

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar**

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

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

Kehamilan merupakan pertumbuhan dan perkembangan janin intra uteri dari sejak masa konsepsi dan sampai berakhir pada persalinan (Manuaba, 2010:80)

Kehamilan merupakan keadaan fisiologis normal dan sebagai wanita penting untuk dapat mengenal perubahan-perubahan yang normal atau tidak normal akibat dari kehamilan. Tujuan dilakukan pemeriksaan kehamilan yaitu untuk mendeteksi dini adanya komplikasi atau, asalah yang ada pada kehamilan dan untuk menjaga kesehatan ibu dan bayi tetap sehat (Firman dkk, 2014:80).

Kehamilan merupakan proses yang sangat alamiah untuk menjaga kelangsungan peradaban manusia. Kehamilan dapat terjadi jika seorang perempuan sudah mengalami pubertas dengan ditandai adanya menstruasi (Hani, 2011:21).

###### **B. Klasifikasi Kehamilan**

###### **1. Trimester pertama (0-12 minggu)**

Ketika wanita hamil, progesteron dalam tubuh wanita akan meningkat dan menimbulkan pembesaran payudara, mual muntah pada pagi hari. Kebanyakan ibu tidak suka dengan perubahan-

perubahan yang di alaminya selama kehamilan seperti kecewa, terjadi adanya penolakan, kecemasan (Nirwana, 2011:21)

## 2. Trimester kedua (13-28 minggu)

Trimester kedua terjadi peningkatan dalam perkembangan janin, minggu ke 18 dapat di lakukan pemeriksaan dengan *ultrasonografi* (USG) mengetahui kesempurnaan pada janin, posisi plasenta dan mengetahui adanya bayi kembar atau tidak. Minggu ke 20 dan ke 21 jaringan kulit, kuku, dan rambut sudah mulai mengeras, di trimester dua ini penglihatan dan pendengaran pada janin mulai berfungsi, klopak mata sudah dapat membuka dan juga dapat menutup dan janin (fetus) mulai tampak panjang 30 cm (Karamiyah dkk, 2014:20)

## 3. Trimester Ketiga (29-40 minggu)

Trimester tiga organ-organ tubuh tumber sempurna, aktivitas motorik janin yang terkondinasi seperti menendang dan meonjok serta memiliki periode tidur dan bangun. Pada trimester ini paru-paru berkembang pesat dengan sangat sempurna dan berat bayi lahir berkisar kira-kira 3-3,5 kg dengan panjang badan 50 cm (Karamiyah dkk, 2014:21)

### C. Proses Kehamilan

Proses kehamilan tentunya harus ada *spermatozoa*, ovum, pembuahan ovum atau (konsepsi), dan nidasi (inplantasi) hasil konsepsi. Ovum yang di lepas oleh ovarium disapu kearah ostium,

tuba abdominalis, dan di salurkan kearah medikal. Kemudian jutaan spermatozoa di tumpahkan di forniks vagina dan di sekitar porsio pada waktu koitus. Tapi hanya satu *spermatozoa* yang mempunyai kemampuan (kapasitas) untuk membuahi.

Vertilisasi (Pembuahan) adalah penyatuan dari sel telur dengan sel sperma yang distimulasi oleh hormon estrogen ini terjadi di tuba falopi pada saat ovulasi, ovum akan di dorong keluar dari *folikel degraf* dan kemudian di tangkap oleh *fimbriae*.

Pembuahan akan dimulai dengan terbentuknya zigot setelah inti sel telur dan inti sel sperma. Setelah itu akan terjadi sebuah persaingan sperma. Dimana hanya akan di butuhkan satu sel sperma untuk membuahi ovum.

Ovum yang telah dibuahi (zigot) memerlukan waktu 6-8 hari untuk berjalan kedalam oterus. Selama perjalanan tersebut, zigot berkembang melalui pembelahan sel yang sederhana setiap 12-15 jamsekali, namun ukuranya tidak berubah, ketika mencapai oterus, zigot yang merupakan masa sel tersebut morula kemudian terpisah menjadi 2 lapisan yaitu masa sel telur dan masa sel dalam yang blaskokist (Hutahayyan, 2013.20)

Beberapa proses tahapan dalam kehamilan:

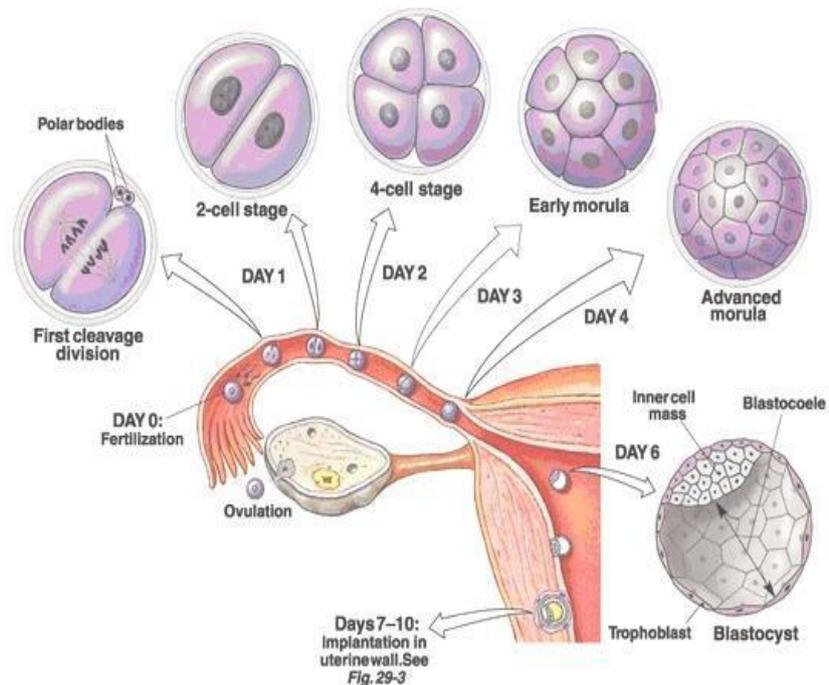
#### 1. Fertilisasi

Saat terjadi ejakulasi, kira-kira 3 cc sperma keluar dari organ reproduksi seorang laki-laki dan berisi kira-kira 300 juta sperma

yang di hasilkan. Rintangan yang akan di hadapi oleh sperma meliputi: lender vagina yang asam, lendir serviks yang kental, uterus yang panjang, dan sedilis yang terdapat di tuba falopii. Sperma mengandung akrosom dan melewati kapasitasi. *Ovum* di tangkap oleh fimbriae berjalan ke tuba falopii dan ampulla tuba merupakan tempat bertemunya sperma dan ovum (Putrantri dkk, 2018:9). *Fertilisasi* (pembuahan) merupakan penyatuan sel telur dengan sel sperma yang di stimulasi hormone estrogen dan terjadi di tuba falopii, saat proses ovulasi, ovum di dorong keluar dari *folikel de graf* kemudian di tangkap oleh *fimbria* (Hutahayyan, 2013:20)

## 2. Pembelahan

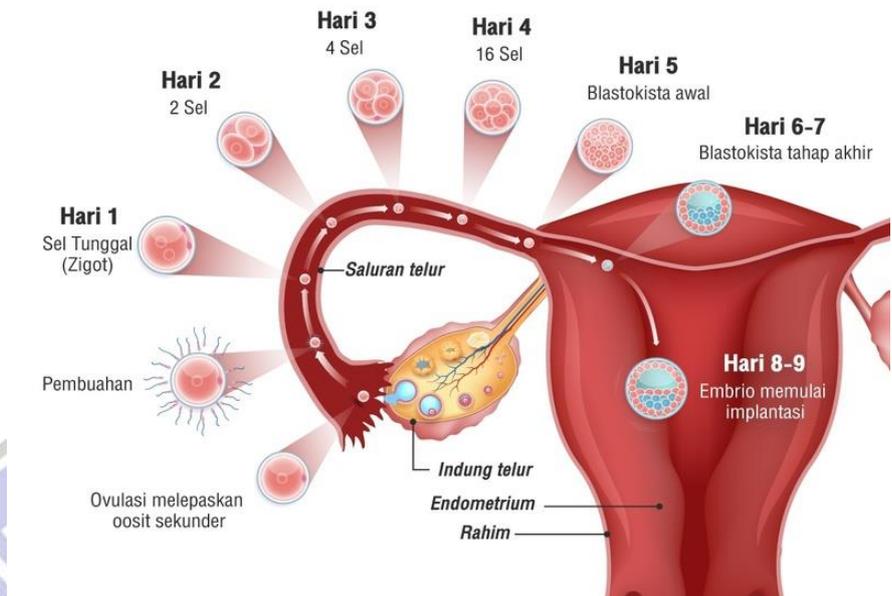
Setelah *zygot* membelah menjadi tingkat yaitu 2 sel (30 jam), 4 sel, 8 sel sampai dengan 16 sel di sebut dengan blastomere (3 hari) dan membentuk menjadi gumpalan bersusun yang longgar. setelah 3 hari sel sel sel akan membelah dan membentuk buah arbei dari 16 sel atau di sebut juga morula (4 hari). Disaat molaria memasuki rongga rahim, cairan menembus zona pellusida masuk ke ruang antar sel yang ada di dalam. Kelamaan menyatu disebut juga *blastokista* (4-5 hari) (Putrantri dkk, 2018:9)



Gambar 2.1  
Tahapan Pembelahan Zigot  
Sumber: Putranti dkk, 2018:9

### 3. Nidasi

Nidasi merupakan penanaman sel telur yang di buahi kedalam dinding uterus pada kehamilan awal. Terjadi pada pars superior korpus uteri bagian anterior maupun posterior. Saat berlangsungnya implantasi selaput lendir rahim berada pada fase sekretorik (2-3 hari sesudah ovulasi). Saat nidasi bisa terjadi sedikit perdarahan karena luka desidua (tanda hitam). Pada umumnya proses nidasi terjadi pada dinding depan atau belakang Rahim (korpus) dekat fundus uteri (Putrantri dkk, 2018:9)



Gambar 2.2  
Perkembangan Ovum dan Perjalanan Menuju Kavum Uteri  
Sumber: Manuaba, 2010:80

#### 4. Pembentukan Plasenta

Plasentasi merupakan proses pembentukan struktur dari jenis plasenta. Setelah proses nidasi embrio ke dalam endometrium, disitu proses plasentasi di mulai, pada seorang manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah proses fertilisasi (Saifudin, 2010:97). *Vili korealis* menghancurkan desidua sampai dengan pembuluh darah. Dari masa konsepsi sehingga saat embrio mendapat tambahan nutria yang di dihasilkan dari darah ibu secara lagsung. Kemudian *vili korealis* membunuh pembuluh darah arteri dan terjadilah aliran darah yang pertama reptroplasenter hari ke 14-15 sesudah konsepsi. Bagian-bagian desi dua yang tidak di hancurkan membagi plasenta hingga 15-20

kotiledon maternal. Janin plasenta kemudian akan di bagi menjadi 200 kotiledon fetus (Manuaba, 2012:82-85).

#### **D. Tanda-Tanda Kehamilan**

##### 1. Tanda *Presumtif* Kehamilan

Tanda ini merupakan perubahan pada ibu atau seorang perempuan yang mengidentifikasikan bahwa ia telah hamil (Prawirohardjo, 2011:214)

Menurut Kumalasari (2015:2) beberapa tanda-tanda presumtif kehamilan yaitu:

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

Konsepsi dan nidasi merupakan penyebab salah satunya tidak terjadi pembentukan pada *folikel degraf* dan ovulasi

##### b. Mual dan Muntah (*emesis*)

Pengaruh dari hormon estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan, di pagi hari biasa akan mengalami mual muntah atau di sebut juga dengan *morning sicknees*.

##### c. Ngidam

Kondisi ngidam seperti ini pada bulan-bulan pertama namun akan menghilang dengan semakin bertambah tuanya kehamilan.

d. *Sinkope* atau pingsan

Terjadi gangguan sirkulasi kedaerah kepala (sentral) dan menyebabkan *iskemia* pada susunan saraf pusat yang menimbulkan terjadinya sinkope/pingsan. Dan keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan menginjak 16 minggu.

e. Payudara Tegang

Pengaruh dari hormon estrogen, progesteron dan somatotroin akan menimbulkan deposit lemak, air dan dan garam pada payudara. Payudara akan membesar dan menegang, ujung saraf akan tertekan menimbulkan rasa sakit biasanya terasa sejak kehamilan pertama.

f. Sering *miksi*

Tekanan rahim ke depan mengakibatkan kandung kemih akan terasa penuh dan akan lebih sering miksi. Dan pada kehamilan triwulan kedua gejala ini biasanya akan menghilang

g. *Konstipasi* atau *obesitas*

Pengaruh dari hormon progesteron ini dapat menghambat peristaltik usus dan akan menyebabkan dalam buang air besar

h. *Pigmentasi* kulit

Keluarnya *melanophore stimulating hormone* dan pengaruh dari hipofisis anterior ini akan menyebabkan pigmentasi di kulit disekitar pipi (*Clousma gravidarum*), pada dinding perut (*strie livide, striae nigrae, linea alba* akan semakin hitam) dan

di sekitar payudara (*hyperpigmentasi aerola mammae*) di sini puting susu akan semakin menonjol dan pembuluh darah menifes di sekitar payudara.

i. *Epulsi*

*Hipertrofi* gusi yang sering di sebut dengan *epulsi*, keadaan ini biasanya akan terjadi apa bila wanita itu hamil

j. *Varises* atau penampakan pada pembuluh darah.

2. Tanda Pasti Kehamilan

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa, untuk mengetahui tanda pasti kehamilan harus dilakukan pemeriksaan dengan menggunakan bantuan medis, dokter kandungan atau bidan (Hani dkk, 2011:75). Dan ditandai dengan adanya:

- a. Bunyi jantung terdengar, gerakan-gerakan pada janin primigravida bisa di rasakan oleh ibunya pada usia kehamilan usia 18 minggu, dan pada multigravida bisa di rasakan oleh ibunya pada usia kehamilan 16 minggu, sebab ibu sudah mempunyai pengalaman sebelumnya (Nugroho dkk, 2014:64)
- b. Terlihat, teraba atau terdengar pergerakan-pergerakan janin saat di lakukan pemeriksaan (Sunarti, 2013:79)
- c. Dapat dicatat bunyi jantung janin di dalam kandungan (Sunarti, 2013: 79)

d. Melihat rangka janin atau gerakan janin pada sinar Ro atau dengan menggunakan *ultrasonografi* (Sunarti, 2013:99)

### 3. Tanda-Tanda Tidak Pasti atau Terduga Hamil

Tanda ini merupakan perubahan-perubahan anatomi dan fisiologi selain dari tanda-tanda persumtif yang bisa dideteksi dan dikenali pada saat pemeriksaan (Prawirohardjo, 2011:214)

- a. Membesarnya rahim sesuai dengan usia kehamilan.
- b. Tanda *chadwick* yaitu perubahan-perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan pada vulva vagina serta serviks.
- c. Tanda *goodell* yaitu perubahan konsistensi pada serviks bila di bandingkan dengan konsistensi kenyal pada satu tidak hamil (Kumalasari, 2015:3)
- d. Tanda *hegar* yaitu pelunakan dan komresi pilitis ismus serviks sehingga ujung-ujung pada jari dapat di temukan bila ismus dari arah yang berlawan-lawanan (Prawiroharjo, 2014:217)
- e. Tanda *piskacek* yaitu pembesaran pada uterus yang terjadi secara tidak simetris. Pembesaran asimetris dapat di kenali melalui pemeriksaan bimanual pelvik di usia kehamilan 8-10 minggu (Prawirohardjo, 2014:219)
- f. Kontaksi *Braxton hicks* yaitu kontraksi yang sifatnya non-ritmik, sporadic, dan kontraksi ini tidak di sertai adanya rasa nyeri, kontraksi ini muncul pada usia kehamilan 6 bulan dan

bila di lakukan pemeriksaan bimanual pelvik tidak terdeteksi  
(Prawiroharjo, 2014:219)

g. Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif, tetapi kebanyakan belum tentu pasti/palsu (Kumalasari, 2015:3)

h. Fenomenal bandul yaitu terdapatnya *ballottement* kepala yaitu haya kepala yang terdorong, memantul kedinding uterus atau tangan pemeriksa telah memindahkan dan menerima tekanan balik cairan ketuban di daerah di kavum uteri (Prawirohardjo, 2014:214)

#### **E. Pertumbuhan dan Perkembangan Embrio**

##### 1. Embrio usia 0-4 minggu

Dan usia ini terjadi perubahan-perubahan yang awalnya kehamilan hanya berbentuk satu titik telur menjadi satu organ yang terus menerus berkembang.

##### 2. Embrio usia 4-6 minggu

a. Bakal organ-organ sudah terbentuk

b. Jantung mulai berdenyut dan mulai memompa cairan melalui pembuluh darah di hari ke 12 dan hari berikutnya akan muncul sel-sel darah merah yang pertama. selanjutnya sel darah merah akan berkembang di seluruh embrio dan plasenta.

c. Dalam pemeriksaan ultrasonografi (USG) pergerakan sudah Nampak.

d. Panjang embrio 0,64 cm.

3. Embrio usia 8 minggu

- a. Pembentukan organ seperti mulut, mata, dan kaki sudah semakin bertambah jelas.
- b. Terjadi pembentukan usus.
- c. Terjadi pembentukan genetaliadan juga anus.

4. Embrio usia 12 minggu

- a. Embrio sudah berubah menjadi janin.
- b. Organ usus sudah lengkap.
- c. Organ genetalia dan anus sudah terbentuk.

5. Embrio usia 16 minggu

- a. Gerakan fetal pertama (quickening)
- b. Meconium dan verniks caseosa sudah mulai muncul.
- c. Sistem rematurenal sudah mulai matang.
- d. Pembuluh darah berkembang mulai cepat.
- e. Sistem saraf mulai melakukan rematu.
- f. Tangan janin bisa menggenggam.
- g. Kaki sudah mulai menendang dengan aktif.
- h. Semua organ-orang sudah mulai matang dan tumbuh.
- i. Denyut jantung janin (DJJ) bisa di dengar menggunakan doppler.
- j. Berat janin kira-kira 0,2 kg (Saifudin. 2011:159)

Perkembangan janin kehamilan trimester trimester III menurut Romauli (2012) yaitu:

a. Minggu ke 24-28

Perkembangan janin meliputi:

1) Mata terbuka, alis dan bulu mata sudah berkembang dengan baik.

2) Rambut sudah menutupi kepala.

3) Lebih banyak deposit lemak subkutan menyebabkan kulir dapat berkurang.

4) Testis turun dari abdomen kedalam sukrotum dan terjadi pada minggu ke- 28

5) Fetus lahir pada akhir masa ini dan mempunyai angka mortalitasn yang tinggi karena terdpat gangguan pernafasan atau yang di sebut dengan respirasi

b. Minggu ke 28-34

Perkembangan janin meliputi:

1) Lanugo mulai berkurang

2) Tubuh sudah mulai membulat karena lemak sudah di simpan disana.

3) Testis terus turun ke sukrotum

c. Minggu ke 32-36

Perkembangan janin meliputi:

- 1) Sebagian besar lanugo sudah terlepas tetapi disini kulit masih tertutup oleh vernix caseosa.
- 2) Testis fetus pada laki-laki terdapat didalam skrotum di minggu ke 36.
- 3) Ovarium pada perempuan masih berada disekitar cavitas pelvic.
- 4) Kuku jari tangan dan kaki sudah mencapai ujung jari.
- 5) Umbilicus di minggu ini terletak lebih di pusat abdomen.

d. Minggu ke 36-40

Perkembangan janin meliputi:

- 1) Penulangan (*osifikasi*) tulang tengkorak masih dikatakan belum sempurna tetapi dalam keadaan ini jadi keuntungan dan dapat memudahkan lewatnya fetus melalui jalan lahir.
- 2) Gerakan pernafasan atau respirasi fetus ini dapat diidentifikasi pemindehan ultrasound. Terdapat beberapa jaringan lemak sub kutan yang cukup dan berat badan hamir 1 kg pada minggu ini

## F. Perubahan Fisiologi Pada Masa Kehamilan

### 1. Uterus

Pertumbuhan uterus yang di alami biasanya di mulai pada trimester pertama berlanjut sebagai respon terhadap stimulasi

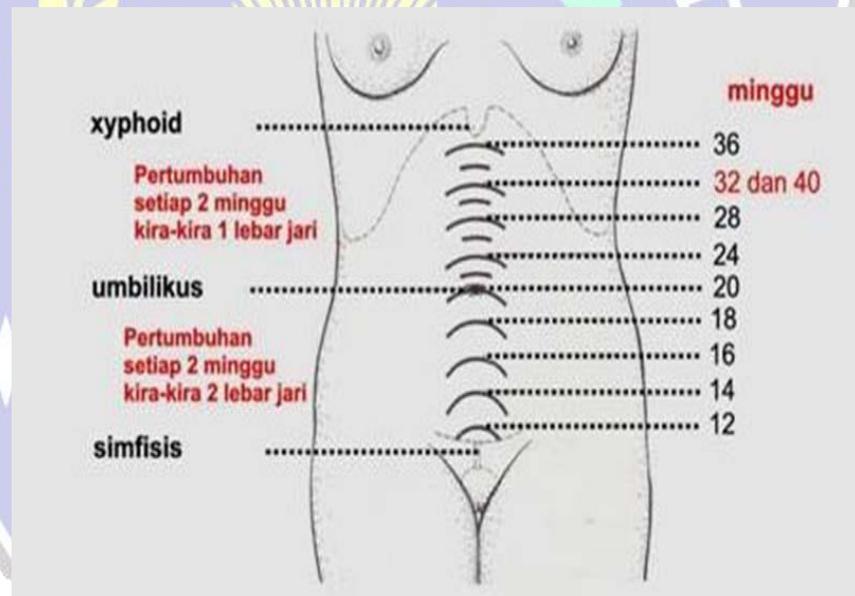
kadar hormon estrogen dan progesterin yang sangat tinggi. Pembesaran ini terjadi akibat adanya peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pada pembuluh darah, hiperplasia (Reproduksi serabut otot dan jaringan fibroelastis baru) dan hipertrofi (Pembesaran serabut otot dan jaringan fibroelastis yang sudah ada), dan perkembangan desidua. Uterus yang tidak hamil memiliki panjang 7,5 cm, lebar 5 cm, serta berat 60gram serta saat aterm ukuran rata-rata menjadi 30 cm x 23 cm x 20 cm dengan berat meningkat hingga 900gram (Kamariyah, 2014:29-30)

Uterus yang semula hanya besarnya sebesar jari jempol atau hanya 3gram akan mengalami hipertrofi dan hiperplasia, sehingga menjadi seberat 1000gram saat pada akhir masa kehamilan. Otot yang ada di dalam rahim mengalami *hyperplasia* dan *hipertrofi* menjadi lebih besar di bandingkan dengan sebelumnya dan lunak dapat mengikuti pembesaran rahim karena adanya pertumbuhan (Manuaba, 2010:113)

Tabel 2.1  
Perkembangan tinggi fundus uteri (TFU)

Usia kehamilan (minggu)	Tinggi fundus uteri (TFU)
12	3 jari diatas simfisis
16	Pertengahan pusat-simfisis
20	3 jari dibawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xipoides (px)
36	3 jari dibawah prosesus xipoides (px)
40	Petengahan pusat prosesus xipoides (px)

Sumber: Rukiyah dkk, 2009:40



Gambar 2.3  
usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri  
Sumber: Kumalasari, 2015:4

## 2. Ovarium

Mulai dari kehamilan 6 minggu fungsi ini di ambil alih oleh plasenta, terutama pada fungsi reproduksi hormon progesteron

dan hormon estrogen. Selama kehamilan ovarium tenang dan dapat beristirahat tidak terjadi pembentukan dan pematangan folikel-folikel baru, tidak terjadi ovulasi dan siklus hormonal menstruasi (Sukarni, dkk, 2013:67)

Dengan adanya terjadi kehamilan pada wanita, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai dengan terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia kehamilan 16 minggu (Manuaba, 2013:92)

Kejadian ini tidak lepas dari kemampuan villi korionik yang dapat mengeluarkan hormon *corionik gonadotropin* yang mirip dengan hormone luteotropik hipofisis anterior (Manuaba, 2010:92)

### 3. Vagina

Pada vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena terjadi pengaruh hormone estrogen sehingga tampak makin berwarna merah dan kebiruan (tanda *Chadwicks*) (Manuaba, 2013:92)

### 4. Payudara

Pada minggu ke-enam payudara mengalami rasa penuh, peningkatan sensitivasi, rasa geli, dan rasa berat di payudara. Puting susu dan areola menjadi lebih berpigmen, berwarna merah muda sekunder pada areola, dan puting susu menjadi lebih sangat erektile. Pada trimester ke dua dan ketiga pertumbuhan

kelenjar mammae membuat ukuran payudara meningkat secara progresif. Kadar hormon luteal dan plasenta pada masa hamil akan meningkatkan proliferasi ductus laktiferus dan jaringan lobulus-alveolar sehingga saat palpasi di payudara teraba penyebaran nodul kasar. Kolostrum cairan sebelum susu, berupa warna putih kekuningan bisa di keluarkan dari puting susu selama trimester ketiga (Kamariyati, 2014:31-32)

#### 5. Sirkulasi Darah

Volume darah meningkat dan jumlah pada serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel-sel darah sehingga dapat terjadi pengenceran darah (hemodelusi). Sel darah merah meningkat jumlahnya dan untuk mengimbangi pertumbuhan pada janin didalam rahim, namun pertumbuhan sel-sel darah tidak dapat seimbang dengan adanya peningkatan volume pada darah sehingga terjadi hemodelusi yang di sertai dengan anemia fisiologis (Manuaba, 2013:93)

#### 6. Sistem respirasi

Pada wanita hamil banyak yang mengeluh sesak, kejadian ini di sebabkan pada wanita yang hamil terjadi perubahan-perubahan sistem respirasi untuk memenuhi kebutuhan oksigen. Peningkatan pada kadar progesteron menyebabkan hiperventilasi kehamilan. Dan terjadi desakan diafragma karena adanya dorongan rahim yang membesar pada umur kehamilan 32

minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan pada rahim dan pemenuhan kebutuhan oksigen pada wanita hamil akan bernafas lebih dalam kira-kira 20-25% di bandingkan biasanya (Suharti, 2013:47)

Kecepatan paru-paru secara total menurun 4-5% dengan adanya elevasi diafragma. Fungsi respirasi mengalami perubahan, respirasi rate 50% mengalami peningkatan hingga 40% pada tidal volume dan peningkatan konsumsi oksigen 15-20% diatas kebutuhan perempuan yang tidak hamil (Aprillia, 2010:71-72)

#### 7. Sistem Pencernaan

Peningkatan produksi esterogen dan progesteron selama kehamilan mempengaruhi saluran pencernaan pada ibu. Berikut beberapa perubahan yang sering terjadi pada sistem pencernaan selama masa kehamilan.

- a. Peningkatan kadar esterogen ini menyebabkan gingivitis dan terjadi penurunan sekresi asam hidroklorida pada lambung.
- b. Peningkatan kadar progesteron ini menyebabkan tonus dan motilitas otot polos saluran pencernaan menurun dan peningkatan tersebut mengakibatkan nyeri pada uluh hati (*heart burn*), konstipasi, peningkatan waktu pengosongan dan pengentalan empedu (Nurul dkk, 2014:35-36)

## 8. Sistem Perkemihan

Pengaruh dari desakan saat hamil muda dan turunya kepala bayi pada saat hamil tua, biasanya terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering buang air kecil/kencing. Dari desakan ini menyebabkan metabolisme air semakin banyak dan lancar sehingga pembentukan urin akan semakin bertambah dan meningkat (Manuaba, 2010:94)

## 9. Kulit

Pada kehamilan usia 12 minggu keatas pada pipi, hidung, dan dahi ibu hamil tampak deposit pigmen yang lebih atau berlebihan dan biasanya di kenal sebagai kloasma gravidarum (topeng kehamilan) (Nugroho, 2014:63-64)

## 10. Metabolisme

Menurut Manuaba (2010:95) perubahan-perubahan metabolisme pada kehamilan:

- a. Metabolisme basal naik hingga 15-20% dari sebelumnya perubahan ini pada trimester ketiga.
- b. Keseimbangan pada asam basa akan mengalami penurunan dari 155 mEq per liter turun menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemodelusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan oleh janin.
- c. Kebutuhan protein yang di butuhkan ibu hamil semakin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan

organ-organ kehamilan dan persiapan untuk laktasi. Dalam makanan yang di butuhkan yaitu tinggi protein sekitar 0,5 g/kg berat badan atau sebutir telur ayam dalam satu hari.

d. Kebutuhan kalori ibu hamil di dapat dari karbohidrat, lemak, dan juga protein.

e. Berat badan ibu hamil bertambah kira-kira 6,5-16,5 selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan 0,5 kg dalam seminggu.

## **G. Perubahan Psikologis Ibu Hamil**

### **1. Trimester I**

Trimester I yaitu penentuan penerimaan dan kenyataan berbeda yang di trimester I. Terkadang ibu merasa bingung, 80% ibu merasa kecewa, menolak, depresi, gelisah, murung. Biasanya terjadi pada ibu yang hamil tidak di inginkan atau pada ibu yang tidak di sengaja pada saat melakukan hubungan seksual yang terjadi. Merenung yang di alami ibu hamil tersebut akan menimbulkan efek-efek dari kemilauan yang di alami (misalnya wanita karir), tanggung jawab baru dan beban yang akan di pikul, masalah keuangan dan rumah, semua terjadi karena kebingungan yang di alami oleh ibu hamil dan akan berakhir hingga akhir trimester I.

Ketidaknyamanan yang di alami pada kehamilan trimester I meliputi: Lelah, mual, Perubahan pada selera makan, emosional

yang berubah-ubah, pada saat depresi ibu akan ingat pada kehamilannya. Kebingungan dengan tidak sadarnya menunggu berakhirnya trimester I, akhir menyatakan aman, tenang, percaya dengan kehamilannya. Peningkatan hasrat tetapi akan seksual yang di pengaruhi oleh mual dan kelelahan yang sudah di alami. Pada trimester I ini perlunya keterbukaan, kejujuran antara pasangan (Megasari dkk, 2014:74)

## 2. Trimester II

Pada trimester II di bagi menjadi 2 fase yaitu:

- a. *Prequickening*, pemberitahuan dari sebuah fakta kehidupan, pada umumnya perempuan melakukan evaluasi identitas ibunya pada saat ibu tersebut hamil, terus mencari kemampuan-kemampuan pada saat ibu tersebut hamil. Dari penerima perawatan (dari ibunya) biasanya sering terjadi masalah pada ibu dan anaknya mengenai perawatan yang di berikan, tetapi seorang perempuan ini slalu menikmati pendekatan tersebut. Dan akhirnya perempuan selalu menjadi penerima, menuntut perhatian, dan cinta, semua yang di terima akan selalu disimpan sampai pada saat dia akan menjadi pemberi, seperti yang di lakukan ibunya.
- b. *Quickening*, perhatian yang tidak bisa di tanya pada pikiran-pikiran wanita hamil, dan meningkatnya hubungan sosial dengan wanita hamil di sekitarnya. Pada fase ini ketertarikan

seorang ibu untuk belajar menjadi ibu, peran-peran yang di miliki ibu, mulai tertarik dengan anak kecil, belajar menggendong, dan ibunya mulai memikirkan bayinya, serta kesehatan bayinya. Meningkatnya hubungan seksual, sebab telah bebas dari ketidaknyamanan fisik dan depresi, dan ibu mulai mencari perhatian pasangannya (Megasari dkk, 2014:75)

### 3. Trimester III

Ditrimester ke III ini merupakan periode penantian, ibu tidak sabar, persiapan kelahiran dan kedudukan ibu menjadi orang tua. Memusatkan perhatian, melindungi bayi dari bahaya yang akan menimpa dari luar maupun dari dalam. Contoh untuk persiapan kehadiran bayi seperti nama anak, pakaian-pakaian bayi dan tempat tidur bayi.

Mendatangi tempat-tempat yang bisa membantu menunjang peran sebagai orang tua terutama menjadi seorang ibu, konseling kebidanan, mendatangi toko-toko untuk membeli perlengkapan yang akan di butuhkan menjelang persalinan dan persiapan yang akan di butuhkan oleh bayi.

Proses duka cita meliputi: kehilangan perhatian dan keistimewaan pada saat kehamilan, terlahirnya bayi dari tubuhnya, kandungan menjadi kosong. Pertengahan pada trimester III hasrat untuk melakukan hubungan seksual menurun dari pada saat trimester II di sebabkan karena perut semakin besar

dan menjadi penghalang, merasa canggung, jelek, tidak rapih, dan semua memerlukan lebih besar perhatian dari seorang pasangan (Megasari dkk, 2014:76)

## **H. Penyesuaian Psikologis Ibu Hamil**

Menurut megasari dkk (2014:76-77) Penyesuaian psikologis pada ibu hamil antara lain yaitu:

### **1. Trimester I**

Memahami dan menerima kebingungan dan perasaan-perasaan negative dengan adanya bantuan dari orang-orang terdekatnya, dan nasihat-nasihat yang telah di berikan oleh orang terdekatnya.

Ibu menerima dan menjalin kehamilan dengan penuh sabar dan ikhlas, dan ibu mulai menghilangkan fikiran negatif tentang kehamilannya. Ibu melakukan konsultasi rutin untuk memastikan keamanan dan percaya dengan kehamilan yang di alami.

Semua perhatian yang terjadi pada trimester I merupakan hal yang normal dan ibu mendapat pengetahuan untuk mengatasi masalah ketidaknyamanan yang dialami contohnya meliputi: mual, pada saat konsultasi atau memeriksakan kehamilan ibu akan di beri konseling dan akan di beri obat antimual, dan saat minum obat bisa di bantu dengan makanan-makanan pendukung yang tidak memicu mual, makan sedikit-sedikit tapi sering, disini ibu bisa makan biscuit atau pun roti untuk tetap menjaga lambung tetap terisi.

## 2. Trimester II

Melakukan evaluasi identitas ibu yang benar. Menghindari potensi-potensi yang pernah dialami oleh ibu hamil. Peran-peran orang sekitar tau orang terdekat ibu, ibu tidak menakuti anaknya namun disini ibu memberi semangat pada anaknya, ibu menikmati perhatian, kasih sayang yang bersifat positif yang di berikan oleh ibu kita sendiri.

Dalam membentuk peran sebagai orang tua terutama menjadi ibu di lakukan dengan hubungan dengan orang lain yang sudah mempunyai pengalaman atau orang yang baru mempunyai bayi, disitu ibu menanyakan tentang belajar memgang bayi merawat bayi dan melakukan konsultasi tentang kesehatan untuk bayinya. Perhatian pasnagan berperan dan meningkat libido dan kepuasan pada saat melakukan hubungan seksual.

## 3. Trimester III

Aktifitas yang dilakukan untuk menunjang persiapan persalinan (penyuluhan, konsultasi) bersifat mental dan fisiologis, persiapan menjadi orang tua terutama menjadi seorang ibu, menerima kemampuan-kemampuan yang terjadi dan adanya perubahan-perubahan fisik, dan rasa sakit yang dialami. Memahami bayi merupakan bagian dari akhir dirinya dan ibu merasa sangat berarti dan membahagiakan.

## I. Komplikasi Pada Ibu dan Janin Selama Kehamilan

### 1. Kehamilan Muda

#### a. Perdarahan pervagina

##### 1) Abortus

a) Abortus *imminens* merupakan keguguran yang terjadi jika di temukan suatu perdarahan pada ibu hamil muda, namun pada saat di lakukan tes kehamilan hasilnya masih menunjukkan positif. Dalam kasus abortus ini keluarnya janin masih dapat di cegah dengan memberikan terapi hormonal dan antispasmodi serta istirahat. Jika dalam beberapa minggu perdarahan masih di temui dan dalam dua kali di lakukan tes kehamilan menunjukkan negatif, maka harus di lakukan kuretase sebab hal tersebut menandakan abortus sudah terjadi (Sulistyawati, 2012:163-172)

b) Abortus *insipiens* (keguguran sedang berlangsung) terjadi apabila di dapatkan adanya perdarahan pada kehamilan muda yang di sertai dengan membentunya ostium uteri dan terabanya selaput ketuban (Sulistyawati, 2012:163-172)

c) Abortus *habitualis* (Keguguran berulang) terjadi jika seseorang telah mengalami keguguran secara berturut-

turut selama lebih dari tiga kali (Sulistiyawati, 2012:163-172)

d) Abortus *inkompletus* (keguguran bersisa) yaitu jika terjadi perdarahan pervagina di sertai pengeluaran janin tanpa pengeluaran desidua atau keluarnya plasenta. Gejala yang menyertai merupakan *amenorhea*, sakit perut karena kontraksi, perdarahan yang keluar bisa banyak bisa juga sedikit.

e) Abortus *kompletus* (Keguguran lengkap) jika di temukan pada pasien dengan adanya perdarahan pervagina di sertai dengan pengeluaran seluruh hasil konsepsi (janin dan desidua) sehingga rahim dalam keadaan yang kosong (Sulistiyawati, 2012:163-172)

## 2) Kehamilan *Mola*

Di sebut juga dengan kehamilan anggur yaitu terdapatnya jonjot korion, (*chorionic villi*) yang tumbuh secara berganda berupa gelembung-gelembung kecil yang mengandung banyak cairan hingga menyerupai anggur atau mata ikan. Ini merupakan trofoblas yang jinak (*venigna*).

Tanda dan gejalanya antara lain sebagai berikut:

a) Terdapatnya gejala-gejala kehamilan muda yang lebih nyata dari kehamilan normalnya, seperti mual muntah yang berlebihan.

- b) Biasanya juga terdapat toksemia gravidarum (pusing, gangguan penglihatan, dan tekanan darah tinggi).
- c) Terdapat perdarahan sedikit atau banyak warna tua atau kecoklatan, dan tidak teratur.
- d) Pembesaran pada uterus tidak sesuai dengan usia kehamilannya.
- e) Keluarnya jaringan mola (seperti anggur) yang merupakan salah satu diagnosis pasti, namun jaringan mola tersebut selalu di temukan.
- f) Muka dan badan keliatan lebih pucat atau kekuning-kuningan, yang biasanya di sebut muka mola (*mola face*)
- g) Tida teraba bagian-bagian *ballotement* janin dan gerakan janin.
- h) Tidak terdengarnya DJJ, terdapat bisung dan bunyi yang khas.
- i) Pada tes kehamilan di temukan kadar HCG dengan hasil yang tinggi.
- j) Pada foto rontgen abdomen tidak terlihat adanya gambaran badai salju (gambaran khas pada kehamilan mola) dan tidak terlihat adanya sebuah janin

(Sulistyawati, 2012:163-172)

### 3) Kehamilan ektopik.

Disebut dengan gejala ektopik jika terjadi kehamilan dengan hasil osepsi tidak berada di dalam endometrium uterus. Keadaan ini akan meningkat menjadi kehamilan ektopik terganggu (KET) Pada usia kehamilan lebih dari 10 minggu. Gejala-gejala klinis yang di temukan biasanya seperti berikut:

- a) Gejala amenor dan keluhan-keluhan pada saat hamil muda.
- b) Pada KET jika terjadi pada kehamilan abortus tuba, kemungkinan keluhan yang di rasakan tidak begitu berat, hanyan terdapat rasa sakit di perut dan pengeluaran darah per vagina.
- c) Perasaan nyeri dan sakit yang datang tiba-tiba di perut seperti di iris-iris dengan pisau dan disertai dengan adanya muntah dan sampai jatuh pingsan.
- d) Pada pemeriksaan tanda vital didapat denyut nadi yang kecil dan halus, serta tekanan darah yang rendah sampai tidak teratur.
- e) Nyeri bahu karena adanya rangsangan ke diafragma.
- f) Terdapat tanda Cullen, yaitu adanya tanda biru lebam pada daerah linea alba atau di sekitaran pusat.
- g) Adanya nyeri goyang persio.

h) *Douglas crise*, merupakan rasa nyeritekan yang hebat ketika kavum douglas di tekan.

i) Teraba massa *retouterin* (massa pelsis)

j) Pervagina keluar desidual cast.

k) Pada saat di lakukan pemeriksaan palpasi dan pemeriksaan perkusi terdapat tanda-tanda perdarahan intra-abdominal.

l) Pada pemeriksaan HB serial di dapati penurunan kadar HB, selain itu juga bisa terjadi *leukositosis*.

m) Cara lain yang di lakukan untuk dapat mendiagnosis KET yaitu bisa di lakukan dengan pemeriksaan diagnostik *laporaskopi* dan *USG* (Suliatyawati, 2012:163-172).

#### b. *Hiperemesis Gravidarum*

*Hiperemesis gravidarum* merupakan mual muntah yang berlebihan sehingga dapat menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari pada ibu hamil dan dapat membahayakan kehidupan. Faktor faktor yang dapat menimbulkan hyperemesis antara lain sebagai berikut:

1) Kemungkinan vili korialis masuk kedalam darah.

2) Adanya factor alergi

3) Adanya factor presdiposi, seperti primigravidarum dan overdistensi rahim

- 4) Adanya faktor psikologis, seperti ketidak harmonisan dalam rumah tangga, kehamilan yang tidak diinginkan atau ketidak siapan untuk memiliki anak (takut hamil)

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

1) Tingkat I

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

2) Tingkat II

- a) Adanya dehidrasi yang bertambah yang di tandai dengan: turgor kulit yang makin berkurang, lidah kering dan kotor, berat badan menurun dan mata cekung.
- b) Gangguan sirkulasi darah yang ditandai dengan: nadi cepat dan tekanan darah menurun, hemokonsentrasi, oliguria, obstipasi.

- c) Gangguan metabolisme yang ditandai dengan: adanya metabolisme anaerob dalam pemecahan lemak yang menyebabkan adanya badan keton, di jumpai dalam

urine dan nafas (bau keton), gangguan fungsi liver, terjadi *ikterus*.

### 3) Tingkat III

- a) Dehidrasi makain berat
  - b) Mual muntah berhenti
  - c) Terjadi perdarahan dari esophagus dan retina
  - d) Gangguan fungsi liver (*ikterus*) yang terus meningkat
  - e) Penurunan kesadaran, somnolen sampai koma
- (Sulistyawati, 2012:163-172)

## 2. Kehamilan Lanjut

### a. Perdarahan pervagina

#### 1) Plasenta previa

Keadaan ini plasenta berimplementasi di tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir. Tiga klasifikasi plasenta previa yaitu sebagai berikut antara lain:

- a) Plasenta previa totalis (sentralis) yaitu seluruh ostium di tutupi plasenta.
- b) Plasenta previa parsialis (lateralis) yaitu sebagai ostium di tutupi plasenta
- c) Plasenta previa letak rendah (*marginalis*) yaitu tepi pada plasenta berada 3-4 cm di atas pinggir pembukaan, pada

pemeriksaan dalam tidak teraba (Sulistyawati, 2012:163-172).

## 2) Solusio plasenta

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

- a) Solusio plasenta *lateralis/parsialis* yaitu bila hanya sebagian dari plasenta yang terlepas dari tempat perlekatannya.
- b) Solusio plasenta *totalis* yaitu bila seluruh bagian plasenta sudah terlepas dari pelekatannya.
- c) *Prolapes* plasenta yaitu kadang-kadang plasenta ini turun kebawah dan dapat teraba pada pemeriksaan dalam (Sulistyawati, 2012:163-172)

## J. Kebutuhan Dasar Fisiologis Ibu Hamil

### 1. Nutrisi

Seorang ibu hamil akan slalu bersangkutan dengan proses pertumbuhan yaitu pertumbuhan fetus yang ada didalam kandungan dan pertumbuhan berbagai organ ibu, pendukung dalam proses kehamilan seperti *adneksa, mammae*, dll. Makanan di perlukan untuk:

- a. Pertumbuhan janin.
- b. Plasenta uterus
- c. Buah dada.
- d. Organ lain (Pantikawati dkk. 2010:89)

## 2. Protein

Dalam kehamilan protein sangat di butuhkan untuk perkembangan buah kehamilan yaitu untuk pertumbuhan janin, plasenta, selain itu untuk ibu juga untuk pertumbuhan payudara dan kenaikan sirkulasi ibu (protein plasma, hemoglobin, dll). Pada wanita yang tidak hamil mengonsumsi protein ideal yaitu 0,9 grm/kg BB/hari tetapi selama hamil ibu membutuhkan tambahan protein 30 ram/hari. Protein yang di anjurkan yaitu protein hewani seperti daging, ikan, susu, telur, keju sebab makan itu mengandung komposisi asam amino yang lengkap. Susu dan produk yang di hasilkan disamping mengandung sebagai sumber protein juga mengandung kaya dengan kalsium (Kuswanti, 2014:118)

## 3. Mineral

Pada prinsipnya semuanya mineral dapat dipenuhi dengan makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayuran dan susu. Hanya zat besi yang tidak dapat di penuhi dengan makanan sehari-hari kebutuhan zat besi pada pertengahan kedua kehamilan kira-kira 17 mg/hari minggu. Untuk kebutuhan ini di butuhkan suplemen

besi 30 mg sebagai *ferosus*, *ferofumarat* atau *feroglukonat* perhari dan pada kehamilan kembar atau pada wanita yang sedikit anemi dibutuhkan 60-100 mg/hari (Kuswanti, 2014:119)

#### 4. Eliminasi

Masalah buang air kecil tidak mengalami kesulitan bahkan cukup lancar, dengan kehamilan terjadi perubahan hormonal, sehingga di daerah kelamin menjadi lebih basah, dan situasi basah yang terjadi ini menyebabkan jamur (*trikomona*) tubuh banyak wanita mengeluh gatal dan mengeluarkan keputihan rasa gatal sangat mengganggu ibu hamil sehingga ibu sering menggaruk. Saat berkemih terdapat residu (sisa) yang dapat menyebabkan infeksi kandung kemih, dengan minum dan menjaga kebersihan sekitaran alat kelamin yaitu dengan cara basuh dari depan kebelakang setiap kali berkemih atau buang air besar, dan harus menggunakan tisu atau kain atau handuk yang bersih dan kering setiap kali melakukannya.

#### 5. Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti:

- a. Sering abortus dan kelahiran premature
- b. Perdaraha pervagina
- c. Koitus harus di lakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan

d. Bila ketuban sudah pecah, koitus di larang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauteri (Kuswanti, 2014:121)

#### 6. Istirahat

Dengan adanya perubahan fisik pada ibu hamil, salah satunya beban berat pada perut ibu hamil sehingga terjadi adanya perubahan sikap tubuh. Tidak jarang ibu mengalami kelelahan dan sebab itu ibu memerlukan istirahat dan tidur itu sangat penting pada masa hamil. Pada usia kehamilan lanjut diringi dengan bertambahnya ukuran janin kadang ibu merasa sulit untuk menentukan posisi tidur yang nyaman. Posisi tidur yang nyaman pada ibu hamil yaitu miring ke kiri, kaki kiri lurus, dan kaki kanan sedikit menekuk kedepan dan dijangkal dengan bantal dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut ganjal dengan bantal pada perut bagian kiri (Sulistyawati, 2011:117)

#### 7. Senam hamil

Senam hamil merupakan salah satu kegiatan dalam pelayanan selama kehamilan (*prenatal care*). Melakukan senam hamil akan memberikan hasil produk kehamilan *antocome* persalinan yang lebih baik dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak melakukan senam hamil. Kegunaan senam hamil di dalam *prenatal care* di laporkan akan menaikkan dan mengurangi terjadinya berat badan lahir rendah, serta mengurangi terjadinya persalinan premature. Dan secara keseluruhan senam hamil akan berdampak sebagai

suatu kenaikan kesehatan wanita hamil itu sendiri menjadi lebih baik lagi (Sunarsih, 2011:109).

Senam hamil di lakukan setelah usia kehamilan lebih dari 20 minggu. Karena pada 20 minggu pertama kehamilan merupakan tahapan penting pertumbuhan dan perkembangan janin. Sedangkan setelah 20 minggu kondisi kehamilan yang semakin membesar meningkatkan beban ibu sehingga ibu di anjurkan melakukan senam untuk menjaga stamina. Berdasarkan usia kehamilan, senam hamil bisa menjadi 4 tahapan yaitu tahapan pertama 22-25 minggu, tahapan kedua 26-30 minggu, tahapan ketiga 31-35 minggu, dan tahapan terakhir diatas 36 minggu, yaitu saat menjelang persalinan (Fitasari, 2016:68)

#### 8. Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting di lakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah *tetanus toxoid* (TT) yang dapat menyebabkan penyakit tetanus. Ibu hamil yang belum mendapatkan imunisasi maka statusnya T0, jika telah mendapatkan 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu, maka statusnya adalah T2, Bila telah mendapatkan dosis TT yang ke-3 (interval minimal 6 bulan dari dosis ke-2) maka statusnya T3, status T4 di dapat bila mendapat 4 dosis (Interval minimal 1 tahun dari dosis ke-3) dan status T5 di dapatkan bila dosis ke-5 dosis

telah di dapat (interval minimal 1 tahun dari dosis ke-4)  
(Sulistyawati, 2012:120)

#### 9. Traveling

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

- a. Bising dan getaran
- b. Dehidrasi, kerana kelembaban udara rendah
- c. Turunnya oksigen karena perubahan tekanan udara
- d. Radiasi komik pada ketinggian 30.000 kaki

Ibu hamil dapat di anjurkan melakukan perjalanan ketika:

- a. Pada awal kehamilan
- b. Pada bulan terakhir kehamilan
- c. Pre-eklamsi dan eklamsi (Hutari, 2012:189)

#### 10. Kebersihan tubuh

Perubahan sistem metabolisme mengakibatkan peningkatan pengeluaran keringat. Keringat yang menempel pada kulit meningkatkan kelembaban kulit dan kemungkinan menjadi

tempat berkembangnya mikroorganisme. Bagian tubuh lain sangat membutuhkan perawatan kebersihan adalah daerah vital, karena saat hamil terjadi pengeluaran sekret vagina yang berlebihan. Selain dengan mandi, mengganti celana dalam secara rutin minimal dua kali sehari sangat dianjurkan (Sulistyawati, 2011:118)

#### 11. Pakaian hamil

Pakaian harus longgar terbuat dari katun sehingga menyerap keringat, bersih dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah leher dan perut.

- a. Stocking tungkai tidak dianjurkan karena dapat menghambat sirkulasi
- b. Pakaian BH yang menyokong payudara dan harus memiliki tali yang besar sehingga tidak terasa sakit pada bahu
- c. Memakai sepatu dengan tumit yang tidak tinggi
- d. Pakaian dalam harus selalu bersih (Pantikawati dkk, 2010:89)

#### **K. Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil**

##### 1. Dukungan keluarga

Kehamilan dapat melibatkan seluruh anggota keluarga sebab konsepsi merupakan awal dan bukan saja bagi janin yang sedang berkembang di dalam rahim tetapi juga dalam keluarga. Yaitu dengan hadirnya anggota keluarga baru yang akan lahir dan akan terjadi perubahan hubungan di dalam keluarga. Oleh karena itu

setiap anggota harus beradaptasi dari kehamilan berdasarkan kebutuhan dari masing-masing (Kusmiyanti dkk, 2013:133)

## 2. Dukungan tenaga kesehatan

### a. Trimester I

- 1) Menjelaskan dan meyakinkan pada ibu apa yang akan terjadi pada dirinya dan itu merupakan hal yang normal.
- 2) Membantu agar ibu dapat memahami setiap perubahan setiap perubahan yang terjadi baik fisik maupun psikologis
- 3) Yakinkan bahwa ibu akan mulai merasa lebih baik dan berbahagia pada trimester II

### b. Trimester II

- 1) Mengajarkan ibu tentang nutrisi, pertumbuhan bayi, tanda-tanda bahaya.
- 2) Bersama ibu dan keluarga dalam merencanakan kelahiran dan rencana kegawatdaruratan

### c. Trimester III

- 1) Memberikan penjelasan bahwa yang dirasakan oleh ibu adalah normal
- 2) Menenangkan ibu.
- 3) Memberikan kembali dengan bagaimana tanda-tanda persalinan yang sebenarnya

4) Meyakinkan bahwa anda akan selalu berada bersama ibu untuk membantu melahirkan bayinya (Putranti dkk, 2018:88)

Peran dari tenaga kesehatan perubahan-perubahan adaptasi fisiologi adalah dengan memberi support atau dukungan moral bagi klien, mengatakan pada ibu bahwa ibu dapat menghadapi kehamilannya dan perubahan-perubahan yang di rasakan merupakan suatu hal yang normal. Tenaga kesehatan melakukan kerja sama dan membina hubungan yang baik supaya terjalin hubungan yang terbuka antara petugas kesehatan dengan ibu dan keluarga (Kusmiyanti dkk, 2013:134)

3. Rasa aman dan nyaman selama masa kehamilan

Rasa aman dan nyaman selama masa kehamilan antara lain:

- a. Senam untuk memperkuat otot-otot
- b. Mengatur posisi duduk untuk mengatasi nyeri pada punggung akibat janin
- c. Mengatur berbagai sikap tubuh untuk meredakan rasa nyeri dan pegel.
- d. Sikap berdiri yang akan membuat bayi leluasa
- e. Melatih sikap santai untuk menenangkan pikiran dan mnenangkan tubuh.
- f. Melakukan teknik relaksasi sentuhan

g. Melakukan teknik pemijatan (Putranti dkk, 2018:88-89)

Terdapat dua kebutuhan utama yang di munculkan ibu hamil selama kehamilan, kebutuhan pertama yaitu menerima tanda-tanda bahwa ia di cintai dan di hormai, kebutuhan kedua yaitu ibu bisa merasa yakin dan menerima pasangannya terhadap anak dan mengasimilasi bayi dalam keluarga (Kusmiyanti dkk, 2013:134-135)

4. Persiapan menjadi orang tua
  - a. Berbagi pengalaman yang unik tentang kejadian yang di alami oleh masing-masing.
  - b. Berdiskusi dengan pasangan tentang apa yang akan di lakukan untuk status menjadi orang tua
  - c. Akomodasi bagi calon bayi yang akan lahir
  - d. Menyiapkan tambahan penghasilan
  - e. Mencari jalan keluar apabila nanti tiba saatnya ibu harus kembali bekerja.
  - f. Apa saja yang harus diperlukan untuk merawat bayi

Peran bidan yang harus di lakukan dalam persiapan orang tua:

- 1) Memberikan informasi mengenai persalinan
- 2) Membantu menyiapkan psikologis ibu dan suaminya
- 3) Membantu ibu dalam menyesuaikan diri dalam kehamilan dan perannya yang akan menjadi ibu atau orang tua

4) Memberi support empati, berkomunikasi secara efektif dan bisa sebagai pendengar aktif (Putranti dkk, 2018:89)

5. Persiapan sibling

Sibling merupakan rasa persaingan diantara saudara kandung akibat kelahiran anak berikutnya:

- a. Menceritakan calon adik yang di sesuaikan engan usia dan kemampuan yang di miliki untuk memahamai
- b. Jangan sampai dia mengetahui calon adiknya dari orang lain.
- c. Biarkan dia merasakan gerakan bayi dan bunyi jantung adiknya di dalam kandungan.
- d. Sediakan gambar/buku yang menjelaskan dengan mudah tentang kehamilan persalinan dan perawatan yang di lakukan untuk bayi.
- e. Memperkenalkan pengasuhnya
- f. Berikan kesempatan pada suami untuk mengurusinya agar anak sadar bahwa bukan hanya ibu yang bisa mempersiapkan makanan dan tempat tidurnya, bahwa ayah juga bisa melakukannya seperti ibunya.
- g. Perlihatkan cinta ibu pada anak yang tertua
- h. Apabila sang anak mengatakan ketidak sukaan pada sang adik maka jangan panik.

- i. Tetapkan jadwal mandi dan waktu tidur bersama-sama dengan anak beberapa bulan sebelum tiba melahirkan, sehingga anak terbiasa dengan rutinitas yang terjadi setelah melahirkan
- j. Jika orang tua punya kesempatan, mulailah menempatkan anak pada kelompok bermain sebelum tidur.
- k. Upayakan waktu berjauhan dengan anak sesingkat mungkin, supaya anak merasa tidak diabaikan (visi dkk, 2018:89-90)

#### **L. Ketidaknyamanan Pada ibu Hamil**

##### **1. Mual muntah**

Mual muntah biasanya di rasakan pada ibu hamil pada kehamilan muda atau dini. Biasanya di sebabkan oleh respon terhadap respon terhadap hormon dan merupakan pengaruh fisiologis. Penatalaksanaan khusus bisa dengan diet, namun jika *vomitus Uterus* terjadi maka obat-obatan antimrtik dapat di berikan. Usahanya berikan nasihat tentang gizi, makan sedikit tapi sering, makan makanan padat bangkit dan berbaring, segera melapor jika ibu hamil mengalami gejala vomitus menetap atau bertambah parah, serta mengingatkan pasien bahwa obat anti vomitus dapat membuatnya mengantuk.

##### **2. Pusing atau sakit kepala**

Sakit kepala pada ibu hail menunjukkan masalah yang serius sakit kepala yang sangat berat, kadang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang

hebat tersebut, dan kadang ibu disertai dengan penglihatan yang kabur dan berbayang yang merupakan gejala dari pre-eklamsia.

### 3. Sekret Berlebihan

Merupakan pengaruh yang fisiologis karena adanya pengaruh estrogen, atau karena candidiasis (sering), glukosaria, infeksi, trikomonas, gonore. Untuk menentramkan perasaan pasien dengan membuang kemungkinan terjadinya infeksi atau dengan cara mengobatinya. Beri penjelasan pada ibu hamil bahwa peningkatan sekret pada kehamilan merupakan kejadian yang fisiologis, anjurkan ibu untuk memperhatikan *hygiene* dengan gunakan celana dalam yang terbuat dari bahan katun tipis atau hindari celana jeans yang sangat ketat dan pakaian dalam yang sangat ketat dan sintetis yang akan meningkatkan kelembapan dan iritasi kulit, jangan menggunakan sabun dan basuh dari depan ke belakang serta keringkan dengan handuk atau tisu yang bersih serta penanganan pruritis.

### 4. Sering buang air kecil

Buang air kecil yang sering di rasakan oleh ibu hamil muda atau kehamilan berkelanjutan, disebabkan karena hormon progesterone dan tekan pada kandung kemih karena pembesaran Rahim ada kepala janin yang turun kerongga panggul. Hal yang harus dilakukan yaitu dengan menyingkirkan kemungkinan adanya infeksi. Berikan nasihat untuk mengurangi minum setelah

makan atau minum 2 jam sebelum tidur, menghindari minuman yang mengandung kafein dan jangan mengurangi kebutuhan air minum (minimal 8 gelas perhari) perbanyak di siang hari dan melakukan senam kegel.

#### 5. Kaki bengkak

Disebabkan karena adanya perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan. Yang harus dilakukan oleh ibu hamil adalah dengan segera berkonsultasi dengan dokter jika bengkak yang dialami oleh ibu hamil pada kelopak mata, wajah, jari-jari yang disertai tekanan darah tinggi, sakit kepala, pandangan mata kabur (tanda pre-eklamsia) kurangi asupan makan yang mengandung garam, hindari duduk dengan kaki bersilang, gunakan bangku kecil untuk menopang kaki pada saat ibu duduk, dan memutar pergelangan kaki juga perlu dilakukan.

#### 6. Nyeri perut bawah

Pada umumnya dirasakan pada kehamilan usia lanjut disebabkan karena adanya progesterone dan relaksin (yang melunakan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah-ubah serta peningkatan beban berat badan yang dibawa dalam rahim.

Yang harus dilakukan ibu yaitu menghindari atau menyingkirkan kemungkinan penyebab serius, fisioterapi, pemanasan pada bagian yang sakit, analgesia dan istirahat yang cukup, berikhtirahat untuk memperhatikan postur tubuh jaringan terlalu

sering membungkuk dan berdiri serta berjalan punggung dan bahu yang tegak, menggunakan sepatu tumit rendah, hindari mengangkat benda yang berat, memberitahu cara-cara untuk mengistirahatkan otot punggung. Dan menjelaskan keuntungan untuk menggunakan korset kusus untuk ibu hamil, tidur pada kasur yang tipis yang dibawahnya di taruh papan jika di perlukan

#### 7. Konstipasi

Konstipasi biasanya terjadi pada ibu hamil usia lanjut atau bulan-bulan akhir kehamilan dan disebabkan progesteron dan usus yang terdesak oleh rahim yang membesar, atau juga bisa di karenakan efek dari tablet zat besi. Penatalaksanaan khusus yaitu diet kadang-kadang dapat di beri (dengan resep dokter). Asuhan yang dapat di berikan yaitu dengan nasihat makanan yang tinggi serat, buah dan sayur, ekstra cairan, hindari makanan berminyak dan anjurkan ibu untuk olahraga tanpa harus di paksa (Rahayu, 2017:28-32)

#### **M. Tanda Bahaya Kehamilan**

Tanda dan gejala pada kehamilan merupakan gejala berbahaya yang terjadi pada saat kehamilan dan bisa menyebabkan kematian pada ibu dan anak jika tidak terdeteksi atau di lakukan pemeriksaan sejak dini (Hani dkk, 2011:107).

Terdapat enam tanda bahaya yang selama periode *antenatal* adalah sebagai berikut antara lain:

1. Perdarahan pervagina.

Perdarahan *antepartum*/perdarahan pada kehamilan lanjut merupakan perdarahan yang di alami pada trimester dalam kehamilan sampai bayi akan lahir (Pantiawati, 2010:68). Pada kehamila usia lanjut perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak dan kadang-kadang tetapi tidak selalu di sertai dengan rasa nyeri (Asrinah, 2010:89)

2. Sakit kepala yang berat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang serius adalah sakit kepala yang hebat, yang menetap dan tidak hilang setelah beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu ibu mungkin merasa penglihatannya kabur atau terbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklamsia (Sulistyowati, 2009:109)

3. Nyeri abdomen yang hebat.

Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalianan normal merupakan tidak normal, nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang dapat mengancam keselamatan jiwa ibu adalah yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah sudah

beristirahat. Hal ini bisa juga apendisitis, kehamilan ektopik, penyakit radang pelvis, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, iritasi uterus, abrupsio plasenta, infeksi saluran kencing (ISK), dan lainnya (Hani dkk, 2010:119)

4. Bengkak pada muka dan tangan.

Hampir dari separuh ibu hamil mengalami bengkak yang normal pada kaki dan biasanya muncul pada sore hari dan biasanya akan hilang setelah beristirahat, bengkak ini menunjukkan adanya masalah serius jika muncul adanya pada permukaan tangan dan muka dan tidak dapat hilang setelah istirahat dan di ikuti dengan keluhan fisik yang lain hal ini bisa jadi pertanda adanya anemia, gagal jantung, atau pre-eklamsia (Hani dkk, 2010:121)

5. Bayi kurang bergerak seperti biasaya. Ibu mulai merasakan adanya gerakan bayinya selama bulan ke-5 atau ke-6 beberapa ibu bisa merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur gerakannya akan melemah, bayi harus bergerak kurang lebih 3 kali dalam periode 3 jam, gerakan bayi akan lebih mudah jika berbaring atau beristirahat dan apabila ibu makan dan minum dengan baik (Hani dkk, 2010:121)

6. Keluar cairan pervagina

Keluarnya cairan berupa air dari vagina trimester III, ibu harus dapat membedakan antara urine dengan air ketuban. Jika

keluarnya cairan ibu tidak terasa, berbau amis dan berwarna putih keruh, berarti yang keluar air ketuban. Jika kehamilan belum cukup bulan, hati-hati akan adanya persalinan premature (<37 minggu) dan komplikasi infeksi inpartum (Sulistiyowati, 2009:98)

#### 7. Nyeri punggung bawah yang berat

Ibu hamil biasanya akan merasakan berbagai masalah yang tidak nyaman seperti sering lelah dan nyeri di semua bagian tubuh. Namun jika nyeri punggung terjadi di bagian bawah dan sangat lama maka bisa menyebabkan masalah yang buruk. Nyeri punggung dibagian bawah bisa menjadi tanda gangguan ginjal pada ibu hamil. Kemudian masalah lain seperti kelahiran bayi prematur juga akan mendorong gejala ini, untuk mengetahui penyebab pasti maka dokter harus melakukan pemeriksaan sehingga bisa di temukan cara untuk mencegah resiko pada ibu dan bayi (Sulistiyowati, 2009:99)

#### 8. Selalu merasa mual dan muntah

Mual dan muntah biasanya dirasakan oleh ibu hamil yang masuk trimester pertama. Ini adalah masalah *morning sickness* yang sangat umum. Biasanya kondisi akan membaik setelah ibu hamil masuk trimester kedua. Namun beberapa ibu mengalami mual dan muntah yang berat hingga tubuh sangat lemah maka bisa masuk ke tahap yang berbahaya. Dalam istilah medis disebut dengan *hyperemesis gravidarum* yang

menyebabkan *morning sickness* parah. Kondisi ini juga bisa menyebabkan ibu hamil kurang nutrisi. Penurunan berat badan yang sangat drastis dan juga kurang cairan. Perawatan di rumah sakit di perlukan untuk menjaga kesehatan ibu dan mencegah keguguran (Sulistyowati, 2009:101)

#### 9. Demam tinggi lebih dari satu hari

Demam saat hamil yang berlangsung lebih dari 24 jam pada ibu hamil bisa menjadi tanda infeksi dalam tubuh. Infeksi bisa terjadi karena adanya bakteri atau virus yang masuk ke tubuh ibu. Infeksi ini bisa menyerang pada ibu atau janin dalam rahim. Jika infeksi terjadi maka dokter akan melakukan pemeriksaan dengan melihat darah dan urine ibu. Kemudian pemberian obat seperti antibiotik akan diberikan oleh dokter. Sebaiknya ibu tidak mengonsumsi obat penurun demam untuk ibu hamil yang dijual bebas. Karena hal ini bisa menyebabkan komplikasi yang buruk untuk ibu hamil (Sulistyowati, 2009:102)

#### N. Standar Kunjungan Ibu Hamil

Kunjungan *antenatal care* merupakan kunjungan ibu hamil memeriksakan kehamilan yang terdiri dari dua kunjungan yaitu kunjungan awal dan kunjungan ulang. Untuk menghindari terjadinya resiko komplikasi yang sering di alami oleh ibu hamil pada saat kehamilan dan persalinan kunjungan yang berkualitas yaitu minimal 4 kali: 1 kali kunjungan selama TM 1, 1 kali kunjungan selama TM

II, 2 kali kunjungan selama TM III (kumalasari, 2015:9). Pelayanan *antenatal* yang terintegrasi yang meliputi timbang berat badan, dan ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, nilai status gizi (ukur LILA), menentukan presentasi janin dan DJJ, skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi TT, beri tablet zat besi, periksa laboratorium rutin dan khusus, tata laksana/penangan khusus, temu wicara (konseling) meliputi di antaranya: kesehatan ibu, perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), peran suami atau keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan dalam menghadapi komplikasi yang biasanya di alami oleh ibu hamil, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, dan konseling di daerah epidemi meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan *tuberculosis* di daerah epidemi yang rendah, inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif, keluarga berencana (KB) paska persalinan, imunisasi, peningkatan kesehatan intelegensi pada kehamilan (Kemenkes RI, 2015:8).

## 2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

### A. Pengertian Persalinan

Persalinan merupakan proses dimana sebuah bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada kehamilan usia cukup bulan (sesudah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (Ika, 2014:1)

Persalinan merupakan persalinan yang dimulai dari cara yang spontan, beresiko rendah pada awal persalinan dan dengan demikian selama proses persalinan, bayi baru lahir spontan dalam presentasi belakang kepala di usia kehamilan 37-42 minggu lengkap dan setelah persalinan ibu maupun bayinya dalam keadaan baik dan sehat (WHO, 2010:2)

Persalinan merupakan proses pembukaan dan penipisan serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42), lahir dengan spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. Beberapa pengertian dari persalinan spontan dengan tenaga ibu, persalinan buatan dengan bantuan, persalinan anjuran bila persalinan tidak terjadi dengan sendirinya tetapi melalui pacuan. Persalinan dikatakan normal jika dalam persalinan tidak ada penyulit (Hidayat dkk, 2010:1)

## B. Jenis Persalinan

1. Berdasarkan proses berlangsungnya persalinan dibedakan menjadi beberapa antara lain yaitu:

a. Persalinan Spontan

Persalinan di katakana seponta yaitu jika dalam persalinan berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri yang keluar dan melalui jalan lahir.

b. Persalinan Bantuan/Buatan

Persalinan bantuan merupakan jika proses persalinan yang berlangsung di bantu dengan tenaga dari luar contohnya seperti ekstraksi dengan *forceps* atau dilakukan operasi *section caesaria*.

c. Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran merupakan persalinan bila kekuatan ibu yang di perlukan untuk proses persalinan di timbulkan dari luar dengan adanya rangsangan contohnya Pitocin dan prostaglandin (Prawirohardjo, 2012:89).

2. Berdasarkan usia kehamilan dan berat badan janin yang di lahirkan, persalinan di bedakan menjadi beberapa yaitu antara lain:

a. Abortus merupakan pengeluaran hasil konsepsi dengan usia kehamilan kurang dari 22 minggu dan berat badan janin kurang dari 500 gram.

- b. Imatur merupakan partus dengan usia kehamilan 22-28 minggu dan berat badan janin 500-1000 gram.
  - c. Prematur merupakan partus dengan usia kehamilan 28-37 minggu dengan berat badan janin 1000-2500 gram.
  - d. Aterm merupakan partus dengan usia kehamilan 37-40 minggu dengan berat badan 2500gram atau lebih.
  - e. Posterm/serotinus merupakan partus dengan usia kehamilan > 42 minggu (Prawirohardjo, 2012:90)
3. Bentuk persalinan menurut cara persalinan (Manuaba, 2009:144)

antara lain meliputi:

a. Persalinan normal

Persalinan normal (persalinan spontan) merupakan bayi lahir dari vagina ibu dengan letak belakang kepala/ubun-ubun kecil, tanpa menggunakan alat bantu, serta persalinan ini tidak melukai ibu maupun bayi (kecuali jika dilakukan episiotomi) dari awal sampai akhir persalinan hanya menggunakan tenaga ibu dengan melalui jalan lahir ke dunia luar. Proses persalinan normal biasanya berlangsung dalam waktu kurang dari 24 jam.

b. Persalinan Buatan

Persalinan bantuan disini merupakan persalinan yang berakhir dengan adanya bantuan tenaga yang ada dari luar dan diakhiri dengan suatu tindakan. Contohnya jika terjadi

obstruksi dengan melakukan tindakan forceps atau dengan tindakan bedah section caesaria, vakum ekstraksi.

c. Persalinan Anjuran

Selain persalinan normal dan buatan di sini juga terdapat persalinan anjuran yaitu persalinan yang baru dapat berlangsung setelah permulaannya dianjurkan dengan suatu perbuatan atau tindakan. Contohnya dengan pemecahan ketuban atau dengan memberi suntikan pitocin, sintosinon.

**C. Teori-Teori Penyebab Persalinan**

1. Teori penurunan kadar hormon progesteron

Pada usia kehamilan akhir terjadi penurunan kadar progesteron yang dapat mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus sebab sintesa prostaglandin di chorioamnion (Oktarina, 2016:3)

2. Teori rangsangan esterogen

Esterogen menyebabkan *irritability myometrium*, esterogen memungkinkan sintesa prostaglandin pada desidua pada selaput ketuban sehingga dapat menyebabkan terjadinya kontraksi uterus (*myometrium*) (Oktarina, 2016:3)

3. Teori reseptor oksitosin dan kontraksi Broxton hiks

Oksitosin merupakan hormon yang di keluarkan oleh kelenjar hipofisis porst posterior. Distribusi reseptor oksitosin, dominan pada fundus dan korpus uteri. Makin berkurang jumlahnya di

segmen bawah rahim dan praktis tidak banyak di jumpai pada serviks uteri (Oktarina, 2016:3)

#### 4. Teori keregangan

Rahim yang menjadi besar dan merangsang dapat menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter (Oktarina, 2016:3)

#### 5. Teori fetal membran

Meningkatnya hormon esterogen menyebabkan terjadinya esterified yang dapat menghasilkan *arachnoid acid*, *arachnoid acid* yang bekerja untuk pembentukan prostaglandin yang menyebabkan kontraksi miometrium (Oktarina, 2016:3)

#### 6. Teori plasenta sudah tua

Pada usia kehamilan 40 minggu mengakibatkan sirkulasi pada plasenta menurun segera terjadi degenerasi trophoblast maka akan terjadi penurunan produksi hormon (Oktarina, 2016:3)

#### 7. Teori tekanan serviks

Fetus yang berpresentasi baik dapat merangsang akhiran syaraf sehingga serviks menjadi lunak dan terjadi dilatasi internum yang mengakibatkan SAR (segmen atas rahim) dan SBR (segmen bawah rahim) bekerja berlawanan sehingga terjadi kontraksi dan retraksi (Oktarina, 2016:3)

## **D. Tanda-Tanda Gejala Persalinan**

### 1. Tanda permulaan persalihan

#### a. Lightening

Menjelang minggu ke-36 pada ibu hamil primigravida terjadi penurunan pada fundus uteri sebab kepala bayi sudah masuk PAP. Pada ibu multigravida, tanda ini tidak begitu kelihatan sebab masuknya kepala janin ke dalam panggul terjadi bersamaan dengan terjadinya proses persalinan (Robani, 2011:19)

b. Perasaan sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah dari janin.

c. Perasaan sakit di perut oleh adanya kontraksi.

d. Serviks menjadi lebih lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah bercampur darah atau di sebut *bloody show* (Rukiyah,dkk, 2012:18)

### 2. Tanda masuknya persalihan

#### a. Terjadinya his persalihan

His merupakan kontraksi rahim yang dapat di raba menimbulkan adanya pembukaan serviks. Karakter dari his persalihan adalah pinggang yang terasa sakit sampai menjalar kedepan, selain itu sifat his teratur yaitu interval his semakin pendek, kuat dan semakin besar. Terjadinya pembukaan pada serviks, jika pasien menambah aktivitasnya misalnya dengan

berjalan-jalan atau jongkok maka kekuatan his akan bertambah (Sulistiyowati, 2010:6)

b. Pengeluaran lendir dan darah

Dengan adanya his dalam persalinan maka akan terjadi perubahan pada serviks yang dapat menimbulkan pendataran dan pembukaan serviks. Pembukaan ini yang menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas sehingga terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah (Sulistiyowati, 2010:6)

c. Pengeluaran cairan

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka persalinan akan segera berlangsung dalam waktu 24 jam, namun jika tidak tercapai maka persalinan akhirnya harus diakhiri dengan tindakan tertentu. Misalnya ekstraksi vacuum atau section caesaria (Sulistiyowati, 2010:7)

**E. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan**

Ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi proses persalinan, antara lain sebagai berikut:

1. Faktor *power*

Power merupakan kekuatan dimana kekuatan tersebut meliputi his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna.

a. His (Kontraksi Uterus)

Sifat dari his yang baik yaitu kontraksi uterus, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi

b. Tenaga mengejan/meneran

c. Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah, tenaga yang mendorong anak keluar selain his

d. Saat kepala keluar dari panggul timbul reflex yang mengakibatkan itu penutup glottisnya, mengkontraksikan otot-otot perut dan meneran diafragma ke bawah (Damayani, 2014:78)

2. Faktor *Passanger*

a. Bidang hodge

1) Hodge I : Bentuk apada 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 : Sejajar dengan hodge I, II, III setinggi oscoccygis (Sulistyawati, 2010:12)

### 3. Faktor *Passage* (jalan lahir)

#### a. Janin

Passanger pertama yang mempengaruhi jalannya persalinan karena besar dan posisinya. Kelainan-kelainan yang sering menjadi faktor penghambat dari passanger yaitu kelainan ukuran dan bentuk-bentuk kepala janinn seperti hidrosefalus dan anensefalus, kalinan letak seprti letak muka ataupun letak dah, serta kelainan kedudukan anak seperti kedudukan anak seperti kedudukan lintang atau pun letak sungsang (Jenny, 2013:154)

#### b. Moulage (molase)

Adanya celah antara bagian-bagian tulang kepala janin memungkinkan adanya penyisipan antara bagian tulang (*overlapping*) sehingga kepala janin dapat mengalami perubahan bentuk dan ukuran. Proses ini disebut molase (Sulistyawati, 2010:177)

### 4. Psikologis ibu

Dukungan maternal berdampak psitif bagi keadaan psikologis ibu ini berpengaruh pada kelancaran proses persalinan ibu. Sebagai contoh pasien persalinan yang di damping suami dankeluarga yang di cintainya akan mengalami proses persalinan yang lebih lancer jika di dibandingkan dengan pasien yang tidak di damping oleh suami dan keluarganya (Asrianah, 2010:40)

## 5. Penolong

Kompetensi dan pengetahuan penolong sangat bermanfaat dalam proses persalinan dan mencegah kematian maternal dan neonatal. Selain itu, penolong juga tidak di harapkan mal praktek atau tidak sesuai dengan aturan dalam memberikan asuhan kepada ibu bersalin (Asrinah, 2010:40)

## F. Tahap-Tahap Persalinan

### 1. Kala I (Pembukaan)

Di sebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. pada pemulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak terlalu kuat sehingga parturient masih dapat berjalan-jalan. Proses pembukaan serviks sebagai akibat his di bagi menjadi 2 fase yaitu antara lain

#### a. Fase laten

Berlangsung selama 8 jam pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm

#### b. Fase aktif

Fase aktif di bagi menjadi 3 fase yaitu fase akselerasi dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm, fase dilatasi maksimal dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm, fase deselerasi pembukaan menjadi lambat sekali dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap. Fase-fase tersebut di jumpai pada

primigravida.pada multigravidapun terjadi demikian, tetapi fase laten,fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek pada primigravida kala 1 berlangsung kira-kira 12 jam sedangkan pada multigravida berlangsung kira-kira7 jam (Rohani dkk, 2011:23)

## 2. Kala II (pengeluaran bayi)

Pada kala II, kontraksi uterus menjadi lebih kuat dan cepat yaitu setiap 2 menit sekali dengan durasi >40 detik, dan intensitas semakin lama semakin kuat. Kepala janin biasanya pada tahap ini sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada his dirasakan adanya tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflek menimbulkan rasa ingin meneran (Sulistyawati, 2010:7)

Kala II merupakan pengeluaran bayi, dimulai dari pembukaan lengkap sampai dengan bayi lahir. Uterus dengan kekuatan hisnya di tambah kekuatan ibu meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung dalam 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Diagnosis persalinan pada kala II ditegakan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm (Marmi, 2016:13)

Menurut Manuaba 1998 dikutip dari Marmi (2016:13), gejala utama dari kala II adalah sebagai berikut:

- a. His semakin kuat dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik.
- b. Menjelang akhir dari kala I ketuban pecah dan di tandai dengan adanya pengeluaran cairan dengan mendadak
- c. Ketuban pecah pada pembukaan mendeteksi lengkap dengan diikuti keinginan mengejan, sebab adanya tekanan pada fleksus frankenhauser
- d. Kedua kekuatan dengan his dan mengejan lebih mendorong pada kepala bayi sehingga dapat terjadi kepala membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung, dan muka serta kepala seluruhnya.
- e. Kepala lahir seluruhnya dan di ikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuain kepala bayi pada punggung
- f. Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan:
  - 1) Kepala di pegang pada osocciput dan dibawah dagu, ditarik cunam kebawah untuk melahirkan bahu belakang
  - 2) Setelah kedua bahu lahir, ketiak di kait untuk melahirkan sisa badan bayi
  - 3) Bayi lahir di ikuti oleh ketuban.

Tabel 2.2  
 Rerata durasi kala satu dan kala dua persalinan

	Tanpa konduksi anastesi		Konduksi anastesi	
	Kala I (jam)	Kala II (menit)	Kala I (jam)	Kala II (menit)
Rerata nullipara	8,1	54	10,2	79
Retara multipara	5,7	19	7,4	45

Sumber: Varney dkk, 2008:311

### 3. Kala III

Pada kala III ini merupakan tahap persalinan yang berlangsung dari bayi lahir sampai plasenta lahir hingga selaput ketuban lahir.

Pada kala III persalinan, miometrium/ otot uterus berkontraksi mengikuti kurangnya ukuran rongga uterus /berkurangnya ukuran dari tempat implementasi plasenta. Tanda-tanda lepasnya plasenta antara lain:

- a. Perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri
- b. Tali pusat memanjang
- c. Semburan darah secara bersama-sama (Sari dkk, 2014:90)

Kala III merupakan waktu untuk pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit.dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus maka plasenta akan lepas dari lapisan *Nitabusch*. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan adanya tanda-tanda sebagai berikut antara lain:

- a. Uterus menjadi berbentuk bulat
- b. Tali pusat bertambah Panjang
- c. Terjadi perdarahan
- d. Uterus terdorong keras, sebab plasenta lepas dari segmen bawah rahim
- e. Melahirkan plasenta dengan dorongan ringan secara carede pada fundus uterus (Marmi, 2016:14)

Ada 2 metode untuk pelepasan plasenta menurut Nia Kurnia (2013:34) sebagai berikut:

- a. Metode *Schulze*

Metode yang lebih umum biasanya yang terjadi, plasenta lepas dari satu titik dan merosot ke vagina melalui lubang dalam kantong amnion, permukaan fetal plasenta muncul pada vulva dengan selaput ketuban yang mengikuti dibelakang seperti payung terbalik saat terkelupasnya dari dinding uterus. Permukaan maternal plasenta tidak terlihat dan bekuan darah berada dalam kantong yang terbalik, kontraksi dan relaksasi otot uterus yang menimbulkan pemisahan plasenta juga menekan pembuluh darah dengan kuat dan mengontrol perdarahan. Hal tersebut mungkin terjadi karena ada saraf otot oblik di bagian atas segmen uterus.

b. Metode *Matthews Ducan*

Plasenta turun melalui bagian samping dan masuk vulva dengan pembatas lateral terlebih dahulu seperti kucing yang memasuki lubang baju, bagian plasenta tidak terdapat dalam kantong. Pada metode ini kemungkinan terjadinya bagian selaput ketuban yang tertinggal jauh lebih besar sebab selaput ketuban tersebut tidak terlepas semua selengkap metode Schultze. Metode ini merupakan metode yang berkaitan dengan plasenta letak rendah didalam uterus. Proses pelepasan berlangsung lebih lama dan darah yang hilang keluar sangat banyak (sebab hanya terdapat sedikit serat oblik dibagian bawah segmen)

Beberapa prasad untuk mengetahui pelepasan plasenta menurut Alifia dkk (2014:14)

1) Kustner : Dengan kita meletakkan tangan disertai tekanan pada atas simfisis, tali pusat diregangkan maka bila tali pusat masuk maka plasenta belum lepas, jika diam atau maju maka plasenta sudah lepas.

2) Stressman : Tegangkan tali pusat dan ketok fundus bila tali pusat bergeser maka plasenta belum lepas, apabila tidak bergeser maka plasenta belum lepas

3) Klein : Saat ada his, rahim didorong sedikit, bila tali pusat kembali maka belum lepas, apabila diam atau turun maka plasenta sudah lepas.

#### 4. Kala IV

Segera setelah plasenta lahir, jumlah perubahan maternal terjadi pada saat stress fisik dan emosional terjadi karena persalinan dan kelahiran mereda dan saat itu ibu memasuki proses penyembuhan setelah kelahiran dan bonding atau ikatan. Uterus yang berkontraksi normal harus teraba keras jika lembek kontraksi uterus waspada terjadi adanya perdarahan (Sari dkk, 2014:94-95)

Kala IV mulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam, pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan setelah persalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan dalam kala IV antara lain meliputi sebagai berikut:

##### a. Tingkat kesadaran pasien

Disini menilai tingkat kesadaran pasien apakah pasien *composmentis, apatis, delirium, somnolen, sopor, semi koma, koma.*

##### b. Pemeriksaan tanda-tanda vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital di lakukan dalam waktu 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua pasca persalinan. Pemantauan yang dilakukan yaitu tekanan darah

(90-120/60-80), suhu ( $35,5^{\circ}\text{C}$ - $36,5^{\circ}\text{C}$ ), nadi (70-90x/m) dan pernafasan atau respirasi ibu (16-20x/m)

c. Kontraksi uterus

Setelah plasenta lahir dilakukan pemijatan uterus untuk merangsang uterus berkontraksi. Dalam evaluasi uterus yang perlu dilakukan yaitu mengobservasi kontraksi yang normal yaitu pada perubahan fundus uteri akan terasa keras, jika tidak terjadi kontraksi dalam waktu 15 menit setelah dilakukan pemijatan uterus akan terjadi atonia uteri

d. Terjadi perdarahan

Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc. Nilai perdarahan, periksa perineum dan vagina setiap 15 menit dalam 1 jam pertama dan 30 menit pada jam kedua (Sulistiyawati dkk, 2010:7)

Menurut Reni (2011:90) Jika perdarahan dalam kala IV dan kontraksi pada rahim kurang baik, segera disuntikkan 0,2 mg ergonovin atau metilergonovin intramuskuler, uterus dikeluarkan untuk mengeluarkan gumpalan darah dan dilakukan masase, jika perdarahan belum berhenti juga ditambahkan dengan suntikan metilergonovin lagi. Tetapi sekarang intra vena dan dipasang oksitosin drip to unit 500 cc glukosa, selama tindakan ini masa diteruskan. Jika masih ada juga perdarahan, jangan terus terfiksasi pada atonia uteri, tetapi pertahankan

juga kemungkinan seperti robekan serviks, sisa plasenta suksenturia, rupture uteri dan koagolopati.

## **60 Langkah Asuhan Persalinan**

### **Kala I**

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan
2. Anjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi ketika ada his yaitu dengan cara mengambil nafas dalam dari hidung dan mengeluarkan dari mulut setelah masing-masing kontraksi.
3. Observasi sesuai partograf yang meliputi : His, DJJ, ketuban, pembukaan, penurunan kepala, dan tandatanda vital ibu
4. Anjurkan ibu untuk mencari posisi yang nyaman pada saat bersalin yaitu miring kiri serta anjurkan untuk tidak tidur terlentang.
5. Berikan asupan nutrisi pada ibu dengan meberikan makan dan minum.
6. Anjurkan ibu untuk BAB atau BAK jika terasa.
7. Jaga privasi ibu dengan menutup pintu, jendela, serta kelambu tempat persalinan.
8. Jaga kebersihan dan kondisi ibu agar tetap kering

9. Tunggu pembukaan lengkap jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal

### **Kala II**

1. Memastikan adanya tanda gejala kala II (doran, teknus, perjol, vulka)
2. Memastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial yang digunakan untuk menolong persalinan dan menangani komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
3. Memakai celemek
4. Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, dan mencuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering (Saifuddin, 2010:14).
5. Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
6. Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang sudah memakai sarung tangan DTT dan pastikan tidak terkontaminasi pada alat suntik) .
7. Membersihkan vulva dan perinium dengan kapas basah dengan vulva ke perinium (Armini dkk, 2017:128).
8. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap.

9. Dekontaminasi sarung tangan dengan keadaan terbalik ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit kemudian cuci tangan.
10. Melakukan pemeriksaan DJJ setelah kontraksi uterus selesai (pastikan DJJ dalam batas normal 120-160x/menit).
11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap, keadaan janin baik, dan meminta ibu untuk meneran apabila ada his (Armini dkk, 2017:128).
12. Meminta keluarga untuk membantu ibu untuk menyiapkan posisi yang nyaman yaitu bantu ibu setengah duduk (Armini dkk, 2017:129).
13. Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu ada dorongan yang kuat untuk meneran.
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit (Hidayat, 2010:82).
15. Letakan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
16. Meletakkan kain bersih 1/3 di bawah bokong ibu
17. Buka partus set cek kelengkapan alat dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

19. Setelah tampak kepala janin di vulva dengan diameter 5-6 cm, maka lindungi perinium dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.
20. Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin.
21. Menunggu kepala janin putar paksi luar.
22. Setelah kepala sudah faksi luar, pegang secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian Gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
23. Setelah bahu lahir geser tangan bawah untuk kepala dan bahu, Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penuluran lengan atas dilanjutkan ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk diantara kaki dan pegang masing masing mata kaki ibu jari dan jari lainnya.
25. Lakukan penilaian bayi baru lahir

26. Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainyakecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk yang kering, bayi diatas perut ibu. Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuh nya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan atau selimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relative hangat.
27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi kedua kedua dalam uterus (janin tunggal).
28. Memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

### **Kala III**

29. Dalam waktu 1 menit, setelah bayi lahir suntikan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin)
30. Dalam waktu 2 menit bayi baru lahir, jepit tali pusat dengan klem kira kira 3 cm dari pusat bayi. Dorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
31. Lakukan pemontongan tali pusat dan pengikatan tali pusat.
32. Letakan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.
33. Pindahkan klem tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.

34. Letakan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.

35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30 menit, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, dan ulangi prosedur diatas.

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

a. Jika tali pusat bertambah Panjang pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva melahirkan plasenta.

b. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.

c. Beri dosis ulang oksitosin 10 IU.

d. Lakukan katektisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.

- e. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- f. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
- g. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

37. Saat plasenta manual di introitus vagina lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilin kemudian dilahirkan dan ditempatkan plasenta dalam wadah yang sudah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal, rangsangan taktil (massage uterus).

38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakan telapak tangan difundus dan lakukan massage dengan Gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

39. Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam wadah plasenta kantong plastic atau tempat khusus.

40. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perinium.

Lakukan penjahitan bila ada laserasi.

#### **Kala IV**

Menilai perdarahan

41. Pastika uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan.

42. Mencecupkan sarung tangan ke dalam larutan klorin dan melepasnya secara terbalik.

43. Mengecek dan memastikan kandung kemih kosong.

44. Mengajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus dan menilai kontraksi.

45. Mengevaluasi dan mengansumsi jumlah draah yang keluar.

46. Memantau tanda bahaya tiap 15 menit, menghitung nadi

47. Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu normal (36°C-37°C).

48. Tempatkanlah seua perlatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.

49. Buang bahan bahan yang terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.

50. Bersihkan ibu dengan air DTT, bersihkan sisa cairan ketuban dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
51. Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga memberi makan dan minuman yang diinginkan ibu.
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan clorin 0,5%
53. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit.
54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
55. Memakai sarung tangan DTT.
56. Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir.
57. Memberikan imunisasi Hb pada bayi.
58. Melepas sarung tangan.
59. Melakukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
60. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda-tanda vital dan kala IV

#### **G. Mekanisme Persalinan**

Tahap mekanisme dalam persalinan normal antara lain

##### **1. Penurunan kepala**

Mekanisme ini terjadi karena adanya dorongan dari kontraksi uterus yang sangat efektif, posisi, serta kekuatan yang dilakukan oleh pasien itu sendiri.

## 2. Penguncian (*engagement*)

Pada tahap diameter biparetal dari kepala janin telah melalui lubang masuknya pintu panggul.

## 3. Fleksi

Proses kepala janin masuk ke dalam panggul, fleksi berperan sangat penting karena diameter kepala janin terkecil dapat bergerak melalui panggul dan terus maju menuju dasar panggul.

## 4. Putaran paksi dalam

Putaran ini merupakan putaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari suatu bagian itu memutar ke arah bawah syimpisis. Putaran paksi dalam ini terjadi bersamaan dengan turunya kepala dan tidak terjadi sebelum hodge III. Beberapa penyebab terjadinya putaran paksi dalam antara lain:

- a) Pada letak fleksi, bagian belakang kepalah adalah bagian paling terendah dari kepala janin.
- b) Bagian dari kepala janin mencari tahanan yang paling sedikit dan terdapat sebelah depan atas diamanti dapat adanya hiatus genitalis, levator ani kiri dan kanan.
- c) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul merupakan diameter anteroposterior (Marmi, 2010:188)

## 5. Lahirnya kepala dengan cara ekstensi

Terjadinya ekstensis ini yaitu ketika sesudah kepala keluar dari panggul dan ubun-ubun kecil berada dibawah simfisis (Rohani, 2011:148)

#### 6. Putaran paksi luar

Kepala yang sudah keluar selanjutnya mengalami restitusi yaitu kepala bayi kembali memutar kearah punggung untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi adanya putaran pada paksi luar. Bersamaan dengan itu kepala bayi melanjutkan putaran sampai belakang kepala berhadapan dengan tuber iskiadikum sepihak (Rohani, 2011:149)

#### 7. Ekspulasi

Setelah terjadi putaran paksi luar bahu depan sampai di bawah simfisis dan menjadi *hipomochlion* untuk kelahiran bahu belakang. Saat kedua bahu sudah lahir selanjutnya kedua badan di lahirkan searah dengan jalan lahir (Rohani, 2011:149)

### **H. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin**

#### 1. Asuhan sayang ibu sebagai kebutuhan dasar dalam persalinan

Asuhan sayang ibu di sini yang dapat di berikan yaitu asuhan yang akan memberikan perasaan aman dan nyaman selama proses persalinan. Asuhan sayang ibu ini menjamin ibu dan keluarganya dengan memberitahukan tentang apa yang terjadi dan apa yang bisa di harapkan (Sari dkk, 2014:112-113)

## 2. Aspek fisik dan psikologis

Kebutuhan dasar pada persalinan di kala I, II, III, dan IV itu berbeda-beda dan sebagai tenaga kesehatan kita dapat memberikan asuhan secara tepat agar kebutuhan-kebutuhan ibu di setiap kala terpenuhi

### a) Kala I

- 1) Mengatur aktivitas dan posisi ibu
- 2) Membimbing ibu untuk rileks pada saat his
- 3) Menjaga kebersihan ibu
- 4) Pemberian cairan dan nutrisi
- 5) Kontak fisik
- 6) Pijatan

### b) Kala II

Dalam persalinan kala II mengakibatkan suhu dan pada saat ibu mengejan ibu mengeluarkan banyak tenaga.

Kebutuhan dalam kala II ini antara lain:

- 1) Menjaga kandung kemih tetap kosong
- 2) Menjaga kebersihan ibu
- 3) Pemberian cairan dan nutrisi
- 4) Mengatur posisi ibu

c) Kala III

Adapun kebutuhan yang di butuhkan pada saat kala III antara lain yaitu:

- 1) Menjaga kebersihan
- 2) Pemberian cairan dan nutrisi
- 3) Kebutuhan istirahat

d) Kala IV

Kebutuhan ibu bersalin pada kala IV ini antarlain:

- 1) Hidrasi dan nutrisi
- 2) Ibu tetap di damping setelah bayi lahir
- 3) Bimbingan spiritual
- 4) Pengawasan kala IV
- 5) Istirahat
- 6) Kebersihan tetap di jaga untuk mencegah terjadinya infeksi
- 7) Menjelaskan pada ibu tanda-tanda bahaya kala IV
- 8) Biarkan ibu berada di samping ibu untuk mempercepat pemberian asi/colostrum
- 9) Membantu ibu kekamar mandi saat ibu ingin kekamar mandi
- 10) Memulai menyusui

### 3. Kehadiran pendamping

Dalam persalinan ibu membutuhkan seorang pendamping terutama suami dan keluarga. Dalam dukungan persalinan terbagi menjadi 2 yaitu

#### 1) Dukungan fisik

Dukungan fisik merupakan dukungan langsung yang diberikan suami atau keluarga kepada ibu.

#### 2) Dukungan Emosional

Dukungan emosional merupakan kehangatan yang diberikan suami atau keluarga kepada ibu yang merupakan empati dan kepedulian yang akan menimbulkan keyakinan bahwa ibu dicintai dan mendapat perhatian.

### 4. Mengurangi rasa sakit

Derajat nyeri yang paling tinggi yang dirasakan pada saat melahirkan seperti patah tulang dan sakit gigi, namun ada beberapa alternatif yang dapat diberikan untuk mengurangi rasa nyeri tersebut antara lain:

#### 1) Hipnoterapi

#### 2) Teknik akupunktur

### 5. Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan yang aman

Setiap ibu pada saat persalinan pasti sangat membutuhkan informasi tentang kemajuan dan hasil persalinan sehingga dapat

mengambil keputusan dan menyakinkan bahwa persalinan normal (Sari dkk, 2014:112-137)

#### 6. *Personal Hygiene*

Ibu sangat di sarankan untuk menjaga kebersihan saat proses persalinan berlangsung di antaranya meliputi

- a. Dengan cara mandi dan membersihkan badan, dapat mengurangi kemungkinan adanya kuman pada ibu yang akan masuk pada saat proses persalinan berlangsung, dan hal ini juga dapat mengurangi adanya infeksi pada ibu.
- b. Dalam proses persalinan ibu akan merasa lebih nyaman
- c. Bulu kemaluan tidak perlu di cukur semuanya hanya bagian yang di dekat anus yang akan di bersihkan karena di bagian situlah yang akan mempengaruhi penjahitan jika terdapat luka sobekan atau jika ibu tetnyata di lakukan episotomi (Sulistyawati, 2010:41-46)

#### 7. Eliminasi

Selama persalinan terjadi penekanan pada pleksus sakrum oleh bagian terendah janin sehingga menyebabkan retensi urine maupun sering berkemih, retensi urine terjadi apabila:

- a. Tekanan pada pleksus sacrum menyebabkan terjadinya inhibisi implus sehingga vesical uretra menjadi penuh tetapi tidan timbul rasa berkemih.

- b. Distensi yang membuat saraf reseptor pada dinding vesical uretra
- c. Tekanan pada bagian terendah pada vesica uretra
- d. Kurangnya privasi / postur yang kurang baik
- e. Kurangnya kesadaran untuk berkemih, dan
- f. Anestesi regional, epidural, blok pudendal sehingga obat mempengaruhi saraf vesica uretra.

Pemenuhan kebutuhan eliminasi selama persalinan perlu difasilitasi agar membantu kemajuan persalinan dan pasien merasa nyaman, oleh karena itu anjurkan ibu untuk bereliminasi secara minimal 2 jam sekali selama persalinan, apabila tidak mungkin dapat dilakukan katektisasi (Sulistyawati, 2010:41-46)

## **I. Benang Merah**

### **1. Membuat keputusan klinik**

Aspek dalam pemecahan masalah klinik yang diperlukan yaitu untuk menentukan pengambilan dalam keputusan klinik (*clinical decision making*). Dalam keperawatan dikenal dengan proses perawatan, para bidan di sini menggunakan proses yang serupa yang disebut sebagai proses penatalaksanaan kebidanan atau proses pengambilan keputusan (*clinical decision making*). Dalam membuat keputusan klinik memiliki beberapa proses tahapan mulai dari pengumpulan data, diagnostik, perencanaan, dan penatalaksanaan, serta ada evaluasi, yang

merupakan pola pikir yang sistematis bagi para bidan selama memberikan asuhan kebidanan khusus dalam asuhan persalinan normal (Marmi, 2016:17)

## 2. Asuhan sayang ibu dan bayi

Lima aspek dasar/lima benang merah yang sangat penting dan saling terkait dalam persalinan yang bersih dan aman yaitu: membuat keputusan klinik, asuhan sayang ibu dan bayi, pencegahan infeksi, pencatatan/rekam medis, rujukan (Sujiati dkk, 2010:6)

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan harus di perhatikan para bidan antara lain yaitu:

- a. Suami, saudara atau keluarga lainnya harus di perkenalkan untuk mendampingi ibu selama proses persalinan bila ibu menginginkannya.
- b. Standar untuk persalinan yang bersih harus selalu di pertahankan
- c. Kontak segera ibu dan bayi serta pemberian asi harus di anjurkan untuk di kerjakan.
- d. Penolong persalinan harus memiliki sikap sopan dan pengertian
- e. Penolong persalinan harus menerangkan pada ibu maupun keluarga mengenaiseluruh proses persalinan yang akan di lakukan.

- f. Penolong persalinan harus mau mendengarkan dan memberikan jawaban atas keluhan maupun kebutuhan ibu
- g. Penolong persalinan harus cukup mempunyai fleksibilitas dalam menentukan pilihan mengenai hal-hal yang bisa dilakukan selama proses persalinan berlangsung maupun pemilihan posisi saat melahirkan.
- h. Tindakan-tindakan secara tradisional sering dilakukan dan sudah terbukti dan tidak berbahaya harus diperbolehkan bila dilakukan
- i. Ibu harus diberikan privasi bila ibu menginginkan
- j. Tindakan-tindakan medik yang rutin dikerjakan dan ternyata tidak perlu dan harus dihindari (episiotomi, pencukuran, dan klisma) (Marmi, 2016:18)

### 3. Pencegahan infeksi

Penolong persalinan secara konsisten dan sistematis harus menggunakan praktik pencegahan infeksi seperti cuci tangan, penggunaan sarung tangan, menjaga sanitasi lingkungan yang sesuai untuk proses persalinan, kebutuhan bayi dan proses ulang peralatan bekas pakai.

Cara efektif untuk mencegah penularan penyakit dari orang ke orang dan atau dari peralatan atau sarana kesehatan ke orang ini dapat dilakukan dengan meletakkan penghalang di antara mikroorganisme dan individu (klien atau petugas kesehatan)

(Marmi, 2010:18). Penghalang ini dapat berupa proses secara fisik, mekanik ataupun kimia yang meliputi:

a. Cuci tangan

Menurut kemenkes (2015:28) cuci tangan dengan 7 langkah antara lain:

- 1) Gunakan sabu dan air yang mengalir lalu gosok telapak tangan
- 2) Setelah itu gosok telapak tangan telapak kanan diatas tangan kiri dan telapak kiri di atas telapak tangan kanan
- 3) Gosok telapak tangan secara terkait
- 4) Letakan punggung jari pada telapak kiri dan sebaliknya
- 5) Jempol kanan di gosok memutar oleh telapak kiri dan sebaliknya
- 6) Jari kiri menguncup, gosok memutar kekanan dan kekiri telapak tangan kanan dan sebaliknya
- 7) Pegang pergelangan tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya, gerakan memutar.

b. Pakai sarung tangan

Pemakaian sarung tangan dilakukan apabila kita melakukan tindakan-tindakan klinik, apabila kita memegang alat-alat medik dan membuang sampah medik untuk setiap pasien harus di gunakan sarung tangan yang berbeda guna mencegah kontaminasi silang dan apabila sarung tangan bekas pakai akan

di gunakan lagi maka masukan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit dan kemudian di cuci selanjutnya sarung tangan di keringkan secara otoklaf atau disinfeksi tingkat tinggi dengan cara menguapkan atau merebus (Saifuddin, 2013:116)

c. Pemrosesan bekas alat pakai

Pengelolaan alat kesehatan yang dapat mencegah penyebaran infeksi melalui alat-alat kesehatan, atau menjamin alat tersebut selalu dalam kondisi yang steril dan pakai pemilihan pengelolaan alat tergantung pada kegunaan alat dan hubungan dengan tingkat.

Resiko penyebaran infeksi pengelolaan alat dapat di lakukan melalui tahapan yaitu antara lain:

1. Dekontaminasi
2. Pencucian
3. Sterilisasi atau DTT
4. Penyimpanan

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

Tabel 2.3  
Pengelolaan alat dengan Resiko Infeksi

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

(Sumber: Sulistyawati, 2010:34)

#### d. Pengelolaan cairan antiseptik

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

#### 4. Pencatatan

Catat semua asuhan yang telah di berikan kepada ibu atau bayinya, jika asuhan tidak di catat dapat di katakana bahwa hal tersebut tidak di lakukan. Yang harus di perhatikan dalam pencatatan yaitu antara lain:

- a. Kelengkapan status klien
- b. Anamnesis, prosedur dan hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, dan uji atau penapisan tambahan lainnya

- c. Patograf sebagai instrument membuat keputusan dan dokumentasi klien
- d. Kesesuaian kondisi klien dan prosedur klinik terpilih
- e. Upaya tata laksana rujukan yang diperlukan

Dokumentasi dalam manajemen kebidanan adalah bagian yang penting hal ini di sebabkan karena:

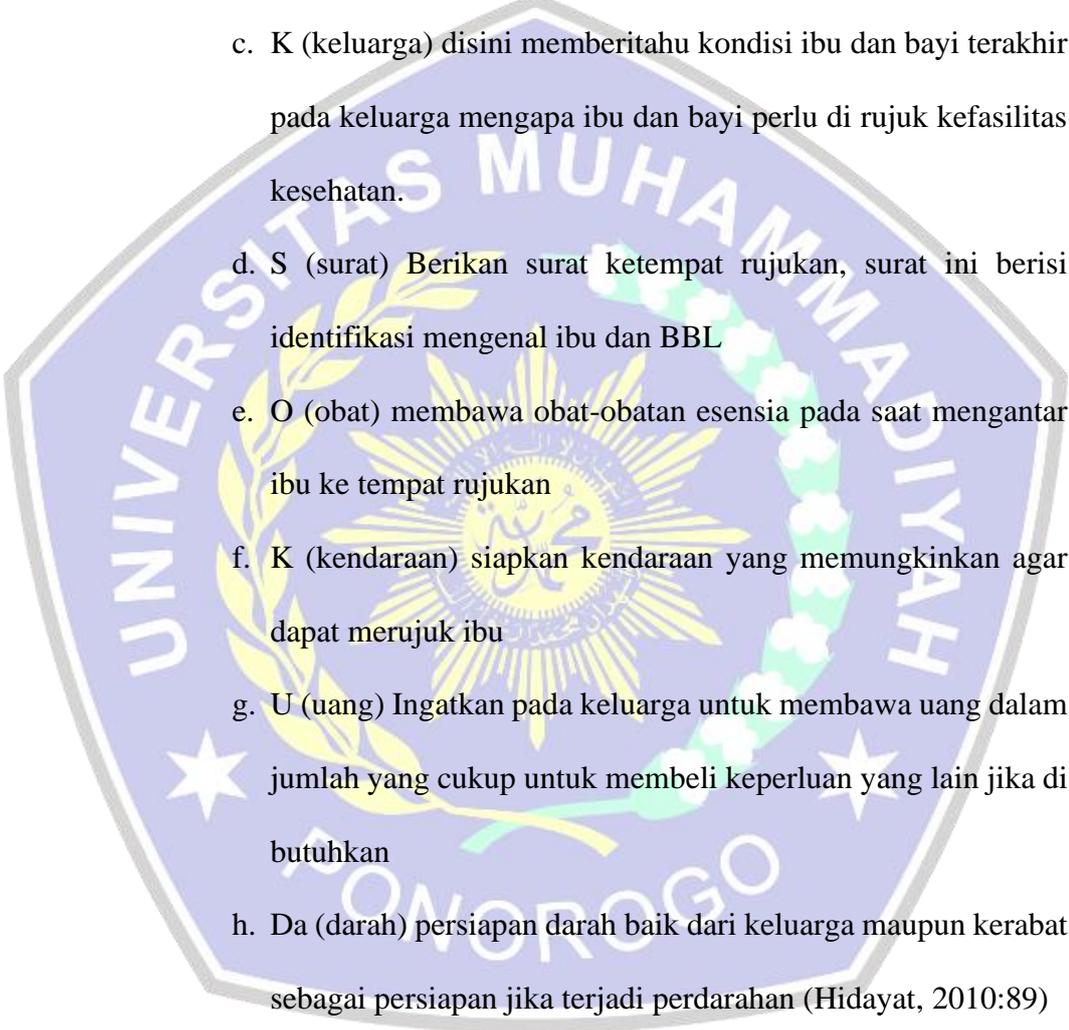
- a. Dokumentasi menyediakan catatan yang permanen tentang manajemen pasien
- b. Memungkinkan terjadinya adanya pertukaran informasi di antara petugas kesehatan
- c. Kelanjutan dari perawatan di permudah, dari kunjungan ke kunjungan berikutnya, dari petugas ke petugas yang lain, ataubisa juga petugas fasilitas
- d. Evaluasi dapat didapat dari informasi, untuk melihat apakah perawatan yang di butuhkan sudah di lakukan dengan benar dan tepat, mengidentifikasi kesenjangan yang ada, dan membuat perubahan dan perbaikan peningkatan manajemen perawatan yang klien
- e. Memperkuat keberhasilan manajemen, sehingga cara-cara bisa di lanjutkan dan di sosialisasikan kepada yang lain.
- f. Data yang ada dapat digunakan untuk penelitian atau studi kasus
- g. Dapat digunakan sebagai data statistik, untuk catatan nasional

h. Sebagai data statistik yang berkaitan dengan kesakitan dan kematian ibu.

Dalam asuhan persalinan normal, sistem pencatatan yang dapat digunakan yaitu patograf. Hasil pemeriksaan yang tidak dicatat pada patograf dapat diartikan bahwa pemeriksaan tidak dilakukan (Marmi, 2016:20)

#### 5. Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas yang memadai sarana lengkap, diharapkan dapat menyelamatkan keadaan ibu dan bayi baru lahir. Rujukan merupakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik atau masalah kebidanan yang timbul baik secara vertikal (dari satu unit keunit yang lebih lengkap/rumah sakit) maupun horizontal (dari bagian satu kebagian lain dalam satu unit). Sangat sulit untuk diduga kapan penyulit terjadi sehingga proses merujuk ibu dan bayi ke fasilitas rujukan secara optimal dan tepat waktu menjadi syarat bagi keberhasilan penyelamatan. Jika timbul masalah dalam persalinan dan rencana rujukan belum dibicarakan maka sering kesulitan untuk melakukan secara cepat. Singkatan BAKSOKUDA dapat digunakan untuk mengingat hal-hal penting dalam persiapan proses rujukan untuk ibu dan bayi:

- 
- a. B (Bidan) yaitu pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir di dampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk di bawa ke fasilitas kesehatan yang tepat.
- b. A (Alat) merupakan perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan dan BBL bersama ibu ketempat rujukan.
- c. K (keluarga) disini memberitahu kondisi ibu dan bayi terakhir pada keluarga mengapa ibu dan bayi perlu di rujuk kefasilitas kesehatan.
- d. S (surat) Berikan surat ketempat rujukan, surat ini berisi identifikasi mengenal ibu dan BBL
- e. O (obat) membawa obat-obatan esensia pada saat mengantar ibu ke tempat rujukan
- f. K (kendaraan) siapkan kendaraan yang memungkinkan agar dapat merujuk ibu
- g. U (uang) Ingatkan pada keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli keperluan yang lain jika di butuhkan
- h. Da (darah) persiapan darah baik dari keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi perdarahan (Hidayat, 2010:89)

## **J. Masalah Dalam Persalinan**

Komplikasi dalam persalinan yang bisa terjadi antara lain sebagai berikut:

### **1. Bayi sungsang**

Usia kelahiran sudah mendekati kelahiran, ibu perlu memriksakan ke bidan atau ke dokter untuk mengetahui posisi bayi apakah bayi posisinya sudah baik atau posisi bayi sungsang. Posisi yang benar bayi saat di lahirkan yaitu kepala berada di bawah, jika posisi bayi sungsang maka ibu akan di sarankan untuk melakukan berbagai cara untuk mengembalikan bayi ke posisi seharusnya dengan cara alami seperti sujut. Namun ketika cara ini tidak tercapai atau tidak berhasil dan posisi bayi masih sungsang saat akan di lahirkan, maka proses kelahiran akan menjadi lebih rumit. Melahirkan dengan operasi Caesar mungkin direkomendasikan pada saat ini (Veratamala, 2015:56)

### **2. Proses melahirkan yang terlalu lama**

Sebuah proses kelahiran yang lancar pasti akan memakan waktu selama beberapa jam. Namun bebrapa ibu akan mengalami masalah pada leher rahimnya (sebagai jalan keluar bayi).

Leher rahim ibu bisa mengalami kesulitan untuk berkembang dan membesar, sehingga bayi akan sulit keluar dan proses melahirkan akan berlangsung lama. Jika terjadi proses melahirkan yang lama tentunya itu tidak baik jika di biarkan begitu saja. Resiko ibu bisa

mengalami infeksi (jika iar ketuban sudah pecah) semakin besar. Untuk itu dokter akan memberikan obat untuk membantu cepat jalanya proses persalinan atau terkadang di anjurkan untuk operasi Caesar (Veratamala, 2015:56)

### 3. Prolaps tali pusar

Selama dalam kandungan ibu, tali pusar merupakan tumpuan hidup seorang bayi. Tali pusar mengalirkan nutrisi dan oksigen dari ibu ke tubuh bayi sehingga bayi tumbuh dan berkembang di dalam rahim. Selama proses melahirkan berlangsung tali pusar dapat masuk ke dalam leher rahim terlebih dahulu sebelum bayi setelah air ketuban pecah. Tali pusar bahkan bisa keluar lebih dahulu dari vagina di bandingkan bayi. Sehingga kondisi ini sangat berbahaya bagi bayi. Aliran darah yang masih berjalan dari tali pusar ke bayi dapat terganggu dan ini merupakan keadaan yang darurat bagi bayi (Veratamala, 2015:56)

### 4. Tali pusar melilit bayi

Karena bayi selalu bergerak aktif di dalam kandungan bayi mungkin bisa terlilit tali pusar tali pusar bisa melilit bayi dan terlepas dengan sendirinya berkali-kali selama kehamilan. Namun, tali pusar yang melilit bayi selama proses melahirkan mungkin bisa membahayakan bayi ketika terjadi penurunan aliran darah ke bayi menurun. Jika detak jantung bayi terus memburuk selama persalinan dan bayi menunjukkan tanda-tanda bahaya

lainya. Melahirkan dengan cara operasi caesar mungkin cara ini diperlukan (Veratamala, 2015:56)

#### 5. Perdarahan berat

Setelah bayi berhasil dilahirkan, perdarahan bisa terjadi pada ibu. Perdarahan normal terjadi, namun perdarahan berat dapat terjadi hal yang serius, perdarahan yang berlebihan bisa disebabkan karena kontraksi rahim setelah melahirkan berjalan buruk, bagian plasenta yang masih tersisa dalam rahim, dan infeksi pada dinding rahim. Sehingga mengakibatkan pembuluh darah yang terbuka saat plasenta lepas dari dinding terus mengeluarkan darah. Perdarahan berlebih ketika habis melahirkan bisa disebut dengan perdarahan postpartum. Terdapat dua jenis perdarahan postpartum yaitu antara lain primer atau berlangsung (perdarahan yang terjadi dalam waktu 24 jam setelah melahirkan) dan perdarahan sekunder atau tertunda (perdarahan setelah 24 jam pertama sampai 6 minggu setelah melahirkan) (Veratamala, 2015:56)

#### **K. Partograf**

Partograf merupakan alat yang digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan dari penggunaan partograf ini yaitu:

1. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam yang dilakukan.

2. Mendeteksi persalinan apakah berjalan normal. Dan juga dapat mendeteksi dini setiap kemungkinan terjadinya persalinan lama (Sari, dkk.2014:279)

Penerapan partograf di tunjukan pada kehamilan normal yang di rencanakan untuk persalinan pervagina. Dengan memperhatikan garis waspada dan garis tindakan di lakukan ssebagai titik dari tolak evaluasipertolongan persalinan (Manuaba, 2010:157)

Untuk menggunakan patograf yang benar, petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin dengan baik antara lain:

1. Denyut jantung bayi, batas normalnya antar 120-160x/menit.

Untuk penilaian denyut jantung banyi di lakukan setiap ½ jam selama 1 menit (Manuaba, 2010:159)

2. Air ketuban, catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina. Tanda U selaput utuh, J selaput pecah dan air ketuban jernih, dan M air ketuban bercampur dengan mekonium, D air ketuban bernoda darah (Saifuddin, 2009:104).

Dan K jika air ketuban kering atau minimal (Manuaba, 2010:160)

3. *Molase* (Penyusupan tulang pada janin). Menurut Saifuddin (2010:319), penyusupan merupakan indikator yang sangat

pentingseberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Catat temuan setiap kali melakukan pemeriksaan dengan menggunakan lambung-lambung berikut:

- a. 0 : Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat di palpasi.
  - b. 1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.
  - c. 2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih,tapi masih bisa di pisahkan.
  - d. 3 : Tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat di pisahkan.
4. Pembukaan mulut rahim. Dinilai saat pemeriksaan pervagina dan di beri tanda silang (x) (Saifuddin, 2009:104)
  5. Penurunan bagian terbawah janin. Dibagi menjadi 5 katagori dengan simbol 5/5 sampai 0/5. Simbol 5/5 menyatakan bahwa kepala janin belum memasuki tepi atas simfisis pubis, sedangkan symbol 0/5 menyatakan bahwa bagian kepala janin sudah tidak dapat lagi dipalpasi di atas simfisis pubis.beri tanda (o) pada garis yang sesuai (Saifuddin, 2010:320)
  6. Jam dan waktu. Di jelaskan di bawah patograf, tertera kotak-kotak diberiangka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.
  7. Kontraksi uterus. Catat setiap setengah jam, lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing-masing kontraksi dalam hitungan detik.  
Nyatakan lamanya kontraksi dengan:

- a. Beri titik-titik di kotak yang sesuai 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 dari 40 detik (Saifuddin, 2010:321).
8. Oksitosin. Bila memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin pervolume cairan infus dan salam per menit (Saifuddin, 2010:104)
9. Obat-obatan lain dan cairan.catat semua pemberian obat-obat tambahan dan atau cairan IV dalam kotak yang sesuai (Saifudiin, 2010:322)
10. Nadi, tekanan darah, suhu. Menurut Saifuddin (2010:322), angka di sebelah kiri patograf berkaitan dengan nadi dan tekanan darah ibu.
- a. Catat nadi ibu setiap 30 menit selama fase aktif persalinan. Beri tanda titik padakolom yang sesuai.
  - b. Catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan, beri tanda panahpada kolom waktu yang sesuai
  - c. Catat suhu tubuh ibu setiap 2 jam pada kotak yang sesuai
11. Protein, aseton dan volume urine. Catat setiap kali ibu berkemih (Saifuddin, 2009:104).

### 2.1.3 Konsep dasar Nifas

#### A. Pengertian Nifas (Puerperium)

Masa nifas (*Puerperium*) merupakan masa setelah keluarnya plasenta sampai dengan alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas bisa berlangsung selama 6 minggu (Kumalasari, 2015:67)

Masa nifas (*Puerperium*) dapat di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas disini di mulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (24 minggu) (Putriani, 2014:1)

#### B. Proses Nifas

##### 1. Pengecilan rahim atau involusi

Rahmi merupakan organ tubuh yang spesifik dan unik sebab rahim dapat mengecil dan membesar dengan menambah atau mengurangi jumlah selnya. Setelah bayi lahir dari rahim ibu, pada umumnya berat rahim ibu menjadi 1000 gram dan bisa di raba kira-kira 2 jari di atas umbilicus. Setelah 1 minggu berat rahim sekitar 300 gram dan rahim sudah tidak dapat diraba lagi. secara proses yang alamiah rahim telah kembali mengecil secara pelan dan perlahan kedalam bentuk yang semula. Setelah 6 minggu berat sudah sekitar 40-60 gram. Pada saat ini di anggap bahwa

masa nifas sudah Selesai. Namun rahim akan kembali keposisi yang semulanya, dan kondisi ibu secara keseluruhan.

a. Kekentalan darah (hemokonsentrasi) kembali normal

Selama masa kehamilan darah ibu encer, sebab cairan darah ibu yang banyak, sementara sel darahnya berkurang. Apabila dilakukan pemeriksaan kadar hemoglobin akan terlihat sedikit menurun dari angka normalnya. 11-12 gr %. Jika HB ibu setelah mengalami persalinan Hb ibu rendah sistem sirkulasi ibu akan kembali kesemula darah akan kembali mengental dimana kadar perbandingan dari sel darah kembali normal. Umumnya hal ini bisa terjadi pada hari ke-2 sampai ke-15 pasca melahirkan.

b. Proses laktasi dan menyusui

Proses ini akan timbul ketika plasenta lepas. Plasenta mengandung hormon penghambat prolaktin (hormone plasenta) yang dapat menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta terlepas hormon-hormon dalam plasenta ibu tidak di hasilkan lagi, sehingga terjadi produksi ASI. ASI keluar di hari ke 2-3 setelah melahirkan. Namun hal yang luar biasa merupakan sebelum di payudara sudah terbentuk yang sangat baik untuk bayi, sebab mengandung zat besi dan anti bodi pembuluh kuman (Saleha, 2009:2-4)

### C. Fisiologi Masa Nifas

Pada masa nifas akan terjadi perubahan fisiologis diantaranya adalah sebagai berikut:

#### 1. Uterus

Uterus merupakan organ yang reproduksi interna yang berongga dan berotot, berbentuk seperti buah alpukat yang sedikit gepeng dan ukurannya seperti sebutir telur ayam. Panjang uterus kir-kira 7-8 cm dan lebar 5-5,5 cm dan mempunyai ketebalan 2,5 cm. letak uterus secara fisiologis yaitu di anterversiofleksio.

Uterus terdapat 3 bagian yaitu antara lain: fundus uteri, korpus uteri, serta serviks uteri. Pada bagian dinding uterus terdapat otot polos dan tersusun 3 lapisan yaitu antara lain sebagai berikut:

- a. *Perimetrium* merupakan lapisan paling luar yang mempunyai fungsi pelindung uterus
- b. *Miometrium* merupakan lapisan yang kaya akan sel otot dan mempunyai fungsi untuk kontraksi dan relaksasi uterus dengan melebarnya dan kembali ke dalam bentuk semula setiap bulan.
- c. *Endometrium* merupakan lapisan paling dalam dan juga kaya akan sel darah merah. Jika terjadi pembuahan maka dinding endometrium akan meluruh bersama sel ovum matang.

Pada akhir kehamilan berat uterus bisa mencapai 1000 gram dan berat uterus pada wanita dalam keadaan normal biasanya

sekitar 30 gram perubahan ini disebabkan karena adanya perubahan hormon estrogen dan progesteron selama hamil dan mengakibatkan hipotropi otot polos uterus.

Satu minggu setelah persalinan berat pada uterus mencapai 500 gram dua minggu setelah persalinan berat uterus berubah menjadi 300 gram dan menjadi 40-60 gram setelah enam minggu persalinan. Dalam perubahan fisiologis pada pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara palpasi didapatkan bahwa tinggi fundus uteri akan berada setinggi pusat segera setelah bayi lahir, sekitar 2 jari di bawah pusat setelah plasenta lahir, pertengahan antara pusat dan simfisis pada hari ke lima pasca persalinan dan 12 hari postpartum sudah tidak teraba lagi.

## 2. Serviks

Serviks merupakan bagian dari uterus yang mempunyai bentuk menyempit sehingga biasanya disebut dengan leher rahim. Serviks menghubungkan uterus ke saluran vagina dan sebagai keluarnya bayi dari uterus menuju saluran vagina pada saat persalinan. Setelah bayi dilahirkan, serviks masih bisa dilewati oleh tangan pemeriksa. Setelah 2 jam persalinan serviks hanya bisa dilewati oleh 2-3 jari dan setelah 1 minggu persalinan hanya dapat dilewati oleh 1 jari.

### 3. Vagina

Vagina merupakan saluran yang menghubungkan rongga uterus dengan tubuh bagian luar. Pada dinding depan dan belakang vaginanya saling berdekatan satu sama lain dengan ukuran Panjang 6,5 cm sampai dengan 9 cm. Secara fisiologis lochea di keluarkan dari covum uteri akan berbeda karakteristiknya dari hari ke hari. Karakteristik lochea dalam masa nifas adalah sebagai berikut antara lain:

#### a. Lochea *rubra/kruenta*

Muncul pada hari ke 1-2 hari setelah melahirkan terdiri dari darah segar tercampur oleh sisa-sisa selaput dari ketuban, sel sel desi dua sisa-sisa serviks *kaseosa*, *lanugo* dan *mekoneum*.

#### b. Lochea *sanguinolenta*

Muncul pada hari ke 3 postpartum sampai hari ke 7 setelah melahirkan dan lochea ini mempunyai ciri khas yaitu darah bercampur dengan lendir.

#### c. Lochea *Serosa*

Pada lochea ini warna darah berwarna agak kuning, muncul setelah 1 minggu setelah persalinan.

#### d. Lochea *Alba*

Muncul setelah 2 minggu setelah melahirkan dan hanya berupa cairan putih.

Normalnya lochea pada postpartum yaitu lochea berbau amis, apabila kecuali jika terjadi infeksi pada jalan lahir, baunya akan berubah menjadi bau busuk. Bila lochea berbau busuk segera periksa dan di tangani agar ibu tidak mengalami infeksi yang berkelanjutan atau sepsis.

#### 4. Vulva

Vulva merupakan organ reproduksi eksterna berbentuk lonjong, bagian depan di batasi oleh clitoris, bagian belakang oleh perinium dan bagian kanan dan kiri oleh labio minora. Pada vulva, di bawah clitoris terdapat orifisium uretra eksterna yang mempunyai fungsi sebagai tempat keluarnya urine. Beberapa pertama hari setelah melahirkan bayi, beberapa hari pertama sesudah proses melahirkan vulva tetap berbeda dalam keadaan kendor setelah 3 minggu vulva akan kembali kepada keadaan yang semula dan labia akan menjadi lebih menonjol.

#### 5. Payudara

Setelah trimester pertama kelenjar mammae sudah di persiapkan untuk menghadapi masa laktasi perubahan yang terjadi pada kelenjar mammae selama kehamilan antara lain yaitu:

- a. Proliferasi jaringan atau pembesaran payudara hal ini terjadi karena pengaruh hormone ekstrogen dan hormone progesterone.

- b. Terdapat cairan yang berwarna kuning (colostrum) Cairan ini terkadang dapat di keluarkan atau keluar sendiri melalui puting susu saat usia kehamilan memasuki trimester tiga.
- c. Terdapat *hipervaskularisasi* pada bagian permukaan maupun bagian dalam kelenjar mammae.

Pada proses laktasi terdapat dua reflek yang berperan yaitu di antaranya adalah:

1) Reflek prolaktin

Hormon prolaktin disini memegang peran sangat penting untuk membuat *colostrum*. Hisapan bayi akan merangsang puting susu dan kalang sebab ujung-ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai resptor mekanik. Rangsangan ini dilanjutkan ke hipotalamus melalui medulla spinalis hipotalamus dan akan pengeluaran faktor penghambat sekresi prolaktin. Hormon ini merangsang sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat airususu.

2) Reflek aliran (*let down reflek*)

Rangsangan yang berasal dari hisapan bayi di lanjutkan ke hipofise posterior melalui darah. Sehingga dapat menimbulkan kontraksi, kontraksi ini akan meremas air susu yang telah jadi.

## 6. Tanda-Tanda vital

Tanda-tanda vital yang berubah selama masa nifas adalah:

### a. Suhu tubuh

Setelah proses persalinan suhu dapat meningkat sekitar  $0,5^{\circ}\text{C}$  dari keadaan normal  $36^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ , Setelah 12 proses persalinan suhu tubuh yang meningkat tadi akan kembali seperti keadaan semula.

### b. Nadi

Denyut nadi normal biasanya 60-80 kali permenit, denyut nadi akan mengalami peningkatan pada saat proses persalinan berlangsung. Setelah proses persalinan selesai frekuensi nadi akan menjadi sedikit lebih lambat di bandingkan dengan biasanya, dan pada masa nifas akan kembali kesemula.

### c. Tekanan darah

Setelah melahirkan tekanan darah akan menjadi lebih rendah di bandingkan pada saat hamil sebab terjadi perbandingan antara proses persalinan.

### d. Pernafasan

Pada saat partus frekuensi pernafasan akan meningkat karena kebutuhan oksigen yang tinggi untuk tenaga ibu saat meneran/mengejan dan mempertahankan agar persediaan oksigen ke janin tetap terpenuhi. Pada saat nifas keadaan nadi

akan kembali normal dan pernafasan akan berhubungan dengan sehu dan denyut nadi.

#### 7. Hormon

Salam kehamilan peningkatan hormone esterogen dan progesterone tersebut berfungsi untuk mempertahankan agar dinding uterus tetap tumbuh dan berpoliferasi. Hormon prolaktin akan merangsang pembuatan air susu pada kelenjar mammae dan prostaglandin.

#### 8. Sistem Peredaran Darah

Selama hamil dapat menyebabkan hemodilusi sehingga kadar haemoglobin (Hb) wanita hamil biasanya rendah. Setelah bayi dilahirkan, hubungan sirkulasi darah biasanya akan terputus sehingga volume darah ibu akan relatif meningkat dan keadaan ini akan mengakibatkan beban kerja pada jantung sedikit meningkat juga.

#### 9. Sistem Pencernaan

Ibu yang melahirkan secara normal dan spontan biasanya akan cepat dan mudah lapar sebab sudah mengeluarkan tenaga yang banyak saat mengejan/meneran pada saat persalinan berlangsung.

#### 10. Sistem Perkemihan

Sistem perkemihan akan mengalami perubahan hormonal pada masa hamil menyebabkan peningkatan fungsi ginjal. Dalam 12

jam pertama postpartum ibu akan membuang cairan yang tertimbun di jaringan selama ibu hamil.

#### 11. Sistem Integumen

Perubahan kulit saat hamil berupa hiperpigmentasi pada wajah (*calosma gravidarum*) leher, mamae, dinding perut akan berubah lipatan sendi sebab adanya pengaruh hormon ini akan menghilang pada saat masa nifas.

#### 12. Sistem Musculoskeletal

Setelah proses melahirkan selesai dinding perut ibu akan berubah menjadi longgar, kendur dan melebar selama beberapa minggu bahkan bisa sampai beberapa bulan akibat dari peregangan saat hamil (Maritalia, 2014:17-29)

### **D. Tahapan Masa Nifas**

#### 1. *Puerperium dini*

*Puerperium dini* merupakan masa pemulihan yaitu ketika ibu di perbolehkan berdiridan berjalan-jalan biasanya 1 hari setelah melahirkan.

#### 2. *Puerperium intermedial*

*Puerperium intermedial* merupakan masa pemulihan menyeluruh organ-organ genetika, kira-kira antara 6-8 minggu.

#### 3. *Remote puerperium*

Disini waktu yang di perlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apa bila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai

komplikasi biasanya membutuhkan berminggu-minggu, bulan, dan bertahun (Suherni dkk, 2009:59)

### **E. Perubahan Psikologis Masa Nifas**

Tahapan masa nifas menurut Reva Rubin yaitu antara lain:

1. Periode *teking in* (hari ke 1-2 setelah melahirkan)
  - a. Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain
  - b. Perhatian ibu tertuju pada khawatiran perubahan tubuhnya
  - c. Ibu akan mengulangi pengalaman-pengalaman saat ibu melahirkan
  - d. Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi semula sebelum melahirkan
  - e. Nafsu makan ibu bertambah sehingga disini ibu membutuhkan peningkatan nutrisi. Kurangnya nafsu makan pada ibu ini menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal.
2. Periode *teking on* (hari ke 2-4 setelah melahirkan)
  - a. Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya
  - b. Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan dan serta mengganti popok.
  - c. Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi

d. Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya

3. Periode *letting go*

a. Terjadi ketika ibu pulang kerumah dan dipengaruhi oleh dukungan serta perhatian keluarga

b. Ibu sudah mengambil tanggung jawabnya dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebiasaan dan hubungan sosial

c. Depresi postpartum sering terjadi pada masa ini (Putriani dkk, 2014:7-8)

**F. Kebutuhan Fisik Ibu Nifas**

1. Nutrisi dan cairan

Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang sangat banyak dan cukup, bergizi seimbang, terutama pada kebutuhan protein dan karbohidrat. Mengonsumsi tambahan 500 kalori setiap harinya, (ibu harus mengonsumsi 3-4 porsi setiap harinya), dan minum sedikitnya 3 liter air setiap harinya (anjurkan ibu minum setiap kali menyusui). Pil zat besi harus di minum, untuk menambah zak gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin. Minum kapsul vitamin A ke pada bayinya melalui ASInya (Heryani, 2012:57)

2. Kebersihan diri/*perineum*

Kebersihan diri ibu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan yang nyaman pada ibu, menganjurkan

ibu menjaga kebersihan diri dengan cara mandi yang teratur minimal 2 kali sehari, mengganti pakaian dan alas tempat tidur serta lingkungan dimana ibu tinggal. Perawatan luka *perinium* bertujuan untuk mencegah infeksi, meningkatkan rasa nyaman dan proses penyembuhan. Perawatan perinium dapat dilakukan dengan cara mencuci daerah genitalia dengan air dan sabun setiap kali habis BAK/BAB yang dimulai dengan mencuci bagian depan baru kemudian daerah anus, pembalut hendaknya di ganti 2 kali sehari.

Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu postpartum dalam menjaga kebersihan diri yaitu antara lain:

- a. Mandi teratur minimal 2 kali sehari
- b. Mengganti pakaian dan alas tempat tidur
- c. Menjaga lingkungan di sekitar tempat tinggal yang di tempati
- d. Melakukan perawatan perinium
- e. Mengganti pembalut 2 kali sehari
- f. Mencuci tangan setiap kali membersihkan daerah genitalia

(Heryani, 2012:62)

### 3. Eliminasi

Pada kala IV persalinan dilakukan pemantauan urin selama 2 jam dalam waktu setiap 15 menit sekali pada jam pertama dan 30 menit sekali pada jam kedua selanjutnya. Memasuki masa nifas ibu diharapkan bisa berkemih dalam 6-7 jam pertama. Pengeluaran

urin masih tetep di pantau dan di harapkan setiap kali berkemih urin yang di keluarkan minimal sekitaran 150 ml. Ibu nifas yang mengalami kesulitan untuk berkemih kemungkinan di sebabkan oleh menurunnya tonus otot kandung kemih (Maritalia, 2014:49)

#### 4. Mobilisasi

Mobilisasi merupakan kegiatan untuk secepat mungkin membimbing ibu nifas keluar dari tempat tidurnya untuk berjalan. Pada persalinan normal sebaiknya mobilisasi di kerjakan setelah 2 jam (ibu di perbolehkan miring ke kanan dan kekiri untuk mencegah adanya trombotis (Dewi, 2011:70)

#### 5. *Personal Hygiene*

Pada masa nifas ini kebersihan diri berlangsung selama kurang lebih 40 hari. Kebersihan dari vagina perlu mendapat perhatian lebih kebersihan vagina yang tidak terjaga dapat menyebabkan infeksi pada vagina yang dapat meluas sampai ke rahim.

Untuk menjaga kebersihan pada vagina dapat di lakukan beberapa cara di antaranya adalah:

- a. Membasuh daerah perinium setelah BAK dan BAB dari daerah depan ke belakang
- b. Bila vagina kotor basulah dengan sabun atau cairan antisepti yang fungsinya untuk menghilangkan mikroorganisme

- c. Jika ibu terdapat luka episiotomi terlalu luas ibu dapat memlakukannya dengan cara duduk berendam di dalam air selama 10 menit setelah BAB/BAK
- d. Mengganti pembalut setelah membersihkan vagina
- e. Ibu dapat mengeringkan vagina dengan tisu atau handuk halus setiap ibu selesai membasuh agar daerah tetap kering
- f. Apabila bila butuh salep antibiotik ibu dapat mengoleskan sebelum ibu menggunakan pembalut yang baru (Maritalia, 2014:50-51)

#### 6. Istirahat dan tidur

Kebutuhan istirahat dan tidur diperlukan ibu beberapa jam setelah melahirkan. Proses persalinan yang lama dan melelahkan dapat membuat ibu frustrasi bahkan depresi apabila kebutuhan istirahatnya tidak terpenuhi. Masa nifas sangat erat kaitannya dengan gangguan pola tidur yang dialami oleh ibu, terutama setelah segera melahirkan. Pada 3 hari pertama dapat merupakan hari yang sulit bagi ibu akibat menumpuknya kelelahan karena proses persalinan dan nyeri yang timbul pada luka perineum. Dan akan mendekati normal dalam 2-3 minggu setelah persalinan.

Pada nifas ibu kurang tidur mengakibatkan antara lain:

- a. Berkurangnya produksi ASI
- b. Membuat proses involusi uterus dan meningkatkan perdarahan

- c. Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri (Maritalia, 2012:52-53)

## 7. Seksual

Ibu setelah melahirkan boleh melakukan hubungan seksual kembali setelah 6 minggu persalinan, batasan waktu 6 minggu ini didasari atas pemikiran pada semua luka akibat persalinan seperti episiotomi dan luka bekas caesar biasanya telah sembuh dengan baik. Meskipun hubungan telah dilakukan setelah minggu ke 6 ada kalanya ibu masih merasa nyeri atau sakit walapun telah beberapa bulan proses persalinan gangguan seperti ini di sebut juga dengan *dispareunia* atau rasa nyeri pada saat melakukan hubungan seksual.

Ada beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya dyspareunia yaitu antara lain:

- a. Setelah melahirkan ibu mengonsumsi jamu-jamuan tertentu
- b. Jaringan yang baru terbentuk karena proses penyembuhan luka guntingan episiotomi pada jalan lahir masih sangat sensitif.
- c. Faktor psikologis atau rasa cemas yang di miliki oleh ibu berlebihan (Maritalia, 2014:53-54)

## 8. Latihan atau senam nifas

Pada masa nifas yang berlangsung kurang lebih 6 jam ibu sangat membutuhkan latihan untuk dapat mempercepat proses involusi atau pemulihan. Senam nifas sebaiknya di lalkukan

dalam 24 jam pertama setelah persalinan secara teratur setiap harinya. Pada ibu yang mengalami proses persalinan secara caesar dengan melahirkan secara normal tentu berbeda, pada ibu yang mengalami persalinan caesar beberapa jam setelah keluar dari ruangan operasi, pernafasanlah yang di latih karena untuk proses penyembuhan luka operasi sementara untuk memulihkan otot-otot dan melancarkan sirkulasi darah di tungkai baru bisa dilakukan 2-3 hari setelah ibu dapat bangun dari tempat tidurnya.

Manfaat senam nifas bagi ibu pasca persalinan antara lain yaitu sebagai berikut:

- a. Memperbaiki sirkulasi darah untuk mencegah terjadinya pembekuan (thrombosis)
- b. Memperbaiki sikap tubuh ibu selama ibu hamil dengan memulihkan dan menguatkan otot-otot punggung
- c. Memperbaiki regangan otot tungkai bawah
- d. Memperbaiki regangan otot bawah abdomen setelah ibu hamil dan melahirkan
- e. Memperbaiki tonus otot serviks
- f. Meningkatkan kesadaran ibu ibu untuk melakukan relaksasi otot-otot pada panggul
- g. Mmeperecepat terjadinya proses involusi organ-organ reproduksi (Maritalia, 2014:55-56)

## G. Kunjungan Masa Nifas

Standar kunjungan masa nifas di bagi menjadi 4 yaitu antara lain:

### 1. Kunjungan 1 (6-8 jam postpartum)

Asuhan pada kunjungan 1 antara lain yaitu

- a. Mencegah perdarahan nifas karena atonia uteri
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain dan perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut
- c. Memberikan konseling tentang pencegahan perdarahan masa nifas yang di sebabkan atonia uteri
- d. Pemberian ASI awal
- e. Mengajarkan cara mempercepat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- f. Menjaga bayi tetap sehat agar terhindar dari hipotermia
- g. Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik (Heryani, 2012:70)

### 2. Kunjungan 2 (6 hari postpartum)

Asuhan yang di berikan pada kunjungan 2 yaitu antara lain:

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik,tinggi fundus uteri berada di bawah umbilicus, dan tidak ada perdarahan abnormal

- b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau peredaran darah abnormal
- c. Memastikan ibu cuku makan, cairan dan istirahat
- d. Memastikan ibu menyusui dengan baik, mengenal asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan perawatan bayi sehari-hari (Haryani, 2012:70)

3. Kunjungan 3 (2 minggu postpartum)

Asuhan yang diberikan di kunjungan ketiga sama dengan asuhan kunjungan kedua postpartum

4. Kunjungan 4 (6 minggu postpartum)

- a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya
- b. Memberikan konseling untuk ibu menggunakan KB secara dini untuk mencegah kehamilan disaat bayinya masih kecil (Saleha, 2009:7)

**H. Tanda-Tanda Bahaya Masa Nifas**

Tanda-tanda bahaya pada ibu nifas antara lain yaitu:

1. Perdarahan hebat atau peningkatan peredaran darah secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi atau memenuhi lebih dari 2 pembalut seniter dalam waktu setengah jam)
2. Pengeluaran cairan dari vagina dengan bau yang busuk
3. Terdapat nyeri pada bagian perut bawah atau punggung

4. Rasa sakit kepala yang terus menerus masalah penglihatan, serta nyeri epigastri
5. Demam, pembengkakan yang terjadi pada wajah dan tangan, rasa sakit pada saat buang air, atau juga merasa tidak enak badan,
6. Payudara sakit atau memerah
7. Selera makan hilang dalam waktu yang Panjang
8. Pada kaki terasa sakit, warna kemerahan, kelembutan dan terdapat pembengkakan
9. Merasa sangat sedih dan merasa tidak mampu mengurus dirinya sendiri dan bayinya
10. Merasa sangat letih dan bernafas terengah-engah (Pitriani, 2014:14)

### **I. Komplikasi Masa Nifas**

#### **1. Infeksi nifas**

##### **a) Definisi**

Infeksi nifas merupakan peradangan yang terjadi pada organ reproduksi yang disebabkan oleh masuknya virus ke dalam organ reproduksi tersebut selama proses persalinan dan pada masa nifas. Virus penyebab infeksi nifas juga dapat berasal dari eksogen dan endogen. Beberapa virus yang sering menyebabkan terjadinya infeksi antara lain meliputi *streptococcus*, *bacil coli* dan *staphylococcus*.

## b) Macam-macam infeksi nifas

### 1) *Endometritis*

*Endometritis* merupakan peradangan atau infeksi yang terjadi pada endometrium. Infeksi ini sangat sering terjadi yang di alami pada saat masa nifas. Mikroorganismen masuk ke endometrium melalui luka bekas insersio plasenta dan pada waktu yang singkat bisa menyebar ke seluruh endometrium.

### 2) *Peritonitis*

*Peritonitis* merupakan peradangan atau infeksi pada masa nifas yang terjadi pada peritoneum (selaput dinding perut). Pada masa nifas peritonitis terjadi pada uterus melalui pembuluh limfe. Berbeda dengan peritonitis umum. Peritonitis ini biasanya hanya terbatas pada daerah pelvis sehingga terjadi gejala tidak seberat pada peritonitis umum.

### 3) *Mastitis*

*Mastitis* merupakan peradangan atau infeksi yang terjadi pada payudara atau mammae. Pada masa nifas biasanya terjadi infeksi dan peradangan pada mammae terutama pada primipara. Penyebab dari infeksi ini yaitu *staphylococcus aureus*. Tanda ibu yang mengalami *mastitis* yaitu rasa panas di bagian payudara disertai dengan adanya peningkatan suhu tubuh, lesu dan tidak nafsu makan. Mammae membesar dan

nyeri local, kulit merah, membengkak dan terdapat nyeri pada perabaan. Jika mastitis tidak segera di tangani mastitis ini bisa menjadi abses.

#### 4) *Thrombophlebitis*

*Thrombophlebitis* merupakan penjaralan infeksi melalui vena. Terjadi pada masa nifas sebab terbukanya vena-vena selama proses persalinan sehingga memudahkan masuknya mikroorganisme *pathogen*. *Thrombophlebitis* sering menyebabkan kematian pada ibu karena mikroorganisme dengan mudah dan cepat menjalar keseluruh tubuh melalui system peredaran darah dan menyebabkan infeksi pada organ tertentu.

#### 2. Perdarahan postpartum

Perdarahan postpartum merupakan perdarahan yang terjadi pada jalan lahir yang volumenya lebih dari 500 ml dan biasanya berlangsung dalam 24 jam setelah kelahiran bayi. Menurut waktu terjadinya perdarahan post partum di bagi menjadi 2 tahap antara lain sebagai berikut:

##### a) Postpartum primer

Perdarahan postpartum primer merupakan perdarahan yang terjadi dalam waktu 24 jam pertama setelah kelahiran bayi.

b) Postpartum sekunder

Perdarahan postpartum sekunder merupakan perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran bayi. Perdarahan postpartum dapat disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya yaitu:

1) *Antonia uteri*

*Antonia uteri* merupakan kegagalan otot-otot rahim untuk mempertahankan kontraksi setelah melahirkan bayi sehingga tidak dapat menekan pembuluh darah yang berada di tempat menempelnya plasenta.

2) *Retensio plasenta*

*Retensio plasenta* adalah suatu keadaan dimana plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir.

3) *Inversio plasenta*

*Inversio plasenta* merupakan suatu keadaan dimana fundus uteri terbalik sebagian atau seluruhnya ke dalam kavum uteri.

4) Robekan jalan lahir

Robekan jalan lahir yaitu laserasi atau luka yang terjadi di sepanjang jalan lahir (*perineum*) akibat proses persalinan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara sengaja (*episiotomi*) atau tidak sengaja.

#### 5) Tertinggalnya sebagian sisa plasenta dalam uterus

Tinggalnya sebagian sisa plasenta dalam uterus sisa plasenta yang masih tertinggal di dalam uterus dapat menyebabkan terjadinya perdarahan. Sisa plasenta mengakibatkan kontraksi uterus tidak adekuat sehingga pembuluh darah yang terbuka pada dinding uterus tidak dapat berkontraksi/terjepit dengan sempurna (Maritalia, 2014:57)

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

#### **A. Pengertian Bayi Baru Lahir dan Neonatus**

Bayi baru lahir normal merupakan bayi lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia genap 37 minggu sampai dengan usia 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai apgar >7 tanpa cacat bawaan (Rukiyah, 2010:2)

Bayi baru lahir merupakan individu yang tumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian dari kehidupan-kehidupan intrauterin dan ektrauterin (Dewi, 2011:8)

*Neonatus* merupakan bayi baru lahir yang mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari yang memerlukan penyesuaian

fisiologis berupa maturase, adaptasi (penyesuaian diri dari kehidupan intruterin dan ektrauterine) dan toleransi bagi bayi baru lahir (BBL) untuk dapat hidup baik (Marmi, 2012:1)

## **B. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal**

1. Lahir aterm antara 37-42 minggu
2. Berat badan 2500-4000 gram
3. Panjang badan bayi 48-52 cm
4. Lingkar dada 30-38 cm
5. Lingkar kepala 33-35 cm
6. Lingkar lengan bayi 11-12 cm
7. Frekuensi denyut jantung 120-160x/ menit
8. Pernafasan  $\pm$ 40-60x/menit
9. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup
10. Tidak terlihatnya rambut lanugo dan rambut biasanya telah sempurna
11. Kuku agak panjang dan lemes
12. Nilai APGAR >7
13. Gerak bayi AKtif
14. Bayi lahir menaggis normal
15. Reflek rooting (mencari puting susu dengan cara rangsangan taktil pada pipi di daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik
16. Reflek sucking (Isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik

17. Reflek morro (Gerakan memeluk bila bayi di kagetkan) sudah terbentuk dengan baik

18. Reflek grasping (menggenggam) sudah baik

19. Genetalia

a. Pada bayi laki-laki kematangan di tandai dengan testis yang berada pada skortum dan penis yang berlubang

b. Pada bayi perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang serta adanya labia minora dan mayora

20. Eliminasi baik yang dapat di tandai dengan keluarnya mekonium dalam waktu 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan (Vivian, 2010:12)

### **C. Ciri-Ciri Neonatus**

*Neonatus* memiliki ciri berat badan 2700-4000 gram, panjang 48-50 cm, lingkar kepala 33-35 cm, *neonatus* memiliki frekuensi denyut jantung 120-160x/menit, pernafasan 40-60x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut tumbuh dengan sempurna, kuku sedikit panjang dan lemas, memiliki APGAR >7, reflek-reflek sudah terbentuk dengan baik (Dewi, 2010:13)

### **D. Penilaian APGAR Skor**

Berdasarkan pedoman yang di keluarkan oleh neonatal resuscitation program. Skor APGAR berguna untuk mendapatkan informasi mengenai status klinis bayi baru lahir secara umum dan respon bayi terhadap resusitasi. Namun resusitasi harus di inisiasi

sebelum di lakukan penentuan skor APGAR Pada menit ke-1. Sebab ituskor APGAR ini tidak bisa digunakan untuk menentukan kebutuhan resusitasi inisial, tahapan resusitasi yang di butuhkan ataupun kapan resusitasi di perlukan. Untuk menentukan kebutuhan resusitasi pada bayi yang baru lahir digunakan *Neonatal Resuscitation Algorithm*. Persiapan ini dimulai dari bayi lahir yaitu dengan menilai resiko perinatal (Cika dkk, 2016:12)

Tabel 2.4  
Tanda APGAR skore

Tanda	Nilai: 0	Nilai: 1	Nilai:2
Warna	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstermitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Denyut jantung	Tidak ada	<100	>100
Tonus otot	Tidak ada	Ekstermitas sedikit fleksi	Gerak aktif
Aktivitas	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menagis
Pernafasan	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menagis

Sumber: Varney, 2007:275

Interpretasi:

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

### **E. Tahapan Bayi Baru Lahir**

1. Tahap I : Tahap ini terjadi setelah bayi lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Tahap ini di gunakan *scoring* apgar untuk fisik dan *scoring gray* untuk interaksi ibu dan bayinya.
2. Tahap II : Tahap II ini di sebut dengan tahap transisional reaktivitas. Pada tahap II ini di lakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku
3. Tahap III : Tahap ini sering di sebut dengan tahap periodik, pengkajian di lakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh (Vivian, 2010:34)

### **F. Klasifikasi Bayi Baru Lahir**

1. Berdasarkan masa gestasi
  - a. *Neonatus* kurang bulan (Preterm infant): kurang dari 259-294 hari (37 minggu)
  - b. *Neonatus* lebih bulan (Term infant): 259-294 hari (37-42 minggu)
  - c. *Neonatus* lebih bulan (Posterm infant): lebih dari 394 hari (4<minggu)
2. Berdasarkan berat badan lahir
  - a. *Neonatus* berat badan lahir rendah: kurang dari 2500 gram
  - b. *Neonatus* berat lahir cukup: antara 2500gram sampai 4000 gram

- c. *Neonatus* berat lahir lebih: lebih dari 4000 gram (Muslihatun, 2010: 10)
3. Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan):
  - a. Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB)
  - b. Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)
4. Berdasarkan berat lahir terhadap masa gestasi
  - a. Berat Badan Lahir Rendah (BBLR)

Bayi harus lahir yang mempunyai berat badan rendah dapat meningkatkan resiko masalah kesehatan di kehidupannya kelak. Bayi dengan berat badan rendah dapat mengalami masalah nutrisi dan perkembangannya di awal-awal kehidupannya, dan jika ia tidak bisa memperbaiki masalahnya di tahun-tahun awal kehidupannya, maka dapat meningkatkan resiko masalah kesehatan, seperti obesitas, diabetes, tekanan darah tinggi, dan penyakit jantung, karena asupan makanan yang ia konsumsi tidak sesuai dengan kebutuhan tubuhnya. Jadi, masalah kesehatan pada bayi dengan BBLR mungkin dapat dihindari dengan cara perbaikan gizi pada awal kehidupannya, sehingga bayi dapat mengejar ketertinggalannya. Selain itu, masalah yang dihadapi bayi dengan BBLR juga terkandung dari apa yang menyebabkan ia menjadi BBLR, pada tahap kehamilan yang mana bayi

mengalami keterbatasan untuk bertumbuh dalam rahim, dan seberapa parah tingkat BBLR-nya. Semakin kecil berat badan bayi lahir dan semakin cepat bayi lahir, semakin besar juga resiko bayi untuk mengalami masalah kesehatan.

b. Bayi besar

Bayi besar bisa disebabkan oleh ukuran orang tua yang juga besar (genetik) dan kenaikan berat badan ibu selama hamil yang berlebihan. Selain itu, juga dapat disebabkan karena ibu mengidap diabetes saat hamil. Diabetes saat hamil atau dikenal dengan nama diabetes gestasional menyebabkan glukosa darah ibu yang dialirkan ke bayi meningkat, sehingga tubuh bayi lebih banyak memproduksi insulin. Kelebihan gula darah dan produksi insulin ini menyebabkan bayi tumbuh lebih besar dan cadangan lemak bayi juga lebih banyak, sehingga berat bayi lahir bisa mencapai lebih dari 4000 gram. Bayi besar ini dapat menyulitkan ibu saat melahirkan, dan mungkin harus diambil tindakan operasi *caesar* untuk kelahirannya. Selain itu, bayi besar yang disebabkan oleh diabetes gestasional dapat menyebabkan bayi juga mengalami masalah dengan pengaturan glukosa pada tubuhnya, misalnya bayi dapat mengalami hipoglikemia (gula darah rendah) setelah bayi lahir. Bayi besar juga dapat mengalami kesulitan bernapas,

penyakit kuning (jaundice), dan meningkatkan resiko cacat lahir (Veritamala, 2013:65)

### **G. Tanda Bahaya Pada Bayi Baru Lahir**

Menurut Maryunani (2014:150-151) tanda-tanda atau gejala yang timbul dan harus di waspadai adalah:

#### **1. Tidak mau minum dan menyusu**

ASI merupakan makan pokok untuk bayi, jika bayi tidak mau menyusu maka asupan nutrisinya akan berkurang dan bisa berefek pada kondisi tubuhnya, disini biasanya bayi tiak mau menyusu jika bayi sudah dalam kondisi lemah dan bisa juga dalam kondisi dehidrasi berat (Walyani, 2014:110)

#### **2. Kejang**

Pada bayi yang demam biasanya akan terjadi kejang pada bayi jika tidak dalam kondisi demam bayi mengalami kejang berarti ada masalah lain yang di alami oleh bayi (Walyani, 2014:110)

#### **3. Frekuensi nafas $\leq 30x$ /menit dan $\geq 60x$ /menit**

Frekuensi bayi baiasanya akan lebih cepat dari orang dewasa yaitu sekitar 30-60x/menit jika bayi bernafas kurang dari 30x/menit atau lebih dari 60x/menit maka segera bawa bayi ke tenaga kesehatan terdekat dan lihat dinding dada bayi ada tarikan atau tidak (Ambarwati, 2014:88)

#### 4. Lemah

Jika bayi tidak terlihat seaktif biasanya maka waspadailah, jangan biarkan kondisi ini berkelanjutan, kondisi yang lemah yang dipicu dari diare, muntah, yang berlebihan atau infeksi berat (Walyani, 2014:112)

#### 5. Kulit terlihat kuning

Kuning pada bayi terjadi karena kurang ASI. Namun jika kuning pada bayi terjadi pada waktu kurang dari 24 jam setelah bayi lahir atau lebih dari 14 hari setelah bayi lahir. Kuning menjalar hingga telapak tangan dan kaki bayi bahkan tinja bayi berwarna kuning maka segera konsultasikan pada bidan atau dokter (Ambarwati, 2014:100)

#### 6. Demam atau tubuh dingin

Suhu normal pada bayi berkisar antara  $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$  jika suhu kurang atau lebih lihat kondisi bayi dan perhatikan. Apakah kondisi di sekitar bayi membuat bayi kehilangan panas tubuh seperti ruangan yang dingin atau pakaian yang basah (Ambarwati, 2014:93-94)

#### 7. Merintih

Jika bayi merintih terus menerus ketika bayi sudah di berikan ASI atau sudah dipuk-puk maka konsultasikan ke dokter bisa jadi ada masalah lain yang bayi rasakan (Ambarwati, 2014:89)

#### 8. Keluar nanah dari mata

Nanah yang berlebihan pada mata bayi menunjukkan adanya infeksi pada saat proses persalinan. Bersihkan mata bayi dengan kapas dan air hangat lalu konsultasikan pada dokter atau bidan (Ambarwati, 2014:97)

#### 9. Pusat kemerahan meluas ke dinding perut

Tali pusar berwarna merah menunjukkan adanya tanda infeksi. yang perlu diperhatikan dalam merawat tali pusat yaitu menjaga tali pusat tetap kering dan bersih. Bersihkan dengan air hangat dan biarkan kering. Betadhin atau alkohol di biarkan tetapi tidak untuk kompresi, artinya hanya oleskan saja saat tali pusat sudah kering dan tutup dengan kasa steril (Ambarwati, 2014:93)

### **H. Fisiologis Bayi Baru Lahir**

#### 1. Sistem pernafasan

Sistem pernafasan merupakan pertukaran gas antara makhluk hidup (organisme) dengan lingkungannya. Secara umum pernafasan dapat diartikan sebagai proses menghirup oksigen dari udara serta mengeluarkan karbondioksida dan uap air (Sumarni, 2011:122)

Dibawah ini tabel mengenai perkembangan system pulmonal sesuai dengan usia kehamilan

Tabel 2.5  
Pernafasan pulmonal

Usia kehamilan	Perkembangan
24 hari	Bakal paru-paru terbentuk
26-28 hari	Kedua bronkus membesar
6 minggu	Segmen bronkus terbentuk
12 minggu	Lobus terdiferensiasi
24 minggu	Alveolus terbentuk
28 minggu	Surfaktan terbentuk
34-36 minggu	Struktur paru matang

Sumber: Maulia, 2015:12

Ketika struktur matang, ranting paru-paru dapat mengembangkan system alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta dan setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Rangsangan gerakan pertama pernafasan terjadi di sebabkan oleh beberapa hal antara lain sebagai berikut:

- a. Tekanan mekanik dari torak sewaktu melalui jalan lahir (stimulasi mekanik)
- b. Penurunan  $PaO_2$  dan peningkatan  $PaCO_2$  merangsang kemoreseptor yang terletak di sinus karotikus (stimulasi kimiawi)
- c. Rangsangan didaerah muka dan perubahan suhu di dalam uterus (stimulasi sensorik)

#### d. Reflek delfasi hering breut

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain karena adanya surfaktan, juga karena adanya taritan napas dan pengeluaran napas dengan merintih sehingga udara bisa tertahan didalam. Cara *neonatus* bernapas dengan cara bernapas difragmatim dan abdominal, sedangkan untuk frekuensi dan dalamnya bernapas belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku, sehingga terjadi atelektatis. Dalam kondisi seperti ini (anoksia), neonatus (masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan *metabolisme anearobik*) (Diah, 2015:12-13)

#### 2. Peredaran darah

Pada masa fetus, peredaran darah dimulai dari plasenta melalui vena umbilikal lalu sebagian ke hati dan sebagian lainnya langsung ke serambi kiri jantung, kemudian ke bilik kiri jantung. Dari bilik kiri darah dipompa melalui aorta ke seluruh tubuh, sedangkan yang dari bilik kanan darah di pompa sebagian ke paru dan yang dari bilik kanan darah di pompa sebagian ke paru dan sebagian melalui duktus arteriosus ke aorta.

Setelah bayi lahir, paru akan berkembang yang akan mengakibatkan tekanan arteriol dalam paru menurun yang diikuti

dengan menurunnya tekanan pada jantung kanan. Kondisi ini menyebabkan tekanan jantung kirin lebih lebih besar di bandingkan dengan tekanan jantung kanan, dan hal tersebutlah yang membuat foramen ovale secara fungsional menutup. Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran. Oleh karena tekanan dalam paru turun dan tekanan dalam aorta disenden naik dan juga karena rangsangan biokimia ( $\text{PaO}_2$  yang naik) serta duktus arteriosus yang berobliterasi. Hal ini terjadi pada hari pertama.

Aliran darah paru pada hari pertama kehidupan adalah 4-5 liter per menit/ $\text{m}^2$  (Gessner, 1965). Aliran darah sistolik pada hari pertama rendah yaitu 1,96 liter/menit/ $\text{m}^2$  dan bertambah pada hari kedua dan ketiga (3,54 liter/  $\text{m}^2$ ) karena penerutupan duktus arteriosus Tekanan darah pada waktu lahir di pengaruhi oleh jumlah darah yang melalui transfusi plasenta yang pada jam-jam pertama sedikit menurun, untuk kemudian naik lagi dan menjadi konstan kira-kira 85/40 mmHg (Sulistiyani, 2010: 18)

### 3. Suhu tubuh

Empat kemungkinan mekanis yang dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya antara lain yaitu:

#### a. *Konduksi*

Panas di hantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang bisa kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan

panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Sebagai contoh, enduksi bisa terjadi ketika menimbang bayi tanpa alas timbangan, mencegah bayi saat tangan dingin, dan menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan BBL

b. *Konveksi*

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung pada kecepatan dan suhu udara. Sebagai contoh konveksi dapat terjadi ketika membiarkan dan menempatkan BBL dekat jendela, atau membiarkan BBL di ruangan yang terpasang kipas angin. Suhu udara di ruang bersalin tidak boleh kurang dari 20°C dan sebaiknya tidak berangin. Tidak boleh ada pintu dan jendela yang terbuka. Kipas angin dan AC yang kuat harus cukup jauh dari area resusitasi. Troly resusitasi harus mempunyai sisi untuk meminimalkan konveksi ke udara sekitar bayi (Prawirohardjo, 2014:56)

c. *Radiasi*

Panas dipancarkan dari BBL keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda) sebagai contoh, membiarkan BBL berdekatan dalam ruangan AC tanpa di beri pemanas (*radiant warmer*), membiarkan BBL berdekatan dengan ruangan yang dingin (dekat tembok)

d. *Evaporasi*

Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap). Evaporasi ini dipengaruhi oleh jumlah panas yang dipakai, tingkat kelembaban udara, dan aliran udara yang melewati. Apabila BBL dibiarkan dalam suhu kamar 25°C, maka bayi akan kehilangan panas melalui konveksi, radiasi, dan evaporasi yang besarnya 200 kg/BB. Sedangkan yang di bentuk hanya sepersepuluhnya saja agar dapat mencegah terjadinya kehilangan panas pada bayi, maka dapat dilakukan beberapa cara antara lain yaitu:

- 1) Keringkan bayi secara seksama
- 2) Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih yang kering dan hangat
- 3) Tutup bagian kepala bayi
- 4) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
- 5) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir
- 6) Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat

Bayi baru lahir yang dalam keadaan basah kehilangan panas dengan cepat melalui cara ini. Sebab itu, bayi harus di keringkan menyeluruh, termasuk kepala dan rambut, sesegera mungkin setelah bayi di lahirkan (Prawirohardjo, 2014:57)

#### 4. Sistem metabolisme karbohidrat

Dalam waktu 2 jam setelah kadar gula lahir darah tali pusat akan menurun, energi tambahan yang diperlukan neonatus pada jam pertama setelah lahir akan diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula darah dapat mencapai 120mg/100. Bila terdapat gangguan akan menjadi lemah sehingga tidak bisa untuk memenuhi kebutuhan neonatus dan maka kemungkinan bayi baru lahir akan menderita *hipoglikemia* (Puspitasari, 2014:240)

#### 5. Keseimbangan dan fungsi ginjal

Pengeluaran urin pada janin terjadi pada minggu keempat. Pada saat lahir fungsi ginjal bayi akan sebanding dengan 30% sampai 50% dari kapasitas dewasa dan belum cukup matur untuk mengeluarkan urine. artinya pada semua bayi struktur ginjal sudah ada namun fungsi ginjal untuk mengkonsentrasikan urin dan mengatur kondisi cairan serta fluktasi elektrolit belum maksimal. Dengan demikian urin akan terkumpul dalam kandung kemih, bayi biasanya akan berkemih dalam waktu 24 jam pertama kelahirannya. Volume pengeluaran urin total per24 jam pada bayi baru lahir sampai dengan akhir minggu pertama yaitu sekitar 200-300 ml dengan frekuensi 2-6 kali hingga 20 kali/hari (Maryunani, 2010:204)

## 6. *Imunoglobulin*

Setelah bayi lahir imunitas *neonatus* cukup bulan sangat rendah dibandingkan orang dewasa. Pada usia 3-12 bulan merupakan keadaan imunodefisiensi sementara sehingga bayi mudah terkena infeksi. Perubahan beberapa kekebalan yang alami yang meliputi perlindungan oleh kulit, membrane mukosa, fungsi jaringan nafas, pembentukan koloni mikroba oleh kulit dan usus, dan perlindungan kimia oleh asam lambung (Deslidel, 2012:7-8)

## 7. Hati

Selama kehidupan janin, hati mempunyai peran yang sangat penting dalam pembentukan darah. Diperkirakan bahwa fungsi ini akan berlanjut hingga derajat tertentu setelah lahir. Selanjutnya pada periode neonatus, hati dapat memproduksi zat-zat yang penting untuk koagulasi darah. Jika asupan gizi wanita adekuat selama masa kehamilan maka kadar gizi yang cukup di simpan pada hati BBL memasukan kebutuhannya selama bulan-bulan pertama kehidupan saat diet (khususnya air susu) kurang mengandung besi. Namun, cadangan dari gizi BBL akan berkurang pada sekitar bulan kelima, dan kecuali diberikan makanan yang mengandung zat besi akan terjadi (Sharon dkk, 2011:77-78)

## 8. Sistem kelenjar endokrin

Sistem endokrin merupakan sistem kontrol kelenjar tanpa saluran (*ductless*) yang menghasilkan hormon yang tersirkulasi ditubuh melalui aliran darah untuk mempengaruhi organ-organ lain. Hormone disini bertindak sebagai “Pembawa pesan” dan di bawa oleh aliran darah keberbagai sel dalam tubuh, yang selanjutnya akan menerjemahkan “pesan” menjadi satu tindakan. Sistem endokrin tidak memasukan kelenjar endokrin seperti kelenjar ludah, kelenjar keringat, dan kelenjar-kelenjar lain dalam saluran gastroinstestin. Sistem endokrin terdiri dari berbagai kelompok organ (kadang disebut sebagai kelenjar sekresi internal) yang fungsi utamanya yaitu menghasilkan dan melepaskan hormon-hormon secara langsung kedalam aliran darah. Hormon berperan sebagai pembawa pesan untuk mengkoordinasikan kegiatan berbagai organ-organ tubuh. Jika kelenjar endokrin mengalami kelainan fungsi, maka kadar hormone di dalam darah maka bisa menjadi lebih tinggi atau juga rendah, sehingga dapat mengganggu fungsi tubuh. Untuk mengendalikan fungsi dari endokrin, maka pelepasan setiap hormone harus diatur dalam batas-batas yang tepat. Kelainan metabolisme seringkali disebabkan oleh kelainan genetik yang mengakibatkan hilangnya enzim tertentu yang di perlukan untuk merangsang suatu proses metabolisme (Saraswati, 2010:25)

## 9. Sistem susunan syaraf

Otak manusia mulai berkembang sejak minggu ke-empat setelah pembuahan. Ketika tabung syaraf akhirnya menutup. Tabung syaraf merupakan jaringan syaraf yang paling pertama terbentuk sejak pembuahan, tampak seperti cacing tanah yang membentang sepanjang bagian belakang embrio. Pada saat hamil 3 minggu, embrio yang sedang berkembang sedang membentuk alur syaraf, yang merupakan fondasi bagi struktur otak. Otak manusia selanjutnya terus berkembang seiring usia kehamilan, ditandai dengan adanya muncul sel-sel safar (neuron) yang membentuk struktur dan fungsi baru pada otak. Setiap neuron akan terhubung dengan neuron lain untuk membentuk sistem syaraf dengan bantuan serat yang tersebut dendrit dan akson. Saat bayi di lahirkan ada sekitar 100 miliar neuron yang terbentuk sehingga ukuran otak bayi sudah mencapai 60% dari ukuran otak dewasa. Pada saat lahir zat lemak yang melindungi akson pada otak serta membantu impuls bergerak lebih cepat sudah di produksi oleh otak yang berada di dekat sumsum tulang belakang. Bagian otak tersebut bertugas untuk mengatur fungsi-fungsi dasar, seperti bernafas, makan, dan mengendalikan detak jantung

(Saraswati, 2010:35)

## **I. Penanganan Bayi Baru Lahir**

1. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, letakan bayi ditempat yang memungkinkan)
2. Segera membungkus kepala bayi dengan dan badan dengan handuk serta biarkan kontak kulit ibu dengan bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin secara IM.
3. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi, lakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem kearah ibu dan memasang klem 2 cm dari klem pertam
4. Memegang tali pusat dengan satu tangan, kemudian lindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara dua klem tersebut
5. Keringkan bayi, ganti handuk yang basah dengan handuk yang kering dan selimuti bayi dengan kain atau selimut bersih dan kering. Menutupi kepala bayi dan membiarkan tali pusat terbuka
6. Memberikan bayi pada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan mulai memberikan ASI jika ibu menghendaki (Prawirohardjo, 2010:344)

## **J. Macam-Macam Reflek Pada Bayi**

### 1. Reflek mencari (*Rooting reflek*)

Ketika pipi atau sudut mulut pada bayi di sentuh, bayi akan menoleh kearah stimulasi dan akan membuka mulutnya (Marmi, 2012:90)

### 2. Reflek menelan (*Swallowing reflek*)

Reflek menelan yaitu reflek menelan dimana ASI di mulut bayi mendesak otot didaerah mulut dan faring sehingga mengaktifkan reflek menelan dan mendorong ASI kedalam lambung (Nanny, 2011:12)

### 3. Reflek berkedip (*Glabellar reflek*)

Pada saat pangkal hidung bayi di ketuk secara pelan-pelan bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama yang di lakukan (Marmi, 2012:90)

### 4. Reflek menghisap (*Sucking reflek*)

Benda menyentuh bibir bayi di sertai reflek menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul hisapan yang kuat dan cepat. Dapat dilihat ketika bayi sedang menyusu (Marmi. 2012:90)

### 5. Reflek menoleh (*Tonikneck reflek*)

Ekstermitas pada satu sisi dimana kepala bayi di tolehkan akan ekstansi dan ekstermitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala

bayi di tolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah lahir (Marmi, 2012:92)

6. Reflek menggenggam (*grasping reflek*)

Setelah telapak tangan di stimulasi oleh seatu objek seperti jari maka bayi akan mempunyai respon menggenggam dengan erat (Marmi, 2012:92)

7. Reflek *babinsky*

Goresan pada telapak kaki bayi di mulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki kearah atas kemudian gerakan jari sepanjang telapak kaki, ketika telapak kaki tergores bayi akan menunjukan respon berupa semua jari kaki hiperkestensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2012:94)

8. Reflek terkejut (*morro reflek*)

Ketika bayi terkejut maka akan menunjukan respon memeluk, reflek ini juga berfungsi untuk menguji kondisi umum bayi serta keabnormalan sistem syaraf pusatnya (Marmi, 2012:92)

9. Reflek *ekstruksi*

Cara melakukan nya dengan spatel lidah di sentuhkan ke lidah bayi. Pada kondisi yang normal lidah ekstensi kearah luar apabila disentuh dengan jari atau putting (Marmi, 2012:100)

10. Reflek melangkah (*stepping reflek*)

Bayi akan menggerakan tungkainya dalam satu gerakan berjalan atau melangkah jika di berikan dengan cara memegang

lenganya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras (Marmi, 2012:102)

### **K. Identifikasi Bayi**

Apabila bayi di lahirkan di tempat bersalin yang kemungkinan persalinannya lebih dari satu persalinan, maka sebuah alat pengenal yang efektif harus di berikan pada bayi setiap bayi baru lahir dan harus tetap ditempatnya sampai waktu di pulangkan.

1. Peralatan identifikasi bayi baru lahir harus selalu tersedia di tempat penerimaan pasien, dikamar bersalin, dan di ruangan bayi.
2. Alat yang di gunakan hendaknya kebal air, dengan tepi muka yang halus dan tidak mudah melukai, tidak mudah sobek dan alat yang di gunakan tidak mudah lepas.
3. Pada alat atau gelang identifikasi harus tercantum
  - a. Nama (Bayi, Nyonya)
  - b. Tanggal lahir
  - c. Nomor bayi
  - d. Jenis kelamin
  - e. Unit
  - f. Nama lengkap ibu
4. Setiap tempat tidur harus di beri tanda dengan mencantumkan nama, tanggal lahir, nomor identifikasi. Sidik telapak kaki bayi dan sidik jari ibu harus di cetak dicatatan yang tentu tidak mudah hilang. Sidik telapak bayi kaki harus di buat oleh personil yang

berpengalaman menerapkan cara ini. Dan dibuat dalam catatan bayi, bantal sidik jari harus disimpan diruangan bersuhu kamar. Ukuran berat lahir, panjang bayi saat lahir, lingkaran kepala dan lingkaran perut. Dan harus dicatat dalam rekam medik (Prawirohardjo, 2009:351-352)

#### **L. Pemantauan Bayi Baru Lahir**

Tujuan dari pemantauan bayi baru lahir yaitu untuk mengetahui aktivitas dari bayi normal atau teridentifikasi adanya masalah kesehatan pada bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut yang harus diberikan oleh tenaga kesehatan.

##### **1. Dua jam pertama setelah bayi lahir**

Hal-hal yang harus di nilai atau di pantau pada bayi pada dua jam pertama setelah lahir yaitu antara lain:

- a. Kemampuan dalam menghisap lemah atau kuat
- b. Bayi terlihat sangat aktif atau lunglai
- c. Bayi kelihatan kemerahan atau biru
- d. Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayinya,

penolong persalinan harus melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap keadaan ibu maupun bayinya apakah ada masalah kesehatan yang memerlukan tindakan segera seperti:

- 1) Bayi kecil untuk masa kehamilan atau bayi kurang bulan.
- 2) Gangguan pada pernafasan

3) Hipotermia

4) Infeksi

5) Cacat bawaan atau trauma lahir (Prawirohardjo, 2009:354)

#### **M. Adaptasi Bayi Baru Lahir**

1. *Homeostatis* merupakan adaptasi fisiologi pada bayi yang baru lahir dalam mengatasi banyaknya perubahan yang akan di alami oleh seorang bayi yang awalnya berada dalam lingkungan rahim ke lingkungan luar rahim.

a. *Homeostatis neonatus* di tentukan oleh keseimbangan antara maturitas dan status gizi

b. Kemampuan *homeostatis* pada *neonatus* kurang bulan tergantung masa gestasi

c. Matriks otak pada bayi baru lahir belum sempurna sehingga mudah terjadi perdarahan intrakranial

2. Proses adaptasi fisiologis yang dilakukan oleh bayi baru lahir perlu di ketahui dengan lebih baik oleh etnaga kesehatan.

Khususnya seorang bidan, perawat maternitas dan perawat yang bertanggung jawab terhadap ibu dan bayi baru lahir, saat lahir, bayi baru lahir harus beradaptasi dengan keadaan yang sangat tergantung menjadi mandiri.

3. Adaptasi fisiologi bayi baru lahir adalah sangat berguna untuk menjaga kesehatan hidupnya di luar uterus:
  - a. Artinya nantinya bayi harus dapat melaksanakan sendiri segala kegiatan untuk mempertahankan kehidupannya.
  - b. Pada hal ini yang perlu diperhatikan yaitu bagaimana upaya untuk tetap menjaga bayi agar bayi tetap terjaga kesehatannya.
  - c. Yang paling utama yaitu menjaga bayi agar tetap hangat, bayi mampu mempertahankan pernafasan dengan spontan dan bayi menyusu sendiri pada ibunya (Maryunani dkk, 2014:2-3)

#### **N. Memantau Tanda-Tanda Vital**

1. Suhu tubuh bayi bisa diukur melalui bagian dubur atau ketiak
2. Pada pernafasan yang normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi maupun ekspirasi. Gerak pernafasan 30-50x/menit
3. Nadi dapat di pantau di semua titik-titik nadi perifer.
4. Tekanan darah di pantau hanya jika bayi memiliki indikasi tertentu.

Mencatat hasil pemantauan merupakan salah satu cara kerjasama seluruh tim dalam membuat program perawatan. Pencegahan akan lebih bermanfaat dan ekonomis dari pada pengobatan (Prawirohardjo, 2009:13)

## **O. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir**

### **1. Pemberian minum**

Pemberian ASI merupakan makanan pokok untuk bayi, berikan ASI 2-3 jam sekali atau on demand (semau bayi menyusu), berikan bayi ASI dengan satu payudara hingga payudara kosong setelah itu ibu mengganti dengan payudara lainnya. ASI eksklusif merupakan pemberian ASI saja sampai usia 6 bulan tanpa di beri makanan tambahan apapun kecuali imunisasi, vitamin. Berikan ASI sampai dengan usia 2 tahun dengan makanan tambahan makanan lunak sesuai tahapan usia bayi. Pedoman menyusui bayi ada beberapa antara lain meliputi:

- a. Inisiasi menyusui dini merupakan bayi berusaha untuk menyusu sendiri diatas perut ibu segera setelah lahir minimal 1 jam.
- b. Tanda posisi bayi menyusu dengan baik yaitu seperti dagu menyentuh payudara, mulut membuka lebar, hidung mendekat terkadang menyentuh payudara, mulut mencangkup areola, lidah menopang puting susu dan areola bagian bawah, bibir melengkung keluar, bayi menghisap dengan kuat namun perlahan dan kadang-kadang berhenti sesaat.

### **2. Perawatan payudara selama ibu menyusui**

Memperhatikan posisi ibu menyusui,oleskan ASI sebelum dan sesudah menyusui untuk mencegah terjadinya lecet pada puting

susu ibu, jika ibu mengalami bendungan payudara atau mastitis anjurkan ibu untuk tetap menyusui bayinya sesering mungkin serta lakukan perawatan payudara.

### 3. Menolong BAB pada bayi

BAB hari 1-3 disebut juga dengan mekoneum yaitu feses berwarna kehitaman, di hari ke 3-6 merupakan feses transisi yaitu warna feses coklat sampai kehijauan sebab masih bercampur dengan mekoneum, selanjutnya feses akan berwarna kekuningan, anjurkan ibu untuk segera membersihkan bayi ketika bayi BAB supaya tidak terjadi iritasi pada daerah genitalia.

### 4. Menolong BAK pada bayi

Bayi baru lahir akan BAK paling lambat 12-24 jam pertama setelah lahir. bayi BAK lebih dari 8 kali dalam sehari merupakan tanda bayi cukup nutrisi, setelah BAK segera mengganti popok bayi untuk menghindari terjadinya iritasi di daerah genitalia bayi.

### 5. Kebutuhan istirahat/tidur

Dalam 2 minggu pertam bayi lahir bayi akan sering tidur rata-rata 16 jam sehari. Pada umumnya bayi akan mengenal malam setelah usia 3 bulan, jaga kehangatan bayi dengan suhu kamar yang slalu hangat dan selimuti bayi.

### 6. Menjaga kebersihan kulit

Bayi sebaiknya mandi minimal 6 jam setelah bayi lahir, sebelum mandi sebaiknya periksa suhu tubuh bayi terlebih

dahulu, jika terjadi hipotermi pada bayi lakukan skin to skin dan tutupi kepala bayi dengan ibu minimal 1 jam, sebaiknya mandikan bayi 2 kali dalam sehari, mandikan bayi dengan air hangat dan di tempat yang hangat pula.

#### 7. Menjaga keamanan kulit

Hindari memberikan makanan pada bayi selain ASI, jangan tinggalkan bayi sendirian dan jangan menggunakan alat penghangat buatan (Marmi, 2012:14)

#### **P. Penyuluhan Sebelum Bayi Baru Lahir Pulang**

Sebelum bayi pulang yang harus dilakukan bidan yaitu melakukan penyuluhan, penyuluhan sebelum bayi pulang antara lain:

##### 1. Perawatan pada tali pusat

Bidan seharusnya menasehati ibu dan keluarga untuk tidak membubuhkan apa pun di sekitar daerah tali pusat sebab itu akan mengakibatkan infeksi, hal ini disebabkan karena meningkatnya kelembaban (akibat penyerapan oleh bahan tersebut) badan bayi akan menciptakan kondisi yang ideal bagi tumbuhnya bakteri (Dewi, 2010:30)

##### 2. Pemberian ASI

Beberapa topik yang dapat di berikan kepada ibu sebelum kembali ke rumah terkait dengan perawatan bayi meliputi:

- a. Menyediakan nutrisi yang ideal untuk bayi yang baru lahir, harus *non demand* (sekehendak bayi) dan ASI eksklusif 6 bulan
- b. Menyediakan antibodi untuk melindungi bayi dari infeksi (kolostrum)
- c. Mempercepat adanya hubungan kasih sayang ibu dan bayi (*bonding attachment*)
- d. Posisi menyusui yang benar dan tanda bayi menghisap dengan benar (Rochmah dkk, 2011:51)
  - 1) Cara menyusui dengan cara duduk
    - a) Ibu duduk dengan posisi yang santai dan tegak menggunakan kursi yang rendah supaya kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandarannya kursi
    - b) Sebelum ibu menyusui ASI dikeluarkan sedikit
  - 2) Melepas isapan bayi
  - 3) Menyusui berikutnya di mulai pada payudara yang sebelum di kosongkan (yang dihisap terakhir)
  - 4) Setelah menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan sekaligus areolanya, biarkan sampai kering dengan sendirinya tanpa di basuh dengan kain.

5) Menyendawakan bayi setelah menyusui (Rochmah dkk, 2015:51)

### 3. Menjaga kehangatan bayi

Apabila suhu bayi kurang dari 36°C segera hangatkan bayi dengan teknik metode kangguru, perawatan metode kangguru merupakan perawatan bayi prematur dengan melakukan dengan kontak langsung antara kulit ibu dengan bayi. Metode ini sangat terpilih dan tepat untuk keselamatan bayi yang baru lahir premature atau aterm. Kehangatan tubuh ibu merupakan sumber panas yang sangat efektif sebab hal ini terjadi apabila ada kontak langsung antara kulit ibu dengan kulit bayi secara langsung (Rochmah dkk, 2011:52)

### 4. Tanda-tanda bahaya pada bayi

- a. Memberikan pertolongan pertama sesuai kemampuan ibu yang sesuai dengan kebutuhan sampai bayi ibu memperoleh perawatan medis lanjut
- b. Membawa bayi ke RS atau klinik terdekat untuk perawatan tindakan segera (Dewi, 2010:30)

### 5. Imunisasi

Imunisasi berasal dari kata “imun” yang mempunyai arti kebal atau resisten. Imunisasi yaitu pemberian kekebalan tubuh terhadap suatu penyakit dengan memasukan sesuatu kedalam tubuh agar tubu tahan terhadap penyakit yang sedang

mewabahatau berbahaya bagi seseorang (Lisnawati, 2011:45). Sedangkan menurut Dewi (2010:32), Imunisasi merupakan suatu cara memproduksi imunisasi aktif buatan untuk melindungi diri untuk melawan penyakit tertentu dengan cara memasukan suatu zat kedalam tubuh melalui penyuntikan atau secara oral.

#### **Q. Pelayanan Kesehatan Neonatal**

1. Kunjungan neonatal pertama (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-24 jam pertama setelah bayi lahir, hal yang di lakukan antara lain yaitu:
  - a. Jaga kesehatan tubuh bayi
  - b. Berikan ASI eksklusif
  - c. Rawat tali pusat
2. Kunjungan neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada waktu hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah kelahiran bayi:
  - a. Jaga kehangatan tubuh bayi
  - b. Berikan ASI eksklusif
  - c. Cegah infeksi
  - d. Rawat tali pusat
3. Kunjungan neonatal ke-3 atau (KN 3) lengkap dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan 28 hari setelah lahir
  - a. Periksa ada atau tidaknya tanda bahaya dan atau gejala sakit
  - b. Lakukan:
    - 1) Jaga kehangatan tubuh bayi

2) Beri ASI eksklusif

3) Rawat tali pusat (Wulyani, 2014:84)

## 2.1.4 Konsep Dasar KB

### A. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana merupakan suatu program dari pemerintah yang di rancang agar menyeimbangkan antara kebutuhan dan jumlah penduduk, maka program kb ini diharapkan dapat menerima norma dalam keluarga kecil. Bahagia dan sejahtera (NKKBS) yang dapat berorientasi pada pertumbuhan yang seimbang (Saraswati, 2010:78).

Kontrasepsi berasal dari kata “kontra” yaitu berarti mencegah atau bisa di artikan melawan, sedangkan konsepsi yaitu dpat diartikan dengan pertemuan sel telur dan sel sperma yang dapat mengakibatkan kehamilan. kontrasepsi merupakan mencegah atau menghindari terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur dan sel sperma.

Cara kerja dari alat kontrasepsi adalah sebagai berikut:

1. Melumpuhkan sel sperma
2. Menghalangi sel spermada sel telur
3. Mengusahakan agar tidak terjadi ovulasi (Kumalasari, 2015:277)

Kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengatur kehamilan, dan juga merupakan hak setiap individu sebagai mahluk seksual (Affandi, 2012: U-26)

## **B. Tujuan Keluarga Berencana**

1. Terkendalinya tingkat kelahiran dan pertumbuhan penduduk
2. Meningkatnya jumlah peserta KB atas dasar kesadaran dengan sukarela dengan dasar pertimbangan moral dan agama
3. Berkembangnya usaha-usaha yang membantu peningkatan kesejahteraan ibu dan anak, serta menurunya kematian ibu pada masa kehamilan dan persalinan (Fitri, 2018:18)

## **C. Sasaran Keluarga Berencana**

Untuk mencapai tujuan di atas penggarapan program nasional KB diarahkan pada dua bentuk sasaran yaitu antara lain:

### **1. Sasaran langsung**

Sasaran langsung merupakan usia subur (PUS) (20-35 tahun) dengan jalan mereka secara bertahap menjadi peserta KB yang aktif sehingga memberiefek samping penurunan fertlilisasi.

### **2. Sasaran tidak langsung**

Selain sasaran langsung disini juga terdapat sasaran tidak langsung yaitu merupakan organisasi-organisasi atau lembaga-lembaga kemasyarakatan. Instansi-instansi pemerintah mauppun swasta, tokoh-tokoh masyarakat (alim ulama, wanita dan pemuda) yang di harapkan dapat memberikan dukungan dalam pelembagaan NKKBS (Farhan, 2009:2)

#### **D. Ruang Lingkup Keluarga Berencana**

1. Ruang lingkup menurut program pelayanan KB meliputi antara lain:

- a. Komunikasi informasi dan edukasi
- b. Konseling
- c. Pelayanan kontrasepsi
- d. Pelayanan infertilitasi
- e. Pendidikan sex (*education*)
- f. Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan
- g. Konsultasi genetik
- h. Tes keganasan
- i. Adopsi

2. Ruang lingkup program KB secara umum:

- a. Keluarga berencana
- b. Kesehatan reproduksi remaja
- c. Ketahanan dan pemberdayaan keluarga kecil berkualitas
- d. Keserasian kebijakan kependudukan
- e. Pengelolaan sumber daya manusia aparatur
- f. Penyelenggaraan pimpinan kenegaraan dan pemerintahan
- g. Peningkatan pengawasan dan akuntabilitas aparatur negara

(Marmi, 2016:86-87)

## E. Macam-Macam Keluarga Berencana

### 1. Metode Kontrasepsi Sederhana Tanpa Alat

#### a. Metode *Amenore Laktasi*

##### 1) Pengertian

MAL merupakan kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif, yang mempunyai arti bayi hanya di beri air susu selama 6 bulan tanpa di beri makanan atau minuman tambahan apapun. MAL mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif untuk menekan ovulasi. MAL dapat di gunakan sebagai alat kontrasepsi apabila:

- a) Menyusui secara penuh (*full breast feeding*), Lebih efektif jika pemberian  $\geq 8$  kali dalam sehari
- b) Belum haid
- c) Umur bayi kurang dari 6 bulan (Affandi, 2012: MK-1)

##### 2) Cara Kerja

Akan terjadi resiko tinggi jika ibu tidak menyusui bayinya secara benar. Bila dilakukan secara benar, resiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 6 bulan setelah melahirkan. Keuntungan khusus bagi kesehatan yaitu salah satunya mendorong pola menyusui yang benar, sehingga membawa manfaat bagi ibu dan bayi. Ada beberapa hal yang harus diperhatikan supaya efektif MAL antara lain:

- 
- a) Ibu harus menyusui bayinya secara penuh atau hampir penuh (bayi hanya sesekali di beri 1-2 teguk air atau minuman pada upacara adat atau agama)
  - b) Perdarahan sebelum 56 hari setelah melahirkan bisa diabaikan (belum dianggap haid)
  - c) Bayi menghisap payudara secara langsung
  - d) Menyusui dimulai sejak setengah sampai satu jam setelah bayi lahir.
  - e) Kolostrum diberikan pada bayi
  - f) Pola menyusui lebih *on demand* (Menyusui setiap saat bayi membutuhkan) dan dari kedua payudara
  - g) Menyusui sesering mungkin selama 24 jam termasuk malam hari
  - h) Hindari jarak antara menyusui lebih dari 4 jam (Affandi, 2012:MK-1)

### 3) Keuntungan

- a) Efektifitas tinggi keberhasilan 98% pada enam bulan setelah persalinan.
- b) Segera efektif
- c) Tidak mengganggu senggama
- d) Tidak ada efek samping secara sistemik
- e) Tidak perlu pengawasan medis
- f) Tidak perlu obat atau alat

g) Tanpa biaya (Affandi, 2012:MK-1)

4) Keterbatasan

a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan supaya setelah segera menyusui dalam 30 menit selama persalinan

b) Mungkin sulit dilakukan karena kondisi sosial

c) Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan

d) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS (Affandi, 2012:MK-2)

5) Yang dapat menggunakan MAL

Ibu yang menyusui secara eksklusif, bayi berumur kurang dari 6 bulan dan belum pernah mendapat haid setelah melahirkan (Affandi, 2012:MK-2)

6) Yang seharusnya tidak menggunakan MAL

a) Sudah mendapat haid setelah bersalin

b) Tidak menyusui secara eksklusif

c) Bayi sudah berumur lebih dari 6 bulan

d) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam

b. Senggama Terputus

1) Pengertian

Senggama terputus yaitu metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis)

dari vagina sebelum pria melakukan ejakulasi (Affandi, 2012:MK-15)

## 2) Cara kerja

Cara kerja metode ini yaitu alat kelamin pria di keluarkan dari vagina sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak terjadi adanya pertemuan antara sperma dan ovum sehingga kehamilan dapat dicegah (Affandi, 2012:MK-15)

## 3) Manfaat

### a) Manfaat kontrasepsi

- (1) Efektif jika dilakukan dengan benar
- (2) Dapat di gunakan untuk mendukung metode KB lainnya
- (3) Tidak ada efek samping
- (4) Bisa digunakan setiap waktu
- (5) Tidak membutuhkan biaya

### b) Manfaat non kontrasepsi

- (1) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana
- (2) Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat

dan pengertian yang sangat dalam (Affandi, 2012:MK-15)

4) Keterbatasan

- b) Efektif sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melakukannya (angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun)
- c) Dapat memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual

5) Indikasi

- a) Suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana
- b) Pasangan yang taat bersenggama atau memiliki alasan filosofi untuk tidak menggunakan metode lain
- c) Pasangan yang membutuhkan kontrasepsi dengan segera
- d) Pasangan yang membutuhkan metode sementara, sambil menunggu metode pendukung
- e) Pasangan yang memerlukan metode pendukung
- f) Pasangan yang tidak teratur melakukan hubungan seksual

6) Kontraindikasi

- a) Suami dengan pengalam ejakulasi dini
- b) Suami yang sulit saat melakukan senggama terputus
- c) Istri yang memiliki pasangan yang sulit untuk bekerjasama
- d) Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi
- e) Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus

## 2. Metode Kontrasepsi Sederhana Menggunakan Alat

### a. Kondom

#### 1) Pengertian

Kondom yaitu selubang atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya letaks (karet), plastik (vanili), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipakai padan penis saat melakukan hubungan seksual. kondom terbuat dari karet yang sintetis yang sangat tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang apabila di gulung berbentuk rata atau memiliki bentuk seperti puting susu. Standar kondom dilihat dari ketebalannya, umumnya standar ketebalan kondom yaitu 0,02 mm, Tipe kondom terdiri dari beberapa antara lain yaitu:

- a) Kondom biasa
- b) Kondom berkontur (bergerigi)
- c) Kondom beraroma
- d) Kondom tidak beraroma (Affandi, 2012:MK-13)

#### 2) Mekanisme

Mekanisme menggunakan kondom yaitu menghalangi pertemuan antara sel sperma dengan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tidak terarah kedalam saluran reproduksi wanita. Dapat mencegah penularan

mikroorganisme (IMS) dari satu pasangan ke pasangan yang lain.

### 3) Manfaat penggunaan kondom

#### a) Manfaat kontrasepsi

(1) Efektif bila digunakan secara benar

(2) Kesehatan klien tidak terganggu

(3) Tidak memiliki pengaruh yang sistematis

(4) Murah dan bisa dibeli secara umum

(5) Tidak memerlukan resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus

(6) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya ditunda

#### b) Manfaat non kontrasepsi

(1) Memberi dorongan kepada suami untuk ber KB

(2) Bisa mencegah penularan penyakit infeksi menular seksual (IMS)

(3) Saling berinteraksi sesama pasangan

#### 4) Keterbatasan

a) Efektifitas tidak terlalu tinggi

b) Cara pemasangan sangat berpengaruh dalam keberhasilan kontrasepsi

c) Sedikit mengganggu hubungan seksual (menghindari sentuhan langsung)

- d) Harus selalu tersedia setiap hubungan seksual
- e) Beberapa klien malu untuk membeli sebuah kondom di tempat umum

5) Kondom yang sesuai untuk pria yang

- a) Ingin berpartisipasi dalam ber KB
- b) Ingin segera mendapatkan alat kontrasepsi
- c) Ingin menggunakan kontrasepsi yang sementara
- d) Ingin kontrasepsi tambahan
- e) Hanya ingin memakai alat kontrasepsi jika ingin melakukan hubungan seksual
- f) Beresiko tinggi tertular atau menularkan infeksi menular seksual (IMS)

6) Kondom yang tidak sesuai untuk pria

- a) Memiliki pasangan yang beresiko tinggi apabila terjadi kehamilan
- b) Alergi terhadap bahan dari pembuatan kondom
- c) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang
- d) Tidak mau terganggu dengan berbagai persiapan untuk melakukan hubungan seksual

- e) Tidak peduli berbagai persyaratan kontrasepsi

b. Diafragma

- 1) Pengertian

*Diafhragn* atau diafragma merupakan suatu alat kontrasepsi berbentuk kubah dangkal yang terbuat dari karet atau silicon. Setengah bagian kubah tersebut dapat anda isi dengan krim atau jeli pembunuh sel sperma (*Spermicidal*) untuk kemudian dimasukkan kedalam vagina sebelum berhubungan intim

#### 2) Cara kerja

Diafragma biasanya terbuat dari lateks atau silicon, berbentuk melingkar seperti kubah dan berfungsi mencegah sperma masuk kedalam rahim.

#### 3) Efektivitas

Apabila digunakan dengan benar dan konsisten, maka tingkat kesuksesan alat kontrasepsi ini dapat mencapai 94%. Itu berarti ada 6 dari 100 orang wanita yang tetap hamil meski sudah menuruti prosedur kontrasepsi secara benar. Kalo keliru menggunakan diafragma atau lupa mengisikan spermisida, maka kemungkinan kontrasepsi ini gagal dapat mencapai 12%. Jadi, anda mungkin akan memerlukan metode kontrasepsi seperti pemakaian kondom (baik kondom pria maupun atau utuk wanita) serta mengonsumsi pil kontrasepsi darurat sesegera mungkin setelah melakukan hubungan intim tanpa proteksi.

#### 4) Keuntungan

- a) Memberikan perlindungan dari penyakit menular seksual
- b) Menjaga suhu tubuh lebih baik dibandingkan kondom pria

5) Kekurangan

- a) Efektifitas tidak terlalu tinggi (angka kegagalan 6-16 kehamilan per 100 perempuan pertahun pertama, hingga digunakan dengan spermisida)
- b) Keberhasilan kontrasepsi ini tergantung pada cara penggunaan yang benar
- c) Memerlukan motivasi dari pengguna agar selalu berkesinambungan dalam penggunaan alat kontrasepsi ini
- d) Pemeriksaan pelvik diperlukan untuk memastikan ketepatan pemasangan
- e) Dapat menyebabkan infeksi saluran uretra
- f) Harus masih terpasang selama 6 jam pasca senggama

6) Manfaat

- a) Manfaat kontrasepsi

- (1) Efektif bila digunakan dengan benar
- (2) Tidak mengganggu produksi ASI
- (3) Tidak mengganggu hubungan seksual karena telah dipersiapkan sebelumnya

- (4) Tidak mengganggu kesehatan klien
- (5) Tidak mempunyai pengaruh sistematik
- b) Manfaat non kontrasepsi
  - (1) Memberikan perlindungan terhadap penyakit menular seksual
  - (2) Dapat menampung darah menstruasi, bila digunakan saat haid
- 7) Efek samping
  - (a) Infeksi saluran uretra
  - (b) Alergi diafragma
  - (c) Rasa nyeri pada tekanan terhadap kandung kemih
  - (d) Timbul cairan vagina dan berbau
  - (e) Luka dinding vagina akibat tekanan pegas diafragma
- 8) Yang tidak boleh menggunakan diafragma
  - (a) Apabila tidak nyaman menyentuh diri sendiri atau mengalami kesulitan memasukan diafragma dengan benar
  - (b) Pernah mengalami toxic syndrom
  - (c) Serviks, vagina, atau rahim bunda memiliki bentuk yang tidak biasa sehingga tidak memungkinkan bagi diafragma untuk tetap berada diposisinya tanpa bergeser
  - (d) Telah mengalami infeksi saluran urine berulang kali setelah menggunakan diafragma dan masalah tetap saja

muncul meskipun sudah mengganti diafragma dengan jenis dan ukuran baru

(e) Beresiko tinggi terhadap HIV atau penyakit seksual menular lainnya

### 3. Metode Kontrasepsi Hormonal

#### a. KB Suntik

##### 1) Suntikan Progestin 3 bulan

###### a) Pengertian

Suntikan *Depo Provera* yaitu 6-alfa-medroksiprogesteron yang di pakai untuk tujuan kontrasepsi parenatal, dan memiliki efek progestogen yang kuat dan sangat efektif, Kontrasepsi ini sangat cocok untuk program postpartum atau ibu setelah melahirkan sebab kontrasepsi ini tidak mengganggu laktasi dan terjadinya amenorea setelah suntikan (Anwar, 2011:450)

###### b) Jenis kontrasepsi suntik progesteron

Menurut Affandi (2012:MK-43) terdapat 2 jenis kontrasepsi suntik progesterone yaitu antara lain:

(1)*Depo Medroksi Progesteron Asetat (Depo Provera)*, mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan suntikan 3 bulan sekali dengan cara di suntikan secara intramuskuler.

(2) *Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat)*,  
Mengandung 200 mg *Noretindron Enantat*, diberikan  
setiap 2 bulan di berikan dengan cara intramuskuler

c) Cara kerja

Cara kerja suntikan progestin yaitu mencegah ovulasi,  
mengentalkan lendir serviks sehingga kemampuan  
penetrasi sperma menurun, menjadikan selaput lendir  
rahim tipis dan atrofi, serta menghambat transportasi  
gamet oleh tuba.

d) Keuntungan suntik progestin

(1) Sangat efektif, 0,3 kehamilan per 100 perempuan pra  
tahunnya, asal penyuntikan dilakukan secara teratur  
sesuai jadwal yang sudah di tentukan

(2) Mencegah kehamilan jangka Panjang

(3) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri

(4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak akan  
berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan  
gangguan pembekuan darah

(5) Tidak mempengaruhi produksi ASI

(6) Sedikit efek sampingnya

(7) Dapat menurunkan kejadian penyakit jinak payudara

(8) Dapat menurunkan krisis anemia bulan sabit

(9) Klien tidak perlu menyimpan obat suntiknya

(10) Bisa digunakan oleh perempuan >35 tahun sampai  
*pre menopaus*

(11) Dapat membantu mencegah kanker endometrium  
dan kehamilan ektopik

e) Keterbatasan suntik progestin

(1) Sering di temui gangguan haid seperti siklus haid  
yang memendek atau memanjang, perdarahan yang  
banyak atau sedikit, perdarahan yang teratur atau  
perdarahan yang bercak (*spotting*) dan tidak haid  
sama sekali

(2) Klien bergantung pada fasilitas pelayanan kesehatan

(3) Tidak dapat di hentikan sewaktu-waktu sampai  
suntikan berikutnya

(4) Permasalahan pada berat badan merupakan salah satu  
masalah dari efek samping yang tersering terjadi

(5) Tidak menjamin terhadap penularan IMS

(6) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit  
menurunkan kepadatan tulang (densitas), dapat  
menimbulkan kekeringan vagina, menurunkan libido,  
gangguan emosi (jarang), sakit kepala, dan jerawat.

(7) Terlambatnya pengembalian kesuburan setelah  
penghentian pemakaian, hal ini bukan karena terjadi  
kerusakan atau kelaian organ genitalia melainkan

karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari  
deponya (tempat suntikan)

f) Indikasi

(1)Usia reproduksi

(2)Nulipara dan yang telah memiliki anak

(3)Menginginkan kontrasepsi jangka Panjang dan yang  
memiliki efektivitas tinggi

(4)Setelah melahirkan dan tidak menyusui

(5)Setelah abortus atau keguguran

(6)Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai

(7)Perokok

(8)Sudah memiliki banyak anak tetapi belum  
menghendaki tubektomi

(9)Menggunakan obat untuk *epilepsi* (*Fenitoin* dan  
*barbiturate*) atau obat *tuberculosis* (*rifampisin*)

(10)Tekanan darah >180/110 mmHg dengan masalah  
gangguan darah dan anemia buah sari

(11)Tidak bisa memakai alat kontrasepsi yang  
mengandung estrogen

(12)Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi

(13)Mendekati usia *menopaus* yang tidak mau atau tidak  
boleh menggunakan kontrasepsi pil kombinasi

g) Kontraindikasi

(1) Hamil atau dicurigai hamil

(2) Perdarahan pervagina yang belum jelas penyebabnya

(3) Tidak dapat menerima gangguan haid, terutama amenorea

(4) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara

(5) Diabetes mellitus disertai komplikasi

h) Waktu yang diperlukan untuk mulai melakukan suntik progestin

(1) Mulai hari pertama sampai hari ketujuh siklus haid

(2) Klien yang memakai alat kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntik progestin, jika klien menggunakan kontrasepsi tersebut dengan benar dan sudah dipastikan tidak terjadi kehamilan, suntikan dapat diberikan setiap saat. Tidak perlu menunggu haid berikutnya datang

(3) Setiap saat selama siklus haid, jika sudah dipastikan klien tidak hamil

(4) Pada klien yang tidak hamil, injeksi pertama bisa diberikan setiap saat jika pasien sudah dipastikan tidak hamil, selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual

(5)Klien yang memiliki kontrasepsi non hormonal dan ingin menggantinya dengan suntikan progesterin suntik bisa segera di berikan asalkan klien tidak hamil dan pemberianya suntikan setelah 7 hari siklus haid, makak slema 7 hari setelah suntikan tidak di perbolehkan untuk melakukan hubungan seksual

(6)Bila klien sedang memakai jenis kontrasepsi lain dan ingin mengganti dengan suntikan progesteron, suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntik yang sebelumnya

(7)Klien tidak ingin mengganti AKDR dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama dapat diberikan selama hari pertama sampai hari ke tujuh siklus haid, atau dapat diberikan setelah hari ketujuh siklus haid tetapi di pastikan ibu tidak sedang hamil  
(Affandi, 2012:MK;43-49)

## 2) Suntikan kombinasi 1 bulan

### a) Pengertian

Suntikan kombinasi yaitu suntikan kombinasi mengandung hormone esterogen dan progesteron, yang di berikan 1 bulan sekali secara Intramuskuler.

### b) Keuntungan KB suntik 1 bulan

(1)Peserta suntikan cycloferm mendapat menstruasi

(2)Diberikan setiap 4 minggu

(3)Pemberian aman,efektif,dan relative mudah

c) Indikasi

(1)Usia Reproduksi

(2)Telah memiliki anak,atau yang belum memiliki anak

(3)Anemia

(4)Setelah melahirkan dan tidak menyusui

(5)Ingin mendapat kontrasepsi dengan efektivitas yang tinggi

(6)Menyusui ASI setelah melahirkan lebih dari 6 bulan

(7)Nyeri haid yang hebat

(8)Haid teratur

(9)Riwayat kehamilan ektopik dan sering menggunakan pil kontrasepsi

d) Kontraindikasi

(1)Hamil dan diduga hamil

(2)Penyakit hati akut

(3)Menyusui dibawah6 minggu setelah melahirkan

(4)Perdarahan pervagina yang belum jelas penyebabnya

(5)Usia lebih dari 35 tahun dan merokok

(6)Keganasan payudara

(7)Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migren

(8) Riwayat penyakit jantung, strok, atau dengan tekanan darah tinggi (Lebih dari 180/110 mmHg)

e) Waktu untuk menggunakan suntikan kombinasi

(1) Suntikan pertama dapat diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid dan tidak di butuhkan kontrasepsi tambahan

(2) Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat di berikan setiap saat asal di pastikan klien tidak hamil

(3) Bila suntikan pertama di berikan dalam waktu 7 hari siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain selama 7 hari

(4) Bila klien setelah melahirkan 6 bulan, menyusui, serta belum haid suntikan pertama dapat diberikan asal di pastikan ibu tidak hamil

(5) Bila klien setelah melahirkan lebih dari 6 bulan, menyusui serta belum haid suntikan pertama dapat di berikan asal ibu tidak di pastikan hamil

(6) Bila setelah persalinan kurang dari 3 minggu dan tidak menyusui dapat diberikan suntikan kombinasi

(7) Bila setelah persalinan kurang dari 6 bulan dan menyusui jangan di berikan suntikan kombinasi

(8) Ibu sedang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi hormonal kombinasi, selama ibu tersebut menggunakan kontrasepsi sebelumnya secara benar suntikan kombinasi dapat di berikan tanpa perlu menunggu haid

(9) Bila kontrasepsi sebelumnya juga kontrasepsi hormonal dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi maka suntikan kombinasi tersebut dapat di berikan sesuai jadwal kontrasepsi sebelumnya (Painem, 2011:144)

#### b. Kontrasepsi Pil Progestin

##### 1) Pengertian

Pil progestin atau mini pil bukan merupakan penghambat ovulasi sebab selama memakan pil mini ini biasanya ovulasi masih dapat terjadi (Anwar, 2011:449)

##### 2) Jenis Pil KB

Menurut Sulistyawati (2012:97-101) jenis mini pil di bagi menjadi 2 yaitu antara lain:

##### a) Pil kontrasepsi oral tipe kombinasi

Jenis pil ini terdiri dari 21-22 pil kontrasepsi oral dan setiap pilnya berisi derivat esterogen dengan dosis yang kecil, dan di gunakan dalam satu siklus. Pil kontrasepsi oral pertama mulai di minum pada

hari pertama perdarahan haid, selanjutnya setiap pil di minum 1 hari 1 pil selama 21-22 hari. Pada umumnya setelah 2-3 hari sesudah pil kontrasepsi oral terakhir diminum, akan timbul perdarahan haid yang sebenarnya merupakan perdarahan putus obat. Penggunaan pada siklus selanjutnya, sama seperti siklus sebelumnya, yaitu pil pertama ditelan pada hari pertama perdarahan haid.

b) Pil kontrasepsi oral tipe sekuensial

Terdiri dari 14-15 pil kontrasepsi oral yang berisi derivat esterogen dan 7 pil berikutnya berisi kombinasi esterogen dan progestin. Cara penggunaan pil ini yaitu sama dengan tipe kombinasi. Efektifitasnya sedikit lebih rendah dan lebih sering menyebabkan hal-hal yang tidak diinginkan.

c) Pil kontrasepsi oral tipe mini

Hanya terdiri derivat progestin, noretrindon atau norgestrel, dengan dosis kecil, terdiri dari 21-22 pil. Cara pemakaiannya sama dengan tipe kombinasi.

d) Pil kontrasepsi oral tipe pascasenggama (*morning after pil*)

Berisi dietilstilbestrol 25 mg, diminum 2 kali sehari, dalam waktu kurang dari 72 jam pasca senggama, selama 5 hari berturut-turut.

e) Pil kontrasepsi oral di pasaran

Umumnya pil kontrasepsi oral dipasaran terdiri dari 28 pil kontrasepsi, biasanya 7 diantaranya berisi placebo (zat netral). Hal ini dilakukan untuk mendisiplinkan pemakaian pil kontrasepsi oral. Pil kontrasepsi oral selain untuk mencegah kehamilan juga untuk mengatur haid agar teratur. Ada juga pil kontrasepsi oral yang tidak menimbulkan efek samping berat badan naik, tulang kropos, produk tertentu itu pil kontrasepsi oral juga menjanjikan kehalusan kulit pada pemakaiannya.

3) Keuntungan kontrasepsi minipil

- (a) Sangat efektif apabila di gunakan secara benar (98,5%). Pada penggunaan mini pil jangan sampai ada pil yang terlupa atau jangan sampai ada pil yang terlupa atau jangan sampai terjadi gangguan gastrointestinal (muntah, diare) sebab akibatnya kemungkinan terjadi kehamilan sangat tinggi
- (b) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (c) Tidak mempengaruhi ASI

- (d) Kesuburan cepat kembali
- (e) Nyaman dan mudah di gunakan
- (f) Dapat dihentikan setiap saat /waktu
- (g) Tidak mengandung esterogen
- (h) Sedikit efek sampingnya

4) Keuntungan nonkontrasepsi

- (a) Dapat mengurangi nyeri dan jumlah haid.
- (b) Dapat menurunkan tingkat anemia
- (c) Tidak dapat meningkatkan pembekuan darah
- (d) Dapat melindungi dari penyakit radang panggul
- (e) Dapat mencegah terjadinya kanker endometrium
- (f) Sedikit sekali mengganggu metabolisme karbohidrat sehingga relatif aman diberikan pada perempuan pengidap kencing manis yang belum mengalami komplikasi
- (g) Dapat mengurangi keluhan premenstruasi sindrom (sakit kepala, perut kembung, nyeri pada payudara dan lekas merah)
- (h) Tidak menyebabkan peningkatan tekanan darah, sakit kepala dan depresi.

5) Keterbatasan minipil

- (a) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid (perdarahan sela, spontig, amenorea)

- (b) Peningkatan atau penurunan berat badan
- (c) Harus di gunakan setiap hari dan pada waktu yang sama
- (d) Resiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan) namun resiko ini lebih rendah bila di bandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan mini pil

(e) Payudara tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat

(f) Bila lupa satu pil saja, kegagalan akan menjadi besar

#### 6) Indikasi

(a) Uaia reproduksi

(b) Menginginkan metode kontrasepsi yang sangat efektif selama masa periode menyusui

(c) Telah memiliki anak atau yang belum memiliki anak

(d) Perokok

(e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui

(f) Setelah keguguran

(g) Tidak boleh menggunakan esterogen atau lebih senang tidak menggunakan esterogen

- (h) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama <math><80/110</math> mmHg) atau dengan adanya masalah pembekuan darah.

#### 7) Kontraindikasi

- (a) Hamil atau diduga hamil
- (b) Memiliki riwayat stroke, progestin menyebabkan apasme pembuluh darah
- (c) Sering lupa minum pil
- (d) Miom uterus, progestin memicu pertumbuhan miom uterus
- (e) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- (f) Menggunakan obat tuberculosis atau obat epilepsy
- (g) Tidak menerima bila terjadi gangguan haid
- (h) Perdarahan pervagina yang belum diketahui penyebabnya

#### 8) Waktu menggunakan minipil

- (a) Mulai hari pertama sampai hari kelima siklus haid. Tidak diperlukan pencegahan dengan kontrasepsi lain
- (b) Dapat digunakan setiap saat asal dipastikan klien tidak hamil. Bila menggunakannya setelah hari kelima siklus haid, jangan melakukan hubungan

seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain selama 2 hari.

(c) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, minipil diberikan pada jadwal suntikan berikutnya dan tidak dibutuhkan kontrasepsi berikutnya

(d) Mini pil dapat segera di berikan setelah pasca keguguran

(e) Bila sebelumnya klien menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin menggantinya dengan minipil, dapat segera di berikan bila kontrasepsi sebelumnya di gunakan dengan benar dan klien tidak hamil

(f) Bila lebih dari 6 minggu dan 6 bulan pascapersalinan dan telah mendapat haid, maka minipil diminum pada hari pertama sampai kelima siklus haid

(g) Bila pasien tidak haid (*amenor*), mini pil bisa di gunakan setiap saat asal di pastikan klien tidak hamil, jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain selama 2 hari

(h) Bila lebih dari 6 minggu dan 6 bulan setelah melahirkan dan tidak haid, mini pil dapat digunakan setiap saat

(i) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah non hormonal, mini pil dapat diberikan pada hari ke 1-5 siklus haid.

Tanpa di perlukan metode kontrasepsi lain (Affandi, 2012:MK;50-55)

### c. Kontrasepsi *Implant*

#### 1) Pengertian

Menurut Pinem (2009:98), Kontrasepsi implant merupakan alat kontrasepsi yang diinsersikan tepat pada bagian bawah kulit, terdiri dari 6 kapsul Silastik, setiap kapsulnya berisi *levonorgestrel* sebanyak 36 mg dengan panjang 3,4 cm di lakukan pemasangan pada bagian dalam lengan atas atau bawah siku melalui insisi tunggal dalam bentuk kipas, yang bekerja dalam jangka waktu 5 tahun. Pemasangan *implant* hanya di lakukan oleh petugas kesehatan atau petugas klinik atau orang terlatih secara khusus

#### 2) Macam-macam kontrasepsi implant

##### (a) *Norplant*

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan Panjang 3,4 cm dengan diameter 2,4 mm

yang diisi dengan 36 mg levonorgestrel dan lama kerjanya lima tahun (Saifuddin, 2013:MK-53)

(b) *Jadena dan Indolant*

Terdiri dari dua batang yang diisi dengan 75 levonogestrel dengan lama kerja 3 tahun (Kumalasari, 2015:279)

(c) *Implanon*

Terdiri dari satu batang putih lentur dengan Panjang 40 mm dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3-keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun (Saifuddin, 2013:MK-53)

3) Cara kerja kontrasepsi implant

Menurut Saifuddin (2010:MK-54) cara kerja kontrasepsi antara lain yaitu:

- a. Lendir serviks menjadi kental
- b. Menekan ovulasi
- c. Mengurangi transportasi sperma
- d. Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi

4) Keuntungan

Menurut Manuaba (2010:603) yaitu:

- (a) Dipasang selama 5 tahun
- (b) Biaya murah

- (c) Penyulit medis tidak terlalu tinggi
- (d) Dapat dilayani didaerah pedesaan
- (e) Kontrol medis ringan

Menurut Maryunani (2016:552) keuntungan kb implant antara lain sebagai berikut:

- (a) Praktis
  - (b) Efektif
  - (c) Masa pakai jangka Panjang 5 tahun
  - (d) Tidak menekan produksi ASI
  - (e) Tidak ada faktor lupa
- 5) Kerugian
- (a) Berat badan bertambah
  - (b) Menimbulkan akne, ketegangan pada payudara
  - (c) Liang senggama terasa kering
  - (d) Menimbulkan gangguan menstruasi yaitu tidak mendekat menstruasi dan terjadi perdarahan yang tidak teratur
- 6) Keterbatasan
- (a) Tidak mencegah infeksi menular seksual
  - (b) Membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan

- (c) Efektifitasnya menurun bila menggunakan obat tuberculosis atau obat epilepsi (BKKBN dan (Kemenkes RI No. 46 2012)

7) Efek samping

Menurut Saifuddin (2013:MK:58-59) efek samping dari kb implant antara lain yaitu:

- (b) Perdarahan bercak
- (c) Amenorea
- (d) Ekspulsi
- (e) Infeksi pada daerah insersi
- (f) Berat badan naik atau turun

8) Indikasi

- (a) Usia reproduksi
- (b) Wanita dengan kontra indikasi hormon esterogen
- (c) Tidak menginginkan anak lagi, tapi tidak mau menggunakan kontrasepsi mantap
- (d) Setelah keguguran atau abortus
- (e) Ibu menyusui
- (f) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang
- (g) Sering mengonsumsi pil (Kumalasari. 2015:280)

9) Kontra indikasi

- (a) Hamil atau diduga hamil
- (b) Mios uterus

- (c) Gangguan toleransi glukosa
- (d) Tidak dapat menerima perubahan pada haid yang terjadi
- (e) Benjolan atau kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- (f) Perdarahan pervagina yang belum jelas penyebabnya (Saifuddin, 2013:MK-55)

#### 4. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim

##### a. Pengertian

AKDR atau IUD atau spiral merupakan suatu benda kecil yang terbuat dari plastik yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormone yang dimasukan didalam rahim melalui vagina serta mempunyai benang (Kumalasari, 2015:303)

AKDR berukuran kecil, plastik yang lentur dengan lengan atau kawat tembaga di sekitarnya. Seseorang memberikan layanan yang terlatih secara khusus memasang pada rahim wanita melalui vagina dan leher rahim (Agus dkk, 2015:15)

##### b. Jenis-jenis AKDR

1) Menurut bentuknya AKDR non hormonal di bagi menjadi

2 yaitu antara lain:

a) Bentuk terbuka (*oven device*) contohnya adalah

*Lippesloop CUT*

b) Bentuk tertutup (*close device*) contohnya adalah *Ota-Ring*

2) Menurut tambahan atau metal tembaga di bagi menjadi beberapa di antaranya adalah:

a) *Medicated IUD* contohnya Cu T 200

b) *Un medicated IUD* contohnya *Lippesloo*

c. Cara kerja

1) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri

2) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi

3) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat spermasulit untuk masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi sperma untuk fertilisasi (Agus dkk. 2015:131-132)

d. Efektifitas

AKDR sangat efektif, (Efektifitasnya 92-94%) dan tidak perlu di ingat setiap hari seperti halnya pil. Tipe multiload dapat dipakai sampai 4 tahun, nova T dan cover T200 (CuT-200) dapat di pakai 3-5 tahun per 100 pemakai wanita pada tahun pertama pemakaian (Agus dkk, 2015:132)

e. Indikasi

Yang boleh menggunakan AKDR yaitu antara lain sebagai berikut:

- 1) Usia reproduksi
- 2) Keadaan nullipara
- 3) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang
- 4) Resiko rendah IMS
- 5) Tidak menghendaki metode hormonal
- 6) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama
- 7) Perokok
- 8) Gemuk atau kurus
- 9) Pemasangan AKDR dapat dilakukan oleh dokter atau bidan yang telah dilatih secara khusus
- 10) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
- 11) Perempuan yang menyusui dan menginginkan kontrasepsi
- 12) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi

(Sutami, 2009:17)

f. Kontraindikasi

- 1) Belum pernah melahirkan
- 2) Adanya perkiraan hamil
- 3) Perdarahan pervagina yang tidak diketahui penyebabnya

- 4) Kelainan alat kandungan bagian dalam seperti: perdarahan yang tidak normal dari alat kemaluan, perdarahan dileher rahim, dan kanker rahim
- 5) Sedang menderita infeksi alat genital (Vaginitis, servisititis)
- 6) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering mengalami menderita PRP atau *abortus septik*
- 7) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak  
(Sutami, 2009:17)

g. Keuntungan

- 1) Tidak ada infeksi obat
- 2) Reversibel dan segera efektif
- 3) Tidak terkait dengan koitus
- 4) Efektif dengan segera (Sutami, 2009:17-18)

h. Kerugian

Setelah melakukan pemasangan beberapa ibu mungkin akan merasa nyeri pada bagian perut dan perdarahan sedikit-sedikit (spotting), dan ini bisa berlangsung selama 3 bulan setelah pemasangan. Namun tidak usah dirisaukan benar sebab setelah itu keluhan akan hilang dengan sendirinya, namun ketika sudah 3 bulan keluhan masih saja berlanjut, anjurkan untuk memeriksakan ke dokter pada saat pemasangan, sebaiknya ibu tidak perlu tegang sebab ini juga bisa menimbulkan rasa nyeri pada bagian perut (Sutami, 2009:18)

i. Efek samping dan komplikasi

Efek samping yang mungkin saja biasanya terjadi yaitu perubahan pada siklus haid lebih banyak atau lama perdarahan atau menstruasi saat lebih sakit

Komplikasi lainnya yaitu merasa sakit dan kejang selama 3-5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia, perforasi dinding uterus (sangat jarang apa bila pemasangannya benar) (Sutami, 2009:20)

j. Waktu pemasangan

Pemasangan AKDR sebaiknya di lakukan pada saat:

- 1) 2-4 hari setelah melahirkan
- 2) 40 hari setelah melahirkan
- 3) Setelah terjadinya keguguran
- 4) Hari ke-3 haid sampai hari ke-10 dihitung dari hari pertama
- 5) Menggantikan metode lama (Sitami dkk, 2009:371-375)

Menurut Dyah Ayu, 2013:17 waktu pemasangan AKDR yaitu sebagai berikut:

- 1) Setiap waktu dalam siklus haid, yang dipastikan klien tidak hamil
- 2) Hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid
- 3) Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama dan setelah 4 hari setelah melahirkan. Setelah 6 bulan apabila

menggunakan metode amenorea laktasi (MAL) perlu di ingat, angka ekspulsi tinggi pada pemasangan segera atau selama 48 jam setelah melahirkan

4) Selama 1 sampai 5 hari setelah senggama yang tidak di lindungi

5) Setelah abortus (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi.

## 5. Kontrasepsi Mantap

### a. Tubektomi

#### 1) Pengertian

Tubektomi yaitu alat kontrasepsi untuk perempuan yang sudah tidak ingin hamil lagi. Diperlukan sebuah prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga perlu dilakukan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode kontrasepsi ini (Affandi, 2012:MK-

89)

*Tubektomi* merupakan metode efektif dan tidak mempunyai efek samping jangka pendek maupun dalam jangka panjang. Efektifitas dari tubektomi antara lain meliputi:

(a) Kurang dari 1 kehamilan per 100 (5 per 100) perempuan pada tahun pertama penggunaan

- (b) Ada 10 tahun penggunaan, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 per 1000 perempuan)
- (c) Efektifitas kontrasepsi terkait dengan teknik tubektomi (Penghambatan atau oklusi tuba) namun secara keseluruhan, efektifitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan tubektomi minilapotomi setelah melahirkan (Affandi, 2012:MK-89)

## 2) Keuntungan

Keuntungan dari tubektomi yaitu mempunyai efek protektif terhadap kehamilan dan penyakit radang panggul (PID). Beberapa study menunjukkan efek produktif terhadap kanker ovarium. Reaksi tubektomi: walaupun jarang, namun dapat terjadi sebuah komplikasi tindakan pembedahan dan anastesi. Penggunaan anastesi lokal sangat efektif mengurangi resiko yang terkait dengan tindakan anastesi umum (Affandi, 2012:MK-89)

## 3) Indikasi

- (a) Ibu setelah melahirkan
- (b) Ibu yang sedang menyusui
- (c) Pasangan yang tidak ingin menambah anak lagi
- (d) Pengguna kontrasepsi yang menimbulkan gangguan pola hati

- (e) Perempuan dengan gangguan kesehatan yang bertambah berat jika terjadi kehamilan
- (f) Tidak ingin menggunakan kontrasepsi yang harus dipakai atau di siapkan setiap waktu (Affandi, 2012:MK-90)

#### 4) Profil tubektomi

- (a) Sangat efektif dan permanen
- (b) Tidak mempunyai efek samping
- (c) Tindakan pembedahan yang aman dan sederhana
- (d) Konseling dan informed consent (persetujuan tindakan) mutlak diperlukan (Affandi, 2012:MK-90)

#### 5) Manfaat tubektomi

- (a) Tidak Ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormon ovarium)
- (b) Tidak terdapat efek samping dalam jangka panjang
- (c) Pembedahan sederhana dilakukan dengan anestesi local
- (d) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan)
- (e) Tidak tergantung pada faktor senggama
- (f) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi resiko kesehatan yang serius

(g) Tidak mempengaruhi proses menyusui (Affandi, 2012:MK-91)

6) Keterbatasan tubektomi

(a) Harus di pertimbangan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan operasi rekalisasi

(b) Klien dapat menyesal di kemudian hari

(c) Dilakukan oleh dokter terlatih (dokter spesialis ginekologi atau spesialis bedah untuk proses laporoskopi)

(d) Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk BBV dan HIV/AIDS

(e) Rasa sakit atau ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan

(f) Resiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anastesi umum) (Affandi, 2012:MK-91)

7) Indikasi

(a) Usia >26 Tahun

(b) Paritas >2

(c) Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur yang akan di lakukan

(d) Pascakeguguran

- (e) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya
- (f) Pada kehamilannya akan menimbulkan resiko yang serius (Affandi, 2012:MK-92)

8) Kontraindikasi

- (a) Hamil
- (b) Perdarahan pervagina yang belum jelas penyebabnya (hingga harus dievaluasi)
- (c) Belum memberikan persetujuan tertulis
- (d) Tidak boleh menjalani proses pembedahan
- (e) Kurang pasti mengenai keinginan untuk fertilisasi di masa depan
- (f) Infeksi sistemik atau pelvik yang akut (hingga penyakit itu di sembuhkan atau dikontrol) (Affandi, 2012:MK-92)

9) Waktu pemasangan

- a. Setiap waktu setiap ada siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil
- b. Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi (*Fase proliferasi*)
- c. Setelah melahirkan
  - (1) Minilap: didalam waktu 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu

(2) Laporoskopi: Tidak tepat di gunakan untuk pasien-pasien yang setelah persalinan

d. Setelah keguguran

(1) Triwulan pertama: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap laparoskopi)

(2) Triwulan kedua: Dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap saja)

(Affandi, 2012:MK-93)

*b. Vasektomi*

1) Pengertian

*Vasektomi* merupakan metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan *vasektomi* sehingga di perlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini

(Affandi, 2012:MK-95)

2) Profil *Vasektomi*

a) Sangat efektif

b) Tindak bedah yang aman dan sederhana

c) Tidak ada efek samping jangka Panjang

d) Efektif setelah ejakulasi 20 kali atau 3 bulan (Affandi, 2012:MK-98)

### 3) Efektifitas

a) Setelah masa pengosongan sperma darivasikula seminalis (20 kali ejakulasi menggunakan kondom) maka kehamilan akan terjadi pada 1 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan

b) Setelah 3 tahun penggunaan, terjadi sekitar 4 kehamilan per 100 perempuan

c) Pada mereka yang tidak dapat memastikan (analisi sperma) atau tidak patuh menggunakan kondom hingga 20 kali ejakulasi maka kehamilan terjadi 2-3 per 100 perempuan pada tahun pertama pemakaian

d) Bila terjadi kehamilan setelah menggunakan kontrasepsi vasektomi, kemungkinan yang terjadi adalah sebagai berikut:

(a) Penggunaan tidak menggunakan metode tambahan (barier) saat senggama dalam 3 bulan pertama setelah menggunakan vasektomi

(b) Oklusi vasdeferens tidak tepat

(c) Rekanalisasi sponta (Affandi, 2012:MK-95)

### 4) Manfaat

a) Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka Panjang

b) Tingkat tinggi infeksi resiko efisiensi dan lamanya penggunaan kontrasepsi (Affandi, 2012:MK-95)

5) Keterbatasan

- a) Bila tidak siap amukin aka nada penyesalan dikemudian hari
- b) Perlu pengosongan depot sperma di vasikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi
- c) Resiko dan efek samping pembedahan kecil
- d) Permanen (*non-reversible*) dan akan timbul bila pasien menikah lagi
- e) Ada nyeri atau rasa tidak nyaman pascabedah
- f) Perlu tenaga pelaksana terlatih
- g) Tidak melindungi klien terhadap PMS (misalnya: HBV, HIV/AIDS) (Affandi, 2012:MK-95)

6) Efek samping

*Vasektomi* tidak memiliki efek samping jangka pendek da jangka Panjang. Sebab area pembedahan termasuk superficial, sangat jarang menimbulkan resikomerugikan pada klien (Affandi, 2012:MK-95)

7) Indikasi

- a) Usia reproduksi (biasanya <50 tahun)
- b) Yang istrinya memiliki masalah usia, paritas atau kesehatan yang jika hamil dapat menyebabkan resiko kesehatan atau mengancam keselamatan jiwa.

- c) Tidak ingin anak lagi, menghentikan fertilisasi, ingin metode kontrasepsi yang sangat efektif dan permanen
- d) Yang memahami asas suka rela dan memberi persetujuan tindakan medis untuk prosedur tersebut
- e) Yang merasa yakin bahwa mereka telah mendapatkan jumlah keluarga yang di inginkan (Affandi, 2012:MK-96-97)

#### 8) Komplikasi

- a) Komplikasi dapat terjadi saat prosedur sedang berlangsung atau beberapa saat tindakan, Komplikasi selama prosedur bisa berupa komplikasi akibat reaksi anafilaksis yang disebabkan karena penggunaan lidokain yang berlebihan terhadap pembuluh darah di sekitar vas deferens
- b) Komplikasi pascatindakan dapat berupa hematoma skrotalis, infeksi atau abses pada testis, atrofi, epididymitis, atau peradangan kronik granuloma di tempat insisi. Penyulit jangka panjang yang bisa mengganggu upaya pemulihan fungsi reproduksi adalah terjadinya antibodi sperma (Affandi, 2012:MK-95-110)

## 2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

### 2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan

#### A. Pengkajian

##### 1. Data Subyektif

###### a) Biodata

(1) Nama: Untuk bisa mengenali nama ibidan mencegah kekeliruan atau kesalahan bila ada nama yang sama (Romauli, 2011:162)

(2) Usia/tanggal lahir: Ibu hamil usia 20 sampai dengan usia 35 tahun merupakan usia yang reproduksi sehat. Penyulit pada kehamilan remaja lebih tinggi dibandingkan dengan kurun waktu reproduksi sehat (usia antara 20 tahun sampai 35 tahun). Keadaan ini disebabkan karena belum matangnya alat reproduksi untuk hamil, sehingga mudah mengalami keguguran, infeksi, anemia pada kehamilan dan gestosis (Manuaba, 2010:35-236)

(3) Agama: Sebagai dasar bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Manuaba, 2010:117)

(4) Pendidikan terakhir: Sebagai dasar bidan untuk menentukan metode yang paling tepat dalam penyampaian informasi mengenai teknik melahirkan bayi (Manuaba, 2010:117)

(5)Pekerjaan: Data ini menggambarkan tingkat sosial ekonomi, dan data pendukung dalam menentukan pola kebiasaan atau aktivitas yang di lakukan sehari-hari. Sebab pekerjaan bisa mempengaruhi kesehatan kehamilan, khususnya pekerjaan yang baru (Dewi, 2013:116)

(6)Suku/bangsa: Ini berhubungan dengan sosial budaya yang di anut oleh klien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Marmi, 2011:155)

(7)Alamat: Selain sebagai data mengenai distribusi lokasi klien, data ini juga membergambarkan mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan (Marmi, 2011:155)

b) Keluhan utama

Keluhan utama merupakan keluhan yang menyebabkan ibu memeriksakan diri untuk mengetahui keadaannya, biasanya berkaitan dengan kehamilan atau adanya infeksi yang menyertai kehamilan (Manuaba, 2009:2)

c) Alasan kunjungan

Alaswan wanita datang ketempat bidan atau klinik yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri (Hami, 2010:87)

d) Riwayat menstruasi

Anamnesis haid yaitu kesan tentang faal alat reproduksi/kandungannya, meliputi antara lain:

- (1) Umur *menarche*
- (2) Frekuensi, jarak/siklus jika normal
- (3) Lamanya
- (4) Jumlah darah yang keluar
- (5) Karakteristik darah (misalnya bergumpal)
- (6) HPHT, lamanya dan jumlahnya normal

Menurut Mochtar (2012:35), wanita seharusnya mengetahui tanggal pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat di tafsir usia kehamilannya dan tafsiran tanggal persalinan (TTP), yang dihitung dengan rumus menggunakan rumus Neegele:

$TTP = (\text{hari HT} + 7) \text{ dan } (\text{bulan HT} - 3) \text{ dan } (\text{tahun HT} + 1)$   
untuk siklus 28 hari + x hari

Menurut Sunarti (2013:64) perhitungan berdasarkan tanggal contohnya hari pertama haid normal terakhir 2 februari, caranya yaitu tambahkan 7 hari, dan tambahkan 9 pada bulan. Jadi perkiraan tanggal persalinan 9-11 pda tahun yang sama.

- 1) *Disminorea*
- 2) Sindrom premenstrual

- 3) Sindrom syok keracunan
- 4) Penggunaan produk sanitasi (misalnya celana dalam, pembalut)
- 5) Perdarahan uterus disfungsi, misalnya *spotting*, *menoragia*, dan lain-lain (Hani, 2011:89)

e) Riwayat obstetrik

- (1) Gravidita/para
- (2) Tipe golongan darah
- (3) Kehamilan yang lalu
  - (a) Tanggal persalinan
  - (b) Usia gestasi
  - (c) Tempat lahir
  - (d) Bentuk persalinan (spontan, sc, forcep, atau vakum ekstraksi)
  - (e) Masalah obstetrik, medis dan sosial yang lain, dalam kehamilan (pre-eklamsia dan lain-lain), dalam persalinan (malpresentasi, drip oksitosin dan lain-lain), dalam nifas (perdarahan, infeksi, bagaimana laktasi dan lain-lain), berat badan bayi, jenis kelamin, kelainan congenital bayi dan komplikasi seperti icterus, status bayi saat lahir (hidup atau mati) status kehidupan bayi, jika bayi meninggal apa penyebabnya.

(f) Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka di harapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu dengan infeksi uterin, rasanyeri yang berlebihan ini memerlukan pengawasan yang khusus. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus di lakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010:198)

Pertanyaan ini sangat mempengaruhi *prognosis* persalinan dan pimpinan dalam persalinan, sebab jalanya persalinan yang lampau merupakan hasil ujian-ujian dari segala faktor yang mempengaruhi persalinan (Hani, 2011:89)

f) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk menentukan umur kehamilan sekarang dengan tepat. Setelah mengetahui umur kehamilan ibu, bidan dapat memberikan konseling tentang kehamilan yang bisa terjadi dan dapat mendeteksi adanya komplikasi yang lebih baik (Rukiyah, 2009:145)

Riwayat kehamilan skarang menurut Nurhidayah (2014:37)

a. Hari pertama dan haid terakhir dan tafsiran persalinan.

Untuk mengetahui usia kehamilan, perkiraan lahir

- b. Keluhan-keluhan pada trimester I, II, III, untuk mengetahui ada gangguan seperti muntah-muntah, hipertensi, perdarahan waktu hamil muda
- c. Pergerakan anak pertama kali dirasakan pada usia kehamilan berapa. *Quickening* atau *feeling life* (persepsi gerakan janin pertama) biasanya dirasakan pada kehamilan 18 minggu (*primigravida*) atau usia 16 minggu (*multigravida*) (Pantikawati, 2013:52)
- d. Dimana ibu memeriksakan kehamilannya: Untuk mengetahui tempat ANC dan untuk mengetahui riwayat kehamilan
- e. Sejak hamil berapa bulan ibu memeriksakan kehamilannya: Untuk mengetahui riwayat ANC teratur atau tidak. Sudah hamil berapa minggu
- f. Sudah berapa kali ibu memeriksakan kehamilannya: Sudah mengetahui imunisasi TT (*tetanus toxoid*) sudah atau belum, kapan, berapa kali. Keadaan psikosisnya, Untuk mengetahui respon ibu dan keluarga terhadap bayinya, wanita mengalami banyak perubahan emosi/psikologi selama masa bersalin sementara ia menyesuaikan diri menghadapi menjadi seorang ibu.

g) Riwayat KB

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

h) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat keluarga di kaji untuk mengetahui adalah riwayat penyakit yang menurun atau menular adakah riwayat kembar atau tidak di dalam keluarganya (Saifuddin, 2012:51)

(1)Usia ayah dan ibu, juga statusnya (hidup atau mati)

(2)Kanker

(3)Penyakit jantung

(4)*Hipertensi*

(5)*Diabetes*

(6)Penyakit ginjal

(7)Penyakit jiwa

(8)Kehamilan bawaan

(9)Kehamilan ganda

(10)TB (*tuberculosis*)

(11)*Epilepsi*

(12)Kelainan darah (anemia dan lain-lain)

(13)Alergi

(14)Kelainan genetik

(15)Riwayat keturunan kembar (Hani, 2011:88-89)

i) Pola fungsi kesehatan

(1) Nutrisi

Pada ibu hamil akan meningkat untuk mengonsumsi makanan hingga 300 kalori dalam sehari, mengonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, minum yang cukup cairan (menu seimbang). Menurut Saifuddin (2011:286) nutrisi yang perlu ditambahkan pada saat ibu hamil antara lain yaitu:

(1) Kalori

Jumlah kalori yang dibutuhkan pada ibu hamil selama kehamilan yaitu 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal lain merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya pre-eklamsia. Jumlah penambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama kehamilan.

(2) Protein

Jumlah yang diperlukan oleh ibu hamil yaitu 8,5 gram dalam sehari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewani (ayam, ikan, keju, susu, telur) Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran *premature*, anemia, dan edema.

### (3)Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil dalam sehari membutuhkan 1,5gram perhari. Kalsium di butuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagian pengembangan otak dan rangka. Sumber kalsium yang mudah di peroleh adalah susu,keju, yoghurt, dan kalsium bikarbonat. Defisiensi kalsium menyebabkan ricketsia pada bayi atau osteomalsia pada ibu.

### (4)Zat besi

Pemberian zat besi dimulai dengan memberikan satu tablet sehari segerasetelah rasa mual hilang. Setiap tablet mengandung  $\text{FeSO}_4$  320 mg (Zat besi 60 mg) dan asam folat 500  $\mu\text{g}$ , minimal masing-masing 90 tablet. Tablet zat besi sebaiknya tidak diminum bersamaan dengan kopi, atau air sebab dapat mengganggu penyerapan. Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigen jaringan yang didapatkan dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin didalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin normal diperlukan asupan zat besi dapat diperoleh dari sayuran hijau, daging yang berwarna merah, dan kacang-kacangan.

Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi.

(5)Asam folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel, Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil yaitu 400 mikrogram per hari, kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

Tabel 2.6  
Tambahkan kebutuhan nutrisi ibu hamil

Nutrisi	Kebutuhan tidak hamil /hari	Tambahan kebutuhan hamil/hari
Kalori	2000-2200 kalori	300-500 kalori
Protein	75gram	8-12gram
Lemak	53gram	Tetap
Fe	28gram	2-4gram
Ca	500mg	60mg
Vit A	3500 IU	500 IU
Vit C	75gram	40 mg
Asam folat	180gram	400gram

Sumber: Marmi, 2013:201

Tabel 2.7  
Contoh menu makanan dalam sehari bagi ibu hamil

Bahan makanan	Porsi hidangan sehari-hari	Jenis hidangan
Nasi	5+1 porsi	Makan pagi: nasi 1,5 (150gram) dengan ikan/daging 1 potong sedang (40gram), tempe 2 potong sedang (50gram), sayur 1 mangkuk dan buah 1 potong sedang
Sayuran	3 mangkuk	
Buah	4 potong	
Tempe	3 potong	Makan selingan: susu 1 gelas dan buah 1 potong sedang
Daging	3 potong	
Susu	2 gelas	Makan siang: nasi 3 porsi (300gram), dengan lauk, sayur, dan buah sama dengan pagi Makan selingan: susu 1 gelas dan buah 1 potong sedang Makan malam: nasi 2,5 porsi (259gram) dengan lauk, sayur, dan buah sama dengan pagi/siang Selingan: susu 1 gelas
Minyak	2 gelas	
Gula	2 sendok makan	

Sumber: Marmi, 2013:201

## (2) Pola eliminasi

Berkaitan dengan adaptasi gestasional sehingga menurunkan tonus dan motiliti lambung dan usus terjadi reabsorpsi zat makanan peristaltik usus lebih lambat sehingga menyebabkan konstipasi. Penekanan kandung kemih sebab pengaruh hormone estrogen dan progesteron sehingga menyebabkan sering buang air kecil (Rukiyah, 2009:105-106)

### (3) Pola aktivitas

Berhubungan dengan system muskuluskeleta: Persendian sakro-iliaka, sakro koksigia dan pubik yang akan menyebabkan keretakan, pusat gravitasi berubah sehingga postur tubuh berubah, terjadi perubahan postur tubuh menjadi lordosis fisiologis. Penekanan pada ligamen dan pelvik, cara berbaring, duduk dan berjalan berdiri dihindari jangan sampai mengakibatkan injuri sebab jatuh (Rukiyah, 2009:107)

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24-28 minggu (Manuaba, 2010:132). Kontraindikasi senam hamil yaitu ibu yang memiliki riwayat keguguran berulang, kehamilan dengan perdarahan dan dan kehamilan dengan bekas operasi, persalinan belum cukup bulan, pada kasus infertilitas, usia saat hamil relatif tua (primi tua). Selain itu, ibu yang kondisinya tidak cukup sehat menurut dokter atau bidan tidak diperbolehkan mengikuti senam hamil (Manuaba, 2010:135)

Menurut Manuaba (2010:144) ada beberapa penggerak yang dilarang atau dicegah diantaranya adalah bekerja berat, mudah menimbulkan kelelahan yang akan mengurangi kesehatan wanita yang memang sudah menurun sebab adanya kehamilan, menjolak, meloncat atau mencapaibenda tinggi harus di cegah pula, serta bepergian jauh dengan kendaraan yang banyak bergerak.

(4) Pola istirahat dan tidur

Berhubungan dengan kebutuhan kalori pada masa kehamilan, mandi air hangat sebelum tidur, posisi dengan kondisi miring kekiri, letakan beberapa bantal untuk menyangga, pada ibu hamil sebaiknya banyak menggunakan waktu luangnya untuk banyak istirahat atau tidur walau bukan tidur betulan hanya baringkan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah (Rukiyah, 2009:106)

(5) Pola seksual

Jika wanita hamil memiliki riwayat abortus spontan atau persalinan premature maka senggama tidak boleh dilakukan selama 2-3 bulan pertama kehamilannya dan juga bukan terakhir, Kalau tidak terdapat riwayat seperti diatas, aktivitas seksual dapat dianjurkan untuk dilanjutkan menurut keinginan pasangan suami istri (Farrer, 2009:90-91)

## (6) Personal Hygiene

Menjaga kebersihan diri terutama lipatan pada kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara membersihkan dan di keringkan (Saifuddin, 2009:95)

## (7) Riwayat ketergantungan

### 1) Merokok

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan diri sendiri serta juga bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan keracunan yang dihisap oleh ibunya akan di transfer melalui plasenta kedalam tubuh bayi. Kandungan nikotin yang ada di dalam rokok dapat menyebabkan efek vasokonstriksi kuat dan bias meningkatkan tekanan darah, frekuensi jantung, peningkatan epineprin dan CO<sub>2</sub> meningkatkan resiko terjadinya abortus spontan, plasenta abnormal dan *pre-eklamsia* (Marmi, 2011:268)

### 2) Alkohol

Masalah signifikan yang ditimbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf terkait alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan meningkatkan wanita efek potensial jangka Panjang pada bayi yang dikandungnya (Marmi, 2011:268)

### 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, 2011:268)

#### j) Riwayat psikososial dan budaya

Status perkawinan; pertanyaan yang dapat diajukan antara lain:usia menikah pertama kali,status pernikahansah/tidak,lama menikah,pernikahan sekarang adalah suami yang keberapa (Sulistyowati, 2010:101)

### 2. Data Obyektif

#### a. Pemeriksaan umum

##### 1) Keadaan umum

Data ini didapat untuk mengganti keadaan klien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kreterianya sebagai berikut:

- a) Baik: Jika klien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik klien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan

b) Lemah: Klien dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberi respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain dan dia sudah tidak mampu berjalan sendiri (Sulistyawati, 2010:102)

## 2) Tanda-tanda vital

### a) Tekanan darah

Tekanan darah normal yaitu 100/70-130/90 mmHg.

Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita multipara dengan sistolik >120 mmHg dan beresiko akan mengalami pre-eklamsia (Marmi, 2014:163). Kenaikan tidak boleh lebih dari 30 mmHg pada sistolik atau 15 mmHg pada diastol lebih dari batasan normal tersebut ada kemungkinan mulai terdapat *pre-eklamsia* (Manuaba, 2012:265)

### b) Nadi

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

Curigai *hipotridisme* jika denyut nadi >100x/menit (Marmi, 2011:163)

c) Suhu

Suhu tubuh yang normal yaitu 36-37,5°C bila suhu tubuh lebih dari 37,5°C perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011:173)

d) Pernafasan

Untuk mengetahui system pernafasan, normalnya 16-24 kali permenit (Romauli, 2011:173)

3) Antropometri

a) Tinggi badan

Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal. Batas normal tinggi badan pada ibu hamil yaitu  $\geq 145$  cm (Marmi, 2014:163)

b) Berat badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama kehamilan atau terjadi kenaikan beratbadan sekitar 0,5 kg / minggu (Manuaba, 2012:95). Menurut Saifuddin (2010:80) rekomendasi penambahan berat badan selama kehamilan berdasarkan indeks masa tubuh yaitu dapat dilihat dalam tabel sebagai berikut

c) Lingkat lengan atas (LILA)

Standar minimal LILA pada wanita dewasa atau wanita usia reproduksi yaitu 23,5 cm. jika LILA kurang

dari 23,5 cm maka interpretasinya yaitu *Kurang Energi Kronik* (KEK) (Jannah, 2012:136).

Selain itu juga merupakan indikator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk. Sehingga beresiko untuk melahirkan berat bayi lahir rendah (BBLR) Dengan demikian bila hal ini di temukan sejak awal kehamilan, petugas dapat memotifasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya jumlah dan kualitas makananya (Romauli, 2011:173)

b. Pemeriksaan fisik

1. Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak, rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi atau ada kelainan tertentu (Romauli, 2011:173)

2. Muka

Tampak *cloasma gravidarum* sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab, bentuk simetris, bila tidak menunjukkan kelumpuhan (Romauli, 2011:174). Edema pada muka dan edema pada seluruh tubuh salah satu tanda gejala adanya *pre-eklamsi* (Saifuddin, 2010:543).

### 3. Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal bewarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya *pre-eklamsia* (Romauli, 2011:174)

### 4. Hidung

Simetris, ada pernafasan cuping hidung atau tidak, ada pembesaran polip atau tidak (Romauli, 2011:175)

### 5. Mulut

Dalam kehamilan sering timbul *stomatitis* dan *gingivitis* yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih (Romauli, 2011:174)

### 6. Telingga

Normal tidak,ada serumen yang berlebihan dan tidak berbau,bentuk simetris (Romauli, 2011:174)

### 7. Leher

Kelenjar *tyroid* akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml akibat dari *hyperplasia* kelenjar dan peningkatan vaskulariasi. Konsentrasi plasma hormon paratiroid akan menurun pada trimester pertama dan kemudian

akan meningkat secara progresif. Fungsi hormon ini adalah untuk memasok janin dengan kalsium yang adekuat, produksi peotide pada janin, plasma dan ibu (Saifuddin, 2009). *Hipotiroidisme* sulit dideteksi selama masa hamil karena banyak gejala *hipotiroidisme* seperti keletihan, penambahan berat badan dan konstipasi yang menyerupai gejala-gejala kehamilan (Marmi, 2011:69).

Normal apabila tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak di temukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:174).

#### 8. Dada atau payudara

a) Retraksi atau penonjolan interkosta dan atau subklavia

b) Kesimetrisan gerak napas

c) Frakuensi, kedalaman irama dan tipe pernapasan (dada, abdomen)

d) Auskultasi paru (bunyi napas normal, wheezing, ronki, mengi, *friction rub*, bunyi tambahan lain)

e) Auskultasi jantung (frekuensi, irama, dan kualitas bunyi napas pada empat area katub, bunyi tambahan, murmur, *sprlitting*, gesekan, *thrill*)

9. Pemeriksaan payudara yang dilakukan meliputi bentuk, besar masing-masing payudara (seimbang atau tidak),

*hiperpigmentasi* aerola payudara, teraba massa yang nyeri atau tidak bila di tekan, *colostrums*, keadaan puting (menonjol, datar, atau masuk ke dalam), kebersihan, bentuk *Breast Holder* (BH) (Romauli, 2011:174).

#### 10. Abdomen

Ada bekas operasi atau tidak, ada striae atau tidak, adalinea nigra atau linea alba atau tidak. Gerakan menendang atau tendangan janin yang normal yaitu 10 gerakan dalam 12 jam. (Saifuddin.2010:56). Menurut (Fatimah dkk, 2017:17) yaitu: (1) Luka bekas operasi, (2) Tinggi fundus uteri (Jika >12 minggu), (3) Letak presentasi, posisi dan penurunan kepala (<36 minggu), (4) DJJ (jika >18 minggu).

Bentuk simetris, bekas luka operasi, terdapat linea nigra, striae livide dan terdapat pembesaran abdomen (Romauli, 2011:174). Pada primigravida perut tegang, menonjol dan terdapat striae livide dan pada multigravida terdapat striae albikan (Manuaba, 2010:125)

Amati bentuk, bekas luka operasi, striae, linea, TFU, hasil pemeriksaan palpasi Leopold, kontraksi uterus, TBJ, DJJ, palpasi kandung kemih (Sulistiyawati, 2010:103)

a) Normalnya DJJ 120-160x/menit apabila kurang dari 120x/menit di sebut *bradikardi*, sedangkan bila lebih dari 160x/menit di sebut *takikardi* (Romauli, 2011:174)

b) Ukuran janin

c) Dengan cara Mc.Donald, untuk mengetahui TFU dengan pita ukur kemudian dilakukan perhitungan tafsiran berat janin dengan rumus Johnson Tausak (TFU (cm) -n x 155= TBJ). Bila kepala diatas *spina ischiadica* maka n=12. Bila kepala di atas *ischiadica* maka n=11 (Varney, 2011:530)

Tabel 2.8  
Tafsiran berat janin sesuai usia kehamilan trimester III

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

Sumber: Manuaba dkk, 2010:89

d) Menentukan Usia kehamilan

Menurut Mochtar (2012:41) cara untuk menentukan Taunya kehamilan antara lain yaitu:

(1)Dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai dengan hari pemeriksaan, kemudian dijumlah dan di jadikan dalam hitungan minggu.

(2) Ditambah 4,5 bulan dari waktu ibu merasa gerakan janin pertama kali “*feeling life*” (*quickening*)

(3) Menurut Mc. Donald yaitu modifikasi cara Spiegelberg, yaitu jarak fundus-simfisis dalam cm dibagi 3,5 merupakan tuanya kehamilan dalam bulan

(4) Menurut Manuaba (2010:120) menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi Leopold I pada trimester III

Tabel 2.9  
Usia kehamilan berdasarkan TFU pada pemeriksaan palpasi

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

Sumber: Manuaba dkk, 2010:120

(5) Menurut Manuaba (2010:128), menjelaskan untuk menetapkan usia kehamilan yaitu antara lain:

(a) Mendengarkan denyut jantung janin, denyut jantung janin akan terdengar pada usia kehamilan lebih dari 16 minggu

(b) Memperhitungkan masuknya kepala ke pintu atas panggul terutama pada primigravida masuknya kepala ke pintu atas panggul terjadi pada minggu ke-36

(c) Mempergunakan ultrasonografi dengan melihat jarak biparietal, tulang tibia dan panjang lingkaran abdomen janin

(d) Mempergunakan hasil pemeriksaan air ketuban, semakin tua usia kehamilan semakin sedikit air ketuban

e) Pemeriksaan khusus (letak dan presentasi)

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

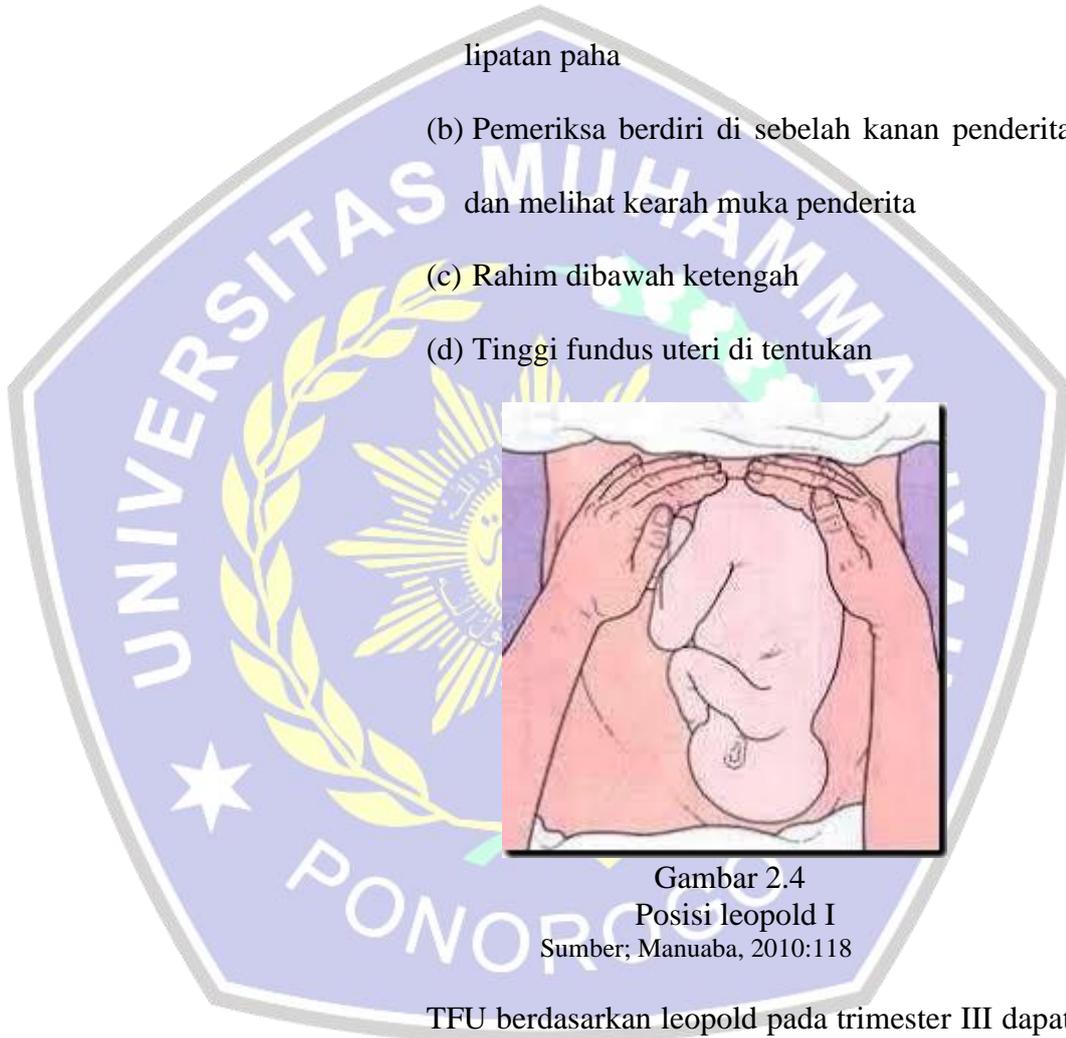
(1) Leopold I : untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang beradapada bagian fundus

Menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konstistensi fundus. Pada letak kepala akan teraba bokong pada fundus, yaitu tidak keras, tidak melenting, dan tidak bulat. Knebeldegen menentukan letak kepala atau

bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan lain keatas simfisis (Manuaba, 2010:118).

Menurut Marmi (2011:167) langkah-langkah pemeriksaan leopard antara lain sebagai berikut:

- (a) Kaki penderita di bengkokan pada lutut dan lipatan paha
- (b) Pemeriksa berdiri di sebelah kanan penderita dan melihat kearah muka penderita
- (c) Rahim dibawah ketengah
- (d) Tinggi fundus uteri di tentukan



Gambar 2.4  
Posisi leopard I  
Sumber; Manuaba, 2010:118

TFU berdasarkan leopard pada trimester III dapat di sermati pada tabel di bawah ini:

Tabel 2.10  
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, 2017:84

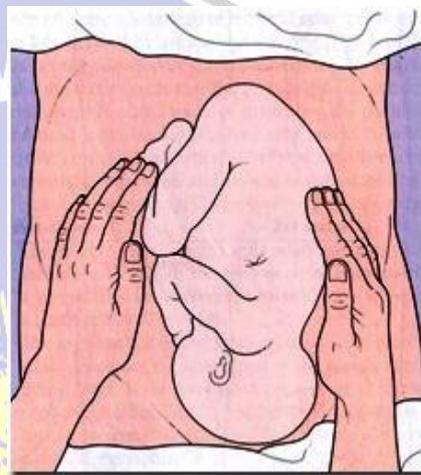
(2) Leopold II : untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang dan bagian janin berada di sebelah kanan atau kiri

Menentukan batas samping rahim kanan/kiri dan menentukan letak punggung. Letak membujur dapat di tetapkan punggung anak, yang teraba rata dengan tulang iga seperti papan cuci. Menurut Marmi (2011:167-168) langkah-langkah melakukan pemeriksaan Leopold antara lain yaitu:

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

Variasi Buddin: menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus, tangan yang lain meraba punggung janin (Manuaba, 2012:118)

Variasi Ahfeld: menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakan tegak di tengah perut (Manuaba, 2012:119)

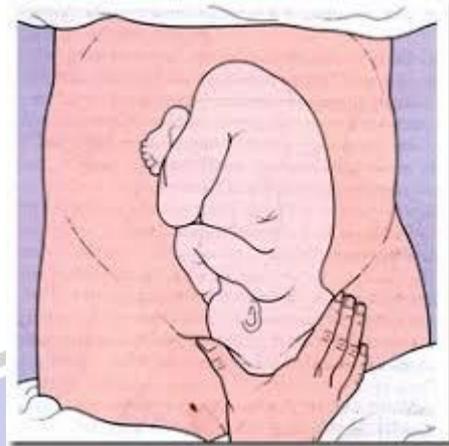


Gambar 2.5  
Posisi leopold II  
Sumber: Manuaba, 2010:118

(3) Leopold III : untuk menentukan bagian janin yang berada di bawah (presentasi) dan untuk menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk panggul

Menurut Marmi (2011:168), langkah-langkah memeriksa leopold III yaitu:

- (a) Dipergunakan satu tangan saja
- (b) Bagian bawah ditentukan antara ibu dan jari lainnya
- (c) Cobalah apakah bagian bawah masih dapat digoyangkan



Gambar 2.6  
Posisi leopold III  
Sumber: Manuaba, 2010:119

(4) Leopold IV : menentukan bagian terbawah janin dan seberapa jauh janin sudah masuk PAP.

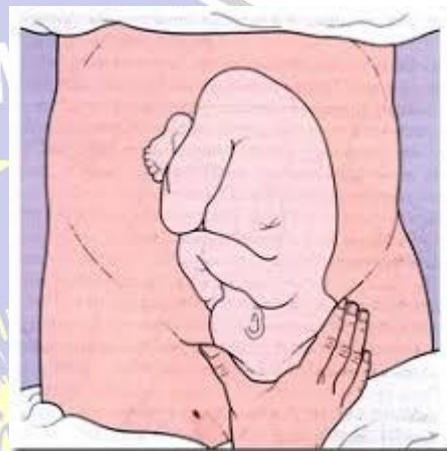
Bila bagian terendah masuk PAP telah melampaui lingkaran besarnya, maka tangan yang melakukan divergen, sedangkan lingkaran terbesarnya belum masuk PAP, maka tangan pemeriksa konvergen (Manuaba, 2010:119)

Menurut Marmi (2011:168), langkah-langkah untuk melakukan leopold antara lain:

(a) Pemeriksa mengubah sikapnya menjadi kearah kaki pasien

(b) Dengan kedua tangan di pastikan apa yang menjadi bagian bawah

- (c) Ditentukan apakah bagian bawah juga masuk kedalam PAP dan berapa masuknya bagian bawah kedalam rongga panggul
- (d) Jika kita rapatkan kedua tangan ada permukaan dari bagian terbawah dari kepala yang masih teraba dari luar.



Gambar 2.7  
Posisi leopold IV  
Sumber: Manuaba, 2010:119

(5) Perlimaan

Penilaian dengan menghitung proporsi bagian terbawah janin yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan pemeriksa (perlimaan). Penurunan bagian terbawah dengan metode lima jari:

- (1) 5/5 bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas simfisis pubis

(2)  $4/5$  jika sebagian  $1/5$  bagian terbawah janin telah memasuki pintu atas panggul

(3)  $3/5$  jika sebagian  $2/5$  bagian bawah janin telah memasuki rongga panggul

(4)  $2/5$  jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada di atas simfisis dan  $3/5$  bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapat digunakan)

(5)  $1/5$  jika hanya 1 dari jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada diatas simfisis dan  $4/5$  bagian telah masuk kedalam rongga panggul

(6)  $0/5$  bagian terbawah janin sudah tidak dapat di raba dar pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk kedalam rongga panggul

(Saifuddin, 2014: N-1)



Tabel 2.11  
Penurunan kepala janin

Periksa luar	Periksa dalam	Keterangan
5/5	-	Kepala diatas PAP, mudah digerakan
4/5	H <sub>I</sub> -II	Sulit digerakan, bagian terbesar kepala, belum masuk panggul
3/5	H <sub>II</sub> -III	Bagian terbesar belum masuk panggul
2/5	H <sub>III</sub> <sup>+</sup>	Bagian terbesar belum masuk panggul
1/5	H <sub>III</sub> -IV	Kepala di dasar panggul
0/5	H <sub>IV</sub>	Di perineum

Sumber: Saifuddin, 2014: N-1

f) *Osborn Test*

Tujuan dilakukan pemeriksaan *Osborn tes* yaitu tes untuk mengetahui adanya (Disposisi Kepala Panggul) pada ibu hamil. Prosedur pemeriksaan *Osborn test* yaitu sebagai berikut:

- (1) Dilakukan pada umur kehamilan 36 minggu
- (2) Tangan kiri mendorong kepala janin masuk PAP

Apabila kepala mudah masuk tanpa ada halangan, maka hasil *tes Osborn* adalah negatif (-). Apabila kepala tidak bisa masuk dan teraba tonjolan diatas simpisi, maka tonjolan diukur dengan 2 jari telunjuk

dan jari tengah tangan kanan. Apabila tonjolan lebih dari 2 jari, maka hasil tesnya (+). Apabila teraba tonjolan kurang dari 2 jari, maka hasil tes adalah ragu-ragu. Dengan pertambahan usia kehamilan, ukuran kepala di harapkan bisa menyesuaikan dengan ukuran panggul (*Moulase*).

Cara lain ketika kepala tidak masuk dan teraba tonjolan diatas simfisis, maka jari tengah diletakan diatas simfisis. Apabila telunjuk lebih rendah dari jari tengah, maka tes adalah negatif (-). Apabila jari telunjuk dan jari tengah sejajar, maka hasil tes adalah ragu-ragu. Apabila jari telunjuk lebih tinggi dari jari tengah, maka hasil tes adalah positif (+).

### (3) Pemeriksaan denyut jantung

Pemeriksaan denyut jantung pada janin bisa menggunakan stetoskop Laennec untuk usia kehamilan 17-22 minggu, dengan Ultrasonografi (USG), dan dengan fetal Doppler stetoskop dapat didengar sekitar usia kehamilan 12 minggu, dengan stetoskop dapat didengar bermacam-macam bunyi berasal dari anak (bunyi jantung, bising tali pusat, serta gerakan anak), dari ibu (bising rahim, bunyi aorta, dan bunyi bising usus. Bunyi jantung janin

pada bayi dapat didengarkan pada akhir bulan kelima walaupun dengan *ultrasound* (dopton) sudah bisa didengar pada akhir bulan ketiga. Bunyi jantung anak paling jelas terdengar di pihak punggung anak dekat pada kepala. Pada presentasi biasa (letak kepala), tempat ini dikiri atau dikanan bawah pusat (Marmi, 2011:171). Mendengarkan denyut jantung janin meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120 sampai 140x/menit (Romauli, 2011:180)

#### 11. Anus

Derajat hemoroid di bagi menjadi 4 yaitu antara lain:

- a. Derajat 1: benjolan kecil, masuk sendiri dengan ibu disuruh seperti menahan BAB
- b. Derajat 2: benjolan besar, kita masukan dan tidak keluar
- c. Derajat 3: benjolan besar, tidak bisa masuk sendiri, apa bila di masukan sendiri keluar lagi
- d. Derajat 4: benjolan besar, disertai darah (Saifuddin, 2010:18)

## 12. Genetalia

Pada pemeriksaan genetalia dilakukan dengan mencari adanya lesi,eritema,perubahan warna hilang, pembengkakan, ekskoreasi, dan memar. Pemeriksaan menyeluruh biasanya di lakukan dnegan memisah labia mayora dengan labia minora dengan perlahan menarik ujung klitoris (Marmi, 2014:170). Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, permukaan pada vulva atau labium mayus dan pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminanta, kista Bartolini, abses Bartolini, fibroma labium mayus). Pada palpasi vulva akan teraba tumor pada vulva, teraba benjolan atau penebalan labium mayus, dan teraba pembengkakan kelenjar bartholini (Manuaba, 2012:537)

## 13. Ekstermitas

Menurut Manuaba (2010:108) varises terjadi karena pengaruh dari esterogen dan progesterone,terutama bagi mereka yang memiliki bakat. Varises terjadipada kaki dan betis. Pada ibu hamil TM III sering terjadi edema dependen, yang d sebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstermitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler,tekanan dan pembesaran uterus pada vena pelvik

ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika odema muncul pada muka, tangan dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya pre-eklamsia (Marmi, 2011:136). Bila tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda pre-eklamsia (Romauli, 2011:175)

c. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

a) Pemeriksaan darah

(1) Heamoglobin

Pemeriksaan dan pengawasan Heamoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat sahli. Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli dapat di golongkan sebagai berikut: anemia jika Hb < 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g%, anemia berat jika Hb < 7 g% (Manuaba, 2012:139)

(2) Golongan darah

Pemeriksaan darah ABO dan faktor *Rhesus* (Rh). Ibu dengan *rhesus* negative beresiko mengalami keguguran, *amniosentesis* atau trauma uterus dan harus diberi antigamaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika

titrasi menunjukkan peningkatan beberapa respon antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka untuk merencanakan penatalaksanaan serta pengobatan oleh spesialis *Rhesus* (Fraser dkk, 2009:255)

### (3) HBsAg

Pemeriksaan *serologi* (pemeriksaan serum darah untuk mendeteksi penyakit tertentu) yang bermanfaat untuk mendeteksi *antigen* yang virus hepatitis B. Hasil HBsAg yang positif menandakan bahwa pasien sedang terjadi infeksi virus hepatitis B baik secara akut maupun secara kronis. Hepatitis itu sendiri yaitu penyakit yang diwaspadai sebab berpotensi menimbulkan kerusakan hati sampai dengan kerusakan hati (sirosis hati/kanker hati) bila berlangsung secara kronis. Kondisi ini juga dapat ditularkan dari ibu kejanin sehingga seringkali diperiksa saat merencanakan kehamilan, saat hamil ataupun saat akan melahirkan. Bila seorang ibu yang hamil dilakukan pemeriksaan HBsAg dan hasil pemeriksaan itu reaktif, maka segera setelah persalinan bayi akan membutuhkan suntikan

vaksinasi hepatitis B dan HBIG (hepatitis B immunoglobulin) dalam waktu kurang dari 12 jam sejak dilahirkan guna untuk mencegah penularan virus ini. Semakin lama vaksin diberikan maka efektifitasnya akan semakin menurun (Fraser dkk, 2009:255)

#### (4) HIV/AIDS

Tes HIV dilakukan dengan tujuan untuk mendiagnosis seseorang yang baru terinfeksi, untuk mengidentifikasi infeksi yang sebelumnya tidak dikenal, dan untuk meringankan pikiran orang-orang yang tidak terinfeksi. Sangat penting untuk melakukan tes HIV pada wanita hamil untuk mengurangi penularan HIV dari ibu kebayinya. Tes HIV biasanya dilakukan dengan dua proses. Proses tes HIV untuk menguji antibody dalam darah atau air liur. Jika tes HIV ini positif, tes HIV kedua tersebut Western blot dilakukan untuk memastikan bahwa hasil tes HIV pertama adalah benar. Biasanya tes HIV dilakukan dengan jalan tes darah di puskesmas, rumah sakit, atau klinik. Tes HIV ini dilakukan dengan cara mengambil sample darah pasien.

Darah pasien diambil menggunakan jarum suntik sekali pakai. Jika tes HIV ini menunjukkan hasil yang positif, maka darah pasien akan diambil sekali lagi, tes HIV akan dilakukan lagi dengan metode tes HIV yang berbeda untuk mendapatkan hasil tes HIV yang akurat (Fraser dkk, 2009:255)

b) Pemeriksaan protein urine

Pemeriksaan urine dilakukan pada kunjungan pertama dan setiap pasien melakukan kunjungan trimester III. Cara untuk menilai hasil yaitu tidak ada kekeruhan (-), ada kekeruhan tanpa butir-butir (+), kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir (++), kekeruhan jelas dan berkeping-keping (+++), sangat keruh dan berkeping-keping besar atau bergumpal (++++). (Romauli, 2011:187-188)

c) Pemeriksaan reduksi

Untuk mengetahui kadar glukosa dalam urine dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Pemeriksaan reduksi yang paling sering digunakan adalah metode *Fehling* (Romauli, 2011:188)

## 2) Pemeriksaan Dalam

Pemeriksaan dalam dilakukan baik pada kehamilan muda maupun pada 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 beberapa tahap antara lain yaitu:

- a) Serviks yaitu untuk mengetahui perlunakan serviks dan pembukaan serviks.
- b) Ketuban yaitu untuk mengetahui apakah sudah pecah atau belum dan apakah ada ketegangan ketuban
- c) Bagian terendah janin/. yaitu untuk mengetahui bagian apakah yang terendah, apakah ada kedudukan rangkap, apakah ada penghalang di bagian bawah yang dapat mengganggu jalannya persalinan.
- d) Perubahan fornix yaitu untuk mengetahui apakah ada bantalan fornix dan apakah bagian janin masih dapat didorong keatas (Manuaba, 2009:34)

## 3) Pemeriksaan Panggul luar

Pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan secara garis besar jenis, bentuk, dan ukuran panggul jika [elvimetri ronsen sulit dilakukan. Alat-alat yang digunakan adalah

jangka panggul *marting*, *oscander*, *collin*, *boudelogue*, dan lain-lain (Yulaikhah, 2010:16)

Aspek yang diukur adalah sebagai berikut:

a) Distansia spinarium (24-26 cm)

Jarak antara kedua spina anterior superior sinistra dan dekstra (Yulaikhah, 2010:16)

b) Distansia kristarum (28-30 cm)

Jarak terpanjang anatara dua tempat yang simetris pada krista illiaka sinistra dan dekstra. Umumnya ukuran ini tidak penting, namun ukuran ini lebih kecil 2-3 cm dari angka normal sehingga dapat dicurigai adanya patologi panggul (Yulaikhah, 2010:17)

c) Konjugata eksterna (*boudelogue*)

Jarak antara bagian atas simfisis ke prosesus spiosul lumbal V lebih kurang 18 cm (Yulaikhah, 2010:17)

d) Distansia tuberum

Jarak antara tuber ischia kanan dan kiri lebih kurang 10,5. 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, 2010:17)

#### 4) Ultrasonografi

Menurut Romauli (2011:72) penentuan usia kehamilan dengan USG menggunakan 3 cara antara lain yaitu:

- a) Dengan mengukur diameter kantung kehamilan (GS:gestationalsac) untuk kehamilan 0-12 minggu
- b) Dengan mengukur jarak kepala-bokong (*Grown Rum Length*) untuk mengukur umur kehamilan 7-14 minggu
- c) Dengan mengukur diameter biparetal untuk kehamilan lebih dari 12 minggu

#### 5) NST (*Non Stress Test*)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk memulai hubungan gambar DJJ dan aktivitas dari janin itu sendiri. Cara pemeriksaan ini dikenal dengan nama *aktomarfiograf*, atau *fetal activity acceleration determination* (FAD: FAAD). Penilaian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, variabilitas dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2011:190)

#### 6) Kartu Skor Pordji Rochayati

Untuk mendeteksi resiko ibu hamil dapat dilakukan dengan menggunakan kartu skor poedji rochayati (KSPR). Terdiri dari kehamilan resiko rendah (KRR) dengan skor 2 di tolong oleh bidan, kehamilan resiko tinggi (KRT) dengan skor 6-10 di tolongoleh bidan atau dokter, kehamilan resiko

sangat tinggi (KRST) dengan skor >12 di tolong oleh dokter  
(Kemenkes, 2014:12)

## **B. Analisis/Diagnosa Kebidanan**

Setelah dilakukan masalah dan masalah utamanya maka bidan merumuskan dalam suatu pertanyaan yang mencakup kondisi, masalah, penyebab dan prediksi terhadap kondisi tersebut. Prediksi yang dimaksud mencakup masalah potensial dan prognosa. Hasil dari perumusan masalah merupakan keputusan yang ditegakan oleh bidan yang disebut diagnose kebidanan (Depkes RI No. 58, 2010)

Menurut Kemenkes RI No 938/Menkes/VIII/2017 bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakan diagnose dan masalah yang tepat. Dengan kriteria sebagai berikut:

- e. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- f. Masalah diselesaikan sesuai kondisi klien
- g. Dapat di selesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Diagnosa: G<sub>1</sub>/> 1PAPIAH usia kehamilan 28-40 minggu tunggal intrauteri, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba, 2012:123)

### C. Perencanaan

1. DX: G.... P.... A.... P.... I.... A.... H.... usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal intrauterine, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Fathma, 2014:88)

Tujuan : Ibu dan janin, sejahtera sampai melahirkan

Kreteria Hasil :

- a. Kesadaran umum baik
- b. Kesadaran *composmentis*
- c. Tanda-tanda vital normal:
  - 1) Tekanan darah :100/80 mmHg
  - 2) Nadi :76-88x/menit
  - 3) Suhu :36,5-37,5°C
  - 4) Respirasi Rate :16-24x/menit
- d. Pemeriksaan laboratorium  
Hb  $\geq$  11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-)
- e. DJJ 120-160x/menit, kuat, irama teratur
- f. TFU sesuai dengan usia kehamilan
- g. Situs bujur presentasi kepal (Varney dkk, 2007:554-556)

## Intervensi

- 1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan

R/ apabila ibu mengerti keadaanya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang di berikan

- 2) Lakukan pemeriksaan kehamilan dengan standar 10 T

R/ pemeriksaan 10 T merupakan standar yang dapat mencakup dan mendeteksi secara dini adanya resiko dan komplikasi

- 3) Anjurkan klien agar memeriksakan kehamilannya secara rutin sesuai dengan usia kehamilannya

R/ deteksi dini adanya kelainan, baik pada klien maupun janin

- 4) Anjurkan pada klien untuk beristirahat dan mengurangi kerja berat

R/ relaksasi otot sehingga aliran darah lancar

- 5) Anjurkan ibu untuk tidur miring kiri dan kaki ibu agak ditinggikan

R/ mengurangi tekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus yang akan memberatkan edema

- 6) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin terjadi pada kehamilan trimester III

R/ ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya

7) Jelaskan Pada ibu tanda-tanda bahaya kehamilan trimester III

R/ mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan yang darurat

8) Jelaskan Pada ibu tentang persiapan persalinan

R/ dengan adanya rencana persalinan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu

9) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan

R/ mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaan darurat

10) Anjurkan ibu untuk control ulang sesuai jadwal dan sewaktu-waktu jika ada keluhan

R/ mengetahui perkembangan ibu dan janin (Marmi, 2011:128)

Potensi masalah

1. Masalah 1 : Edema Dependen

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis

Kreteria hasil: Sudah tidur atau istirahat odema berkurang

Intervensi:

a. Jelaskan pada ibu penyebab dari odema dependen

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

b. Anjurkan ibu untuk miring ke kiri dan kaki agak ditinggikan

R/ Mengurangi penekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus

c. Anjurkan kepada ibu untuk tidak berdiri terlalu lama

R/ meringankan tekanan pada vena dalam panggul

d. Anjurkan pada klien untuk menghindari pakaian yang ketat

R/ pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstremitas bawah

e. Anjurkan pada ibu untuk menggunakan penyokong atau korset

R/ penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melonggarkan tekanan pada vena-vena panggul (Sulistyawati, 2011:99)

2. Masalah 2 : Nokturia/sering berkemih

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan yang fisiologis yang sedang di alami (nokturia)

Kreteria hasil:

- a. Ibu BAK 7-8 x/hari terutama siang hari
- b. Infeksi pada saluran kencing tidak terjadi

Intervensi:

- 1) Jelaskan terjadinya sering kencing

R/ Ibu mengerti penyebab sering kencing karena tekanan bagian bawah janin pada kandung kemih

- 2) Anjurkan ibu untuk menghindariminuman dan makanan bahan diuretic alamiah seperti kopi, the, sofidrink

R/ Bahan diuretik akan menambah ibu semakin sering berkemih

- 3) Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R/ Menahan BAK akan menambah mudahnya timbul infeksi saluran kemih

- 4) Anjurkan ibu untuk minum 8-10 gelas /hari namun banyak minum pada siang hari dan mengurangi pada waktu sore setelah makan, dan sebelum tiduruang air kencing dahulu

R/ Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari

(Marmi, 2011:128)

### 3. Masalah 3 : Konstipasi

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

Kreteria hasil : Ibu bisa BAB 1-2x/hari konstistensi lunak

Intervensi:

a. Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB yang teratur  
R/ berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan fese

b. Anurkan ibu untuk meningkatkan intake cairan, serat dalam diet

R/ makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat, keras

c. Anjurkan ibu untuk minum cairan dingin/panas (terutama pada saat perut kosong)

R/ dengan minum cairan dingin/panas sehingga dapat merangsang BAB

d. Anjurkan ibu melakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur

R/ memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar

4. Masalah 4 : Sesak nafas

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya dan kebutuhan O<sub>2</sub> ibu terpenuhi

Kreteria hasil: Frekuensi pernafasan 16-24x/menit dan ibu menggunakan pernafasan perut

Intervensi Menurut Varney (2008):

a. Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas

R/ ibu mengerti penyebab sesak nafas yaitu karena membesarnya uterus

b. Anjurkan pada ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan posisi yang tinggi

R/ menghindari penekanan diafragma

c. Anjurkan ibu untuk senam hamil yang teratur

R/ merelaksasi otot-otot

d. Anjurkan ibu untuk menghindari kerja keras atau kerja yang berat

R/ aktivitas berat menyebabkan energi yang digunakan banyak dan menambah kebutuhan O<sub>2</sub>

e. Anjurkan ibu berdiri meregangkan lengannya di atas kepala

R/ peregangan tulang meringankan penarikan nafas

5. Masalah 5 : Kram pada kaki

Tujuan : ibu dapat beradaptasi secara fisiologis (kram tungkai) atau tidak terjadi kram tungkai

Kreteria hasil: kram pada kaki berkuang dan ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

Intervensi:

a. Jelaskan pada ibu penyebab kram kaki

R/ ibu mengerti penyebab kram kram pada kaki yaitu ketidak seimbangan rasio kalsium

b. Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur

R/ senam hamil memperlancar peredaran darah, suplai O<sub>2</sub> ke jaringan sel terpenuhi

c. Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage

R/ Sirkulasi ke jaringan darah lancar

d. Minta ibu untuk tidak berdiri lama

R/ mengurangi penekanan yang lama pada kaki sehingga aliran darah lancar

e. Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas yang berat dan cukup istirahat

R/ otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang

f. Anjurkan ibu untuk diet mengandung kalsium dan fosfer

R/ konsumsi kalsium dan phosphor baik untuk kesehatan tulang

6. Masalah 6 : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi dan bertambah parah

Kreteria : BAB 1-2x/hari, konsistensi lunak dan BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi menurut Varney (2007:539)

- a. Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan yang tinggi serat untuk menghindari konstipasi

R/ makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/keras sehingga mempermudah pengeluaran feses

- b. Anjurkan ibu untuk minum air hangat 1 gelas setiap bangun tidur

R/ minum air hangat akan merangsang peristaltic usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat

- c. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan

R/ olahraga dapat melancarkan peredaran darah sehingga semua system tubuh berjalan lancar termasuk pencernaan

- d. Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R/ mengejan terlalu sering memicu terjadinya hemoroid

- e. Anjurkan ibu untuk berendam air hangat

R/ hangatnya air tidak hanya memberikan kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi

- f. Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat

R/ kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid

7. Masalah 7 : Pusing sehubungan dengan ketegangan otot, stress, perubahan postur tubuh, ketegangan mata dan kelelahan

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya sehingga tidak cemas

Kriteria : pusing berkurang, kesadaran *composmentis* dan tidak terjadi jatuh/hilang keseimbangan

Intervensi menurut Rukiyah (2010:314)

a. Jelaskan kepada ibu penyebab pusing

R/ ibu mengerti penyebab pusing karena hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan hemodinamis

b. Anjurkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat

R/ agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur

c. Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak

R/ kekurangan  $O_2$  karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing

8. Masalah 8 : Nyeri punggung berkurang

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang terjadi (Nyeri punggung)

Kriteria : Nyeri punggung berkurang

Intervensi: Menurut Varney dkk (2008:542)

a. Tekuk kaki dari pada membungkuk ketika mengangkat apapun. Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit didepan kaki yang lain

R/ menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung, bukan punggung, melebarkan kedua kaki dan menempatkan satu kaki

sedikit didepan kaki yang lain akan memberi jarak yang cukup saat bangkit dari posisi setengah jongkok

b. Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat badan

R/ menghilangkan tegangan pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung vetebralumbosakral dan pencegahan otot-otot punggung

c. Anjurkan tidur miring kiri dan perut diganjal bantal

R/ mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum

d. Gunakan sepatu tumit rendah

R/ sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi serta lordosis

e. Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal

R/ Kasur yang menyokong dan menggunakan bantal dapat meluruskan punggung serta meringankan terikan dan regangan

9. Masalah 9 : Varices

Tujuan : tidak terjadi varises dan tidak bertambah parah

Kreteria : tidak terdapat varises

Intervensi menurut varney (2007:540).

a. Kenakan kaus kaki penyokong

R/ penggunaan kaos kaki penyokong dapat meningkatkan aliran balik vena menurunkan resiko terjadinya varises

b. Hindari mengenakan pakaian berat

R/ pakaian ketat dapat menghambat aliran balik vena

c. Hindari berdiri lama dan tidak menyilangkak saat duduk

R/ meningkatkan sirkulasi balik vena dan menurunkan resiko terjadinya varises

d. Lakukan latihan ringan dan berjalan secarateratur

R/ latihan ringan dan dan berjalan teratur dapat memfasilitasi peningkatan sirkulasi

e. Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset

R/ penggunaan korset dapat mengurangitekanan pada vena panggul

10. Masalah 10: Panas dan nyeri uluh hati (*Heart burn*)

Tujuan : tidak terjadi *heart burn*

Kreteria : tidak kembung dan tbu tidak ada nyeri tekan pada perut bagian atas

Intervensi menurut Sulistyawati (2012:105)

a. Jelaskan pada ibu penyebab nyeri dan panas uluh hati yaitu peningkatan produksi hormon progesteron, relaksasi *sphincter esophagus* bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradient tekanan sepanjang *sphincter*, kemampuan gerak serta tonus gastri intestinal menurun, serta pergeseran lambung karena pembesaran uterus

R/ ibu mengerti timbulnya nyeri dan panas uluh hati sehingga tidak cemas lagi

- b. Anjurkan ibu makan porsi sedikit tetapi sering

R/ untuk mengurangi rasa mual dan muntah yang dialami ibu

- c. Anjurkan ibu untuk menghindari makanan yang berlemak, berbumbung merangsang dan pedas

R/ karena makanan yang berlemak, berbumbu dan pedas dapat merangsang peningkatan asam lambung sehingga akan mempengaruhi gejala.

- d. Hindari rokok, kopi, alcohol, dan coklat

R/ karena selain memperparah gejala juga akan berdampak pada pertumbuhan janin dalam rahim.

- e. Hindari berbaring setelah makan

R/ Bila setelah makan langsung berbaring maka asam lambung akan naik sehingga akan menyebabkan mual

- f. Hindari minum selain air putih

R/ karena air putih merupakan zat tidak berpartikel sehingga akan memperlancar proses metabolisme dalam tubuh

- g. Tidur dengan kaki ditegakan

R/ memperlancar aliran darah *uteroplasenter*, sehingga janin tidak mengalami *fetal distress*

h. Berikan antasida

R/ antasida merupakan obat yang digunakan untuk menetralkan asam lambung sehingga dapat mengurangi ketidaknyamanan yang ada

11. Masalah 11: Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : kecemasan berkurang

Kriteria : ibu tampak tersenyum, suami dan keluarga memberi dukungan dan ibu tampak tenang dan rileks

Intervensi menurut varney (2007:97-98)

a. Jelaskan pada ibu tentang hal-hal yang dapat menyebabkan kecemasan

R/ ibu mengerti penyebab kecemasan menjelang persalinan adalah hal yang normal

b. Anjurkan ibu mandi dengan air hangat

R/ selain melancarkan sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman

c. Anjurksn ibu menatalaksanakan relaksasi progresif

R/ relaksasi dapat mengurangi masalah-masalah psikologi seperti halnya cemas menjelang persalinan

#### **D. Implementasi**

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan. Bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara *komperhensif, efektif,*

*efisien*, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotive, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan Kreteria hasil sebagai berikut:

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai mahluk bio psiko-sosial-spiritual-kultural
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dan klien ataupun keluarga
3. Melakukan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan *evidence based*
4. Melibatkan klien/pasien
5. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
6. Meningkatkan perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
7. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
8. Melakukan tindakan yang sesuai dengan standar
9. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan
10. Menjaga privasi klien/pasien

#### A. **Evaluasi**

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan. Bidan melakukan evaluasi serta sistematis dan berkesinambungan untuk

melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Dengan kriteria:

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien dan keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

## **2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Persalinan**

### **A. Pengkajian Data**

Pengkajian pada langkah awal ini di kumpulkan sesuai informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien itu sendiri untuk mengetahui dan memperoleh data dilakukan melalui anamnesis sebagai berikut:

#### **1. Data Subyektif**

##### **a. Identitas**

##### **1) Nama**

Selain digunakan sebagai identitas, upayakan seorang bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi lebih baik (Sulistyawati, 2010:220)

## 2) Umur

Untuk mengetahui apakah ibu termasuk resiko tinggi atau tidak. Usia di bawah 16 tahun atau diatas 35 tahun mempresdiposisikan wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes, hipertensi kronis, persalinan lama, dan kematian janin (Varney, 2008:691)

## 3) Agama

Sebagai dasar seorang bidan dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan (Sulistyawati, 2011:221)

## 4) Pendidikan

Pendidikan berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektual, sehingga bidan dapat memberikan konseling sesuai dengan pendidikannya (Ambarwati, 2009:130)

## 5) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan ibu, manfaatnya untuk mengetahui dan mengukur tingkat sosial ekonominya, sebab ini juga mempengaruhi dalam gizi pasien tersebut (Ambarwati, 2009:130)

#### 6) Suku dan bangsa

Data ini berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan (Sulistyawati dkk, 2010:221)

#### 7) Alamat

Selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien tinggal, data ini juga memberi gambaran jarak dan waktu yang di tempuh pasien menuju lokasi persalinan, ini berkaitan dengan keluhan terakhir atau tanda-tanda persalinan yang disampaikan dengan patokan saat terakhir sebelum berangkat ke lokasi persalinan (Sulistyawati dkk, 2010:221)

#### b. Keluhan Utama

Tanda-tanda persalinan sebagai berikut:

##### 1) Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai khas yaitu pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, memiliki pengaruh pada pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah. Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda). Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan adanya pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat

pada kanalis servikalis lepas. Terjadinya perdarahan sebab kapiler pembuluh darah pecah.

## 2) Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang mneimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besarketuban yang baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan adanya pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam (Manuaba, 2012:751)

Gejala utama pada kala II persiapan persalinan menurut Manuaba (2012:173) antara lain sebagai berikut:

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik
- 2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan di tandai dengan adanya pengeluaran cairan secara mendadak
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati pembukaan lengkap di ikutidengan keinginan mengejan sebab tertekannya *pleksus frankenhauser*.

## c. Riwayat kesehatan yang lalu dan penyakit klien

### 1) Hipertiroid

Biasanya pada kehamilan berakhir dengan abortus (inhabitualis)/partus prematuritas, cacat bawaan, dan kretinismus pada bayi lebih besar (Sarwono, 2009:526)

## 2) Hipotiroid

Pada hipotiroid subklinis bisa meningkatkan terjadinya persalinan premature, solusio plasenta, dan perawatan bayi di UICU (Saifuddin, 2009:847-850)

## 3) Epilepsi

Pada umumnya epilepsy tidak dipengaruhi oleh suatu kehamilan. Namun wanita hamil dengan epilepsy mempunyai resiko terhadap hipertensi karena kehamilan, persalinan premature, berat bayi lahir rendah, bayi dengan kelainan bawaan dan kematian perinatal (Saifuddin, 2010:46)

## 4) Penyakit jantung

Perubahan fisiologis terjadi peningkatan volume darah dan peningkatan frekuensi denyut jantung menyebabkan peningkatan serambi kiri jantung yang mengakibatkan odema pada paru. Edema paru merupakan gejala pertama dari mitralstenosis, trauma terjadi pada pasien yang telah mengalami antrial fibrilasi. Terjadi peningkatan keluhan nafas pendek yang progresif. Perubahan volume darah kedalam sirkulasi sistemik/autotransfusi sewaktu his atau kontraksi uterus menyebabkan bahaya saat melahirkan karena dapat mengganggu aliran darah dari ibu ke janin (Saifuddin, 2010:769)

Penyakit jantung terbagi menjadi empat stadium yaitu antara lain:

a) Kelas I : Tanpa gejala pada kegiatan biasa, tanpa batas gerak biasa

b) Kelas II : Waktu istirahat tidak terjadi gejala, gerak fisik terbatas, gejala payah jantung, (cepat Lelah, palpitasi, sesak nafas, nyeri dada, edema tungkai/tangan)

c) Kelas III : Gerakan sangat terbatas karena gerak yang minimal saja telah menimbulkan gejala payah jantung

d) Kelas IV : Dalam keadaan istirahatsudah terjadi gejala payah jantung

Persalinan pervagina diperbolehkan pada ibu dengan penyakit jantung kelas I dan kelas II (Saifuddin, 2010:769)

#### 5) Asma

Pengawasan Hamil dan pertolongan persalinan dapat berlangsung biasa. Kecuali terdapat indikasi pertolongan persalinan dengan tindakan operasi (Manuaba, 2010:36)

#### 6) Anemia

Bahaya saat persalinan merupakan gangguan his (kekuatan mengejan ibu), kala pertama dapat berlangsung lama hingga dapat melelahkan dan sering memerlukan tindakan operasi kebidanan, kala uri dapat diikuti retensio plasenta dan perdarahan postpartum sebab Antonia uteri,

kala empat dapat terjadi perdarahan postpartum sekunder dan Antonia uteri (Manuaba, 2010:240)

#### 7) Gonore

Infeksi gonore selama kehamilan telah disolokikan dengan *pelpic inflammatory disease*. Pada tahap lanjut. *Neisseria gonorrhoeae* di solokikan dengan ruptur membran yang prematur, kelahiran *prematum*, *korioamnionitis*, serta infeksi paska persalinan, konjugtivigonokokal (*ophthalmia neonatoum*), menifestasi tersering dari infeksi prenatal, umumnya itransmisikan selama proses persalinan (Saifuddin, 2011:925))

#### 8) Diabetes mellitus

Pada persalinan yang memerlukan tenaga ibu dan kerja rahim akan memerlukan glukosa banyak, maka bisa terjadi hipoglikemia atau koma (Mochtar, 2011:124)

#### d. Riwayat kesehatan keluarga

Informasi tentang keluarga klien penting untuk mengidentifikasi wanita yang beresiko menderita penyakit genetik yang bisa mempengaruhi hasil akhir dari kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik. Informasi ini dapat mengidentifikasi latar belakang ras atau etik yang di perlukan untuk melakukan pendekatan berdasarkan pertimbangan budaya atau untuk mengetahui

penyakit organik yang memiliki komponen hereditas (Marmi, 2011:160). Kejadian ganda dipengaruhi salah satunya oleh faktor genetik atau keturunan (Saifuddin, 2009:311)

e. Riwayat menstruasi

Pada riwayat menstruasi hal yang perlu di kaji yaitu umur menarche, siklus, lamanya, banyaknya darah, serta adanya dismenorea. Selain itu dikaji pula HPHT (hari pertama haid terakhir) ibu. Hari pertama haid terakhir yaitu data dasar yang sangat diperlukan untuk menentukan usia kehamilan apakah cukup bulan atau premature. Kaji pula kapan bayi akan lahir (menurut tafsiran ibu) dan tafsiran persalinan (Rohani, 2014:140)

Riwayat menstruasi menurut (Marmi, 2012:140) antara lain sebagai berikut:

1) Menarche adalah terjadinya haid yang pertama kali

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

2) Siklus Haid

Siklus haid yang klasik yaitu 28 hari sampai  $\pm 2$  hari,

Sedangkan pola haid dan lamanya perdarahan tergantung pada tipe wanita dan biasanya 3-8 hari.

### 3) Hari pertama haid terakhir

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

#### f. Riwayat kehamilan

##### 1) Riwayat kehamilan sekarang

HPHT (hari pertama haid terakhir): untuk mengetahui umur kehamilan yang sebenarnya dan sekaligus tafsiran persalinan yang dihitung dengan rumus neagle yaitu TTP (tafsiran tanggal persalinan) = HPHT +7 bulan -3 serta tahun +1 (Manuaba, 2010:58)

Di kaji tentang jumlah kunjungan minimal 4x yaitu 1 kali kunjungan di trimester pertama 1 kali kunjungan pada trimester kedua dan 2 kali kunjungan pada trimester ketiga. Hal ini dapat memberikan peluang yang lebih besar bagi petugas kesehatan untuk mengenali secara dini sebagai penyulit atau gangguan kesehatan klien yang akan terjadi pada ibu hamil. Beberapa penyakit atau penyulit tidak segera timbul bersamaan dengan dengan terjadinya kehamilan hipertensi dalam kehamilan atau baru akan menempatkan gejala pada usia kehamilan tertentu misalnya

perdarahan antepartum yang di sebabkan oleh plasenta previa (Prawirohardjo, 2010:284)

## 2) Riwayat kehamilan yang lalu

Terminasi kehamilan bisa mempengaruhi viabilitas kehamilan yang berikutnya. Dilatasi dan kuretase menyebabkan terjadinya inkompetensi serviks (Fraser dkk, 2009:252). Aborsi spontan berulang dapat mengindikasikan adanya kondisi seperti abnormalitas genetik, ketidak seimbangan hormone. Atau inkmpetensi serviks (Fraser dkk, 2009:252)

### g. Riwayat persalinan yang lalu

Informasi esensial tentang persalinan terdahulu mencakup tipe persalinan apakah spontan, forsep, ekstraksi vakum, atau bedah mar. lama persalinan, penolong persalinan, aterm atau premature, berat lahir, jenis kelamin serta komplikasi-komplikasi yang menyertai persalinan (Marmi, 2011:58)

### h. Riwayat nifas yang lalu

Segera setelah persalinan dapat terjadi peningkatan suhu tubuh, tetapi tidak lebih dari 38°C berturut-turut selama 2 hari kemungkinan klien terjadi infeksi. Uterus yang telah menyelesaikan tugasnya menjadi keras karena kontraksinya, sehingga terdapat penutupan pembuluh darah.

Kontraksi uterus yang diikuti his pengiring menimbulkan rasa nyeri yang disebut dengan “nyeri ikutan” (*After pain*) terutama pada multipara (Manuaba, 2010:170)

i. Riwayat Kelahiran bayi

Jenis kelamin, hidup atau tidak, kalua meninggal umur beberapa dan sebabnya meninggal, berat badan waktu lahir. Pernyataan ini sangat mempengaruhi prognosa persalinan dan pimpinan persalinan, sebab jalannya persalinan yang lampau merupakan hasil ujian-ujian dari segala faktor yang mempengaruhi persalinan (Wiknjosastro, 2010:134)

j. Riwayat keluarga berencana

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

k. Pola kehidupan sehari-hari

1) Pola nutrisi

Dikaji tentang jenis makanan yang dikonsumsi klien, apakah sudah mengonsumsi makanan yang sesuai dengan menu seimbang (nasi, lauk pauk, sayur, buah) atau belum, karena asupan nutrisi juga akan berpengaruh terhadap

pertumbuhan dan perembangan janin yang di kandungannya. Selain makanan, berapa kali minum dalam sehari juga perlu untuk dipertanyakan, hal ini juga dimaksud untuk mencegah keadaan kekurangan cairan (Fathma, 2014:127)

Ibu diperbolehkan mengosumsi makanan rendah lemak dan rendah residu sesuai selera untuk memberinya energi. Namun makanan dan minuman selama persalinan menyebabkan peningkatan resiko regurtitasi dan aspiriasi isi lambung (Fraser dkk, 2009:451)

## 2) Eliminasi

Kandung kemih yang penuh akan menghambat penurunan bagian terendah janin, sehingga di anjurkan ibu untuk sesering untuk BAK. Apabila ibu belum BAB kemungkinan akan dikeluarkan saat persalinan, yang bisa mengganggu bila bersamaan dengan keluarnya kepala bayi (Marmi, 2011:126)

## 3) Aktivitas

Norma-norma yang mengatur aktivitas fisik sangat bervariasi. Mereka takut kehilangan fisik yang fit selama periode mereka terpaksa mengurangi kegiatan. Wanita yang biasanya tidak berolahraga harus memenuhi kegiatan fisik dan intensitasnya rendah dan meningkatkan aktivitas

secara teratur. Pada kala I apabila kepala janin sudah masuk sebagian ke dalam PAP serta ketuban pecah, klien dianjurkan duduk atau berjalan-jalan di sekitar ruangan atau kamar bersalin. Pada kala II kepala janin sudah masuk rongga PAP klien dalam posisi miring kanan atau kiri. Klien dapat tidur terlentang, miring kanan atau kiri tergantung pada letak punggung anak, klien sulit tidur terutama pada kala I-IV (Marmi, 2011:128).

#### 4) Istirahat dan tidur

Sebaiknya ibu hamil banyak istirahat atau tidur meskipun bukan tidur betulan hanya memberikan badan untuk memperbaiki sirkulasi darah (Yeyeh, 2009:106). Data yang perlu ditanyakan yang berhubungan dengan istirahat pasien:

- b) Kapan terakhir tidur
- c) Berapa lama
- d) Aktivitas sehari-hari

Kita perlu mengkaji aktivitas sehari-hari pasien karena data ini memberi gambaran kita tentang seberapa berat aktivitas yang bisa dilakukan pasien dirumah. Jika diakhiri kehamilannya pasien melakukan aktivitas yang terlalu berat di khawatirkan pasien akan merasakan

kelelahan sampai akhirnya dapat menimbulkan penyulit pada masa bersalin (Sulistyawati, 2011:224)

#### 5) Personal hygiene

Data ini harus di kaji sebab akan sangat berkaitan dengan kenyamanan pasien dalam menjalani persalinaan. Beberapa pertanyaan yang perlu di ajukan berhubungan dengan perawatan kebersihan diri pasien:

- a) Kapan terakhir mandi, keramas dan gosok gigi
  - b) Kapan terakhir ganti baju dan pakaian dalam
- (Sulistyawati, 2010:23)

Bagi ibu yang sedang berada pada proses persalinaan normal, mandi air hangat (birthing pool) dapat menjadi Pereda nyeri efektif yang akan membuat peningkatan mobilitas tanpa meningkatkan efek samping bagi ibu dan bayi di dalam kandungannya (Fraser dkk, 2009:442)

#### 6) Pola seksual

Sampai saat ini belum membuktikan dengan benar bahwa *coitus* dan orgasme di koordinasikan selama masa hamil untuk bagi wanita yang sehat secara medis dan memiliki kondisi obstetrik yang prima. Namun riwayat abortus spontan atau ancaman abortus lebih dari 1 kali, keguguran yang nyaris terjadi pada trimester kedua, ketuban pecah dini, perdarahan atau sakit perut pada

kehailan trimester tiga merupakan peringatan untuk tidak melakukan coitus dan orgasme (Marmi, 2010:128)

7) Riwayat ketergantungan

a) Merokok

Kebanyakan wanita mengetahui bahwa mereka tidak boleh mereka tidak boleh merokok pada masa kehamilan meskipun mereka tidak mengetahui bahaya yang sebenarnya. Wanita yang merokok pada masa kehamilan pertama dan melahirkan bayi sehat mungkin tidak percaya bahwa mereka membawa resiko (Marmi, 2011:156)

b) Alkohol

Masalah signifikan yang di timbulkan oleh anak-anak yang mengalami sindrom alkohol janin dan gangguan perkembangan saraf janin-alkohol membuat klinis wajib menanyakan asupan alkohol dan mengingatkan wanita efek potensial alkohol jangka panjang pada bayi yang dikandungnya. (Marmi, 2011:156)

c) Obat terlarang

Mengidentifikasi penggunaan obat pada masa hamil sangat penting. Membantu wanita yang ingin berhenti merokok, mengidentifikasi janin dan bayi beresiko. Wanita yang menggunakan obat-obatan terlarang akan menyebabkan janin terlambat untuk berkembang,

retardasi metal atau bahkan juga mengakibatkan kematian. (Marmi, 2011:156)

#### 8) Data psikososial dan spiritual

Kualitas asuhan dapatt dinilai melalui kompetensi budaya atau kemampuan seorang penyedia pelayanan untuk mengintegrasikan pengetahuan tentang keyakinan dan norma budaya sebab keyakinan dan norma budaya terkait dengan pengalaman melahirkan. Pengkajian budaya harus dilakukan untuk memastikan pemberi asuhan memiliki pengetahuan yang adekuat mengenai keyakinan terhadap dukungan persalinan, terapi obat, dan pantangan (Kennedy, 2009:124)

#### 2. Data Obyektif

##### a. Pemeriksaan umum

Pemeriksaan umum dilakukan untuk mengetahui keadaan umum dan kesadaran, pengukuran tanda-tanda vital yang meliputi tekanan darah, suhu nadi dan pernafasan (Kemenkes RI, 2010:13)

##### 1) Keadaan umum

Menurut Sulistyawati (2011:226), data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah sebagai berikut:

- a) Baik: Jika pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan dalam berjalan.
- b) Lemah: Pasien ini dimasukkan dalam kriteria ini jika ia kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, dan pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

## 2) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran klien.

Kita dapat melakukan pengkajian dari tingkat kesadaran mulai dari keadaan *composmentis* (kesadaran normal/sepenuhnya), *somnolens* (kesadaran menurun, psikomotor yang lambat dan mudah tertidurnamun masih bisa pulih jika dilakukan rangsangan), *apatis* (klien keliatan sengan/acuh untuk berhubungan dengan lingkungan), *spoor comatis* (keadaan seperti tertidur lelapnamun ada respon terhadap nyeri ), *coma* (pasien dalam keadaan yang tidak sadar, tidak mempunyai respon dan tidak bisa dibangunkan) (Sulistyawati, 2011:175)

## 3) Tanda-tanda vital

### a) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat saat kontraksi disertai dengan adanya peningkatan sistolik rata-rata 10-20

mmHg dan sistolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu kontraksi diawali tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari (Varney, 2007:686). Diukur untuk mengetahui pre-eklamsia yaitu bila tekanan darahnya lebih dari 140 atau 90 mmHg (Marmi, 2011:129)

b) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi berbaring, bukan terlentang. Untuk mengetahui fungsi jantung ibu, normalnya 80-90x/menit (Mamli, 2011:130)

c) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5°C. Bila suhu tubuh lebih dari 37,5°C perlu diwasdai adanya infeksi (Romauli, 2011:173)

d) Pernafasan

Ibu hamil yang akan melakukan proses persalinan seingkali bernafas dengan sangat cepat pada puncak kontraksi, bernafas cepat atau menahan nafas yaitu tanda-tanda kepanikan (Fraser, 2009:453). Untuk mengetahui sistem pernafasan normalnya 16-24x/menit (Romauli, 2011:173)

4) Antropometri

a) Tinggi badan

Tubuh yang pendek bisa menjadi faktor gangguan genetik. Tinggi badan baru di ukur pada saat ibu melakukan kunjungan awal. Batas normaltinggi badan ibu hamil yaitu  $\geq 145$  cm (Marmi, 2011:163)

b) Berat badan

Sebagian besar penambahanberat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian dari volume darah dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg (Saifuddin, 2011:180)

c) LILA

Standar LILA pada wanita dewasa yaitu 23,5cm. jika LILA kurang dari 23,5 cm maka interprestasinya adalah kurang energi kronik (KEK) (Janah, 2012:136). Selain itu merupakan indicator kuat status gizi ibu yang kurang/buruk, sehingga beresiko inu akan melahirkan bayi yang lahirnya beratbadannya rendah (BBLR). Dengan demikian apabila hal ini ditemukan sejak awal kehamilan petugas dapat memotivasi ibu agar lebih memperhatikan kesehatannya serta jumlah kualitas makanannya (Romauli, 2011:173)

5) Pemeriksaan fisik

a) Kepala, rambut

menilai warna rambut paien bersih/kotor adanya ketombe/tidak, serta adanya rambut rontok atau tidak (Manuaba, 2009:138)

b) Muka

Apakah ada odema atau tidak, sianosis atau tidak

c) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva merah muda, bila pucat menandakan anemia. Seklera berwarna putih bila kuning menandakan ibu terinfeksi hepatitis, bila kemerahan

kemungkinan ibu terkena konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre-eklamsia (Romauli, 2011:74).

d) Hidung

Untuk mengetahui simetris/tidak, bersih atau tidak, ada polip atau tidak, ada pernafasan cuping hidung atau tidak (Varney, 2007:332).

e) Mulut dan gigi

Wanita yang bersalin biasanya mengeluarkan bau nafas yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering, atau pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi berjiong, terutama jika ibu bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat cairan oral dan perawatan mulut (Varney, 2007:719)

f) Telinga

Untuk mengetahui ketajaman pendengaran, letak, bentuk, tojolan, lesi, warna, adanya benda asing pada saluran pendengaran eksternal, membran timpani (Varney, 2007:332)

g) Leher

Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Saifuddin, 2010:186).

Kelenjar limfe yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi tokoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat mengakibatkan keguguran, persalianan prematuritas dan cacat bawaan (Manuaba, 2012:340)

h) Dada

Normal apabila tidak adaretaksi dinding dada tidak ada whezzing dan ronhci, tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada masa abnormal (Romauli, 2011:174)

(1)Paru-paru

Normal bila tidak ada retaksi dinding dada, tidak ada whezzing dan ronhci, tidak ada nyeri tekan serta tidak ada masa abnormal (Romauli, 2011:174)

(2)Jantung

Jantung normal tidak berdetak cepet, bunyi jantung normal lup dup- lup dup, tidak terdengar suara mur-mur

(3)Payudara

Menjelang persalianan perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi putting susu ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam mengeluarkan putting yang rata atau intervensi pada

wanita yang merencanakan untuk menyusui bayinya  
(Varney, 2007:1051)

i) Abdomen

Lihat bentuk, bekas operasi, striae, linea, tinggi fundus uteri (TFU), hasil pemeriksaan palpasi leopard, kontraksi uterus, tafsiran berat janin (TBJ), denyut jantung janin (DJJ, palpasi kandung kemih  
(Sulistyawati, 2010:227)

Pemeriksaan abdomen digunakan untuk:

- (1) Untuk menentukan tinggi fundus uteri (pastikan pengukuran dilakukan pada saat uterus tidak sedang berkontraksi)
- (2) Menentukan kontraksi uterus, pemantauan kontraksi uterus dilakukan waktu 10 menit. Kontraksi uterus harus dievaluasi tidak hanya frekuensi, durasi serta intensitasnya namun juga hubungan ketiga faktor tersebut (Varney, 2007:750). Adanya his dalam persalinan dapat dibedakan menjadi beberapa antara lain sebagai berikut:

h. Kala I

Kala satu dalam persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus mulai: kuat dan teratur (frekuensi dan kekuatannya) dan pembukaan

serviks sehingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm) (Marmi, 2011:65). Kala satu persalinan terdiri dari dua fase yaitu fase laten dan fase aktif (Sumarmi, 2009:15)

i. Kala II

Pada kala dua his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Persalinan kala dua dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Kala dua juga di sebut dengan kala pengeluaran bayi (Sumarmi, 2009:15)

j. Kala III

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas perut. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya (Sumarmi, 2011:70)

k. Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lepasnya plasenta dan berakhirnya dua jam setelah itu (Marmi, 2011:295). Kontraksi lemah, masih sedikit terasa nyeri (merain), pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari (Mochtar, 2011:65)

j) Genetalia

Tanda-tanda inpartu pada vagina yaitu terdapat pengeluaran darah pervagina yang berupa body alym, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba, 2012:184). Vulva dan vagina bersih atau tidak, odema atau tidak, ada flour albus atau tidak, terdapat pembesaran kelenjar skene dan kelenjar Bartolini atau tidak, ada condilomatalata atau tidak, ada condyloma acuminata atau tidak, kemerahan atau tidak, periniium ada luka bekas episiotomy atau tidak (Marmi, 2011:131)

k) Anus

Kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rectum (Varney, 2007:753)

l) Ekstermitas

Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatife pada *hipovitaminosis* dan penyakit urat saraf (Marmi, 2012:163). Edema ekstermitas yaitu tanda klasik dari pre-eklamsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretiba, atau jari. Edema pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh

penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar (Varney dkk, 2007:693)

## 6) Pemeriksaan khusus

### (a) Palpasi

Palpasi adalah perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi diatas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya *engagement*, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi dan menentukan letak bokong dan kepala serta presentasi janin (Fraser dkk, 2009:259)

Pemeriksaan palpasi dilakukan dengan metode:

Leopold I : Untuk menegetahui TFU dan bagian apakah yang ada di fundus

Leopold II : Untuk mengetahui apakah bagian punggung janin berada disebelah kanan atau kiri

Leopold III : Untuk mengetahui apakah bagian terbawah janin, bokong atau kepala

Leopold IV : Untuk mengetahui apakah bagian terbawah janin sudah masuk PAP atau belum (Alimul, 2010:87)

Cara menghitung TFU:

Menurut Kustmardji (2010:93), pengukuran TFU dilakukan dengan rumus MC. Donald menggunakan suatu metode untuk menaksir berat janin dengan pengukuran tinggi fundus uteri yaitu mengukur jarak antara tepi atas tulang kemaluan (*simfisis osis pubis*) sampai ke puncak rahim (*fundus uteri*) dengan mengikuti lengkungan uterus, memakai pita pengukur. Rumus MC.Donald dapat dikatakan jarak di bagian atas tulang kemaluan (*simfisis osis pubis*) ke puncak rahim (*fundus uteri*) dalam centimeter di kurang 11 dan 12 hasilnya di kalikan 155 di dapatkan berat bayi dalam gram. Penggunaan 11 atau 12 tergantung dari posisi kepala bayi. Jika kepala di atas atau pada spina ischiadika maka di kurang 12, jika kepala di bawah spina ischiadika maka di kurang 11

Cara menentukan TBJ (tafsiran berat janin)

Menurut Jannah (2012:85) untuk mengukur TBJ dalam gram perlu di ketahui apakah kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum.

Rumus:

$$\text{TBJ} = (\text{TFU dalam cm} - n) \times 155 = \dots \text{gram}$$

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

b) Auskultasi

Untuk menguji status bayi. Frekuensi jantung bayi kurang dari 120 atau lenih dari 160 kali permenit dapat menunjukan tanpa-tanda gawat janin dan perlu dilakukan evaluasi segera. Cara menghitung bayi jantung dapat dilakukan dengan mendengarkan 3 kali 5 detik kemudian jumlah bunyi jantung di kalikan 4, misalnya 5 detik pertama, 5 detik ketiga, 5 detik ke lima ke dalam satu menit adalah:

(11-12-11) kesimpulan teratur, frekuensi 136x/menit, DJJ normal (Jannah, 2010:35-36). Pemeriksaan dengan mendengar bunyi dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan detak jantung janin, bising tali pusat, bising rahim, serta bising usu (Alimul, 2010:88). Detak jantung janin: lokasi punctum maksimum, frekuensi teratur atau tidak. Denyut jantung normal 120-160x/menit, jika ditemukan DJJ dibawah 100x/menit atau lebih dari 180x/menit merupakan tanda-tanda yang perlu diwaspadai pada janin (Varney, 2007:340)

c) Pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, cacat pada jam bebrapa diperiksa oleh siap adan sudah pembukaan berapa. Dengan pemeriksaan dalam bisa juga diketahui effacement, konsistensi, keadaan ketuban, presentasi, denominator dan hodge. Dilakukan untuk menentukan apakah pembukaan serviks patograf telah terjadi dalam mendiagnosis persalinan. Serta untuk menentukan tahap dan fase persalinan wanita, jika ia dalam persalinan (Varney dkk, 2011:693)

Pemeriksaan dalam dilakukan atas indikasi:

- (1)Ketuban pecah sedangkan bagian depan masih tinggi
- (2)Apabila kita mengharapkan pembukaan lengkap
- (3)Untuk menyelesaikan persalinan

Menurut Wiknjosastro (2009:54-46) yang perlu di lakukan dalam pemeriksaan dalam adalah:

- (1)Memeriksa genitalia eksterna, memperhatikan ada tidaknya luka atau massa (benjolan) termasuk kodiloma, varikosis vulva atau rectum, atau luka perut di bagian perineum

(1) Menilai cairan vagina dan menentukan bercak darah  
erta perdarahan pervagina atau meconium:

(a) Jika ada perdarahan pervagina dilarang  
melakukan pemeriksaan dalam

(b) Jika ketuban sudah pecah, perhatikan warna dan  
bau air ketuban, lihat warnanya meconium  
kekentalan dan pemeriksaan DJJ

(c) Jika meconium encer dan DJJ dengan seksama  
menurut petunjuk patograf

(d) Jika *meconium* kental nilai DJJ dan merujuk

(e) Jika tercium bau busuk mungkin telah terjadi  
tanda infeksi

(f) Jika ketuban belum pecah jangan melakukan  
amniotomi

(2) Mengidentifikasi adanya riwayat robekan perineum  
atau tidak episiotomi sebelumnya. Hal ini  
merupakan informasi penting untuk menentukan  
tindakan pada saat kelahiran bayi

(3) Menilai pembukaan dan penipisan serviks

(4) Memastikan tali pusat dan bagian-bagian kecil  
(tangan atau kaki) tidak teraba saat melakukan  
periksa dalam

(5) Menilai penurunan bagian terbawah janin dan menentukan bagian yang masuk kedalam rongga panggul

(6) Menurut Sulistyawati (2010:96), bidang-bidang Hodge digunakan untuk menenukan sampai dimana bagian-bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang Hodge tersebut antara lain:

(a) Hodge I : Bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium

(b) Hodge II : Bidang yang sejajar dengan Hodge I setinggi bawah simfisis

(c) Hodge III : Bidang yang sejajar dengan Hodge I dan II setinggi spina iskiadika kanan dan kiri

(d) Hodge IV : Bidang sejajar Hodge I, II, III, IV terletak setinggi os koksigeus

g. Pemeriksaan panggul dalam

Pemeriksaan ini dilakukan pada usia kehamilan 36 minggu. Pemeriksaan dilakukan dengan cara *vaginal toucher* (VT), caranya periksa (dokter atau bidan) masukan dua jari (jari telunjuk dan jari tengah) ke jalan lahir hingga menyentuh bagian tulang belakang atau promontorium. Kemudian hitung jarak minimal antara

tulang kemaluan dan promotorium adalah 11 cm. Jika kurang, maka di katagorikan sebagai panggul sempit (Suwigya, 2010:13)

## 7) Pemeriksaan penunjang

### a) Pemeriksaan darah

#### (1) Hemoglobin (Hb)

Pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat Sahli.

Hasil pemeriksaan Hb dengan sahli dapat digolongkan sebagai berikut:

- 1) Hb 11 g%: tidak anemia
- 2) Hb 9-10 g%: anemia ringan
- 3) Hb 7-8 g%: anemia sedang
- 4) Hb <7 g%: anemia berat

Pemeriksaan darah dilakukan minimal dua kali selama kehamilan yaitu pada trimester I dan pada trimester III (Fraser ddk, 2009:255)

#### (2) Golongan darah

Golongan darah ABO dan faktor Rhesus. Ibu dengan rhesus negatif beresiko mengalami keguguran, mniosentesis, atau trauma uterus, harus diberikan anti-gammaglobulin D dalam beberapa hari setelah pemeriksaan. Jika titrasi menunjukkan

peningkatan respons antibodi, harus dilakukan pemeriksaan yang lebih sering dalam rangka merencanakan penatalaksanaan pengobatan oleh Spesialis Rhesus (Fraser dkk, 2009:225)

### (3) Urine

Menurut Fraser dkk (2009:255) urinalisis dilakukan pada setiap kunjungan untuk memastikan tidak adanya abnormalitas. Hal ini yang dapat ditemukan pada urinalisis rutin yaitu sebagai berikut:

- (a) Ketona akibat pemecahan lemak untuk menyediakan glukosa, disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan janin yang dapat terjadi akibat muntah, *hyperemesis*, kelaparan atau latihan fisik yang berlebihan.
- (b) Glukosa karena peningkatan sirkulasi darah, penurunan ambang ginjal atau penyakit
- (c) Protein akibat kontaminasi oleh leukore vagina, atau penyakit seperti infeksi saluran perkemihan atau gangguan hipertensi pada kehamilan.

#### (4) *Ultrasonografi*

Dibandingkan dengan pemeriksaan rontgen, USG tidak berbahaya untuk janin karena memakai prinsip sonar (bunyi). Jadi, boleh digunakan pada kehamilan muda. Pada layar, dapat dilihat letak, gerakan, dan gerakan jantung janin (Mochtar, 2011:45)

#### (5) *Non Stress Test (NST)*

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai hubungan gambaran DJJ dan aktivitas janin. Cara pemeriksaan ini dikenal dengan nama *aktomardiografi*, atau *fetal activity acceleration determination* (FAD; FAAD). Penelitian dilakukan terhadap frekuensi dasar DJJ, *variabilitas* dan timbulnya akselerasi yang menyertai gerakan janin (Marmi, 2011:190)

### **B. Diagnosa Kebidanan**

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar Asuhana Kebidanan. Bidan menganalisa data yang diperoleh dari hasil pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat dengan kriteria:

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah diselesaikan sesuai kondisi pasien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

Diagnosa : G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>/≥ UK 36-40 minggu, tunggal, hidup, intrauteri, situs nujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, kepala sudah masuk PAP keadaan janin lahir normal, KU ibu dan janin baik.

Inpartu:

- 1) Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi persalinan (Varney,2007:718-791). Kala I fase laten akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan (Wikknjosastro, 2009:40)
- 2) Kala II dengan kemungkinan masalah:
  - a) Keletihan (Varney dkk, 2007:537)
  - b) Infeksi (Saifuddin, 2010:337)
  - c) Kram tungkai (Varney dkk, 2007:722)
- 3) Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kemenkes No. 938/Menkes/SK/8/2007) tentang standar asuhan kebidanan

4) P $\geq$ 1 kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa dengan baik kemungkinan masalah retensio plasenta dan alvulsi tali pusat (Sulistyawati, 2011:83)

5) P $\geq$ 1 kal IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah terjadi menurut Wiknjastro (2009:114)

### C. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidana, Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnos dan masalah yang ditegakan. Dengan kriteria:

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara *komprehensif*
    - a. Melibatkan pasien/klien atau keluarga
    - b. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
    - c. Memilih tindakan yang memenuhi kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan avidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
    - d. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku.
- Sumber daya serta fasilitas yang ada

**1) Diagnosa:** G $\geq$ 1Po>UK 36-40 Minggu, tunggal, hidup, intrauteri, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep H... kepala sudah masuk PAP keadaan janin normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala 1 fase laten/fase aktif

Tujuan: Proses persalihan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat

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 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik
- 4) Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan pada multigravida >7 jam
- 5) Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam
- 6) Bayi lahir spontan, menagis kuat, gerak aktif
- 7) Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit
- 8) Plasenta lahir spontan, lengkap

9) Perdarahan <500 cc

Intervensi

### **60 Langkah Asuhan Persalinan**

#### **Kala I**

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan
2. Anjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi ketika ada his yaitu dengan cara mengambil nafas dalam dari hidung dan mengeluarkan dari mulut setelah masing-masing kontraksi.
3. Observasi sesuai partograf yang meliputi : His, DJJ, ketuban, pembukaan, penurunan kepala, dan tandatanda vital ibu
4. Anjurkan ibu untuk mencari posisi yang nyaman pada saat bersalin yaitu miring kiri serta anjurkan untuk tidak tidur terlentang.
5. Berikan asupan nutrisi pada ibu dengan meberikan makan dan minum.
6. Anjurkan ibu untuk BAB atau BAK jika terasa.
7. Jaga privasi ibu dengan menutup pintu, jendela, serta kelambu tempat persalinan.
8. Jaga keberihan dan kondisi ibu agar tetap kering
9. Tunggu pembukaan lengkap jika telah memasuki kala II segera pimpin persalinan secara sesuai standar asuhan kebidanan persalinan normal

## **Kala II**

1. Memastikan adanya tanda gejala kala II (doran, tekus, perjol, vulka)
2. Memastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat obatan esensial yang digunakan untuk menolong persalinan dan menangani komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
3. Memakai celemek
4. Melepas dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, dan mencuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering (Saifuddin, 2010:14).
5. Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
6. Memasukan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang sudah memakai sarung tangan DTT dan pastikan tidak terkontaminasi pada alat suntik).
7. Membersihkan vulva dan perinium dengan kapas basah dengan vulva ke perinium (Armini dkk, 2017:128).
8. Melakukan pemeriksa dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap.
9. Dekontaminasi sarung tangan dengan keadaan terbalik ke dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit kemudian cuci tangan.

10. Melakukan pemeriksaan DJJ setelah kontraksi uterus selesai (pastikan DJJ dalam batas normal 120-160x/menit).
11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap, keadaan janin baik, dan meminta ibu untuk meneran apabila ada his (Armini dkk, 2017:128).
12. Meminta keluarga untuk membantu ibu untuk menyiapkan posisi yang nyaman yaitu bantu ibu setengah duduk (Armini dkk, 2017:129).
13. Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu ada dorongan yang kuat untuk meneran.
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit (Hidayat, 2010:82).
15. Letakan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
16. Meletakkan kain bersih 1/3 di bawah bokong ibu
17. Buka partus set cek kelengkapan alat dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
19. Setelah tampak kepala janin di vulva dengan diameter 5-6 cm, maka lindungi perinium dengan satu tangan yang dilapsii kin bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala

bayi. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.

20. Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin.
21. Menunggu kepala janin putar paksi luar.
22. Setelah kepala sudah faksi luar, pegang secara biparental.

Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian Gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

23. Setelah bahu lahir geser tangan bawah untuk kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penulusuran lengan atas dilanjutkan ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk diantara kaki dan pegang masing masing mata kaki ibu jari dan jari lainnya).
25. Lakukan penilaian bayi baru lahir
26. Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks.

Ganti handuk yang kering, bayi diatas perut ibu. Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan atau selimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relative hangat.

27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi kedua kedua dalam uterus (janin tunggal).
28. Memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

### **Kala III**

29. Dalam waktu 1 menit, setelah bayi lahir suntikan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin)
30. Dalam waktu 2 menit bayi baru lahir, jepit tali pusat dengan klem kira kira 3 cm dari pusat bayi. Dorong isi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
31. Lakukan pemontongan tali pusat dan pengikatan tali pusat.
32. Letakan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.
33. Pindahkan klem tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.
34. Letakan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.
35. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah

30 menit, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, dan ulangi prosedur diatas.

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

- a. Jika tali pusat bertamabh Panjang pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva melahirkan plasenta.
- b. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat.
- c. Beri dosis ulang oksitosin 10 IU.
- d. Lakukan katerisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.
- e. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- f. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
- g. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual.

37. Saat plasenta manual di introitus vagina lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilin kemudian dilahirkan dan ditempatkan plasenta dalam wadah yang sudah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk

melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal, rangsangan taktil (massage uterus).

38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakan telapak tangan di fundus dan lakukan massage dengan Gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus terasa keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

39. Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam wadah plasenta kantong plastic atau tempat khusus.

40. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila ada laserasi.

#### **Kala IV**

Menilai perdarahan

41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan.

42. Mencekupkan sarung tangan ke dalam larutan klorin dan melepasnya secara terbalik.

43. Mengecek dan memastikan kandung kemih kosong.

44. Mengajarkan ibu dan keluarga cara massage uterus dan menilai kontraksi.

45. Mengevaluasi dan mengansumsi jumlah draah yang keluar.
46. Memantau tanda bahaya tiap 15 menit, menghitung nadi
47. Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu normal (36°C-37°C).
48. Tempatkanlah seua perlatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.
49. Buang bahan bahan yang terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.
50. Bersihkan ibu dengan air DTT, bersihkan sisa cairan ketuban dna darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
51. Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga memberi makan dan minuman yang diinginkan ibu.
52. Dekontaminasi tempat bersalun dengan larutan clorin 0,5%
53. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan clorin 0,5% selam 10 menit.
54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
55. Memakai sarung tangan DTT.
56. Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir.
57. Memberikan imunisasi Hb pada bayi.
58. Melepas sarung tangan.
59. Melakukan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir.

60. Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda-tanda vital dan kala IV

## 2) Masalah

Hal-hal yang dibutuhkan oleh pasien belum teridentifikasi dalam diagnosa. Dan masalah yang didapatkan dengan melakukan analisa data (Varney, 2007)

Berikut adalah masalah-masalah yang terdapat dipersalinan antara lain:

### 1) Masalah kala I

a) Masalah 1 : Cemas menghadapi persalinan

Tujuan : mengurangi rasa takut dan cemas selama proses persalinan

Kriteria ; ibu tampak tegang

Intervensi menurut Wiknjosastro (2009:248)

(1) Jelaskan fisiologis persalinan pada ibu

R/ proses persalinan merupakan proses yang Panjang sehingga diperlukan pendekatan

(2) Jelaskan proses dan kemajuan persalinan pada ibu

R/ ibu bersalin memerlukan penjelasan mengenai kondisi dirinya

(3) Jelaskan prosedur dan batasan tindakan yang dilakukan

R/ ibu paham untuk dilakukan prosedur yang di butuhkan dan memahami Batasan tertentu yang diberlakukan

b) Masalah 2 : kala 1 memanjang

Tujuan : mempercepat kala 1

Kriteria : ibu tidak merasa cemas

Intervensi menurut (Marmi, 2012:95)

(1) Beri dukungan kepada paseien selama proses persalinan

R/ mengurangi kecemasan pada ibu

(2) Pemberian cairan sedikitnya 2500 ml per hari

R/ dehidrasi ditandai dengan adanya aseton dalam urine harus dicegah

(3) Pengosongan kandung kemih

R/ mengurangi resiko nyeri yang berlebihan

(4) Pemberian sedatif

R/ agar ibu dapat beristirahat dan rasa nyerinya diredakan dengan pemberian analgetik (trimodal atau pethidine 25 mg). Semua preparat ini harus

digunakan dengan dosis dan waktu yang tepat sebab dalam jumlah yang berlebihan dapat mengganggu kontraksi dan membahayakan bayinya

(5) Pemeriksaan rectum atau vagina harus dikerjakan dengan frekuensi sekecil mungkin  
R/ pemeriksaan ini menyakiti pasien dan meningkatkan resiko infeksi. Setiap pemeriksaan harus dilakukan dengan maksud yang jelas

(6) Apabila kontraksi tidak adekuat

R/ menganjurkan ibu mobilisasi dengan berjalan dan mengubah posisi dalam persalinan.  
Rehidrasi melalui infus atau minum.  
Merangsang puting susu, *acupressure*, mandi selama persalinan fase aktif. Lakukan penilaian frekuensi dan lainnya kontraksi berdasarkan patograf

c) Masalah 3 : ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan

Tujuan : ibu merasa nyaman terhadap proses persalinan

Kriteria :

(1)Nyeri punggung berkurang

(2)Ibu tidak merasa cemas

(3)Ibu merasa tenang

Intervensi menurut (Wiknjosastro (2009:47):

(a) Hadirkan orang terdekat ibu

R/ kehadiran orang terdekat mampu memberikan kenyamanan psikologis dan mental ibu yang menghadapi proses persalinan

(b) Berikan sentuhan fisik misalnya pada tungkai

R/ sentuhan fisik yang diberikan kepada ibu dapat menentramkan dan menenangkan ibu

(c) Berikan usapan punggung

R/ usapan punggung meningkatkan relaksasi

(d) Pengipasan dan penggunaan handuk sebagai kipas

R/ ibu bersalin menghasilkan banyak panas sehingga mengeluh kepanasan dan berkeringat

(e) Pemberian kompres panas pada punggung

R/ kompres panas akan meningkatkan sirkulasi di punggung sehingga memperbaiki anoreksia jaringan yang disebabkan oleh tekanan

## 2) Masalah kala II

a) Kekurangan cairan (Wiknjosastro, 2009:116)

Tujuan : Tidak terjadi dehidrasi

Kriteria :

(1) Nadi 80-100x/menit

(2) Urin jernih, produksi urine 300 cc/jam

Intervensi menurut Wiknjosastro (2009:117)

(a) Anjurkan ibu untuk minum

R/ ibu yang menghadapi persalinan akan menghasilkan panas sehingga memerlukan kecukupan minum

(b) Jika dalam satu jam dehidrasi tidak teratasi, pasang infus menggunakan jarum dengan diameter 16/18 G dan berikan RL atau infus NS 125 cc/jam

R/ pemberian cairan intravena akan cepat diserap oleh tubuh

(c) Segera rujuk kefasilias yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetric dan bayi baru lahir

R/ rujukan dini pada ibu dengan kekurangan cairan dapat meminimalkan resiko terjadinya dehidrasi

b) Infeksi (Wiknjosastro, 2009:116)

Tujuan : tidak terjadi infeksi

Kriteria : tanda-tanda vital

(1) Nadi dalam batas normal (80-100x/menit)

(2) Suhu 36-37°C

(3) KU baik

(4) Cairan ketuban/ cairan vagina tidak bau

Intervensi menurut Wiknjosastro (2009:116)

(a) Baringkan miring kekiri

R/ tidur miring mempercepat penurunan kepala janin sehingga mempersingkat waktu persalinan

(b) Pasang infus menggunakan jarum dengan diameter besar ukuran 16/18 dan berikan RL atau NS 125 cc/jam

R/ salah satu tanda infeksi adanya peningkatan suhu tubuh, suhu meningkat menyebabkan dehidrasi

(c) Berikan ampisilin 2 gram atau amoxicillin 2 gram/oral

R/ antibiotik mengandung senyawa aktif yang mampu membunuh bakteri dengan mengganggu sintesis protein pada bakteri penyebab penyakit

(d) Segera rujuk ke fasilitas kesehatan yang memiliki kemampuan penatalaksanaan kegawatdaruratan obstetrik

R/ infeksi yang tidak segera tertangani akan berkembang kearah syok yang menyebabkan terjadinya kegawatdaruratan ibu dan janin

c) Kram tungkai (Varney, 2007:7220)

Tujuan : tidak terjadi kram tungkai

Kreteria : sirkulasi dasar lancar

Intervensi;

(1) Luruskan tungkai ibu inpartu

R/ meluruskan tungkai dapat melancarkan peredaran darah ke ekstermitas bawah

(2) Atur posisi dorso fleksi

R/ relaksasi yang dilakukan secara bergantian sengan dorso fleksi kaki dapat mempercepat peredaan nyeri

(3) Jangan lakukan pemijatan pada tungkai

R/ tungkai wanita tidak boleh dipijat sebab resiko trombi tanpa sengaja terlepas

### 3) Masalah kala III

a) Retansio plasenta (Wiknjosastro, 2009:114)

Tujuan : plasenta dapat dilahirkan dengan lengkap

Kriteria : tidak ada plasenta yang tertinggal

Intervensi menurut Wiknjosastro (2009:114)

(1) Plasenta didalam uterus selama 30 menit dan terjadi perdarahan berat, pasang infus menggunakan jarum besar(ukuran 16/18) dan berikan RL atau NS dengan 20 unit oksitosin

(2) Coba lakukan plasenta manual dan lakukan penanganan lanjut

(3) Bila tidak memiliki syarat plasenta manual di tempat atau tidak kompeten maka segera rujuk ibu bersalin ke fasilitas terdekat dengan kapabilitas kegawatdaruratan obstetrik

(4) Dampingi ibu ke tempat rujukan

(5) Tawarkan bantuan walau ibu telah dirujuk dan mendapat pertolongan di fasilitas kesehatan rujukan

b) Terjadi avulsi tali pusat

Tujuan : avulsi tidak terjadi, plasenta lahir lengkap

Intervensi menurut Wiknjosastro (2009:119)

(1) Palpasi uterus melihat kontraksi, minta ibu meneran pada setiap kontraksi

(2) Saat plasenta terlepas, lakukan pemeriksaan dalam dengan hati-hati, jika mungkin cari tali pusat dan keluarkan plasenta dari vagina sambil melakukan tekanan dorso-karnial pada uterus

(3) Setelah plasenta lahir, lakukan massase uterus dan periksa plasenta

Jika plasenta belum lahir dalam 30 mdnit, tangani sebagai retansio plasenta

#### 4) Masalah kala IV

a) Antonia uteri (Wiknjosastro, 2009:115)

Tujuan : antonia uteri dapat teratasi

Kriteria : kontraksi uterus baik, keras, dan bundar serta perdarahan <500 cc

Intervensi menurut Wiknjosastro (2009:108-110)

(1) Segera lakukan kompresi bimanual internal (KBI)

selama 5 menit dan lakukan evaluasi apakah uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang

(2) Jika kompresi uterus tidak berkontraksi terus

keluar, ajarkan keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksternal. Berikan suntikan

0,2mg ergometrin IM atau misoprostol 600-1000 mcg per rectal dan gunakan jarum berdiameter

besar (ukuran 16-18) pasang infus dan berikan 500cc larutan RL yang mengandung 20unit

oksitosin

(3) Jika uterus belum berkontraksi dan perdarahan

masih keluar ulangi KBI

(4) Jika uterus tidak berkontraksi selama 1-2 menit,

rujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang mampu

melakukan tindakan operasi dan transfusi darah

(5) Dampingi ibu selama merujuk, lanjutkan tindakan KBI dan infus cairan hingga ibu tiba di tempat rujukan

b) Robekan vagina, perineum atau serviks

Tujuan : robekan vagina, perineum atau serviks dapat teratasi

Kriteria :

(1) Vagina, perineum atau serviks dapat terjahit dengan baik

(2) Perdarahan <500cc

Intervensi:

(a) Lakukan pemeriksaan secara hati-hati untuk memastikan laserasi yang timbul

(b) Jika terjadi laserasi derajat satu dan menimbulkan perdarahan aktif atau derajat dua lakukan penjahitan

(c) Jika laserasi derajat tiga atau empat atau robekan serviks:

1) Pasang infus dengan menggunakan jarum besar (ukuran 16 dan 18) dan berikan RL atau NS

2) Pasang tampon untuk mengurangi darah yang keluar

3) Segera rujuk ibu ke fasilitas dengan kemampuan gawat darurat obstetri

4) Dampingi ibu ketempat rujukan

c) Sub involusio

Tujuan : tidak terjadi sub involusi uteri

Kriteria : sub involusi dapat tertangani dengan baik

Intervensi:

(1) Memberitahu ibu tentang hasil pemeriksaan.

Berdasarkan hasil pemeriksaan ibu dalam kondisi kurang baik. Pengeluaran cairan dari jalan lahir masih berwarna dan berbau menyengat yang dialami ibu adalah sub involusi dimana proses mengecilnya uterus terganggu

(2) Memberitahu ibu untuk membuang air kecil, supaya mengosongkan kandung kemih

(3) Melakukan *inform consent* untuk menyetujui tindakan pemasangan infus dan rujuk ke rumah sakit

(4) Memasang infus RL agar ibu tidak mengalami dehidrasi atau lemah

(5) Memberikan suntikan ergometrin 0,5 mg intramuskuler

- (6) Mengajukan ibu untuk melakukan masase/pijat pada perut bagian bawah untuk merangsng kontraksi
- (7) Merujuk ibu ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan yang tepat

#### **D. Implementasi**

Menurut kepmenkes No. 938/Menkes/SK/8/2007 bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien dalam bentuk upaya *promotive, preventif, kuratif*, dan *rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan kriteria:

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-spiritualkultura!
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*inform consent*)
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
4. Melibatkan klien/pasien
5. Menjaga privasi klien/pasien
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan

8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
9. Melakukan tindakan sesuai standar
10. Mencatat mmm tindakan yang dilakukan

#### **E. Evaluasi**

Tujuan evaluasi adalah adanya kemajuan pada pasien setelah dilakukan tindakan (Estiwidani.2008). Menurut Kepmenkes RI No. 58/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar asuhan kebidanan. Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan baset kepada klien/pasien dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif, serta rehabilitatif*.

Dilaksanakan secara mandiri dan kolaborasi rujuk dengan kriteria:

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan di dokumentasikan pada klien dan keluarga
3. Evaluasi dilakukan dengan standar. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

## 2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Nifas

### A. Pengkajian Data

Pengkajian data merupakan proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Varney, 2007:123). Pengkajian dilakukan dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap (Nurhidayah, 2014:17).

#### 1. Data Subyektif

##### a. Biodata

##### 1) Nama

Nama jelas dan lengkap, bila perlu panggilan sehari-hari agar tidak terjadi kesalahan dalam memberikan penanganan (Ambarwati, 2010:131)

##### 2) Umur

Umur pasien dikaji untuk mengetahui apakah pasien dikatakan memiliki resiko jika <20 tahun karena alat-alat reproduksi belum matang dan psikis yang belum siap dan <35 tahun rentan sekali terjadi komplikasi dalam kehamilan dan perdarahan postpartum, jadi usaha reproduktif (subur) seorang wanita dalam siklus reproduksi dari 20-35 tahun (Manuaba, 2010:246)

### 3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2010:132)

### 4) Pendidikan

Pendidikan yang kurang membuat masyarakat tetap berorientasi pada pengobatan dan pelayanan tradisional sehingga mempengaruhi kesejahteraan ibu (Manuaba, 2010:241).

### 5) Alamat

Untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Eny, 2010:132).

### 6) Pekerjaan

Pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui penghasilan pasien (Manuaba, 2010:235). Pekerjaan ibu yang berat dapat mengakibatkan kelelahan secara tidak langsung dapat menyebabkan involusi dan laktasi terganggu. Pada wanita yang bekerja pada saat menyusui perlu adanya informasi tentang teknis laktasi dan penyimpanan ASI (Marmi, 2012:179).

## 7) Penghasilan

Penghasilan yang terbatas dapat menambah sulitnya masalah sosial ekonomi, sehingga memengaruhi status gizi ibu nifas (Manuaba, 2010,235).

## 8) Penanggung jawab

Untuk yang mengetahui siapa yang bertanggung jawab terhadap pasien, sehingga bila sewaktu-waktu dibutuhkan bantuannya dapat segera ditemui (Sulistiyawati, 2012:166).

### b. Keluhan utama

Menurut Varney (2007:974-977), keluhan yang sering dialami ibu masa nifas adalah sebagai berikut:

#### 1) *After pain*

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri yang lebih berat pada paritas tinggi disebabkan karena terjadi penurunan tonus otot uterus, menyebabkan relaksasi intermitten (sebentar-sebentar) berbeda pada wanita primipara tonus otot uterusnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi.

#### 2) Keringat berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan

diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang di sebabkan oleh peningkatan cairan intraseluler secara kehamilan.

### 3) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena statis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke-3 postpartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat meningkatkan suhu tubuh ringan.

### 4) Nyeri luka perinium

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

### 5) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomendan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineumatau episiotomy derajat 3 atau 4

## 6) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid mereka mungkin sangat merasa nyeri selama beberapa hari.

### c. Riwayat kesehatan

#### 1) Anemia

Anemia pada kehamilan yang tidak tertangani dengan baik akan berpengaruh pada masa nifas yang menyebabkan: terjadi subinvolusi uteri, menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang, terjadi dekompensasi kordis mendadak setelah persalinan, anemia masa nifas, mudah terjadi infeksi mammae (Manuaba, 2010:240)

#### 2) Penyakit TBC

Ibu dengan tuberculosis aktif tidak diberikan untuk memberikan ASI karena dapat menularkan pada bayi (Manuaba, 2010:336)

#### 3) Sifilis

Dapat menyebabkan infeksi pada bayi dalam bentuk lues kongenital (pemphigus sifilitus, deskuamasi kulit telapak tangan dan kaki, terdapat kelainan pada mulut dan gigi (Manuaba, 2010:338)

#### 4) Penyakit asma

Penyakit yang berat dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim melalui gangguan pertukaran O<sub>2</sub> dan CO<sub>2</sub> (Manuaba, 2010:336)

#### 5) Hipertensi

Wanita dengan riwayat *hipertensi* pada masa kehamilan dapat berlanjut setelah melahirkan (Romauli, 2011:47)

#### 6) TORCH

Infeksi TORCH meliputi: toksoplasmosis, rubella, sitomegalovirus, herpes simpleks dapat menimbulkan kelainan kongenital dalam bentuk yang hamper sama: kutilan, abortus, mikrosefalus, prematuritas, dan pertumbuhan janin terlambat (Varney, 2007:378)

#### 7) Diabetes Mellitus

Wanita dengan *diabetes mellitus* (DM) dapat meningkatkan insiden hipertensi, preeklamsi yang akan memperburuk perjalanan persalinan. Janin beresiko tinggi mengalami kelainan kongenital dan mungkin memiliki ukuran besar atau berukuran sangat besat (makrosomia), yang dianggap sebagai komplikasi pada periode intepartum yang beresiko terjadi persalinan lama, distosia bahu, dan lahir operasi (Varney, 2007:378)

8) Pengaruh penyakit jantung dalam masa nifas menurut manuaba (2012:33):

9) Setelah lahir penderita dapat tiba-tiba jatuh kolaps, yang disebabkan darah tiba-tiba membanjir tubuuh ibu sehingga kerja jantung sangat bertambah, perdarahan merupakan komplikasi yang cukup berbahaya

a) Saat laktasi kekkuatan jantung diperlukan untuk membentuk ASI

b) Mudah terjadi postpartum yang memerlukan kerja tambahan jantung

d. Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui mampu memberikan perlindungan baik secara aktif maupun pasif, dimana ASI juga mengandung zat anti infeksi bayi akan terlindungi dari berbagai mavam infeksi (Sukarni, 2013:298)

e. Riwayat kebidanan

1) Riwayat haid

Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan belum menstruas, dapat menjamin bertindak sebagai kontrasepsi (Manuaba, 2009:129). Biasanya wanita tida akan

menghasilkan telur (ovulasi) sebelum mendapatkan kembali haidnya selama menyusui (Saifuddin, 2009:129)

## 2) Riwayat Obstetri

Berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu, tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi PB, BB, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini (Saifuddin, 2009:129).

## 3) Riwayat nifas yang lalu

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan postpartum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai anak 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah, lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatan, lochea alba hari ke sepuluh sampai ke lima belas warna putih dan kekuningan. Ibu dan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus dan ibu menyusui kurang lebih 2 tahun, Adanya

bandungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010:201)

#### 4) Riwayat KB

Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama menyusui. Oleh karena itu, metode amenorhe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru (Saifuddin, 2009:129). Pemeriksaan postpartum merupakan waktu yang tepat untuk memberikan metode KB untuk menjarangkan atau menghentikan kehamilan. Khusus untuk mendapatkan pelayanan kontrasepsi wanita (metode operasi wanita) sama sekali tidak diperlukan hamil. Pelayanan kontrasepsi wanita dapat dilayani setiap saat dikehendaki (Manuaba, 2012:204)

#### f. Pola kebiasaan sehari-hari

##### 1) Nutrisi

Ibu menyusui harus mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup. Minumnya sedikitnya 3 liter air setiap harinya (dianjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui) (Saifuddin, 2009:128).

## 2) Eliminasi

Segera setelah postpartum kandung kemih, edema, mengalami kongesti, dan hipotonik, yang dapat menyebabkan overdistensi, pengosongan yang tidak lengkap, dan residu urine yang berlebihan kecuali perawatan diberikan untuk memastikan berkemih secara periodic. Efek persalinan pada kandung kemih dan uretra menghilang dalam 24 jam pertama postpartum, kecuali wanita mengalami infeksi saluran darah. Diuresis mulai segera setelah melahirkan dan berakhir hingga hari ke-5 postpartum. Diuresis merupakan rute utama tubuh untuk membuang kelebihan cairan interstisial dan kelebihan volume cairan (Varney, 2007:961). Miksi dan defekasi diatur sehingga kelancaran kedua sistem tersebut dapat berlangsung dengan baik (Manuaba, 2012:202).

## 3) Personal Hygiene

Mengajarkan pada ibu cara bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Sarankan pada ibu untuk mengganti pembalut setidaknya 2 kali dalam sehari.

Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya (Saifuddin, 2014:127)

Pakaian agak longgar terutama didaerah dada sehingga payudaratidak tertekan. Daerah perut tidak perlu diikat dengankencangkarena tidak akan mempengaruhi involusi. Pakaian dalam sebaiknya mebggunakan bahan yang dapat menyerap sehingga lochea tidak memberikan iritasi pada sekitarnya. Kassa pembalut sebaiknya di buang setiap saat terasa penuhdengan lochea (Manuaba,2010:202)

#### 4) Istirahat

Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah terjadinya kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal yaitu: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan merawat bayi dan dirinya sendiri (Saifuddin, 2009:127)

#### 5) Aktivitas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot-otot perut dan panggul kembali normal. Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu mengurangi rasa sakit pada punggung (Saifuddin, 2014:127)

#### 6) Seksual

Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu (Saifuddin, 2009:128)

#### 7) Pola kebiasaan

Merokok dapat menyebabkan penyempitan pembuluh darah didalam tubuh, termasuk pembuluh-pembuluh darah pada uterus sehingga menghambat proses involusi, sedangkan alkohol dan narkotika mempengaruhi kandungan ASI yang berlangsung mempengaruhi perkembangan psikologis bayi dan mengganggu proses bonding antara ibu dan bayi (Manuaba, 2010:122)

#### g. Riwayat psikososial spiritual

Menurut Anggraini (2010:136), ibu menunjukkan depresi ringan beberapa hari setelah melahirkan. Depresi tersebut sering disebut sebagai postpartum blues. Penyebab postpartum blues yang paling menonjol adalah kekecewaan emosional yang mengikuti rasa puas dan takut yang dialami kebanyakan wanita selama kehamilan dan persalinan, rasa sakit masa nifas awal, kelelahan karena kurang tidur, kecemasan pada

kemampuannya untuk merawat bayinya, rasa takut menjadi tidak menarik lagi bagi suaminya.

Menurut Suherni (2007:87-90) membagi 3 fase nifas menjadi 3 fase yaitu antara lain:

1) *Fase taking in*

Merupakan periode ketergantungan, periode ini terjadi dari hari ke-1 sampai hari ke-2 setelah melahirkan. Pada fase ini baru berfokus pada dirinya sendiri. Dalam fase ini ibu akan merasakan gangguan psikologis seperti:

- a) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya
- b) Ketidaknyamanan akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu
- c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya

2) *Fase taking hold*

a) Periode ini berlangsung 3 sampai 10 hari setelah melahirkan

b) Ibu mulai timbul rasa khawatir tentang ketidaknyamanan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayinya

c) Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan mulai mudah marah

### 3) *Fase letting go*

- a) Periode ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan
- b) Ibu sudah mulai menyesuaikan ketergantungan bayinya
- c) Ibu berkeinginan untuk merawat diri dan bayinya
- d) Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya

#### c. Latar belakang sosial budaya

Menurut Saifuddin (2014:130-131), kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan antara lain:

- 1) Menghindari makanan yang berprotein
- 2) Penggunaan bebet perut segera pada masa nifas (2-4 jam pertama)
- 3) Penggunaan kantong es batu pada masa nifas (2-4 jam pertama)
- 4) Penggunaan kantong es batu atau pasir untuk menjaga uterus berkontraksi karena merupakan perawatan yang tidak efektif untuk antonia uteri
- 5) Memisahkan bayi dari ibunya pada 1 jam setelah melahirkan karena masa transisi adalah masa kritis untuk ikatan batin ibu dan bayi

## 2. Data Obyektif

### a. Pemeriksaan umum

- 1) Kesadaran

Meliputi composmentis atau kesadaran penuh, apatis atau tidak acuh terhadap keadaan sekitarnya, sannolen atau koma (Indriasari, 2012:38)

## 2) Tanda-tanda vital

### (a) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolic yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari (Varney, 2007:961)

### (b) Nadi

Denyut nadi yang meningkat sekama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama postpartum. Hemoragi, demam selam apersalinan, dan nyeri akut tau persisten dapat mempengaruhi proses ini. Apabila denyut nadidiatas 100 selama puerperium adanya infeksi atau hemoragi postpartum lambat (Varney, 2007:961)

### (c) Suhu

Suhu 38°C atau lebih yang terjadi diantara hari ke-2 sampai hari ke-10 setelah melahirkan dan diukur sedikitnya 4 kali sehari. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi didalam masa nifas, dianggap sebagai infeksi

nifas jik atidak ditemukan sebab-sebab ekstragenital  
(Saifuddin, 2014:278)

(d)Pernafasan

Nafas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kekurangan cairan, elsaserbasi asma, dan embolus paru  
(Varney, 2007:961)

b. Pemeriksaan fisik

1) Kepala,rambut

Untuk mengetahui rambut rontok atau tidak, bersih atau kotor, dan berketombe atau tidak (Sulistyawati, 2012:181)

2) 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 odema atau tidak, muka pucet atau tidak (Hani, 2011:78)

3) Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemis, seklera normal berwarna putihhhh, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada

konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre-eklamsia (Romauli, 2011:384)

#### 4) Hidung

Untuk mengetahui simetris/tidak, bersih/tidak, ada polip/tidak, ada pernafasan cuping hidung/tidak (Varney, 2007:332)

#### 5) Mulut

Untuk mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut lihat warna bibir, apakah dia stomatitis apa tidak,. Untuk mengetahui adanya stomatitis, karies gisi, gusu berdarah atau tidak (Sulistyawati, 2012:181)

#### 6) Leher

Normal bila tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembengkakan kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011:384)

#### 7) Dada

Apakah simetris atau tidak, bersih atau tidak, ada benjolan atau tidak. Hal ini untuk mengetahui apakah ada tumor atau kanker (Saifuddin, 2009:124)

#### 8) Payudara

Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari hal berikut yaitu: puting susu pecah/pendek/rata, nyeri tekan payudara, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran

ASI (Saifuddin, 2009:124). Menunjukkan kolostrum dan penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui (Varney, 2007:969).

#### 9) Abdomen

Pada abdomen harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan kandung kemih (Saifuddin, 2009:124). Menurut Varney (2007:1064), pemeriksaan abdomen postpartum dilakukan selama periode postpartum dini (1 jam-5 jam) yang meliputi tindakan berikut:

##### a) Pemeriksaan kandung kemih

Dalam memeriksa kandung kemih mencari secara spesifik sindrom kandung kemih yang disebabkan oleh retensi urine akibat hipotonisitas kandung kemih karena trauma selama persalinan. Kondisi ini dapat mempredisposisi wanita mengalami infeksi kandung kemih

##### b) Pemeriksaan uterus

Mencatat lokasi, ukuran, dan konsistensi. Penentuan lokasi uterus dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada diatas atau dibawah umbilicus dan apakah fundus berada pada garis tengah abdomen atau bergeser ke salah satu lokasi dan ukuran saling tumpang tindih, karena

ukuran ditentukan bukan hanya melalui palpasi, tetapi juga dengan mengukur tinggi fundus uteri. Konsistensi uterus memiliki ciri keras dan lunak

c) Evaluasi tonus otot abdomen dengan memeriksa derajat diastasis

Penentuan jumlah diastasi rekti digunakan sebagai alat obyektif untuk mengevaluasi tonus otot abdomen. Diastasis adalah derajat pemisahan otot rektus abdomen (*Rektus abdominalis*). Pemisahan ini diukur menggunakan lebar jari ketika otot-otot abdomen berkontraksi dan sekali lagi ketika otot-otot tersebut relaksasi. Diastasis rekti diukur dengan cara-cara sebagai berikut:

- (1) Atur posisi wanita berbaring terlentang datar tanpa bantal dibawah kepalanya
- (2) Tempatkan ujung-ujung jari salah satu tangan anda pada garis tengah abdomen dengan ujung jari telunjuk anda dapat dibawah umbilicus dan jari-jari anda yang lain berbaris longitudinal kebawah kearah simfisis pubis. Tepi jari-jari anda harus menyentuh satu sama lain

#### 10) Genetalia

Pemeriksaan tipe, kualitas, dan baru lochea (Varney, 2007:969). Hal yang dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah jahitan laserasi atau luka episiotomy, pembengkakan luka dan hemoroid (Saifuddin, 2009:125)

#### 11) Ekstermitas

Flagmasia alba dolens yang mempengaruhi salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba, 2010:418)

#### c. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *sahli* dapat digolongkan sebagai berikut: tidak anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10g%, anemia sedang jika Hb 7-8 g%, anemia berat jika <7 g% (Manuaba, 2010:239)

#### d. Terapi yang didapat

Terapi yang diberikan pada ibu nifas menurut Sulistyawati (2009:100) yaitu:

- 1) Pil zat besi 40 tablet haru sdimum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari setelah melahirkan
- 2) Vitamin A 200.000 IU agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI

### **B. Diagnosa Kebidanan**

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh dari pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah kebidanan secara tepat. Dengan kreteria sebagai berikut:

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan

Diagnosa kebidanan:

PAPIAH hari ... postpartum normal dengan keadaan umum ibu baik/tidak baik (Sulistyawati, 2009:156). PAPIAH, postpartum hari ke... laktasi lancer, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah

gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Varney, 2010:974)

### C. Perencanaan

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan, bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakan. Dengan kriteria sebagai berikut:

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara *komprehensif*
2. Melibatkan klien dan keluarga
3. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
4. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
5. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada

a. Diagnosa: P1>APIAH, postpartum hari ke ... laktasi lancer, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara (Sulistyawati, 2009:126)

b. Tujuan: Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi pada ibu dan bayi

c. Kriteria: Menurut Manuaba (2012:114) adalah sebagai berikut:

1) Keadaan umum: kesadaran composmentis

2) Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)

3) Tanda-tanda vital

(1)TD: 110/70-130/90 mmHg

(2)S : 36-37,5°C

(3)N : 60-80x/menit

(4)R : 16-24x/menit (Sulistyawati, 2009:123)

4) Laktasi normal

ASI dibedakan menjadi 3 yaitu:

a) Kolostrum merupakan cairan pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara dari hari pertama sampai ketiga atau keempat setelah 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 immunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat

c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya, berwarna putih. Kandungan ASI matur relatif konstan tidak mengumpul biladi panaskan (Sulistyawati, 2009:123)

5) *Involusi* uterus normal

*Involusi* uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana kembali ke kondisi sebelum hamil (Pitriani, 2014:62)

Tabel 2.12  
Involusi Uterus

Involusi uterus	Tinggi fundus	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut atau lunak
7 hari (1 minggu)	Pertengahan pusat dan simfisis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	Menyupit

Sumber: (Ambarwati dkk, 2010:112)

6) Lochea normal

Lochea rubra (kureta) keluar dari hari ke-1 sampai ke-3 berwarna merah kehitaman. Lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke-4 sampai ke-7, berwarna putih bercampur merah. Lochea serosa, keluar dari hari ke-7 sampai ke-14,

berwarna kekuningan, Lochea alba keluar setelah hari 1. i ke-14 berwarna putih (Manuaba, 2010:201)

d. Intervensi menurut Suherni (2009:120):

1) Lakukan pemeriksaan KU, TTV, laktasi, involusi, dan lochea

R/ menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Saifuddin, 2009:123)

2) Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya

R/ menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makanan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Saifuddin, 2009:337)

3) Jelaskan pada ibu mengenai senam setelah persalinan

R/ latihan yang tepat untuk memulihkan/mengembalikan keadaan tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula (Mochtar, 2012:176)

4) Berikan konseling ibu tentang KB pascasalin

R/ untuk menjarangkan kehamilan (Mochtar, 2012:89)

5) Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya

R/ untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan (Marmi, 2012:395)

e. Masalah

1) Masalah 1 : Gangguan eliminasi

Tujuan : Masalah eliminasi transisi

Kriteria : Ibu bisa BAB dan BAK dengan lancer

Intervensi menurut Sulistyawati (2009:101) antara lain:

a) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB dan BAK sedini mungkin setelah melahirkan

R/ pasien tidak akan menahan untuk BAK maupun BAB jika terasa

b) Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan

R/ menghilangkan rasa takut pada pasien untuk melakukan BAB

c) Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah

R/ membantu memperlancar eliminasi

2) Masalah 2 : Nyeri pada luka jahitan perineum

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Sulistyawati (2009:134)

a) Observasi luka jahitan perineum

R/ untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi atau tidak

b) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar

R/ ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi

c) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu)

R/ mengurangi rasa nyeri pada luka jahitan perineum

d) Lakukan latihan kegel

R/ untuk meningkatkan sirkulasi di daerah tersebut dan membantu memulihkan tonus otot (Bahiyatun, 2009:122)

3) Masalah 3 : *After pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu

Intervensi menurut Suharti (2009:123-124) antara lain:

a) Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh

R/ kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain*

b) Sarankan ibu untuk tidur dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut

R/ posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri

c) Berikan analgesic jika perlu (paracetamol, asam mefenamat)

R/ mengurangi rasa nyeri

4) Masalah 4 : Pembengkakan payudara

Tujuan : masalah pembengkakan payudara teratasi

Kriteria : payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras

Intervensi menurut Manuaba (2010:420)

a) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali

R/ sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara

b) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara

R/ menyusui disalah satu payudara dapat membuat payudara yang satunya menjadi bengkak

c) Anjurkan ibu untuk memberikan kompres hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara

R/ air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang

- d) Anjurkan ibu untuk menggunakan bra yang kuat untuk meyangga dan tidak menekan payudara

R/ bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami

- e) Lakukan pengeluaran ASI secara manual jika payudara masih terasa penuh

R/ pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara

- f) Berikan terapi paracetamol 500 mg per oral setiap 4 jam bila diperlukan

R/ dapat mengurangi nyeri

#### **D. Implementasi**

Menurut keputusan mentr kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar Asuhan Kebidanan.

Bidan bisa melakukan rencana asuhan kebidanan secara *komprehensif, efektif, efisien*, dan aman berdasarkan *evidence based*

kepada klien/paisen, dalam bentuk upaya *promotif, preventif*, dan *rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

dengan kriteria:

1. Memperhatikan keunikan klien sevagai mahluk hidup bio-psikososial-spiritual-kultural

2. Melaksanakan tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarga (*inform consent*)
3. Melakukan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
4. Melibatkan klien/pasien
5. Menjaga privasi klien/pasien
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
9. Melaksanakan tindakan sesuai standar
10. Mencatat semua tindakan yang dilakukan

#### **E. Evaluasi**

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Evaluasi segera setelah selesai melakukan asuhan kepada klien atau keluarganya. Hasil evaluasi segera dicatat dan didokumentasikan pada klien atau keluarga. Hasil evaluasi harus ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien (Kepmenkes RI,2007:6)

## 2.2.4 Konsep Dasar Asuhan Neonatus

### A. Pengkajian Data

#### 1. Data Subjektif

##### a. Identitas bayi dan orang tua

Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh di lepas sampai penyerahan bayi (Manuaba, 2012:205)

##### b. Keluhan utama

Keluhan utama pada neonatus adalah bayi gelisah, tidak ada keinginan untuk menghisap ASI, bayi laper, tidak sabar untuk menghisap puting (Manuaba, 2010:205). Terjadi seborrhea, miliariasis, muntah dan gumoh, oral truch (sariwan/moniliasis), *diaper rush* (Marmi, 2012:207-208)

##### c. Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan prenatal dicatat bersama setiap masalah prenatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian prenatal termasuk laporan ultrasonografi, harus diuji. Kondisi prenatal dan kondisi inpartum yang dapat memengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir (Varney, 2007:916)

#### d. Riwayat natal

Usia gestasi pada saat kelahiran, lama persalina, presentasi janin dan rute kelahiran harus di tinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor resiko signifikan untuk satu prediksi infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna meconium meningkat resiko penyakit pernafasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesik, anestetik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomaly neonatus (Wals, 2012:368). Usia kehamilan aterm (37-40 minggu) kala I berlangsung 12 jam pada primigravida kemudian pada multigravida berlangsung 8 jam (Manuaba, 2010:37). Kala II pada primigravida berlangsung 2 jam sedangkan pada multigravida 1 jam (Mochtar, 2015:72). Bayi lahir aterm dengan berat 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, gerak aktif, dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) dengan umur kehamilan 37-40 minggu, mempunyai APGAR skor 7-10 (Manuaba, 2010:249). Setelah bayi lahir dilakukan IMD dengan kontak kulit bayi dengan kulit ibu selama 1 jam (Wiknjosastro, 2014:126)

e. Riwayat postnatal

Riwayat baru sejak lahir harus ditinjau ulang, termasuk pola menyusui, berkemih, defekasi, tidur dan menagis. Tanda vital, medikasi yang diberikan pada bayi baru lahir dan hasil laboratorium (Walsh, 2012:368). Meninjau kecacatan kelahiran bayi tentang tanda-tandavital dan prilaku bayi baru lahir. Prilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan meconium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal (Varney dkk, 2007:917)

f. Riwayat imunisasi

Vaksin HB pertama (*monovalent*) paling baik diberikan dalam waktu 12 jam setelah bayi lahir dan didahului pemberian suntikan vitamin K1 minimal 30 menit sebelumnya. Jadwal pemberian vaksin HB (*monovalent*) adalah usia 0,1 dan 6 bulan. Bayi baru lahir dari ibu HBsAg positif, diberikan vaksin HB dan immunoglobulin hepatitis B (HBIg) pada ekstermitas yang berbeda (Varney dkk, 2007:917)

g. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berta badan. Taksiran kebutuhan selama 2 bulan pertama adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secar umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari (Marmi, 2012:379)

Tabel 2.13  
Kebutuhan dasar cairan dan kalori pada neonatus

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

Sumber: Saifuddin, 2012:380

2) Eliminasi

a) Buang air kecil (BAK)

BAK bayi normalnya mengalami berkemil 7 sampai 10 kali perhari. Untuk menjaga bayi agar tetap bersih, hangat dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang

kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tidak dikeluarkan selama 12-24 jam (Marmi, 2012:77)

b) Buang air besar (BAB)

Bayi yang pencernaannya normal akan BAB [ada 24 jam pertama dan dalam 4 hari. BAB pertama ini disebut meconium. Feses pertama ini biasanya berwarna hijau kehitaman dan lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel (Marmi, 2012:77). Sejak hari ke tiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan (Fraser dkk, 2009:711)

3) Pola tidur

Bayi baru lahir biasanya akan tidur pada sebagian besar waktu diantarawaktu makan, namun akan waspada dan beraksi ketika terjaga, ini adalah hal yang normal dalam 2 minggu pertama. Perlahan bayi sering terjaga diantara waktu menyusui (Dewi, 2010:26)

Tabel 2.14  
Perubahan pola tidur bayi

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

Sumber: Dewi, 2011:29

#### 4) Aktivitas

Bayi dapat menagis sedikitnya 5 menit perhari sampe sebanyak-banyaknya 2 jam perhari. Tergantung pada tempet aman individu. Alasan paling umum untuk menagis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah dan situasi berlebihan (Walsh, 2010:368)

#### 5) *Personal hygiene*

Kulit bayi baru lahir sangat rentan mengering. Kulit kering yang berlebihan pada bayi menyebabkan ketidaknyamanan dan dermatitis popok (Walsh, 2010:368). Bayi dimandikan ditunda samapai 46 jam setelah kelahiran (Walsh, 2012:377). Perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap lering dan bersih. Cuci tangan dengan sabun sebelum merawat tali pusat (Saifuddin, 2009:370)

#### 6) Riwayat psikososal

Kontak awal ibu dneganbayi setelah kelahiran melalui sentuhan, ontak mata, suara, aroma, bioritme akan

berbentuk ikatan sayang antara ibu dan orang tua (Marmi, 2011:207)

## 2. Data Objektif

### a. Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menagis kuat, minum baik, suhu  $36,5-37^{\circ}\text{C}$  (Wiknjosastro, 2010:256). Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan (Saifuddin, 2009:137)

### b. Tanda-tanda vital

#### 1) Nada

Frekuensi jantung bayi cepat sekisar 120-160x/menit (Marmi, 2014:114)

#### 2) Suhu

Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis thermometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang  $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$  dan suhu kulit abdomen dalam rentang  $36-36^{\circ}\text{C}$  (Varney, 2007:882)

#### 3) Pernafasan

Bayi baru lahir selama 1 menit penuh dengan mengobservasi gerakan naik turun perut bayi. Pernafasan bayi dapat naik turun, semakin lambat atau semakin cepat

dari waktu ke waktu, kondisi ini normal. Pada pernafasan normal, perut dan dada bergerak hamper bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi (Saifuddin, 2009:135). Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30-60 kali per menit. Pernafasan merupakan diafragma dan abdomen (Varney, 2007:717)

#### 4) APGAR SCORE

Tabel 2.15  
Apgar score

Tanda	Nilai: 0	Nilai: 1	Nilai: 2
Appearance (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstermitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	<100	>100
Grimace (tonus otot)	Tidak ada	Ekstermitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Activity (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menagis
Respiration (pernafasan)	Tiadak ada	Lemah/tidak teratur	Menagis

Sumber: Varney, 2007:275

#### c. Antropometri

##### 1) Panjang badan

Panjang badan diukur sampai tumit, dengan keyakinan bahwa kaki terekstensi penuh (Walssh, 2010:368). Menurut Varney (2007:921) Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terlentang rata terhadap

permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan keras di meja pemeriksaan di beri tanda. Setelah bayi baru lahir di pindahkan, bidan kemudian dapat mengukur Panjang bayi dalam satuan sentimeter. Ukuran normal Panjang bayi baru lahir adalah 48-50 cm (Wiknjosastro, 2009:119)

## 2) Berat badan

Berat badan bayi rata-rata adalah 2500-4000 gram (Marmi, 2014:214)

## 3) Ukuran kepala

Ukuran kepala bayi aterm dibagi menjadi ukuran mukabelakang dan ukuran melintang menurut Manuaba (2010:158) ukuran kepala belakang di bagi menjadi 5 antara lain

- a) Diameter suboksipito-bregmatika: 9,5-10 cm
- b) Diameter oksipito-frontalis: 11-12 cm
- c) Diameter mento-frontalis: 12 cm
- d) Diameter mento-mentalis: 13,5-15 cm
- e) Diameter sub mento-bregmentika: 9,5-10 cm

Ukuran melintang di bagi sebagai berikut:

- a) Diameter biparietalis: 9,5-10 cm
- b) Diameter bitemporalis: 8-10 cm
- c) Cirkumferensial fronto-oksipitalis:  $\pm 33-35$  cm
- d) Cirkumferensial mento-oksipitalis:  $\pm 34-35,5$  cm

e) Cirkumferensial suboksipito bregmantika:  $\pm 32-34$  cm

f) Lingkar dada: 30-38 cm

g) Lingkar lengan 11-12 cm (Vivian, 2010:12-15)

d. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilnya normal. Sutura yang berjarak lebar mengidentifikasi bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya: *caput suksendanum* (ciri-cirinya pada perabaan teraba benjolan lunak, berbatas tidak tegas, tidak berfluktasi tetapi bersifat edema tekan), *sefal hematoma* (ciri-cirinya pada perabaan teraba adanya fluktuasi karena merupakan timbunan darah, biasanya tampak di daerah tulang parietal, sifatnya perlahan-lahan tumbuh benjolan biasanya baru tampak jelas setelah bayi lahir dan membesar sampai hari kedua dan ketiga). Perdarahan sub aponeurotik atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan adanya kelainan seperti *anensefali*, *mikrosefali*, *kraniotabes* dan sebagainya

(Marmi, 2014:221)

2) Rambut

Rambut bayi lembut dan halus, beberapa bayi umumnya tidak memiliki rambut, sedangkan sebagai bayi lainnya

memiliki rambut yang lebat (Fraser dkk, 2009:709). Ubun-ubun belakang menutup pada minggu ke-6 sampai ke-8. Ubun-ubun depan tetap terbuka hingga bulan ke-18 (Fraser dkk, 2009:712). Bayi yang mengalami soborea akan terdapat ruam tebal berkeropeng berwarna kuning dan terdapat ketombe dikepala (Marmi, 2012:221-223)

### 3) Wajah

Wajah harus tampak simetris. Terkadang wajah bayi tampak simetris asimetris hal ini dikarenakan posisi bayi di intrauterin. Perhatikan kelainan wajah yang khas seperti sindrom piere robin. Perhatikan juga kelainan wajah akibat trauma lahir seperti laserasi, paresi dan fasialis (Marmi, 2014:221)

### 4) Mata

Goyangkan kepala bayi secara perlahan-lahan supaya mata bayi terbuka. Periksa jumlah, posisi atau letak mata. Periksa adanya strabismus yaitu koordinasi mata yang belum sempurna. Periksa adanya glaucoma kongenital, mulanya akan tampak sebagai pembesaran kemudian sebagai kekeruhan pada kornea. Periksa juga adanya trauma seperti perdarahan konjungtiva. Periksa adanya secret pada mata, konjungtivitis oleh kuman gonokokus dapat menjadi

ponaftalmia dan menyebabkan kebutuhan (Marmi, 2014:221-224)

#### 5) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi, 2014:224)

#### 6) Mulut

Simetris, tidak ada sumbing (skisis), reflek hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeosofagus (Walsh, 2010:370)

#### 7) Telinga

Telingga harus menempel pada titik garis horizontal dari kantus luar mata. Kartilago harus keras dan berkembang baik. Pendengaran harus baik, bayi harus terkejut dengan bunyi keras dan mampu memalingkan perhatian kearah suara yang dikenalnya (Walsh, 2010:302)

#### 8) Leher

Simetris, tidak teraba massa dan pembesaran tyroid, tidak ada krepitus atau fraktur (Walsh, 2010:302). Leher bayi biasanya pendek dan diperiksa ke simetrisannya. [ergerakan harus baik, Jika terdapat keterbatasan

pergerakan kemungkinan ada kelainan tulang leher. Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksi brakhealis (Marmi, 2014:224)

#### 9) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotpraks, 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, 2014:224). Pernafasan diafragma, dada, perut naik dan turun (Fraser dkk, 2009:710)

#### 10) Aksila

Aksila harus dipalpasi, dan nodus kecil dapat terlihat ada beberapa neonatus sehat. Neonatus yang pernah terpajanpada HIV mengalami limfadenopati aksilaris (Walsh, 2010:335)

#### 11) Abdomen

Abomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan, jika perut sangat cekung kemungkinan terdapat hernia diafragmatika. Abdomen membuncit

kemungkinan karena hepatosplenomegali atau tumor lainnya. Dan apabila perut kembung kemungkinan adanya enterokolitis vesikalis, omfalokel atau ductus omfaloentrikus persisten (Marmi, 2014:226).

## 12) Punggung

Bayi harus dibalik sehingga pemeriksaan dapat menginfeksi lipatan luteal untuk simetrisitas. Lipatan yang asimetris dapat menunjukkan abnormalitas panggul atau tungkai. Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomaly medulla spinalis (Walsh, 2010:339). Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomaly medulla spinalis (Walsh, 2010:373). Pada bokong bayi yang mengalami *diaper rash* akan timbul bintik-bintik k merah (Marmi, 2012:215)

## 13) Genetalia

### a) Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormon ibu.

Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretraterpisah dengan lubang vagina (Marmi, 2014:226)

b) Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadias (Marmi, 2014:224)

14) Anus

Mekonium secara umum keluar pada 24 jam pertama, jika sampai 48 jam belum keluar kemungkinan adanya meconium plug syndrom megakolom atau obstruksi saluran pencernaan (Marmi, 2014:235)

15) Ekstermitas

Ukuran setiap tulang harus proporsional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus terdapat 10 jari. Telapak harus teraba secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lakukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penghubungan jari-jari, dan polidiktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada jari. Panjang tulang pada ekstermitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong beresiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh, 2010:371-372)

## 16) Kulit dan kuku

Dalam keadaan normal, kulit berwarna kemerahan kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan. Pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan. Waspada timbulnya kulit dengan warna kulit yang tidak rata (*Cutis Marmorata*), telapak tangan, telapak kaki, atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat atau kuning. Bercak-bercak besar biru yang sering terdapat di sekitar bokong (*mongolian spot*) akan menghilang pada umur 1-5 tahun (Saifuddin, 2010:137). Kulit bayi bayi baru lahir yang normal tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki Ph berbeda. Rambut halus disebut dengan lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat dibahu, lengan atas dan paha, warna kulit bayi bergantung pada asal suku, bervariasi mulai dari merah muda dan putih hingga coklat kekuningan atau coklat tua (Fraser, 2009:709)

### e. Pemeriksaan penunjang

Untuk menunjang diagnosa penyakit guna mendukung atau menyingkirkan diagnosa lainnya (Nurmalasari, 2010:157)

f. Pemeriksaan reflek

1) Refleksi melangkah

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

2) Refleksi menelan (*swallowing reflex*)

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

3) Refleksi berkedip (*glabellar reflex*)

Pada saat pangkal hidung diketuk secara perlahan, bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 pada ketukan pertama (Marmi, 2014:246).

4) Refleksi menghisap (*sucking reflex*)

Benda menyentuh bibir disertai refleksi menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu.

5) Reflekmencari (*rooting reflex*)

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

6) Reflek menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Marmi, 2014:246)

7) Reflek terkejut (*morro reflex*)

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

8) Reflek babinsky

Goreskan telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi rateral telapak kaki kearah atas kemudiangerakkan jari sepanjang telapak tangan kaki. Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Marmi, 2014:247).

9) Reflek menoleh (*tonikneck reflex*)

Eksremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respon ini dapat tidak ada atau lengkap segera setelah bayi lahir (Marmi, 2014:247).

10) Reflek ekstruksi

Cara mengukurnya dengan sentuh lidah dengan spatel lidah. Pada kondisi normal lidah ekstensi kea rah luar bila disentuh dengan jari atau putting (Marmi, 2014:72).

**B. Diagnosa Kebidanan**

Menurut Kemenkes RI (2011:8) perumusan diagnosa atau masalah kebidanan, bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara adekuat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Dengan perumusan diagnosa atau masalah adalah:

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
3. Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir usia.... Jam/hari diberikan kepada bayi baru lahir dengan masalah sebagai berikut, hemangioma, ikterik, muntah, gumoh, diaperash, seborrhea, bisulan, miliarasis,

diare, obstipasi, infeksi, dan bayi meninggal mendadak (Marmi, 2014:211)

### C. Intervensi

Menurut Varney (2007:756), Diagnosa: diagnosa yang dapat ditegakkan adalah bayi baru lahir normal, usia ...jam/hari, bayi baru lahir tangga, dengan normal, tangisan kuat, warna kulit merah, tonus ototbaik, BB (2500-4000), PB (48-52)

Tujuan : bayi tetap dalam keadaan normal dan bayi tidak mengalami infeksi dan hipotermi

Kreteria:

1. Bayi tampak sehat, kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menagis kuat, minum ASI (Wiknjosastro, 2009:176)
2. Nadi 120-160x/menit
3. Suhu tubuh 36,5-37°C
4. Frekuensi pernafasan rata-rata 40x/menit, rentang 30-60x/menit (Varney, 2007:657)
5. Berat badan 2500-4000 gram

Intervensi:

- a. Lakukan *inform consent*

R/ *inform consent* merupakan langkah awal untuk melakukan tindakan lebih lanjut

- b. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan

R/ cuci tangan merupakan prosedur pencegahan kontaminasi silang

c. Beri identitas bayi

R/ identitas merupakan cara yang tepat untuk menghindari kekeliruan

d. Bungkus bayi dengan kain kering dan lembut

R/ membungkus bayi merupakan mencegah hipotermi

e. Rawat tali pusat dan membugkus dengan kassa

R/ tali pusat yang terbungkus merupakan cara mencegah infeksi

f. Timbang berat badan setiap hari setelah dimandikan

R/ deteksi dini pada pertumbuhan dan kelainan pada bayi

g. Ukur suhu tubuh bayi, denyut jantung dan respirasi setiap jam

R/ Deteksi dini terhadap adanya komplikasi

h. Anjurkan ibu untuk mengganti popok setelah basah merupakan salah satu cara untuk menghindari bayi dari kehilangan panas

R/ Segera mengganti popok setelah basah merupakan salah satu cara untuk menghindari bayi dari kehilangan panas

i. Anjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif

R/ ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh/kebutuhan nutrisi 60 cc/kg/hari

j. Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir

R/ hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah (Wiknjosastro, 2009:174)

1) Masalah 1 : Resiko hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria :

a) Suhu bayi 36.5-37,5°C (Marmi, 2014,207).

b) Bayi menetek kuat, tidak lesu, akral hangat, denyut jantung bayi 120-160x/menit, kulit tubuh bayi lembab, turgor baik (Saifuddin, 2009:97-100).

Intervensi menurut Marmi (2012:302)

(1) Kaji suhu bayi lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit

R/ Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh yang dapat menjadi indikator awal setres dingin.

(2) Kaji tanda-tanda hipotermi

R/ Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal yang berakhir dengan kematian.

(3) Cegah kehilangan panas tubuh bayi melalui konduksi, konveksi, radiasi, evaporasi

R/ Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Radiasi adalah

kehilangan panas yang terjadi karena bayi-bayi ditempatkan didekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih

rendah dari suhu tubuh bayi. Evaporasi adalah kehilangan

panas yang terjadi karena penguapan cairan ketuban pada

permukaan tubuh oleh panas yang terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

2) Masalah 2 : Resiko hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria menurut (Marmi, 2012:306)

- a) Kadar gula dalam darah kurang lebih 45 mg/Dl
- b) Tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, alergi, pernafasan, pernafasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah hipotermi

Intervensi menurut (Marmi, 2012:306) adalah:

- 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 hipoglikemi
- b) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemia  
R/ tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut
- c) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang beresiko hipoglikemi  
R/ nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia

d) Kaji kadar glukosa 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 saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2-4 jam hingga stabil

e) Berikan tindakan yang meningkatkan rasa nyaman saat istirahat dan mempertahankan suhu lingkungan yang optimal  
R/ tindakan tersebut dapat mengurangi aktivitas dan konsumsi glukosa serta menghemat tingkat energi bayi

3) Masalah 3 : Resiko ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria :

- a) Kadar bilirubin serum tidak kurang dari 12,5 mg/Dl
- b) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine (Marmi, 2012:279)

Intervensi menurut Marmi (2012:284)

(1) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit

R/ menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah dieksresikan

(2) 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

(3) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik

R/ pola penerimaan ASI yang buruk, alergi, gemetar, menagis kencang dan tidak adanya reflek moro merupakan tanda-tanda awal ensepolopati bilirubin (kem icterus)

(4) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan 2-4 jam

R/ Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau entemhepaik. Jika kebutuhan normal nutrisi terpenuhi akan mempermudah keluarnya mekonium

4) Masalah 4 : Muntah dan gumoh

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum

Kriteria : tidak muntah dan gumoh setelah minum dan bayi tidak rewel

Intervensi menurut (Marmi, 2012:207-208)

a) Hentikan menyusui bilabayi mulai rewel atau menagis

R/ mengurangi masuknya udara yang berlebihan

b) Sendawakan bayi selesai menyusui

R/ bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk  
keperut bayi setelah menyusui

5) Masalah 5 : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi

Kriteria : Tidak terjadi gelembung-gelembung kecil berisi  
cairan di seluruh tubuh

Intervensi menurut (Marmi, 2012:22-29)

c) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan  
terlebih dahulu

R/ pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran  
keringat sehingga dapat mempengaruhi maliariasis

b) Kenakan pakaian katun untuk bayi

R/ bahan katun dapat menyerap keringat

c) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari

R/ mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta  
keringat yang berlebihan

d) Bawa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka, atau  
lecet, rewel dan sulit tidur

R/ penatalaksanaan lebih lanjut

e) Bila bekeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering atau washlap basah

R/ meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat

#### **D. Implementasi**

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotife, preventif, kuratif, dan rehabilitatif*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan kriteria:

1. Memperhatikan keunikan klien/pasien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
2. Setiap tindakan asuhan gharus mendapatkan persetujuan dari klien atau keluarga (*inform consent*)
3. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan *evidence based*
4. Melibatkan klien/pasien
5. Menjaga privasi klien/pasien
6. Melakukan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan

8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
9. Melaksanakan tindakan sesuai standar
10. Mencatat semua tindakan yang telah di lakukan

#### **E. Evaluasi**

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang diberikan, sesuai dengan perkembangan kondisi klien. Dengan cara:

1. Penilaian dilakukan segera setelah melakukan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan direkomendasikan kepada klien dan atau keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai kondisi klien atau pasien

## 2.2.5 Konsep Asuhan KB

### A. Pengkajian Data

#### 1. Data subyektif

##### a. Biodata

##### 1) Nama istri/suami

Mengetahui nama klien dan suami berguna untuk memperlancar komunikasi dalam asuhan sehingga tidak terlihat kaku dan lebih akrab (Walyani, 2015:118)

##### 2) Umur

Wanita usia <20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menunda kehamilan, usia 20-25 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia >35 tahun untuk mengakhiri kesuburan (Saifuddin, 2013:9)

##### 3) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien tersebut untuk membimbing atau mengarahkan pasien dalam berdoa (Ambarwati, 2011:132)

##### 4) Pendidikan

Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang di anjurkan yaitu kontap, suntikan KB, susuk KB, atau alat suntik bawah kulit, AKDR (Manuaba, 2012:592)

## 5) Pekerjaan

Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak di duga (Mochtar, 2011:194)

## 6) Alamat

Wanita yang tinggal di tempat terpencil mungkin memilih metode yang tidak mengharuskan mereka berkonsultasi secara teratur dengan petugas keluarga berencana (Walsh, 2007:10)

### b. Keluhan utama

Keluhan utama adalah saat kenapa klien datang ke tempat bidan. Hal ini di sebut tanda atau gejala, di tuliskan sesuai dengan yang diungkapkan oleh klien serta tanyakan juga sejak kapan hal tersebut di keluhkan oleh klien (Walyani, 2015:119)

### c. Riwayat kesehatan

1) Penggunaan kontrasepsi hormonal tidak di perbolehkan pada ibu yang menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara, diabetes miletus disertai komplikasi, penyakit hati akut, jantung, stroke (Affandi, 2012:34)

2) Kontrasepsi implant dapat digunakan pada ibu yang menderita tekanan darah <180/110 mmHg dengan masalah pembekuan darah, anemia bulan sabit (sickle cell) (Affandi, 2012:35)

3) Penyakit stroke, penyakit jantung coroner/infark, kanker payudara tidak di perbolehkan menggunakan kontrasepsi pil progestin (Affandi, 2012:35)

4) Untuk menurunkan morbiditas dan mortalitas wanita penderita penyakit jantung dalam kehamilan, persalinan dan nifas, perlu konseling prakonsepsi dengan memperhatikan resiko masing-masing penyakit. Pasien dengan kelainan jantung derajat 3 dan 4 sebaiknya tidak hamil dan dapat memilih cara kontrasepsi AKDR, tubektomi, atau vasektomi pada suami (Hanafi, 2011:79)

5) Ibu dengan penyakit infeksi alat genitalia (vaginitis, servisitits), sedang mengalami atau menderita PRP tau abortus septik, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang mempengaruhi kavum uteri, penyakit trofoblas yang ganas, TBC pelvik, kanker alat genitalia tidak di perkenankan menggunakan AKDR dengan progestin (Anwar, 2012:68)

d. Riwayat kebidanan

1) Haid

Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan setelah persalianan insersi implant dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah

terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Affandi, 2012: 77). Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera menggunakan metode KB lainnya (Affandi, 2012:83), wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil kb dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2010:94)

## 2) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

Pada pasien yang setelah melahirkan dan tidak menyusui masa infersilitasnya rata-rata belangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada pasien yang menyusui masa infertilitasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi, 2012:79). Riwayat kehamilan ektopik merupakan kontraindikasi penggunaan kontrasepsi minipil (Affandi, 2012:66). Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septiktidak boleh menggunakan kontrasepsi kontraindikasi KB IUD (Affandi, 2012:88)

## 3) Riwayat KB

Penggunaan KB hormonal (suntik) dapat digunakan pada akseptor, pasca penggunaan kontrasepsi jenis apapun (pil,

implant, IUD) tanpa ada kontraindikasi dari masing-masing jenis kontrasepsi tersebut (Hartanto, 2013:55). Pasien yang mengalami problem ekspulsi IUD, ketidak mampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontraindikasi untuk KB IUD (Hartanto, 2013:56)

e. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Nutrisi

DMPA mengandung pusat pengendalian nafsu makan di hipotalamus, yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari biasanya (Hartanto, 2013:57)

2) Eliminasi

Dilatasi ureter oleh pengaruh progestin, sehingga timbul statis dan berkurangnya waktu pengosongan kandung kencing karena relaksasi otot (Hartant, 2013:58)

3) Istirahat/tidur

Gangguan tidur yang di alami ibu akseptor KB suntik sering di sebabkan karena efek samping dari KB suntik tersebut (mual, pusing, sakit kepala) (Saifuddin, 2010:77)

4) Seksual

Pada penggunaan jangka Panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina serta menimbulkan linbido (Saifuddin, 2010:78)

## 5) Riwayat ketergantungan

Merokok terbukti menyebabkan efek sinergistik dengan pil oral dalam menambah resiko terjadinya miokard infark, stroke dan keadaan trombo-embolik (Hartanto, 2013:59).

Ibu yang menggunakan obat tuberculosis (Rifampisin), atau tidak boleh menggunakan pil progestin (Affandi, 2010:87)

## 2. Data obyektif

### a. Pemeriksaan umum

#### 1) Tanda-tanda vital

Suntikan progestin dan implant dapat digunakan untuk wanita yang memiliki tekanan darah <180/110 mmHG (Affandi, 2012:88). Pil dapat menyebabkan sedikit peningkatan tekanan darah pada sebagian besar pengguna (Fraser, 2009:44)

#### 2) Pemeriksaan antropometri

Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab pertumbuhan berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2013:88)

## b. Pemeriksaan fisik

### 1) Muka

Timbul hirsutisme (tumuh rambut/buluberlebih di daerah muka) pada penggunaan kontrasepsi progestin, tetapi sering sangat jarang terjadi (Affandi, 2012:44)

### 2) Mata

Kehilangan pandangan atau penglihatan kabur merupakan peringatkn kusus untuk pemakai pil progestin, akibat terjadiperdarahan hebat kemungkinan terjadi anemia (Affandi, 2012:45)

### 3) Payudara

Kontrasepsi suntikan tidak menambah resiko terjadinya karsinoma seperti payudara atau serviks, namun progsteron termasuk DMPA digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2013:55). Keterbatasan pada penggunaan kb progestin dan implant akan timbul nyeri pada payudara (Affandi, 2012:56). Terdapat benjolan atau kanker payudara tidak boleh menggunakan implant (Affandi, 2012:57)

### 4) Abdomen

Peringatkn kusu bagi pengguna implant apabila di sertai rasa nyeri perut bagian bawah yang hebat

kemungkinan terjadi kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010:38)

#### 5) Genetalia

DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2013:44). Ibu mengatakan varises di vulva dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012:57). Efek samping yang umum terjadi dari pengguna AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak. Perdarahan (spotting) antara menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid (Affandi, 2012:59)

#### 6) Ekstermitas

Pada pengguna implant, luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah di sertai dengan nyeri pada lengan (Affandi, 2012:59). Ibu dengan varises ditungkai dapat menggunakan AKDR (Affandi, 2012:62), untuk kontrasepsi IUD, selain dilakukan pemeriksaan fisik juga dilakukan inspekulo dan bimanual untuk penapisan yang diuraikan sebagai berikut (Siswanto, 2013:62)

##### a) Pemeriksaan inspekulo

Dilakukan untuk mengetahui adanya lesi atau keputihan pada vagina. Selain itu juga untuk mengetahui ada atau tidaknya tanda-tanda kehamilan

b) Pemeriksaan bimanual

Pemeriksaan bimanual dilakukan untuk:

- (1) Memastikan bimanual serviks bebas
- (2) Menentukan besar dan posisi uterus
- (3) Memastikan tidak ada tanda infeksi atau tumor pada adneksa

**B. Diagnosa Kebidanan**

PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terkecil usia.... Tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontra indikasi, keadaan umum baik, dengan kemungkinan masalah mual, sakit kepala, *amenorrhea*, perdarahan/bercak, nyeri perut bagian bawah, perdarahan pervagina, prognosa baik (Saifuddin, 2010:88)

**C. Perencanaan**

Diagnosa : PAPIAH usia 15-49 tahun, anak terakhir usia.... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontra indikasi, keadaan umum baik, prognosa baik.

Tujuan :

1. Setelah dilakukan tindakan perawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif
2. Pengetahuan ibu tentang macam-macam cara kerja kelabihandan kekurangan serta efek samping KB bertambah
3. Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya

Kriteria :

1. Pasien dapat kembali menjelaskan penjelasan yang diberikan petugas
2. Ibu memilih salah satu KB yang sesuai
3. Ibu terlihat tenang

Intervensi menurut Saifuddin (2010:66)

1. Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan  
R/ meyakinkan klien membangun rasa percaya diri
2. Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya (pengalaman KB, kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan)  
R/ dengan mengetahui informasi tentang diri klien akan dapat membantu klien dengan apa yang di butuhkan klien
3. Uraikan kepada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontra indikasi  
R/ penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan
4. Buatlah klien menentukan pilihan  
R/ klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya
5. Diskusikan pilihan klien dengan pasangan klien  
R/ penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien

6. Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya

R/ penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut

7. Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang

R/ kunjungan ulang di gunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi

**Masalah**

1. Masalah 1 : *Amenorhea*

Tujuan : setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaannya

Intervensi menurut Affandi (2012:64)

a. Kaji pengetahuan klien tentang *amenorrhea*

R/ mengetahui tingkat pengetahuan pasien

b. Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan darah haid tidak terkumpul di dalam rahim

R/ ibu dapat merasa tenang dengan keadaannya

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. Masalah2 : Pusing

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : tidak terasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi menurut Affandi (2012:67)

a. Kaji keluhan pusing pasien

R/ membantu menegakan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan

b. Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R/ akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal

c. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R/ teknik distraksi dan relaksasi dapat mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri

3. Masalah 3 : Perdarahan bercak/*spotting*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria : keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut Affandi (2012:69)

a. Jelaskan bahwa perdarahan ringan terjadi di jumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah dan biasanya tidak memerlukan pengobatan

R/ klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek samping menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/*spotting*

b. Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya

4. Masalah 4 : Perdarahan pervagina yang hebat

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibutidak khawatir dengan keadaannya

Intervensi menurut Affandi (2012:79)

1. Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik

R/ tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvik adalah adanya berupa perdarahan yang banyak

2. Berikan ibu terapi profen (800 mg, 3 kali sehari selama 1 minggu) untuk mengurangi perdarahan dan berikan tablet besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan)

R/ terapi ibu profen dapat membantu mengurangi nyeri dan karena perdarahan yang banyak maka di perlukan tablet tambah darah

3. Lepaskan AKDR jika klien menghendaki

R/ perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR

#### **D. Implementasi**

Menurut keputusan menteri kesehatan RI Nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan rencana asuhan kebidanan secara komperhensif, efesien, efektif, dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya *promotife, prefentif, kuratif, dan rehabilitatife*. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan dengan kriteria:

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien/keluarga (*inform consent*)
3. Melakukan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
4. Melibatkan klien dan keluarga
5. Menjaga privasi klien/pasien
6. Melakukan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
9. Melaksanakan tindakan sesuai standar
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

#### **E. Evaluasi**

Menurut keputusan menteri kesehatan RI nomor 938/Menkes/SK/VII/2007 tentang standar asuhan kebidanan, bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang 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 di dekokumentasikan pada klien dan keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
4. Hasil evaluasi ditinjau lanjut sesuai dengan kondisi klien/pasien

