

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### Konsep Dasar Teori

#### 2.1 Kehamilan

##### 1.1.1 Pengertian kehamilan

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

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu/ 9 bulan 7 hari) yang dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) (Tesnawati, 2012).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* kemudian dilanjutkan dengan Nidasi atau *implementasi* (Parwirohardjo, 2014).

##### 1.1.2 Proses kehamilan

Bertemunya sel sperma laki laki dengan sel telur *ovum* matang dari wanita yang kemudian terjadi pembuahan, proses inilah yang mengawali suatu kehamilan. Proses terjadinya kehamilan harus ada sperma, ovum, pembuahan *ovum* (konsepsi), implantasi (nidasi), yaitu pelekatan embrio

pada dinding rahim, hingga pembentukan plasenta. Dalam proses pembuahan, dua unsur penting yang harus ada yaitu sel telur dan sel sperma. sel telur diproduksi oleh indung telur atau ovarium wanita, saat terjadi ovulasi seorang wanita setiap bulannya akan melepaskan satu sel telur yang sudah matang, yang kemudian ditangkap oleh rumbai-rumbai (*micrflamen fimbria*) dibawa masuk ke rahim melalui saluran telur (*tuba fallopi*), sel ini dapat hidup dalam kurun waktu 12 hingga 48 jam setelah *ovulasi*. Berbeda dengan wanita yang melepas satu sel telur setiap bulan, hormon pria *testis* dapat terus bekerja untuk menghasilkan sperma. Saat melakukan senggama (*ciotus*), berjuta-juta sel sperma (*spermatozoa*) masuk ke dalam rongga rahim melalui saluran telur untuk mencari sel telur yang akan dibuahi dan pada akhirnya hanya satu sel sperma terbaik yang bisa membuahi sel telur.

a. Sel telur (ovarium)

Sel telur berada di dalam indung telur atau *ovarium*. Setiap bulannya melepaskan 1 sampai 2 *ovum* yang dilepaskan oleh *ovarium* yang disebut dengan proses *ovulasi*. Sel ovum dapat dibuahi apabila sudah melewati proses *oogenesis* yaitu proses pembentukan dan perkembangan sel telur di dalam ovarium dengan waktu hidup 24 sampai 48 jam setelah ovulasi. Sel telur memiliki lapisan pelindung berupa sel-sel *granulosa* dan zona *pellusida* yang harus ditembus oleh sperma untuk dapat terjadi suatu kehamilan (Megasari, 2015). ovarium berfungsi

mengeluarkan sel telur / *ovum* setiap bulan, dan menghasilkan hormon *esterogen* dan *progesteron*.

b. Sel sperma (*spermatozoa*)

sel sperma laki-laki yang berfungsi dalam proses fertilisasi. Tidak seperti kebanyakan sel yang membentuk organisme multiseluler, Sperma memiliki bentuk dan susunan yang sempurna yaitu kepala berbentuk lonjong agak gepeng berisi inti (*nucleus*), diliputi oleh *akrosom* dan *memran plasma*. Leher sperma menghubungkan kepala dan bagian tengah sperma. Ekor sperma mempunyai panjang kurang lebih 10 kali dari bagian kepala dan dapat bergetar sehingga sperma dapat bergerak dengan cepat.

Sama halnya dengan sel telur yang melalui proses pematangan, sel sperma juga melalui proses pematangan (*spermatogenesis*) yang berlangsung di *tubulus semiferua testis*. Meskipun begitu terdapat perbedaannya yang jelas yaitu setelah melalui proses penggandaan / replikasi DNA dan pembelahan sel dengan jumlah kromosom yang sama (*mitosis*) serta proses pembelahan sel dengan pengurangan materi genetik pada sel anak yang dihasilkan (*meiosis*) yaitu untuk satu *oogonium diploid* menghasilkan satu *ovarium haploid matur* / matang, sedangkan untuk satu *spermatogonium diploid* menghasilkan empat spermatozoa haploid matur. Dalam 100 juta sperma pada setiap

mililiter air mani yang dihasilkan, rata-rata 3 cc tiap ejakulasi, dengan kemampuan fertilisasi selama 2 sampai 4 hari. (Megasari, 2015)

c. Pembuahan ovum (konsepsi)

Menurut kamus besar Bahasa Indonesia konsepsi merupakan pertemuan inti sel jantan dan inti sel betina, definisi lain konsepsi / fertilisasi yaitu pertemuan sel ovum dan sel sperma (*spermatozoa*) dan membentuk zigot (Sunarti, 2013).

Sebelum terjadinya konsepsi dua proses penting juga terjadi, yang pertama ovulasi (runtuhnya / lepasnya ovum dari ovarium / indung telur sebagai hasil pengeluaran folikel dalam ovarium yang telah matang (matur). ovum yang sudah dilepaskan kemudian masuk ke dalam uterus (*tuba falopi*) dan dibantu oleh rumbai rumbai (*microfilamen fimbria*). ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam, apabila dalam waktu tersebut gagal bertemu dengan sperma, maka ovum akan mati dan hancur. Kedua *inseminasi* yaitu pemasukan sperma (*Ekspulsi Semen*) dari uretra pria kedalam genitalia / vagina wanita.

Berjuta juta sperma masuk kedalam saluran reproduksi wanita setiap melakukan *ejakulasi semen* / pemancaran cairan mani. (Sunarti, 2013). bila ovulasi terjadi pada hari tersebut, ovum dapat segera di buahi oleh sperma yang memiliki cukup banyak *Enzim Hialuronidase* (enzim yang menembus selaput yang

melindungi ovum). hanya ada satu sperma dari ratusan sperma yang dapat membuahi ovum dan membentuk zigot.

d. Fertilisasi

Fertilisasi adalah penyatuan gamet jantan dan betina untuk membentuk zigot yang diploid dan menimbulkan terbentuknya individu baru. Fertilisasi adalah proses ketika gamet pria dan wanita bersatu, yang berlangsung selama kurang lebih 24 jam, idealnya proses ini terjadi di ampulla tuba yaitu tabung kecil yang memanjang dari uterus ke ovarium pada sisi yang sama sebagai jalan untuk oosit menuju rongga uterus juga sebagai tempat biasanya terjadi fertilisasi.

Sebelum keduanya bertemu, terdapat tiga fase yang terjadi diantaranya:

1) Fase penembusan korona radiatan

Dari 200-300 juta hanya sekitar 300-500 yang sampai di tuba fallopi yang bisa menebus korona radiata karena sudah mengalami proses kapasitasi.

2) Fase penembusan zona pellusida

Yaitu sebuah perisai glikoprotein di sekeliling ovum yang mempermudah dan mempertahankan peningkatan sperma dan menginduksi reaksi akrosom. Spermatozoa yang bisa menempel di zona pellusida, tetapi hanya

satu yang memiliki kualitas terbaik mampu menembus oosit.

3) Fase penyatuan oosit dan membran sel sperma

Setelah menyatu maka akan menjadi zigot yang mempunyai kromosom diploid dan terbentuk jenis kelamin baru. (Megasari, 2015)

e. Implantasi (Nidasi)

Pada hari keenam, lapisan trofoblas blastosis bersentuhan dengan endometrium uterus, biasanya terjadi di dinding posterior atas dan mulai berimplantasi. Pada lapisan luar sel (trofoblas), dapat mengeluarkan enzim proteolitik (enzim yang kaya protein) yang melarutkan sebagian endometrium. Jaringan endometrium banyak mengandung sel-sel desidua yaitu sel-sel besar yang banyak mengandung glikogen dan mudah dihapuskan oleh trofoblas, lalu sel-sel trofoblas menyekresi enzim yang mengikis endometrium untuk membantu penyediaan nutrisi bagi embrio yang tengah berkembang serta membantu melekatkan embrio pada endometrium. Blastula berisi masa sel dalam (inner cell mass) akan mudah masuk ke dalam desidua, menyebabkan luka yang kemudian sembuh dan menutup lagi. Saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua (tanda Hartman).

Masa kehidupan intra uterin manusia secara umum dibagi menjadi 3 periode utama, yaitu:

a) Periode germinal (zigot)

Periode ini berlangsung sejak ovum dibuahi hingga 10 sampai 14 hari kemudian (sekitar dua minggu). periode ini meliputi terjadinya zigot (sel telur yang dibuahi), dilanjutkan dengan pembelahan sel, dan terjadinya implementasi yaitu: penempelan zigot pada dinding rahim (Megasari, 2015). Zogot terdiri atas bahan genetik dari wanita dan pria, pada manusia terdapat 46 kromosom dengan rincian 44 dalam bentuk antsom ( kromosom yang bukan kromosom seks) sedangkan lainnya sebagai kromosom pebawa tanda seks, pada seorang pria pria satu kromosom X dan satu kromsom Y. sedangkan pada wanita dengan kromosom X, jika spermatozoa kromosom X bertemu, terjadi jenis kalamina wanita dan sedangkan bila kromosom seks Y bertemu, terjadi jenis kalamina pria, sehingga yang menentukan jenis kalamina adalah kromosom dari pria / pihak suami (Sunarti, 2013), sekitar 24 jam setelah konsepsi, zigot mengalami pembelahan menjadi 4 sel, 8 sel hingga 16 sel yang disebut blastomer (sel yang dihasilkan dari pembelahan ovum yang sudah dibuahi).

b) Embrionik

Fase embrionik adalah pertumbuhan dan perkembangan embrio dan fetus di dalam uterus saat masa kehamilan (gestasi) hingga melahirkan. Dalam fase embrionik ini dibagi ke dalam beberapa tahap yaitu: fertilisasi yaitu proses peleburan sperma dan sel telur (ovum) membentuk zigot diploid. Pada tahap ovulasi, oosit seunder terlepas dari ovarium dan ditangkap fimbriae dan berjalan ke oviduk (saluran telur), di tempat ini terjadi fertilisasi. Pembelahan sel, setelah fertilisasi menghasilkan sel-sel berukuran kecil membentuk morula. Zigot telah membelah membentuk morula akan memiliki rongga berisi cairan yang disebut blastosol, tahapan ini disebut sebagai tahap blastula. Kemudian fase gastrulasi, yaitu proses pembentukan 3 lapisan embrionik yaitu endoderm (tempat paru paru, hati pankreas dan usus bayi akan berkembang), mesoderm (berfungsi sebagai dasar untuk tulang bayi, otot, ginjal, dan sistem reproduksi), dan ektoderm (membentuk lapisan kulit terluar bayi, sistem syaraf pusat dan perifer, mata, serta telinga bagian dalam), pada tahap ini juga terbentuk lekuk lekuk pada embrio. Fase neurulasi, merupakan proses pembentukan bumbung



neural, neurulas pada manusia terjadi dimulai dengan lempeng neural yang terbentuk dari hasil penebalan lapisan endokrm. Organogenesis yaitu proses pembentukan organ di dalam tubuh (Megasari, 2015).

c) Fetal

Masa fetal meliputi masa pertumbuhan intrauterin antara usia kehamilan minggu ke 8 12 sampai dengan minggu ke 40 (pada kehamilan normal / aterm). sampai dengan janin memiliki struktur yang lengkap dan terus mengalami pertumbuhan yang pesat, sampai pada keadaan yang memungkinkan untuk hidup dan berfungsi di luar uterin. (Megasari, 2015).

**1.1.3 Tumbuh Kembang Janin Sampai Aterm**

- a) Bulan ke-0, Sperma membuahi ovum, membelah, masuk di uterus dan menempel pada hari ke-11 (Manuba, 2010).
- b) 4-6 minggu, Bagian tubuh embrio yang pertama muncul akan menjadi tulang belakang, otak, dan saraf tulang belakang, jantung, sirkulasi darah dan pencernaan juga sudah terbentuk. Terjadi pula pembentukan hidung, dagu, palatum, dan tonjolan paru. Jari-jari telah terbentuk, namun masih tergegang. Jantung telah terbentuk penuh (Arninda, 2018). Panjang janin pada usia 4-6 minggu kira-kira 7,5-10 mm (Manuaba, 2010: 89).

- c) 7-8 minggu, Panjang janin 250 mm. Jantung mulai memompa darah. Raut muka dan bagian utama otak dapat terlihat. Terbentuk telinga, tulang dan otot di bawah kulit yang tipis. Mata tampak pada muka, juga terdapat pembentukan alis dan lidah. Bentuk mirip manusia, dimulai pembentukan genitalia eksterna dan tulang (Manuba, 2010: 89). Sirkulasi melalui tali pusat juga sudah dimulai (Manuba, 2010).
- d) 9-10 minggu, Genitalia telah menunjukkan karakteristik laki-laki atau perempuan, tetapi masih belum terbentuk sempurna. Kepala meliputi separuh besar janin, terbentuk muka janin dan kelopak mata yang tak akan membuka mata sampai usia 28 minggu (Manuba, 2010).
- e) 11-12 minggu, Pada usia 11-12 minggu, panjang janin 7-9 cm. tinggi rahim diatas simpisis (tulang kemaluan). Embrio menjadi janin. Denyut jantung terlihat pada USG. Mulai ada gerakan. Sudah ada pusat tulang, kuku, ginjal mulai memproduksi urin (Manuba, 2010).
- f) 13-16 minggu, Panjang janin 10-17 cm. Berat janin 100 gram. Tinggi rahim setengah atas simpisis-pubis. Sistem muskuloskeletal sudah matang, sistem saraf mulai melakukan kontrol. Pembuluh darah berkembang cepat. Tangan janin dapat menggenggam. Kaki menendang aktif. Pankreas memproduksi insulin. Kelamin luar sudah dapat ditentukan jenisnya. Kulit merah tipis, uterus telah penuh, desidua parietalis dan kapsularis (Manuba, 2010: 89). Peristiwa ini merupakan awal trimester ke-2. Telah tumbuh lanugo (rambut janin),

janin bergerak aktif, yaitu menghisap dan menelan air ketuban. Denyut jantung 120-150/menit (Manuba, 2010).

- g) 17-24 minggu, panjang janin 28-34 cm. Berat janin 600 gram. Tinggi rahim di atas pusat. Kerangka berkembang cepat. Berkembangnya sistem pernafasan. Kulit menebal, kelopak mata jelas, alis dan bulu tampak (Manuaba, 2010: 89).
- h) 25-28 minggu, Panjang janin 35-38 cm. Berat janin 1000 gram. Tinggi rahim antara pertengahan pusat-prosessus xifodeus. Janin bisa bernafas, menelan dan mengatur suhu. Terbentuk surfaktan dalam paru-paru. Mata mulai membuka dan menutup. Bentuk janin dua pertiga bentuk saat lahir (Manuba, 2010). Masuk ke trimester ke-3, dimana terdapat perkembangan otak yang cepat, sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh, 25 mata mulai membuka. Surfaktan mulai dihasilkan di paruparu pada usia 26 minggu, rambut kepala makin panjang, kuku-kuku jari mulai terlihat (Manuba, 2010).
- i) 29-32 minggu, Pada usia 29-32 minggu, simpanan lemak subkutan mulai memperhalus kerutan, janin telah memiliki kendali terhadap gerak pernapasan yang berirama dan temperature tubuh, refleks pupil muncul pada akhir bulan. Panjang janin 42,5 cm. Berat rahim 1700 gram. Tinggi rahim dua pertiga di atas pusat. Simpanan lemak berkembang di bawah kulit. Janin mulai menyimpan zat besi, kalsium dan fosfor. Kulit merah dan gerak aktif. Bila bayi dilahirkan ada kemungkinan hidup 50-70% (Manuba, 2010).

- j) 33-36 minggu, Berat janin sekitar 1500-2500 gram. Lanugo mulai berkurang, saat 35 minggu paru telah matur, janin akan dapat hidup tanpa kesulitan. Panjang janin 46 cm. Tinggi rahim setinggi processus xifodeus. Kulit penuh lemak, organ sudah sempurna (Manuaba, 2010: 90). Kemudian menurut, kulit menjadi halus tanpa kerutan, tubuh menjadi lebih bulat lengan dan tungkai tampak montok. Pada janin laki-laki biasanya testis sudah turun ke skrotum (Manuba, 2010).
- k) 37-40 minggu, Menurut Manuaba (2010: 90), panjang janin sekitar 50-55 cm. Berat janin 3000 gram. Tinggi rahim dua jari bawah processus xifodeus. Usia 38 minggu kehamilan disebut aterm, dimana bayi akan meliputi seluruh uterus. Air ketuban mulai berkurang, tetapi masih dalam batas normal. janin kini bulat sempurna dengan dada dan kelenjar payudara menonjol pada kedua jenis kelamin, kedua testis telah masuk ke dalam skrotum pada akhir bulan ini, kuku-kuku mulai mengeras. Warna kulit bervariasi mulai dari putih, hingga merah muda hingga merah muda kebiruan tanpa menghiraukan ras (Manuba, 2010).



Gambar 2.1 perkembangan janin 1

#### 1.1.4 Tanda-tanda kehamilan

Ada 2 tanda yang menunjukkan seorang wanita mengalami suatu kehamilan, yaitu tanda pasti dan tanda tidak pasti, tanda tidak pasti dibagi menjadi dua, pertama tanda subjektif (presumtif) yaitu dugaan atau perkiraan seorang wanita mengalami suatu kehamilan, kedua tanda objektif (probability) atau kemungkinan hamil. (Rasida.2020)

##### a. Tanda pasti

##### 1) Terdengar denyut jantung janin (DJJ)

Denyut jantung janin dapat didengarkan dengan stetoskop laennec / stetoskop pinard pada minggu ke 17-18. serta dapat didengarkan dengan *Doppler* sekitar minggu ke 12. auskultasi pada janin dilakukan dengan mengidentifikasi bunyi bunyi lain yang menyertai seperti bising usus, dan nadi ibu (Rasida.2020).

- 2) Melihat, meraba dan mendengar pergerakan anak saat dilakukan pemeriksaan
- 3) Merasakan gerakan janin dalam rahim
- 4) Melihat kerangka janin dengan rontgen atau USG (Rasida,2020).

b. Tanda tanda tidak pasti

1) Tanda subjektif (*presumtif*/dugaan hamil)

a) Amenorhea (terlambat datang bulan)

Yaitu kondisi dimana wanita yang sudah mampu hamil, mengalami terlambat haid / datang bulan.

b) Mual (*nausea*) dan muntah (*vomiting*)

Mual dan muntah dapat muncul akibat pengaruh dari hormon esterogen dan progesteron yang menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual dan muntah, yang sering terjadi pada pagi hari yang disebut dengan *morning sickness*.

c) Perubahan panyudara

Pengaruh esterogen dan progesteron menimbulkan deposit lemak, air dan garam pada panyudara.

Panyudara membesar dan tegang, ujung syaraf tertekan menyebabkan rasa sakit.

d) Sering miksi

Sering buang air kecil disebabkan karena kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Gejala ini akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala ini kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin.

e) Konstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (otot usus menurun) sehingga kesulitan untuk BAB.

f) Pigmentasi kulit

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.

g) Varises (penampakan pembuluh darah vena)

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises dapat terjadi di sekitar genitalia eksterna, kaki dan betis serta panyudara (Rasida,2020).

2) Tanda objektif (probability/kemungkinan)

a) Pembesaran rahim / perut

Rahim membesar dan bertambah besar terutama setelah kehamilan lima bulan, karena janin besar secara otomatis rahim pun membesar dan bertempat di rongga perut. Tetapi perlu di perhatikan pembesaran perut belum jadi tanda pasti kehamilan, kemungkinan lain disebabkan oleh mioma, tumor, atau kista ovarium.

b) Perubahan bentuk dan konsistensi rahim

Perubahan dapat dirasakan pada pemeriksaan dalam, rahim membesar dan makin bundar, terkadang tidak rata tetapi pada daerah nidasi lebih cepat tumbuh atau biasa di sebut tanda *piscasek*.

c) Perubahan pada bibir rahim

Perubahan ini dapat dirasakan pada saat pemeriksaan dalam. Hasilnya akan teraba keras sseperti meraba ujung hidung, dan bibir rahim teraba lunak seperti meraba bibir atau ujung bawah daun telinga.

d) Kontraksi

Kontraksi rahim yang tidak beraturan yang terjadi selama kehamilan, kontraksi ini tidak terasa sakit, dan menjadi cukup kuat menjelang akhir kehamamilan.



e) Adanya *ballatement*

Ballotement adalah pantulan saat jari telunjuk pemeriksaan mengetuk janin yang mengapung dalam uterus, hal ini menyebabkan janin berenang jauh dan kembali keposisinya semula/bergerak bebas (Rasida.2020).

f) Tanda *chadwick*

Tanda yang berwarna kebiruan ini dapat terlihat saat melakukan pemeriksaan, adanya perubahan dari vagina dan vulva hingga minggu ke 8 karena peningkatan vaskularitas dan pengaruh hormon esterogen pada vagina. Tanda ini tidak dipertimbangkan sebagai tanda pasti, karena pada kelainan rahim tanda ini dapat diindikasikan sebagai tumor (Rasida.2020).

g) *Hyperpigmentasi* kulit

Bintik bintik hitam (*hyperpigmentasi*) pada muka disebut *cloasma gravidarum*. *Hiperpigmentasi* ini juga terdapat pada *areola mammae* atau lingkaran hitam yang mengelilingi puting susu, pada *papila mammae* (putiing susu) dan di perut. Pada wanita yang tidak hamil hal ini dapat terjadi kemungkinan disebabkan oleh faktor alergi makanan, kosmetik, obat obatan seperti pil KB. (Rasida, 2020).

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.

Pigmentasi ini meliputi tempat-tempat berikut ini:

- (a) Sekitar pipi: cloasma gravidarum (penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi, dan leher)
- (b) Sekitar leher tampak lebih hitam
- (c) Dinding perut: striae livida / gravidarum (terdapat pada seorang primigravida warnanya membiru) striae nigra, linea alba menjadi lebih hitam (linea grisea / nigra)
- (d) Sekitar payudara: hiperpigmentasi areola mammae sehingga terbentuk areola sekunder. Pigmentasi areola ini berbeda pada tiap wanita, ada yang merah muda pada wanita kulit putih, coklat tua pada wanita kulit coklat, dan hitam pada wanita kulit hitam. Selain itu, kelenjar Montgomery menonjol dan pembuluh darah menifesa sekitar payudara.

Sekitar pantat dan paha atas: terdapat striae akibat pembesaran bagian tersebut.

### 1.1.5 Usia kehamilan

Menurut Parwiroharjo (2014), kehamilan diklasifikasikan dalam 3 trimester yaitu:

- a. Trimester I, dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (0-12 minggu)
- b. Trimester II, dari bulan ke 4 sampai ke 6 bulan (13-27 minggu).
- c. Trimester III, dari bulan ke 7 sampai 9 bulan (28 -40 minggu)

### 1.1.6 Perubahan Fisiologis dalam Kehamilan

- a. Perubahan pada sistem reproduksi

- 1) Uterus

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama dibawah pengaruh *esterogen* dan *progesteron* yang kadarnya meningkat. Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami *hipertrofi* dan *hyperplasia*, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Rahim yang tidak hamil kira-kira sebesar telur ayam, dan pada bulan-bulan pertama kehamilan, bentuk rahim seperti buah alpukat, pada kehamilan 2 bulan sebesar telur bebek, pada kehamilan 3 bulan seperti telur angsa, pada kehamilan 4 bulan rahim berbentuk bulat, dan pada akhir kehamilan seperti bujur telur (Rustam Mochtar, 2012).

- 2) Dinding perut (*Abdominal Wall*)

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan yang menyebabkan robeknya serabut elastic dibawah kulit sehingga

timbul stiae grayidarum. Jika terjadi peregangan yang hebat, misalnya pada hidramnion dan kehamilan ganda, dapat terjadi diastase recti, bahkan hernia. kulit perut pada linea alba, bertambah pigmentasinya dan disebut linea nigra (Rustam Mochtar, 2012).

### 3) Indung telur (ovarium)

Pada saat kehamilan, ovulasi terhenti sedangkan korpus iuteum graviditas masih ada sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran *esterogen* dan *progesteron*. (Rustam Mochtar,2012).

### 4) Vagina dan vulva

Terjadi perubahan pada vagina dan vulva disebabkan pengaruh *esterogen*. vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan. warna livide pada vagina dan porsio serviks disebut tanda *chadwick* hal ini disebabkan *hipervaskularisasi* (Rustam Mochtar, 2012).

### b. Panyudara

Panyudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Setelah bulan kedua panyudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Putting panyudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama cairan berwarna kekuningan yang disebut kolostrom dapat keluar. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh *prolactin inhibiting hormone*. setelah persalinan kadar progesteron

dan esterogen akan menurun sehingga pengaruh *inhibisi progesteron* terhadap *laktalbulmin* akan hilang. Penigkatan prolaktin akan merangsang sintesis laktose dan pada akhirnya akan meningkatkan produksi air susu. Pada bulan yang sama areola akan lebih besar dan kehitaman. Kelenjar sebasa dan areola akan lebih besar dan cenderung akan menonjol keluar. Ukuran panyudara sebelum kehamilan tidak mempunyai hubungan dengan banyaknya air susu yang dihasilkan (Parwiroharjo, 2011)

c. Sistem perkemihan

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul. pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan itu akan timbul kembali (Parwiroharjo, 2011)

d. Sistem respirasi

Wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak dan pendek napas. Hal itu disebabkan oleh usus yang tertekan kearah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas vital paru sedikit meningkat selama hamil (Rustam Mochtar, 2012)

e. Sistem digestivus

Pada trimester pertama, salvias meningkat dan timbul keluhan mual dan muntah. Tonus otot-otot saluran pencernaan melemah sehingga

motilitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. *Reasorpsi* makanan baik, tetapi akan timbul obstipasi. Gejala muntah (*emesis gravidarum*) sering terjadi, biasanya pada pagi hari sehingga disebut sakit pagi (*morning sickness*) (Parwiroharjo, 2012).

f. Sistem endokrin

Pada saat kehamilan aterm, hormon prolaktin akan meningkat 10 kali lipat. Sebaliknya, setelah persalinan konsentrasinya pada plasma akan menurun. Hal ini juga ditemukan pada ibu-ibu yang menyusui. Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari *hyperplasia* kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Kelenjar adrenal pada kehamilan normal akan mengecil, sedangkan hormon andostenedion, testosteron, dioksikortikosteron, akan meningkat, sementara itu, dehidroepiandrosteron sulfat akan menurun (Parwiroharjo, 2011)

g. Sistem kardiovaskuler

Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan vena kava inferior dan aorta bawah ketika berada dalam posisi terlarang. Penekanan vena kava inferior ini akan mengurangi darah balik vena ke jantung. Akibatnya, terjadinya penurunan preload dan cardiac output sehingga akan menyebabkan terjadinya hipotensi arterial yang dikenal dengan sindrom hipotensi supine dan pada keadaan yang cukup berat akan mengakibatkan ibu kehilangan

kesadaran. Volume darah akan meningkat secara progresif mulai minggu ke 6-8 kehamilan dan mencapai puncaknya pada minggu ke 32-34 dengan perubahan kecil setelah minggu tersebut. Hal ini dipengaruhi oleh *progesteron* dan *estrogen* pada ginjal yang diinisiasi oleh jalur rennin-angiotensin dan *aldosteron*. Penambahan volume darah ini sebagian besar berupa plasma dan eritrosit (Parwiroharjo, 2011)

h. Sistem metabolik

Penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian panyudara, volume darah, dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg (Parwiroharjo, 2011)

### 1.1.7 Perubahan Psikologis Dalam Masa Kehamilan

a. Trimester pertama

Segala setelah konsepsi kadar hormon *progesteron* dan *estrogen* dalam tubuh akan meningkat dan ini menyebabkan timbulnya mual dan muntah pada pagi hari, lemah, lelah dan membesarnya panyudara. Ibu merasa tidak sehat dan sering kali membenci kehamilannya. Banyak ibu yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan. Seringkali, biasanya pada awal kehamilannya, ibu berharap tidak hamil.

Pada trimester ini seorang ibu akan mencari tanda-tanda untuk lebih meyakinkan bahwa dirinya memang hamil. Setiap

perubahan yang terjadi pada tubuhnya akan selalu diperhatikan dengan seksama. Karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin diberitahukannya kepada orang lain atau dirahasiakannya (Harri, 2018).

b. Trimester kedua

Trimester kedua saat ibu merasa sehat, tubuh sudah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman, perut ibu belum terlalu besar sehingga belum dirasakan sebagai beban, ibu menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan bayinya. Banyak ibu yang merasa terlepas dari rasa kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakannya pada trimester pertama (Harri, 2018).

c. Trimester ketiga

Trimester ketiga ini disebut sebagai masa menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan 2 hal yang meningkatkan ibu akan bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbul tanda dan gejala akan terjadinya persalinan. Ibu seringkali merasa khawatir atau takut kalau bayi yang akan dilahirkan tidak



normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggap membahayakan bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Disamping itu ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian kasus yang diterima selama hamil. Pada trimester inilah ibu memerlukan keterangan dan dukungan dari suami keluarga dan bidan (Harri, 2018).

#### **1.1.8 Masalah dan ketidaknyamanan ibu hamil**

Menurut Asrinah (2010), masalah dan ketidaknyamanan pada ibu hamil yang biasanya sering terjadi yaitu:

##### **a. Sering Buang Air Kecil (BAK)**

Sering Buang Air Kecil (BAK) biasanya muncul pada TM III. Hal ini disebabkan oleh tekanan uterus atau rahim pada kandung kemih. Perlu berhati-hati apabila terdapat tanda infeksi saluran kemih seperti sakit ketika berkemih (disuria), dan kencing sedikit dan nyeri (*oliguria* < 30 cc/jam).

##### **b. Keputihan**

Keputihan merupakan hal yang paling sering muncul saat kehamilan, dikarenakan menebalnya selaput lender atau

mukosa vagina. Peningkatan produksi lender dan kelenjar kewanitaan disebabkan oleh meningkatnya hormon progesteron. Tanda bahaya yang perlu diwaspadai ibu hamil dengan keputihan yaitu, keputihan sangat bau busuk, banyak, dan berwarna kuning atau abu-abu atau hijau. Untuk mencegah terjadinya infeksi maka ibu perlu menjaga personal hygiene seperti cucui kemaluan setaip selesai berkemih dan defekasi dengan air yang bersih dari arah atas ke bawah kemudian keringkan dengan tissue atau handuk bersih, ganti celana dalam setiap terasa lembab atau basah dan mengenakan celana dalam yang terbuat dari katun.

c. Konstipasi

Konstipasi atau sulit Buang Air Besar (BAB) biasanya mulai terjadi pada TM I dan TM III, penyebabnya yaitu peningkatan kadar progesteron yang menyebabkan peristaltic usus mengembang, peningkatan aktivitas usus karena relaksasi usus halus, penyerapan air di kolon meningkat, dan tekanan dai uterus yang membesar pada usus. Perlu diwaspadai apabila terdapat nyeri hebat di perut, tidak dapat buang angin atau flatus, tidak defektasi lebih dari 5 hari.

d. Bengkak pada kaki

Bengkak pada kaki sering terjadi pada TM III, penyebabnya yaitu peningkatan sirkulasi darah pada ekstermitas bawah (kaki), dan tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelviks ketikaduduk atau vena kava inferior ketika berbaring. Perlu diwaspadai apabila muncul pada muka dan tangan (apabila bengkak pada muka dan lengan, dicurigai terjadi preeklamsia), dan apabila bengkak disertai dengan protein urine dan hipertensi (tekanan darah tinggi).

e. Sesak napas

Sesak napas sering terjadi pada TM III, hal ini disebabkan oleh, tekanan bayi yang berada dibawah diafragma menekan paru ibu, dan akibat dari pembesaran uterus yang menghalangi pengembangan paru secara maksimal.

f. Hemorrhoid

Hemorrhoid atau wasir sering terjadi pada ibu hamil TM III, penyebabnya yaitu pembuluh darah di darah anus membesar dan tekanan kepala terhadap vena rectum semakin meningkat seiring semakin membesarnya janin.

### 1.1.9 Kebutuhan ibu hamil

1) Kebutuhan nutrisi

Menurut Jannah (2012), wanita hamil sebaiknya makan diet yang seimbang, menyediakan perawatan yang mencukupi,

memeriksa *hemoglobin* darah dan memperoleh resep tablet yang mengandung zat besi. Berikut beberapa fungsi atau manfaat dari kebutuhan nutrisi ibu hamil:

a. Sumber protein

Protein yang dikonsumsi ibu hamil dapat berfungsi membentuk jaringan tubuh yang menyusun struktur organ seperti tulang dan otot, pembentukan sel darah merah dan tumbuh kembang janin agar berlangsung optimal.

b. Sumber lemak

Lemak merupakan sumber energi yang vital untuk pertumbuhan jaringan plasenta dan janin. Lemak disimpan sebagai cadangan tenaga untuk persalinan dan postpartum. Selain itu, lemak juga dapat membantu proses pembentukan ASI.

c. Sumber karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber tambahan energi yang dibutuhkan bagi pertumbuhan dan perkembangan janin selama dalam kandungan. Pada TM I dapat membantu pembentukan sel darah merah, sedangkan pada TM II dan TM III membantu persiapan tenaga ibu dalam proses persalinan.

d. Sumber vitamin

1. Vitamin A, berperan dalam pergantian sel baru pada semua jaringan tubuh dan sel saraf, pembentukan tulang, gigi, mencegah cacat bawaan dan sistem kekebalan tubuh ibu hamil.
2. Vitamin C, berfungsi menyerap zat besi untuk mencegah anemia, memperkuat pembuluh darah untuk mencegah perdarahan. Meningkatkan sistem kekebalan tubuh, memperbaiki jaringan tubuh yang rusak.
3. Vitamin D, diperlukan untuk penyerapan kalsium
4. Vitamin E, berfungsi untuk menjaga struktur dan fungsi komponen-komponen sel tubuh ibu dan janin, pembentukan sel darah merah, dan sebagai oksidan untuk melindungi sel tubuh dari kerusakan.

e. Kebutuhan istirahat

Wanita hamil menjadi lebih mudah letih atau tertidur lebih lama dalam separuh masa kehamilannya. Rasa letih meningkat ketika mendekati akhir kehamilan, sehingga dibutuhkan waktu untuk relaksasi bagi ibu hamil (Jannah,2012)

f. Kebutuhan personal hygiene

Saat kehamilan ibu hamil sangat rentan mengalami infeksi akibat penularan bakteri ataupun jamur. oleh karena itu, ibu hamil perlu menjaga kebersihannya secara keseluruhan mulai dari ujung kaki sampai rambut termasuk halnya pakaian hamil. Mengganti pakaian dalam sesering mungkin sangatlah dianjurkan karena selama kehamilan keputihan pada vagina meningkat dan jumlahnya bertambah disebabkan kelenjar leher rahim bertambah jumlahnya (Jannah, 2012)

g. Kebutuhan seks

Beberapa wanita lebih menginginkan senggama yang sering selama hamil, sementara yang lain justru ingin mengurangi, alasan berkurangnya minat seksual yang dialami banyak wanita hamil khususnya dalam minggu-minggu terakhir kehamilan, tidak jelas. Beberapa wanita merasa takut dengan berpikir bahwa senggama dapat merusak bayinya atau menyebabkan kelahiran tidak normal dan alasan terbanyak yaitu karena timbulnya ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu hamil (jannah, 2012).

### 1.1.10 Tanda bahaya kehamilan

Pelayanan antenatal terintegrasi merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui:

- a. Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan menanyakan tanda-tanda penting yang terkait dengan masalah kehamilan dan penyakit yang kemungkinan dialami ibu hamil:

1. muntah berlebihan (*hyperemesis gravidarum*) rasa mual dan muntah bisa muncul pada kehamilan muda terutama pada pagi hari namun kondisi ini biasanya hilang setelah kehamilan berumur 3 bulan. Keadaan ini tidak perlu dikhawatirkan, kecuali kalau memang cukup berat, hingga tidak dapat makan dan berat badan menurun terus (Maternity dkk, 2017).
2. Pusing pusing biasa muncul pada kehamilan muda. Apabila pusing sampai mengganggu aktivitas sehari-hari maka perlu diwaspadai (Maternity dkk, 2017).
3. Sakit kepala sakit kepala yang hebat atau yang menetap timbul dan tidak hilang dengan beristirahat pada ibu hamil mungkin dapat membahayakan kesehatan ibu dan janin (Maternity dkk, 2017).
4. Perdarahan, perdarahan waktu hamil, walaupun hanya sedikit sudah merupakan tanda bahaya sehingga ibu

hamil harus waspada. vagina dalam kehamilan adalah jarang yang normal. Pada masa awal kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan yang sedikit atau *spotting* disekitar waktu pertama terlambat haid. Hal ini karena terjadinya implementasi, pada waktu lain dalam kehamilan, perdarahan ringan mungkin pertanda dari serviks yang rapuh (*erosi*), mungkin normal atau disebabkan oleh infeksi. Perdarahan yang sering terjadi yaitu diakibatkan oleh *plasenta previa* dan *solusio plasenta* (Jannah, 2012)

5. Nyeri perut hebat, nyeri perut hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat, bisa berarti *appendicitis*, *abortus*, penyakit radang panggul, persalinan *preterm*, *gastritis* dan infeksi kandung kemih (Jannah,2012)
6. Demam, demam tinggi lebih dari 2 hari atau keluar cairan pervaginam yang berlebihan dari rahim dan kadang-kadang berbau merupakan salah satu tanda bahaya pada kehamilan (Maternity dkk, 2017).
7. Keluar cairan pervaginam, jika ibu mengeluarkan cairan-cairan tidak terasa, berbau amis, dan warna putih keruh, berarti yang keluar adalah cairan ketuban, jika kehamilan tidak cukup bulan, waspada terjadinya persalinan preterm dan komplikasi intrapartum (Jannah,2012).



8. Anemia, pengaruh anemia pada kehamilan dapat terjadi abortus, *partus prematurus*, IUGR, infeksi, *hperemisis gravidarum*, dan lain-lain. Untuk menegakkan diagnosis anemia kehamilan dapat dilakukan dengan anamnesa serta ditunjang dengan pemeriksaan kadar hemoglobin. Dikatakan anemia ringan yaitu 9-10 gr %, anemia sedang 7-8 gr%, anemia berat <7 gr% (Jannah, 2012).

Sedangkan pada anamnesa akan didapatkan keluhan seperti sering pusing, mata berkunang-kunang, dan keluhan mual muntah lebih hebat pada hamil muda serta mengalami 5 L yaitu (Letih, Lemah, Lesu, Lelah Dan Lunglai). Pemeriksaan darah dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan trimester III. Dengan pertimbangan bahwa sebagian besar ibu hamil mengalami anemia, maka dilakukan pemberian preparat Fe sebanyak 90 tablet pada ibu hamil.

9. Gerakan janin berkurang, kesejahteraan janin dapat diketahui dari keaktifan gerakannya. Minimal adalah 10 kali dalam 24 jam, jika kurang dari itu, maka waspada akan adanya gangguan janin dalam rahim, misalnya Asfiksia janin sampai kematian janin (Parwiroharjo, 2011).

b. Pemeriksaan dan pengawasan ibu hamil

1. Pelayanan standart, yaitu 10 T menurut depertemen kesehatan RI (2009), sesuai dengan kebijakan depertemen kesehatan, ada 10 standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10 T. pelayanan atau asuhan standart minimal 10 T adalah sebagai berikut:

a. Timbang berat badan dan ukur tinggi (T1)

Pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin.

Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan. Jika kurang dari 145 cm resiko *cephalo pelvic dispropotion* (CPD) atau panggul sempit.

b. Ukur lingkaran lengan atas (LILA)(T2)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil yang mengalami kekurangan energi kronik (KEK). KEK yaitu ibu hamil mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama. LILA

kurang dari 23,5 cm pada ibu hamil akan dapat melahirkan bayi berat badan lahir rendah (BBLR).

c. Ukur tekanan darah (T3)

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklamsia atau hipertensi disertai oedema wajah atau tungkai bawah dan atau protein urine.

d. Ukur tinggi fundus uteri (TFU)(T4)

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin.

e. Tentukan presentasi dan denyut jantung janin (DJJ)(T5)

Pada akhir trimester II, presentasi janin sudah dapat ditentukan, pemeriksaan dilaksanakan untuk mengetahui letak janin. Jika pada TM III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala janin belum masuk ke panggul dapat berarti kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dapat dilakukan pada akhir TM 1 dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat

kurang dari 120/menit atau DJJ cepat lebih dari 160/menit menunjukkan adanya gawat janin.

f. Bari imunisasi toksoid (TT) (T6)

Imunisasi TT bertujuan untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum. Pada saat kontrak pertama, ibu hamil diskriming status imunisasi TT nya.

Tabel 2.1  
tabel skrining imunisasi TT

Riwayat Imunisasi Ibu Hamil	Imunisasi Yang Didapat	Status Imunisasi
Imunisasi dasar lengkap	DPT Hb1 DPT Hb2 DPT Hb3	T1 dan T2
Anak sekolah kelas 1 SD	DT	T3
Kelas 2	Td	T4
Kelas 3	Td	T5
Calon pengantin, masa hamil	TT	- jika ada status T

diatas

yang tidak

terpenuhi

-lanjutkan

urutan T

yang

belum

terpenuhi

-

perhatikan

interval

pemberian



The logo of Universitas Muhammadiyah Ponorogo is a shield-shaped emblem. It features a central sunburst with Arabic calligraphy, surrounded by a green and white floral wreath. The text 'UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH' is written in an arc at the top, and 'PONOROGO' is written in an arc at the bottom. Two white stars are positioned on the left and right sides of the emblem.

TT 1	-	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun/ seumur hidup

Sumber: midwifery update, 2016

Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 (*TT long life*) tidak perlu diberikan imunisasi lagi (Midwifery Update, 2016)

g. Beri tablet tambah darah (tablet Fe) T7

Setiap ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan, diberikan sejak kontak pertama. Tujuannya yaitu untuk mencegah anemia gizi besi, berikut klasifikasi penanganan anemia pada ibu hamil :

1. Anemia ringan, dengan kadar hemoglobin 9-10 gr% masih dianggap ringan sehingga hanya perlu diberikan kombinasi 60 mg/hari zat besi dan 400 mg asam folat peroral 1x/ hari
  2. Anemia sedang, pengobatannya dengan kombinasi 120 mg zat besi dan 500 mg asam folat peroral 1x/hari.
  3. Anemia berat, pengobatannya dengan memberikan preparat parenteral yaitu dengan ferro dextrin sebanyak 1000 mg (20 ml) intravena atau 2x10 ml intramuscular.
- Transfusi darah kehamilan lanjut dapat

diberikan walaupun sangat jarang diberikan meninggkatkan resiko transfusi bagi ibu dan janin.

h. Pemeriksaan laboratorium (T8)

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, *haemoglobin* darah, protein urine dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/epidemis (malaria, infeksi menular seksual (IMS) dan lain-lain), sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal. Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada saat antenatal adalah (pemeriksaan golongan darah, pemeriksaan kadar *haemoglobin* darah, protein urine, dan HIV)

i. Tatalaksana/ penanganan kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal diatas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standard dan kewenangan tenaga kesehatan.

j. Temu wicara (konseling) T10

Temu wicara dan konseling dilakukan setiap kunjungan antenatal yang meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup sehat, peran suami / keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, inisiasi menyusui dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif, KB pasca persalinan, imunisasi dan peningkatan kesehatan *intelegensia* pada kehamilan.

## 2. Jadwal pemeriksaan kehamilan

Menurut WHO Pada tahun 2016, kunjungan program kehamilan dengan standar 6 kali kunjungan sebagai upaya menurunkan angka kematian perinatal dan kualitas perawatan pada ibu. 6 kali kunjungan antenatal care ditetapkan berdasarkan riset dan meliputi:

- a. Trimester I: 2 kali kunjungan (1 kali kunjungan dokter pada trimester I, untuk USG dan skrining kesehatan ibu seutuhnya)
- b. Trimester II: 1 kali kunjungan
- c. Trimester III: 3 kali kunjungan (1 kali kunjungan dokter pada trimester 3, untuk deteksi komplikasi kehamilan/mempersiapkan rujukan persalinan jika diperlukan).



Menurut Marmi (2014) tujuan kunjungan kehamilan yaitu:

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, maternal, sosial ibu dan bayi.
- c. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.
- d. Mempromosikan dan menjaga kesehatan fisik, mental ibu dan bayi dengan pendidikan, nutrisi, kebersihan diri dan proses kelahiran bayi.
- e. Mendeteksi dan menatalaksanakan komplikasi medik, bedah atau obstetri selama kehamilan.
- f. Mengembangkan persiapan persalinan serta persiapan menghadapi komplikasi
- g. Membantu ibu menyusui dengan sukses, menjalankan nifas normal dan merawat anak secara fisik, psikologis dan sosial
- h. Mengenal dan menangani sedinimungkin penyulit/ komplikasi selama kehamilan.

Panduan Pelayanan ANC Oleh Bidan Pada Masa Pandemi Covid-19:

- a. Tidak ada keluhan bumil diminta menerapkan isi buku KIA dirumah. Segera ke fasilitas layanan kesehatan jika ada keluhan / tanda bahaya.
- b. Ibu membuat janji melalui Telepon/Whatsapp, ANC pada trimester pertama 1 kali kolaborasi dengan dokter. untuk pemeriksaan kesehatan,
- c. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar dengan kewaspadaan Covid-19. Dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu (ODP/PDP, Covid +)
- d. Ibu hamil pendamping dan tim kesehatan yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protokol pencegahan covid-19.
- e. Tunda kelas Ibu hamil / dilakukan secara online
- f. Konsultasi kehamilan, KIE dan Konseling dapat dilakukan secara online (Pandu pengisian P4K).
- g. ANC dilakukan sesuai standar (10T) dengan APD level1. Lakukan skrining faktor resiko. Jika ditemukan faktor resiko rujuk sesuai standar (Emi Nurjasmi.2020).

### 3. Deteksi dini komplikasi pada kehamilan

Menurut Parwiroharjo (2011), komplikasi pada kehamilan dapat dideteksi dengan kartu resiko, yang biasanya

digunakan saat yaitu Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR). sistem skoring didapat dari hasil analisis statistic epidemiologik, didapatkan skor 2 sebagai skor awal untuk semua umur dan parites skor 8 untuk bekas operasi sesar, letak sungsang, letak lintang, preeklamsi, perdarahan antepartum, sedangkan skor 4 untuk faktor resiko lain. Kelompok resiko berdasarkan jumlah skor pada tiap kotak ada 3 kelompok resiko, yaitu :

- a. Kehamilan resiko rendah (KRR) : jumlah skor 2 dengan kode warna hijau.
- b. Kehamilan resiko tinggi (KRT): jumlah skor 6-10 dengan kode warna kuning.
- c. Kehamilan resiko sangat tinggi (KRST): jumlah skor >12 dengan kode warna merah.

#### **1.1.11 Adaptasi Psikologis Ibu Hamil**

1. Perubahan kongnitif reaksi emosional ibu selama kehamilan
  - a) Trimester I: Ambivalen, ketakutan dan fantasi
  - b) Trimester II: Ibu merasa lebih nyaman, lebih berkonsentrasi degan kebutuhan ibu dan janinnya, telah menyadari adanya perilaku atau gerakan janin, mulai belajar mengenal identas diri sebagai ibu dengan banyak mencari informasi pada ibu, ibu lebih egosentris, serta kondisinya lebih labil dan mood yang sering berubah.

- c) Trimester III: Mulai mengalami ketidaknyamanan seperti susah tidur, mulai mengalami ketakutan terhadap kesehatannya dan kecemasan tentang proses persalinan.

## 2. Adaptasi psikologis

### A. Adaptasi maternal

#### a) Menerima kehamilan:

- 1) Kesiapan menyambut kehamilan
- 2) Respon emosional
- 3) Respon terhadap perubahan citra tubuh
- 4) Ambivalensi selama masa hamil
- 5) Upacara tanda kedewasaan

#### b) Mengenal peran ibu

#### c) Hubungan ibu-anak perempuan

#### d) Hubungan dengan pasangan

#### e) Hubungan ibu –anak

- 1) Fase 1: menerima fakta biologis
- 2) Fase 2: menerima janin
- 3) Fase 3: secara realistis mempersiapkan diri

#### f) Persiapan melahirkan

#### g) Wanita yang menjadi ibu untuk kali kedua

### B. Adaptasi prenatal

#### a) Menerima kehamilan

1. Kesiapan menyambut kehamilan

2. Respon emosi
3. Identifikasi peran ayah
4. Hubungan dengan pasangan
5. Hubungan ayah-anak
6. Adaptasi persalinan (Pangesti, 2018)

### 1.1.12 Hormon-hormon Kehamilan

Menurut Yelmi (2020) hormon adalah zat kimia (biasa disebut bahan kimia pembawa pesan) yang secara langsung dikeluarkan ke dalam aliran darah oleh kelenjar-kelenjar, dan pada kehamilan hormon membawa berbagai perubahan, terpusat pada berbagai bagian tubuh wanita.

- 1) Hormon yang paling berkaitan dengan kehamilan adalah:
  - a) Perubahan-perubahan hormonal selama kehamilan (trimester sampai trimester III).

- (1) Estrogen

Produksi ekstrogen plasenta terus naik selama kehamilan dan pada akhir kehamilan kadarnya kira-kira 100 kali sebelum hamil.

- (2) Progesteron

Produksi produksi progesteron bahkan lebih banyak dibandingkan ekstrogen, pada akhir kehamilan produksinya kira-kira 250 mg/hari.

- (3) Human Chorionic Gonadotropin (HCG)

Puncak sekresinya terjadi kurang lebih 60 hari setelah konsepsi, fungsinya adalah untuk mempertahankan korpus luteum.

(4) Human Placenta Lactogen (HPL)

Hormon ini diproduksi terus naik dan pada saat aterm mencapai 2 gram/hari. Ia bersifat diabetogenik, sehingga kebutuhan insulin wanita hamil naik.

(5) Pituitary Gonadotropin

FSH dan LH berada dalam keadaan sangat rendah selama kehamilan karena ditekan oleh ekstrogen dan progesterone plasenta.

(6) Prolaktin

Produksinya terus meningkat, sebagai akibat kenaikan sekresi ekstrogen. Sekresi air susu sendiri dihambat oleh ekstrogen di tingkat target organ.

(7) Growth Hormone (STH)

Produksinya sangat rendah karena mungkin ditekan oleh HPL.

(8) TSH, ACHT dan MSH

Hormon-hormon ini tidak banyak dipengaruhi oleh kehamilan.

(9) Titoksin

Kelenjar tyroid mengalami hipertropi dan produksi T4 meningkat.

(10) Aldosteron, Renin, dan angiotensin

Hormon ini naik, yang menyebabkan naiknya volume intrvaskuler.

(11) Insulin

Produksi insulin meningkat sebagai akibat ekstrogen, progesterone, dan HPL.

(12) Parathormon

Hormon ini relative tidak dipengaruhi oleh kehamilan.

### 1.1.13 Perubahan Tubuh Selama Hamil

Menurut Salman (2016:50-87) Kehamilan selalu diikuti dengan perubahan tubuh. Mulai dari perut yang membuncit dan berat tubuh yang naik karena perkembangan janin, hingga beberapa masalah yang umumnya dialami dan merisaukan ibu hamil.

a) Berat badan berubah

Umumnya penambahan berat badan (BB) calon ibu selama kehamilan sekitar 10 – 12,5 kg. untuk calon ibu dengan badan yang kurus sebelum hamil, diharapkan BB naik sekitar 12,5 – 18,5 kg, sedangkan bagi calon ibu dengan badan normal diharapkan BB naik 11,5 – 12,5 kg. Sementara calon ibu dengan badan gemuk sebelum hamil, diharapkan BB naik sekitar 7 – 11,5 kg. Panduan yang dikenal sebagai IMT (Indeks Masa Tubuh /

Body Mass Index) adalah berat badan (dalam kilogram/ kg) dibagi tinggi badan (dalam meter dikuadratkan).

- 1) Bila IMT antara 18,5 – 25, berat badan tergolong normal.
- 2) Bila IMT antara 25 – 28,9, artinya kelebihan berat badan (gemuk)
- 3) Bila IMT diatas 30 tergolong obesitas
- 4) Bagi yang extra large, jaga agar kenaikan berat badan selama masa kehamilan hanya berkisar 6-11 kg.

b) Tekanan darah naik

Berdasarkan riset Dr. Fiona.C Denison beserta timnya dari Universitas Edinburgh Inggris, calon ibu yang mengalami kegemukan (obesitas) pada trimester pertama kehamilan maupun yang berat badan melonjak naik memiliki resiko komplikasi. Dr. Denison pun mengungkapkan, kegemukan menimbulkan resiko signifikan bagi kesehatan ibu maupun janin yang dikandungnya.

Dalam penelitian, ia dan timnya menemukan, obesitas terkait secara signifikan dengan komplikasi-komplikasi, seperti diabetes kehamilan dan tekanan darah tinggi karena kehamilan.

Preeklamsia bisa ringan, bisa juga berat. Dikatakan ringan jika tekanan darah kurang dari 140/90 mmHg dengan protein di urine +1, sedangkan preelamsia berat bisa tekanan darah mencapai angka kurang atau sama dengan 160/110 mmHg dan protein urine >+2.



c) Bengkak pada wajah, kaki dan tangan

Peningkatan cairan dalam tubuh selama hamil, selain meningkatkan berat badan, juga mengakibatkan pembengkakan pada kaki, jari tangan, dan wajah ibu hamil atau disebut oedema. Selama hamil tubuh memproduksi dan menahan cairan sekitar 30% lebih banyak dari biasanya. Rahim yang terus membesar juga menekan pembuluh darah balik di kaki khususnya di trimester ke 3 kehamilan, sehingga peredaran darah ke jantung terganggu dan cairan banyak tertimbun di kaki. Oedema pretibial yang ringan sering dialami oleh kebanyakan ibu hamil sehingga tidak bisa untuk diagnosis pre-eklamsia. Oedema bisa menjadi masalah serius bila muncul pada muka dan tangan, bengkak tidak hilang setelah beristirahat, bengkak disertai keluhan fisik lainnya seperti: sakit kepala yang hebat, pandangan mata kabur. Hati-hati, ini bisa merupakan pertanda terjadi kejang pada ibu atau eklamsia. Untuk mengatasi pembengkakan pada kaki:

- 1) Ketika duduk, usahakan naikkan kaki (bila mungkin, lebih tinggi dari jantung dan jangan sekali menyalangkan kaki)
- 2) Jangan berdiri terlalu lama atau duduk dengan telapak kaki menyentuh lantai.
- 3) Tidurlah miring ke kiri untuk mengurangi tekanan pada pembuluh darah balik yang berada di kanan tubuh.
- 4) Saat telentang, ganjal kaki dengan setumpuk bantal

- 5) Berenang atau berjalanlah pada kolam renang. Air bisa membantu mengangkat bayi pada panggul hingga melancarkan peredaran darah dan mengurangi pembengkakan pada kaki.
- 6) Hindari menggunakan sepatu yang mengikat kaki anda dan anti ukuran sepatu 1-2 nomor lebih besar agar peredaran darah tidak terhambat.
- 7) Hindari makanan yang mengandung banyak garam

d) Payudara

Payudara membesar merupakan salah satu gejala kehamilan. Perubahan hormone dan sejalan dengan kehamilan, payudara akan ikut membesar namun belum mengeluarkan air susu. Pembesaran payudara juga disebabkan bertambahnya kelenjar penghasil susu dan bertambahnya jumlah lemak yang ada disekitar payudara. Putting payudara dan daerah disekitarnya (areola) warnanya akan semakin gelap disebut hiperpigmentasi karena pengaruh pigmen hormone kehamilan dan kadang kulit di daerah sekitarnya mengalami stretch marks atau guratan karena peragangan.

e) Gigi dan Gusi

Saat hamil, pembengkakan gusi sering terjadi sehingga gusi sering berdarah. Kehamilan tidak langsung merusak gigi, namun kehamilan bisa menngkatkan terjadinya lubang pada gigi atau

karies. Oleh sebab itu, ibu hamil disarankan untuk rutin menjaga kebersihan mulut dan gigi, dan rutin melakukan pemeriksaan ke dokter gigi. Konsumsi makanan sumber kalsium untuk menjaga kesehatan gigi.

f) Jerawat

Beberapa ibu berjerawat saat hamil. Memang kehamilan dapat memicu timbulnya jerawat, meskipun saat remaja tidak mengalaminya. Penyebabnya adalah peningkatan produksi sebum, yaitu kelenjar minyak yang menjaga agar kulit tetap halus, yang akhirnya menyebabkan pori-pori tertutup sehingga kotoran menumpuk dan timbulnya jerawat. Tak hanya pada wajah tetapi pada tubuh seperti leher bahkan di punggung.

g) Stretch Marks Guratan Kulit

Ibu hamil memang rentan terkena stretch marks terutama ibu hamil yang elastisitas kulitnya rendah, karena kulit banyak mengalami peregangan sejalan dengan usia kehamilan dan perut yang makin membuncit. Stretch marks biasanya terjadi pada perut, payudara, paha, dan lengan. Jangan cemas, biasanya setelah melahirkan stretch marks akan hilang dengan sendirinya, yaitu antara 6-12 bulan pasca melahirkan, atau tergantung kondisi kulit masing-masing ibu. Meskipun tidak pulih seperti kondisi normal, namun perlahan guratan itu akan tampak samar-samar.

h) Linea Negra

Salah satu perubahan kulit yang paling aneh yang terjadi selama kehamilan. Sebenarnya garis tersebut memang sudah ada sebelumnya namun makin tampak jelas karena adanya perubahan hormon selama kehamilan. Namun tak perlu cemas, karena garis ini akan menjadi samar bahkan akan menghilang dengan sendirinya beberapa bulan setelah melahirkan.

i) Varises

Saat hamil, jumlah darah meningkat sering kali tidak teratasi oleh katup yang mengalirkan darah ke jantung, akibatnya pembuluh darah melebar. Pelebaran pembuluh darah sampai menonjol disebut varises. Varises biasanya terjadi pada pembuluh darah di kaki, dan makin jelas terlihat pada trimester terakhir kehamilan. Biasanya varises akan lenyap dalam waktu 2-3 bulan setelah melahirkan.

j) Perubahan Kulit Anus

Pada awal kehamilan, sering kali terjadi semacam retak-retak pada kulit anus. Kondisi ini biasanya terjadi setelah melahirkan dan menimbulkan rasa tidak nyaman di daerah tersebut bahkan bisa menimbulkan perdarahan seperti pada wasir.

#### 1.1.14 Menentukan Usia Kehamilan

Menurut Mochtar (2012:41) cara untuk menentukan tuaanya usia kehamilan antara lain:

- a) Dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) sampai dengan hari pemeriksaan, kemudian dijumlah dan dijadikan dalam hitungan minggu.
- b) Ditambah 4,5 bulan dari waktu ibu merasa gerakan janin pertama kali "*feeling life*" (quickening).
- c) Menurut Mc. Donald adalah modifikasi cara Speigelberg, yaitu jarak fundus-simfisis dalam cm dibagi 3,5 merupakan tuanya usia kehamilan dalam bulan. Kemudian menurut Manuaba (2010:128).

menjelaskan juga untuk menetapkan usia kehamilan yaitu:

- a) Mendengarkan denyut jantung janin (DJJ), denyut jantung janin akan terdengar pada usia kehamilan lebih dari 16 minggu.
- b) Memperhitungkan masuknya kepala ke pintu atas panggul terutama pada primigravida masuknya kepala ke pintu atas panggul terjadi pada minggu ke 36.
- c) Mempergunakan hasil pemeriksaan air ketuban, semakin tua usia kehamilan semakin berkurangnya atau sedikit air ketuban.

Kemudian Manuaba (2010:120) menambahkan cara menetapkan usia kehamilan berdasarkan hasil pemeriksaan palpasi Leopold I pada trimester

III.

Tabel 2.3  
pemeriksaan TFU menurut UK

TFU	Usia Kehamilan
3 Jari Diatas Pusat	28 Minggu
Pertengahan Px	32 Minggu
Setinggi Px Atau 2-3 Jari di Bawah Px	36 Minggu
Pertengahan Px dan Pusat	40 Minggu

Sumber : (Manuaba, 2010:120) Tabel 2.3 pemeriksaan TFU menurut UK

#### 1. Pemeriksaan Leopold

##### a) Leopold I

Leopold I digunakan untuk menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus. Pada letak kepala akan teraba bokong pada fundus, yaitu tidak keras, tidak melenting dan tidak bulat. Variasi Knebel dengan menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan lain diatas simfisis (Manuaba, 2010:118).

Langkah-langkah pemeriksaan Leopold I: Pemeriksa menghadap muka ibu dan berada disisi kanan ibu, menentukan tinggi fundus, meraba bagian janin yang terletak difundus dengan kedua telapak tangan dan apakah teraba bulat, besar lunak (bokong)/bulat, besar, keras (kepala) / teraba tahanan memanjang 41 (punggung) / teraba bagian kecil-kecil (ekstremitas). Pada kehamilan aterm dengan presentasi kepala, pada pemeriksaan leopold I akan teraba bulat, besar, lunak (bokong) (Marmi, 2011:126).

b) Leopold II

Leopold II Menentukan batas samping rahim kanan/kiri dan menentukan letak punggung. Letak membujur dapat ditetapkan punggung anak, yang teraba rata dengan tulang iga seperti papan cuci. Dalam Leopold II terdapat variasi Budin dengan menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus. Variasi Ahfeld dengan menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan di tengah perut (Manuaba, 2010:118-119).

Langkah-langkah pemeriksaan leopold II: Pemeriksa menghadap muka ibu dan berada disisi kanan ibu, meraba bagian janin yang terletak disebelah kanan maupun kiri uterus dengan menggunakan kedua telapak tangan. Apakah teraba bulat, besar lunak (bokong)/ bulat, besar, keras (kepala)/ teraba tahanan memanjang (punggung)/teraba bagian kecil-kecil (ekstremitas). Pada pemeriksaan leopold 2 akan teraba tahanan memanjang 42 (punggung) di satu sisi dan teraba bagian kecil-kecil (ekstremitas) disisi lain (Marmi, 2011:126).

c) Leopold III

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

Langkah-langkah pemeriksaan leopold III: Pemeriksaan menghadap muka ibu dan berada di sisi kanan ibu, meraba bagian janin yang terletak diatas simphisis pubis sementara tangan yang lain menahan fundus untuk

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

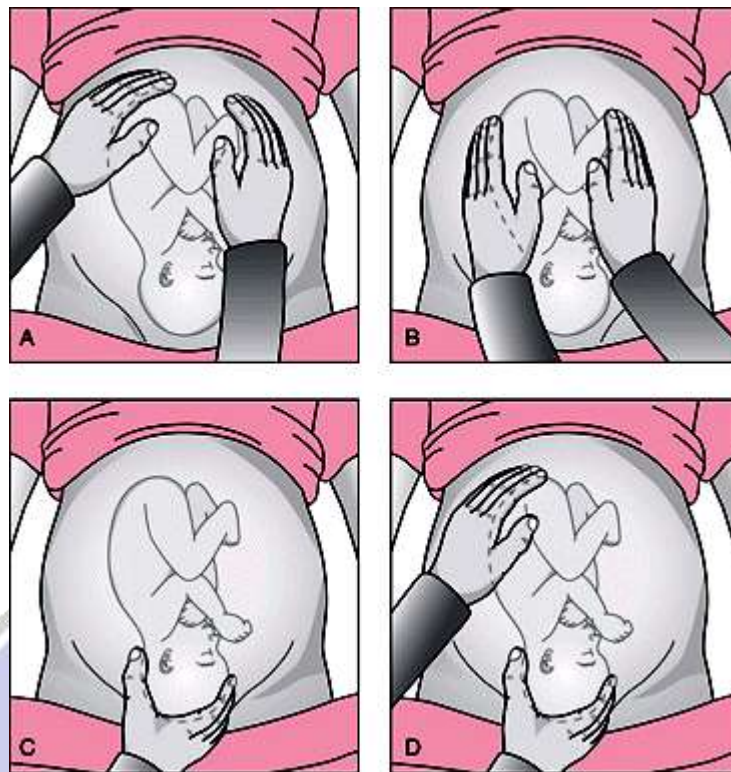
d) Leopold IV

Leopold IV Menentukan bagian terbawah janin dan seberapa jauh janin sudah masuk (pintu atas panggul) PAP. Bila bagian terendah masuk PAP telah melampaui lingkaran terbesarnya, maka tangan yang melakukan pemeriksaan divergen, sedangkan bila lingkaran terbesarnya belum masuk PAP, maka tangan pemeriksanya konvergen (Manuaba, 2010:119).

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

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





Gambar 2.2 pemeriksaan leopold I-IV

## 2. Tinggi Fundus Uteri (TFU)

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

Tabel 2.4  
TFU pada Kehamilan TM III

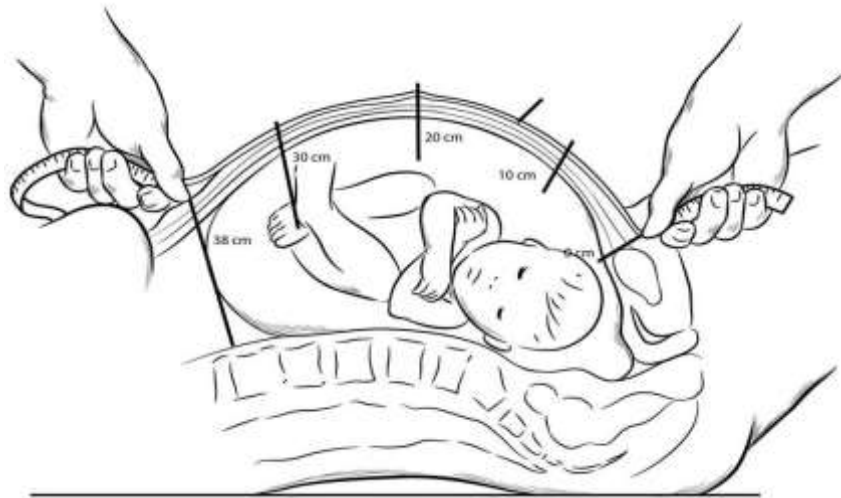
28 Minggu	25 cm
32 Minggu	27 cm
36 Minggu	30 cm
40 Minggu	33 cm

TFU pada Kehamilan TM II 1

Tabel 2.5  
Tinggi Fundus Uteri

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	TFU
12 minggu		$\frac{1}{3}$ diatas simfisis atau 3 jari di atas simfisis
16 minggu		$\frac{1}{2}$ simfisis – pusat
20 minggu	20 cm	$\frac{2}{3}$ diatas simfisis atau 3 jari di bawah pusat
24 minggu	23 cm	Setinggi pusat
28 minggu	26 cm	$\frac{1}{3}$ diatas pusat atau 3 jari di atas pusat
32 minggu	30 cm	$\frac{1}{2}$ pusat – procesus xipodeus (px)
36 minggu	33 cm	Setinggi processus xipodeus (px)
40 minggu		Dua jari (4cm) di bawah px

Sumber: Hanni.dkk, 2011:148



Gambar 2.3 tinggi fundus uteri

Sumber: Mochtar.2009

### 3. Tafsiran Berat Janin

Tafsiran berat janin diartikan penting pada masa kehamilan untuk mengetahui berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya komplikasi selama persalinan. Menurut Mochtar (2012:41) berdasarkan rumusnya Johnson tausak adalah (tinggi fundus dalam cm-n) x 155 = berat badan (g). bila kepala belum masuk pintu atas panggul maka n=12, dan bila kepala sudah masuk pintu atas panggul maka n=11.

## 1.2 Konsep Dasar Persalinan Normal

### 1.2.1 pengertian persalinan

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan dan dapat hidup diluar uterus melalui vagina secara spontan. Pada akhir kehamilan, uterus secara progresif lebih peka sampai akhirnya timbul kontraksi kuat secara ritmis sehingga bayi dilahirkan.

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.

### 1.2.2 Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Proses Persalinan

#### a. Kekuatan (Power)

Kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi (Nuraisah,2014)

Menurut Marmi (2016:51) Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna.

#### a. Kontraksi Uterus (HIS)

Otot rahim terdiri dari 3 lapis, dengan susunan berupa anyaman yang sempurna. Terdiri atas lapisan otot longitudinal dibagian luar, lapisan otot sirkular dibagian dalam, dan lapisan otot menyilang diantara keduanya. Dengan susunan demikian, ketika otot rahim berkontraksi maka pembuluh darah yang terbuka setelah plasenta lahir akan terjepit oleh otot dan perdarahan dapat berhenti.

b. Penyebab Kontraksi

Penyebab peningkatan aktivitas uterus yang sebenarnya karena:

- a. Perubahan hormonal progresif yang menyebabkan peningkatan ekstabilitas otot-otot uterus.
- b. Peningkatan mekanik yang progresif (Marmi. 2016:52).

c. Sifat HIS

- 1) Involutir
- 2) Intermiten
- 3) Terasa sakit
- 4) Terkoordinasi
- 5) Serta kadang dipengaruhi oleh fisik, kimia, psikis  
(sulfianti.dkk.2020 : 65).

d. Perubahan-perubahan akibat His

- a. Pada uterus dan serviks

Uterus teraba keras atau padat karena kontraksi. Tekanan hidrostatik air ketuban dan tekanan intrauterine naik serta menyebabkan serviks menjadi mendatar (*effacement*) dan terbuka (*dilatasi*).

b. Pada ibu

Rasa nyeri karena iskemia rahim dan kontraksi rahim. Juga ada kenaikan nadi dan tekanan darah.

c. Pada janin

Pertukaran oksigen pada sirkulasi utero-plasenta kurang, maka timbul hipoksia janin. Denyut jantung janin melambat (*bradikardi*) dan kurang jelas di dengar adanya iskemia fisiologis.

(Marni.2016:55-56)

e. Pembagian His dan sifat-sifatnya:

a. His pendahuluan: His tidak kuat dan tidak teratur namun menyebabkan keluarnya *bloody show*.

b. His pembukaan (kala I): Menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.

c. His pengeluaran (kala II): Untuk mengeluarkan janin sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinir, dan lama. Koordinasi bersama antara kontraksi otot perut, diafragma, dan ligament.

- d. His pelepasan uri (kala III): Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- e. His pengiring (kala IV): Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri (merian), terjadi pengecilan rahim dalam beberapa jam atau hari.

(Marni.2016:57)

f. Kelainan His:

Baik tidaknya HIS dinilai dengan:

- a. Kemajuan persalinan
- b. Sifat HIS: Frekuensi, kekuatan dan lamanya HIS
- c. Besarnya caput succedaneum

(Marni.2016:57)

Tabel 2.6 Perbedaan antara His

Jenis Perubahan	His Palsu	His Sejati
Karakteristik kontraksi	Tidak teratur & tidak semakin sering (disebut kontraksi Braxton Hicks)	Timbul secara teratur dan semakin sering, berlangsung selama 30-70 detik.
Pengaruh gerakan tubuh	Jika ibu berjalan atau beristirahat atau jika posisi tubuh ibu berubah, kontraksi akan menghilang/berhenti	Meskipun posisi/gerakan ibu berubah, kontraksi tetap dirasakan
Kekuatan kontraksi	Biasanya lemah & tidak semakin kuat (mungkin menjadi kuat lalu melemah)	Kontraksinya semakin kuat
Nyeri karena kontraksi	Biasanya hanya dirasakan di tubuh bagian depan	Biasanya berawal di punggung dan menjalar ke depan

Sumber : Marni.2016

b. Jalan lahir (passage)

Jalan lahir terbagi atas 2, yaitu jalan lahir bagian keras dan jalan lahir bagian lunak. Jalan lahir keras yaitu tulang panggul, sedangkan jalan lahir lunak yaitu segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina, dan introitus vagina, perineum (Nuraisah.2014)

Menurut Marmi (2016:43-50) jalan lahir terdiri atas:

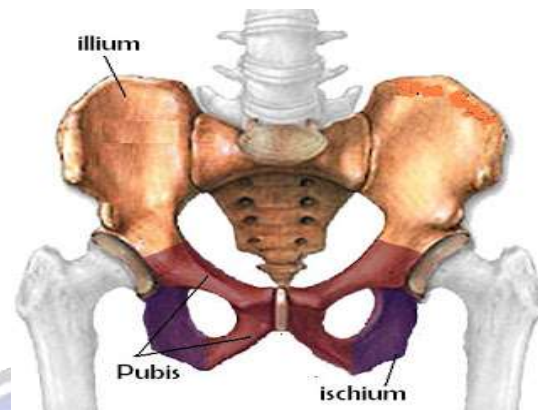
- a) Jalan lahir keras (pelvik atau panggul)
- b) Jalan lahir lunak, segmen bawah rahim (SBR), serviks vagina, intoitus vagina dan vulva, muskulus dan ligamentum yang nyelubungi dinding dalam dan bawah panggul atau diafragma pelvis terdiri dari bagian otot disebut muskulus levator ani, sedangkan bagian membran disebut diafragma urogenital.

1) Jalan Lahir Atau Panggul Keras

Bagian keras dibentuk oleh empat buah tulang yaitu:

- a. 2 Tulang pangkal paha (*os coxae*) terdiri dari os ilium, os ischium dan os pubis





Gambar 2.4 Gambar Tulang Panggul

Sumber: Marmi.2016:44

- a) Os illium Atau Tulang Usus
- b) Ukurannya terbesar disbanding tulang lainnya. Sebagai batas dinding atas dan belakang panggul.
- c) Pinggir atas os illium yang tumpul dan menebal: Crista illiaka.
- d) Bagian terdepan Crista illiaka: Spina illiaka anterior posterior (SIAS) dan beberapa centimeter dibawahnya menonjol: Spina illiaka anterior inferior (SIAI).
- e) Di bawah SIPS ada tonjolan dinamakan spina illiaka posterior interior (SIPI).
- f) Di bawah SIPS ada tonjolan dinamakan spina illiaka posterior inferior (SIPI).
- g) Lengkungan dibawah SIPI dinamakan incisuria ischiadika mayor.

h) Pada sisi dalam os illium merupakan batas antara panggul mayor dan panggul minor dinamakan linea innominate atau linea terminalis.

i) Os Ischium Atau Tulang Duduk

a. Posisi os ischium terlekat dibawah os illium, pada bagian belakang terdapat cuat duri dinamakan spina ischiadika.

b. Lengkungan dibawah spina ischiadika dinamakan incrisura ischiadika minor.

c. Pada bagian bawah, sebagai penopang tubuh saat duduk dinamakan tuber ischiadikum.

j) Os Pubis Atau Tulang Kemaluan

a. Membentuk suatu lubang dengan os ischium yaitu foramen obsturatorium.

Fungsi di dalam persalinan belum diketahui secara pasti.

b. Di atas foramen obturatorium dibatasi oleh sebuah tangkai dari os pubis yang menggabungkan dengan os ischium disebut ramus superior ossis pubis, sedang dinding



bawah foramen dibatasi oleh ramus inferior ossis pubis.

c. Pada ramus superior ossis pubis kanan dan kiri terdapat tulang yang bersisir, dinamakan pectin ossis pubis.

d. Pada ramus inferior ossis pubis kiri dan kanan membentuk sudut yang disebut arkus pubis. Pada panggul wanita normal sudut ini tidak kurang dari  $90^{\circ}$ .

e. Pada bagian atas os pubis terdapat tonjolan yang dinamakan tuberkulum pubic

b. 1 tulang kelangkangan (*os sacrum*)

a) Bentuk segitiga, dengan dasar segitiga di atas dan puncak segitiga pada ujung dibawah.

b) Terdiri lima ruas yang bersatu, terletak diantara os coxae dan merupakan dinding belakang panggul.

c) Permukaan belakang pada bagian tengah terdapat cuat duri dinamakan crista sakralia.

d) Permukaan depan membentuk cekungan disebut arkus sakralia yang memperlebar luas panggul kecil atau pelvis minor.

e) Dengan lumbal ke-5 terdapat arkulasio lumbosaralis.

f) Bagian depan paling atas dari tulang sacrum dinamakan promontorium, dimana bagian ini bila dapat teraba pada waktu periksa dalam, berarti ada kesempitan panggul

c. 1 tulang tungging (*os cocygis*)

(1) Dibentuk oleh 3-5 ruas tulang yang saling berhubungan dan berpadu dengan bentuk segitiga.

(2) Pada kehamilan tahap akhir, koksigeum dapat bergerak (kecuali jika struktur tersebut patah)

Perhubungan Tulang-Tulang Panggul

a) Di depan panggul terdapat hubungan antara kedua os pubis kanan dan kiri.

b) Di belakang panggul terdapat artikulasio sakro-illiakayang menghubungkan os sacrum dan os illium.

c) Di bagian bawah panggul terdapat artikulasio sakro-koksigea yang menghuungkan os sacrum dengan os koksigis.

Tulang Panggul Di Pisahkan Oleh Pintu Atas Panggul Menjadi Dua Bagian:

- a. Panggul palsu atau false pelvis (pelvis mayor).  
Panggul palsu adalah bagian di atas pintu atas panggul dan tidak berkaitan dengan persalinan.
- b. Panggul sejati atau true pelvis (pelvis minor).  
Bentuk pelvis minor ini menyerupai suatu saluran yang menyerupai sumbu melengkung kedepan.

Dalam Obstetri Yang Dimaksud Pelvis Minor  
Terdiri Atas:

2. Pintu Atas Panggul (PAP) yang disebut juga pelvic inlet

- (a) Bagian anterior PAP, yaitu batas atas sejati, dibentuk oleh tepi atas tulang pubis.

- (b) Bagian lateralnya dibentuk oleh linea iliopektina, yaitu sepanjang tulang inominata.

- (c) Bagian Posteriornya dibentuk oleh bagian-bagian anterior tepi atas sacrum dan promontorium sacrum.

3. Bidang tengah panggul (midlet)

- a) Merupakan saluran lengkung yang memiliki dinding anterior pendek dan dinding posterior yang lebih cembung dan panjang.

b) Rongga panggul melekat pada bagian posterior simpisis pubis, ischium, sebagian illium, savernum dan koksigeum.

#### 4. Pintu bawah panggul

a) Batas bawah panggul sejati

b) Jika dilihat dari bawah, struktur ini berbentuk lonjong, agak menyerupai intan, di bagian anterior dibatasi oleh lengkung pubis, dibagian lateral oleh tuberositas ishium, dan bagian posterior oleh ujung koksigeum.

Ukuran-Ukuran Panggul :

##### 1) Pintu Atas Panggul

(1) Konjugata diagonalis: pinggir bawah simpisis pubis ke promontorium 12,5 cm

(2) Konjugata vera: pinggir atas simpisis pubis ke promontorium: konjugata diagonalis - 1,5 = 11 cm. Konjugata vera adalah ukuran PAP yang utama dapat diukur secara tidak langsung.

(3) Konjugata transvera: antar dua linea innminata: 12-13 cm.

(4) Pada panggul normal promontorium teraba, bila ukuran CV diatas 10 cm dianggap panggul dalam batas normal.

## 2) Ruang Tengah Panggul

(1) Bidang luas panggul: pertengahan simpisis ke pertemuan os sacrum 2 dan 3. Sekitar 12,75 x 12,5 cm. Dalam persalinan tidak mengalami kesukaran.

(2) Bidang sempit panggul: tepi bawah simpisis menuju spina ichiadika. Sekitar 11,5 x 11cm.

(3) Jarak kedua spina 10-11 cm.

## 3) Pintu Bawah Panggul

(1) Anterior posterior: pinggir bawah simpisis ke os cocygis; 10-11 cm.

(2) Melintang: 10,5 cm

(3) Arcus pubis: lebih dari 90 derajat.

## 4) Bidang Hodge

Adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan dalam atau vagina toucher (VT).

Bidang hodge antara lain sebagai berikut;

a) Hodge I: dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simpisis dan promontorium.

- b) Hodge II: sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah simpisis.
- c) Hodge III: sejajar Hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.
- d) Hodge IV: sejajar Hodge I, II, III setinggi Os cocygis

## 2) Bagian Lunak Jalan Lahir

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

- a) Permukaan belakang panggul dihubungkan oleh jaringan ikat antara os sacrum dan illium dinamakan ligamentum sacro illiaca posterior, bagian depan dinamakan ligamentum sacro illiaca anterior.
- b) Ligamentum yang menghubungkan os sacrum dan spina ischium dinamakan ligamentum sacro spinosum.
- c) Ligamentus antara os sacrum dan os tuber ischiadikum dinamakan ligamentum sacro tuberosum.
- d) Pada bagian bawah sebagian dasar panggul. Dasar panggul diafragma pelvis terdiri dari bagian otot disebut muskulus levator ani.



- e) Bagian membran disebut diafragma urogenital.
- f) Muskulus levator ani menyelubungi rektum, terdiri atas musculus pubo coccygeus, musculus iliococcygeus, dan musculus ischiococcygeus.
- g) Ditengah-tengah musculus pubococcygea kanan dan kiri ada hiatus urogenitalis merupakan celah berbentuk segitiga. Hiatus ini di batasi sekat yang menyelubungi pintu bawah panggul sebelah depan.
- h) Fungsi diafragma pelvis adalah untuk menjaga agar genitalia interna tetap pada tempatnya. Bila musculus ini menurun fungsinya, maka akan terjadi prolapse atau turunnya alat genitalia interna.

c. Passanger (Isi Kehamilan).

Passanger adalah janin dan plasenta. Ada beberapa hal perlu diperhatikan mengenai janin yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin, sedangkan yang perlu diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar dan luasnya (Nuraisah,2014)

Faktor passanger terdiri atas 3 komponen yaitu janin, air ketuban dan plasenta (Marmi.2016:27).

a. Janin

Pembahasan mengenai janin sebagai besar adalah mengenai ukuran kepala janin, karena kepala adalah bagian terbesar

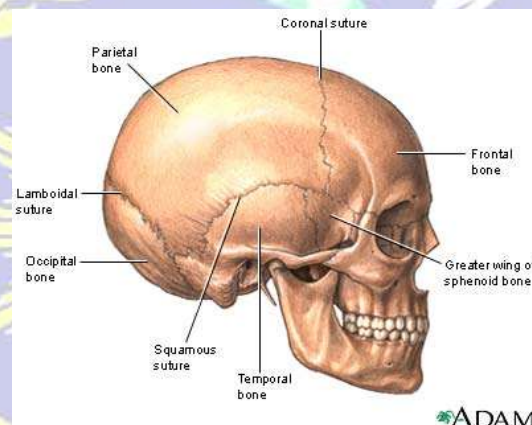
dari janin dan paling sulit untuk dilahirkan (Sulfianti, dkk. 2020 :65).

### 1) Anatomi Kepala Janin

Tulang-tulang penyusun kepala janin terdiri dari:

#### 1) Bagian tengkorak

- a. Os Frontal atau tulang dahi
- b. Os parietal atau tulang ubun-ubun
- c. Os occipital atau tulang belakang kepala
- d. Os temporal atau tulang pelipis



Gambar 2.5 Gambar Anatomi Kepala Janin  
Sumber: Marmi.2016:27

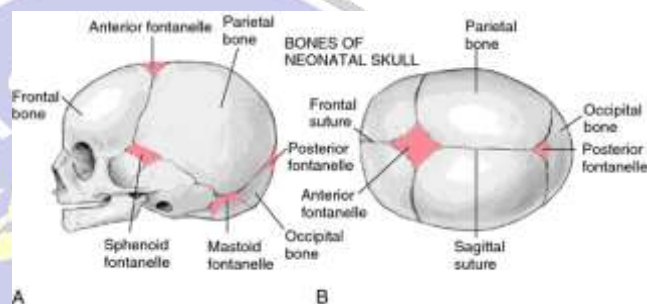
#### 2) Bagian muka

- (1) Os nasalis atau tulang hidung
- (2) Os maxilaris atau tulang rahang atas
- (3) Os mandibularis atau tulang rahang bawah
- (4) Os zygomatic atau tulang pipi

#### 3) Sutura (sela ruang antara dua tulang)

- (1) Sutura frontalis, antara kedua tulang frontal

- (2) Sutura sagitalis, antara kedua tulang parietal kiri dan kanan
- (3) Sutura koronalis, antara tulang parietal dan frontal
- (4) Sutura lamboidea, antara tulang parietal dan oksipital



Gambar 2.6 Sutura dan Fontanel

Sumber: Marmi.2016:28

Terdapat dua fontanel (ubun-ubun) antara lain:

5. Fontanel minor (ubun-ubun kecil)

- a) Berbentuk segitiga
- b) Terdapat di sutura sagitalis superior bersilang dengan sutura lamboidea
- c) Sebagai penunjuk (penujuk presentasi kepala) dalam persalinan, yang diketahui melalui pemeriksaan dalam (vaginal touche). Pada saat tangan pemeriksa meraba kepala janin, ketika terasa adanya cekungan yang berbentuk segitiga, itulah ubun-ubun kecil.

## 6. Fontanel mayor (ubun-ubun besar)

- a. Berbentuk segiempat panjang
- b. Terdapat di sutura sagitalis superior dan sutura frontalis bersilang dengan sutura koronaria  
(Sulfianti, dkk. 2020 :65).

## 2) Moulage (Molase) Kepala Janin

Moulage adalah suatu keadaan dimana adanya celah antara tulang kepala janin yang memungkinkan terjadinya penyisipan (tumpang tindih) antar bagian tulang (overlapping) sehingga kepala janin dapat mengalami perubahan bentuk dan ukuran (Marmi.2016:29).

## 3) Ukuran-ukuran kepala janin

Diameter kepala janin:

- a) Diameter sub occipito bregmantika (10 cm)
- b) Diameter sub oksipito frontalis (11 cm)
- c) Diameter oksipito mento vertikal (13 cm)
- d) Diameter submento bregmantika (10 cm)
- e) Diameter biparietalis (9,5 cm)
- f) Diameter bitemporalis (8 cm)

(Mutmainah dkk, 2017:26)

## 4) Ukuran badan lain

- a. Bahu

(1) Jaraknya 12 cm (jarak antara kedua akromonium)

(2) Lingkaran bahu 34 cm

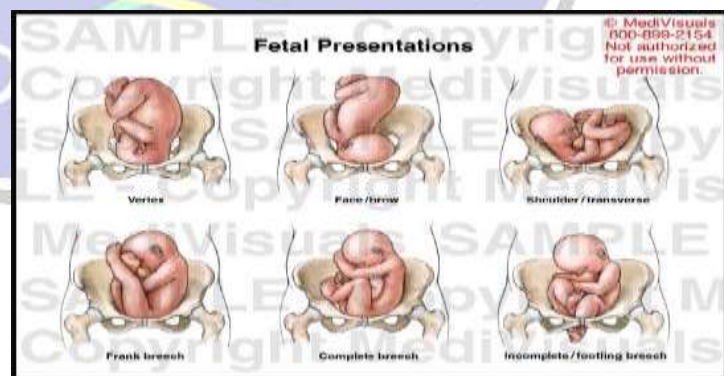
b. Bokong

(1) Lebar bokong (diameter intertrokanterrika) 12cm

(2) Lingkaran bokong 27cm

5) Presentasi

Presentasi adalah bagian janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul dan terus melalui jalan lahir pada saat persalinan mencapai aterm. Tiga presentasi janin yang utama adalah kepala (96%), bokong (3%), bahu (1%). Bagian presentasi adalah bagian tubuh janin yang pertama kali teraba oleh jari pemeriksa saat melakukan pemeriksa dalam. Faktor-faktor yang menentukan bagian presentasi adalah letak janin, sikap janin, dan ekstensi atau fleksi kepala janin (Marmi.2016:30).



Gambar 2.7 Gambar Presentasi Janin

Sumber: Marmi.2016:30

6) Letak Janin

Letak adalah bagaimana sumbu janin berada terhadap sumbu ibu misalnya Letak Lintang dimana sumbu janin tegak lurus pada sumbu ibu. Letak membujur dimana sumbu janin sejajar dengan sumbu ibu, ini bisa letak kepala atau letak sungsang.

#### 7) Sikap janin (Habitus)

Adalah hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan bagian tubuh yang lain yang sebagian merupakan akibat pola pertumbuhan janin dan sebagai akibat penyesuaian janin terhadap bentuk rongga rahim. Pada kondisi normal, punggung janin sangat fleksi, kepala fleksi kearah dada dan paha fleksi kearah sendi lutut. Tangan disilangkan di depan toraks dan tali pusat terletak diantara lengan dan tungkai. Penyimpangan sikap normal dapat menimbulkan kesulitan saat anak dilahirkan (Marmi.2016:31)

#### 8) Posisi Janin

##### b. Letak Belakang Kepala (LBK)

Indikator: Ubun-ubun kecil (UUK)

Variasi Posisi:

- (1) Ubun-ubun kecil kiri depan : uuk ki-dep
- (2) Ubun-ubun kecil kiri belakang : uuk ki-bel
- (3) Ubun-ubun kecil melintang kiri : uuk.mel.ki

- (4) Ubun-ubun kecil kanan depan : uu. ka-dep
- (5) Ubun-ubun kecil kanan belakang : uuk. ka-bel
- (6) Ubun-ubun kecil melintang kanan: uuk.mel-ka

c. Presentasi Dahi

Indikator: teraba dahi dan ubun-ubun besar (UUB)

Variasi Posisi:

- (1) Ubun-ubun besar kiri depan : uub.ki-dep
- (2) Ubun-ubun besar kiri belakang : uub.bi-bel
- (3) Ubun-ubun besar melintang kiri : uub.mel-ki
- (4) Ubun-ubun besar kanan depan : uub. ka-dep
- (5) Ubun-ubun besar kanan belakang: uub.mel-ka

d. Presentasi Muka

Indikator: Daggu (Meto)

Variasi posisi:

- (1) Daggu kiri depan : d.ki - dep
- (2) Daggu kiri belakang : d.ki - bel
- (3) Daggu melintang kiri : d.mel-ki
- (4) Daggu kanan depan: d. ka-dep
- (5) Daggu kanan belakang : d. ka-bel
- (6) Daggu melintang kanan : d.mel-ka

e. Presentasi Bokong

Indikator adalah sacrum

Variasi posisi adalah:

- a) Sakrum kiri depan : s.ki-dep
- b) Sakrum kanan depan : s.ka-dep
- c) Sakrum kanan belakang : s.ka-bel
- d) Sakrum melintang kanan : s.mel-ka

f. Letak lintang

Menurut posisi kepala

- a) Kepala kiri :LLi I
- b) Kepala di kanan : LLi II

Menurut arah punggung

- (1) Punggung depan (dorso–anterior) : PD
- (2) Punggung belakang (dorso–posterior) : PB
- (3) Punggung atas (dorso–superior) : PA
- (4) Punggung bawah (dorso–inferior) : PI

g. Presentasi Bahu (scapula)

- (1) Bahu kanan : ta-ki
- (2) Bahu kiri : ta-ka

b. Air Ketuban

Sebagai cairan pelindung dalam pertumbuhan dan perkembangan janin. Air ketuban berfungsi sebagai bantalan untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar. Air ketuban juga berfungsi melindungi janin dari infeksi, menstabilkan perubahan suhu, dan menjadi sarana yang memungkinkan janin bergerak bebas.



Beberapa faktor yang mempermudah terjadinya ketuban pecah dini :

- a. Infeksi, contohnya korioamionitis
- b. Trauma, contoh : amniosentesis, pemeriksaan panggul atau koitus.
- c. Inkompeten serviks.
- d. Kelainan letak atau presentase janin.
- e. Peningkatan tekanan intrauterine, contoh : kehamilan ganda dan hidramnion.

Diagnosa Ketuban Pecah dini :

- 1) Keluarnya cairan jernih dari vagina
- 2) Inspekulo : keluar cairan dari orivisium utero eksterna saat fundus uteri ditekan atau digerakkan.
- 3) Adanya perubahan kertas lakmus merah (nitrazin merah) menjadi biru.
- 4) Periksa dalam vagina: ketuban negative.

Pemeriksaan penunjang ketuban pecah dini :

- 1) USG
- 2) Leukosit dan suhu badan (37,5 derajat celcius) untuk menilai adanya infeksi (leukositosis).
- 3) Pemantauan kesejahteraan janin.

Pemeriksaan laboratorium, contoh : TORCH

(Mutmainah dkk, 2017:26)

c. Plasenta

A. Struktur plasenta

a. Berbentuk bundar atau hamper bundar dengan diameter 15-20 cm dan tebal 2-2,5 cm.

b. Berat rata-rata 500 gram.

c. Letak plasenta umumnya di depan atau di belakang dinding uterus, agak ke atas ke arah fundus.

d. Terdiri dari 2 bagian antara lain :

(1) Pars maternal : bagian plasenta yang menempel pada desidua, terdapat kotiledon (rata-rata 20 kotiledon).

(2) Pars fetal : terdapat tali pusat (insersio / penanaman tali pusat).

(a) Insersio sentralis : penanaman tali pusat di tengah plasenta

(b) Insersio marginalis : penanaman tali pusat di pinggir plasenta

(c) Insersio velamentosa : penanaman tali pusat di selaput janin/selaput amnion

(Sulfianti, dkk. 2020).

d. Psikologis (psychologi)

Respon psikologi ibu dapat dipengaruhi oleh, dukungan dari suami, keluarga, dan saudara kandung atau teman dekat selama proses persalinan (Nuraisah, 2014)

e. Penolong (Physician)

Kompetensi yang dimiliki oleh penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal dan neonatal. Dengan pengetahuan dan kompetensi yang baik diharapkan kesalahan atau malpraktek dalam memberikan asuhan tidak terjadi (Nuraisah,2014).

### 1.2.3 Jenis Persalinan

1. Menurut cara persalinan :

a. Persalinan spontan

Persalinan di katakana sepontan jika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibunya sendiri dan melalui jalan lahir.

b. Persalinan Buatan

Persalinan buatan adalah proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan tenaga dari luar misalnya ekstrasi dengan forceps atau di lakukan operasi section caesarea.

c. Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran adalah bila kekuatan yang di perlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan misalnya Pitocin dan prostaglandin. (Sarwono, 2012:89).

2. Menurut tua (umur) kehamilan :

- a. Abortus (keguguran) adalah terhentinya kehamilan sebelum janin dapat hidup (variable)-berat janin di bawah 1000 g-tua kehamilan di bawah 28 minggu.
- b. Partus prematurus adalah persalinan (pengeluaran) hasil konsepsi pada kehamilan 28-36 minggu, janin dapat hidup tetapi premature, berat janin antara 1000-2500 g.
- c. Partus matures atau aterm (cukup bulan) adalah partus pada kehamilan 37-40 minggu, janin matur, berat badan di atas 2500 g.
- d. Partus postmaturus (serotinus) adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih setelah waktu partus yang di taksir, janin di sebut postmatur.
- e. Partus presipitatus adalah partus yang berlangsung sangat cepat, mungkin di kamar mandi, di atas becak dan sebagainya
- f. Partus percobaan adalah suatu penilaian kemajuan persalinan untuk memperoleh bukti tentang ada tidaknya disproporsi sefalopelvik ( sulfianti dkk, 2020).

#### 1.2.4 Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Apa yang menyebabkan terjadinya persalinan belum di ketahui benar, yang ada hanyalah teori-teori yang di kemukakan antara lain Menurut ( Sulfianti dkk, 2020) :

a. Teori Penurunan Hormon

Saat 1- 2 minggu sebelum proses melahirkan dimulai, terjadi penurunan kadar estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim, jika kadar progesteron turun akan menyebabkan tegangnya pembuluh darah dan menimbulkan his.

b. Teori Plasenta Menjadi Tua

Seiring matangnya usia kehamilan, *villi chorialis* dalam plasenta mengalami beberapa perubahan, hal ini menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang mengakibatkan tegangnya pembuluh darah sehingga akan menimbulkan kontraksi uterus.

c. Teori Distansia Rahim

a) Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu.

b) Setelah melewati batas tersebut, akhirnya terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

c) Contohnya pada kehamilan gemeli, sering terjadi kontraksi karena uterus teregang oleh ukuran janin ganda, sehingga kadang kehamilan gemeli mengalami persalinan yang lebih dini.

d. Teori Iritasi Mekanis

Dibelakang serviks terletak ganglion servikalis (*fleksus frankenhauser*), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus.

e. Teori Oksitosin

- a) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior.
- b) Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks.
- c) Menurunnya konsentrasi progesteron karena matangnya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitasnya dalam merangsang otot Rahim untuk berkontraksi, dan akhirnya persalinan dimulai.

f. Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprarenalis

- a) Glandula suprarenalis merupakan pemicu terjadinya persalinan.
- b) Teori ini menunjukkan, pada kehamilan dengan bayi anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena tidak terbentuknya hipotalamus.

g. Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua disangka sebagai salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin  $F_2$  atau  $E_2$  yang diberikan

secara intravena menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap usia kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama proses persalinan.

#### h. Induksi Persalinan

Persalinan dapat juga ditimbulkan dengan jalan sebagai berikut:

- a. Gagang laminaria : dengan cara laminaria dimasukkan ke dalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang fleksus frankenhauser.
- b. Amniotomi : pemecahan ketuban.
- c. Oksitosin drip : pemberian oksitosin menurut tetesan per infus.

### 1.2.5 Tanda Tanda Persalinan

#### a. Tanda-tanda permulaan persalinan

Menurut rustam mochtar (2012) tanda persalinan dibagi menjadi 2, yaitu sebagai berikut :

1. Tanda-tanda permulaan persalinan (tanda semu), sebelum terjadinya persalinan yang sebenarnya, wanita memasuki waktu kala pendahuluan (preparatory stage of labor). tanda-tandanya yaitu:

a. *leathening* atau *setting*, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul, terutama pada primigravida. Sedangkan pada atas panggul, terutama pada primigravida. Sedangkan pada multipara hal tersebut tidak begitu jelaas.

b. Perut terlihat lebih melebar dan fundus uteri menurun

c. Sering buang air kecil atau sulit berkemih karena kandung kemih tertekan oleh bagian bawah janin

d. Rasa nyeri diperut dan dipinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah uteus, kadang disebut fase labour pains (fase persalijan semu)

e. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar, dan sekresinya bertambahdan mungkin bercampur darah (*bloody show*) (AIMMATUL AINIYAH, 2018)

## 2. tanda-tanda pasti persalinan

a. rasa nyeri oleh adanya his yang dating lebih kuat, sering dan teratur

b. keluar lender bercampur darah (*bloody show*) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.

c. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya

d. Serviks mendatar dan telah ada pembukaan pada pemeriksaan dalam.



### 1.2.6 Tahapan persalinan

Menurut Rustam Mochtar (2012) tahapan persalinan dibagi menjadi 4 kala, antara lain :

#### a. Kala I

Kala I adalah kala pembukaan serviks dari nol sampai pembukaan lengkap atau 10 cm. persalinan kala I dibagi menjadi dua fase yaitu :

1. Fase laten, yaitu pembukaan serviks yang berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm, lamanya 1-8 jam.

2. Fase aktif, berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 sub fase :

- a. Periode akselerasi, berlangsung 2 jam , pembukaan menjadi 4 cm.

- b. Periode dilatasi maksimal, selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.

- c. Periode deserasi, berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam, pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap. fase-

fase pembukaan yang dikemukakan atas dijumpai pada primigravida. Perbedaan pembentukan serviks

pada primigravida dan multigravida adalah pada primigravida serviks mendatar dulu atau effacement

terlebih dahulu kemudian berdilatasi, berlangsung 13-14 jam. Sedangkan multigravida serviks mendatar

dan membuka dapat terjadi secara bersamaan, berlangsung 6-7 jam (Rustam Mochtar, 2012).

Berdasarkan kurva friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1cm / jam dan pembukaan multigravida 2 cm / jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan (Sulis, 2017).

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servik hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). persalinan kala I berlangsung 18-24 jam dan terbagi menjadi 2 fase yaitu fase laten dan fase aktif :

1) Fase laten persalinan

- a. Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap
- b. Pembukaan serviks kurang dari 4 cm
- c. Biasanya berlangsung dibawah hingga 8 jam

2) Fase aktif persalinan

Fase ini dibagi menjadi 3 fase yaitu akselerasi, dilatasi maximal, dan deselerasi

- a. Frekwensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi

dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih.

b. Serviks membuka dari 4 cm ke 10 cm (pembukaan lengkap) biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10 cm),

c. Terjadi penurunan bagian terendah janin  
(Ari Kurniawan, 2016)

#### b. Kala II

Persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap (10 cm) dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.

Tanda gejala kala II :

- a. Ibu ingin mengejan
- b. Perineum menonjol
- c. Vulva vagina dan sphinter ani membuka
- d. Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat
- e. His lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali
- f. Pembukaan lengkap (10 cm)
- g. Pada primigravida berlangsung rata-rata 1,5 jam dan multipara rata-rata 0,5 jam
- h. Pemantauan

- 1) Tenaga atau usaha mengedan dan kontraksi uterus
- 2) Janin yaitu penurunan presentasi janin dan kembali normalnya detak jantung bayi setelah kontraks
- 3) Kondisi ibu sebagai berikut :

Tabel 2.7 kondisi ibu pada kala II

Kemajuan persalinan	Kondisi PASIEN	Kondisi janin PENUMPANG
TENAGA		
Usaha mengedan Palpasi kontraksi uterus ( kontrol tiap 10 menit)	Periksa nadi dan tekanan darah selama 30 menit. Respons keseluruhan pada kala II :	Periksa detak jantung janin setiap 15 menit atau lebih sering dilakukan dengan makin dekatnya kelahiran. Penurunan presentasi dan perubahan posisi
a. Frekuensi	a. keadaan dehidrasi	
b. Lamanya	b. perubahan sikap / perilaku	
c. kekuatan	c. tingkat tenaga (yang memiliki)	Warna cairan tertentu

(ari kurniawan, 2016)

Pada kala II, his terkoordinasi, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. kepala janin telah turun dan masuk ke ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang menimbulkan rasa ingin mengejan. Karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti buang air besar (BAB) dengan tanda anus terbuka dan menonjol pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum merengang. Dengan his dan cara mengedan yang terpimpin, kepala akan lahir diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primigravida berlangsung kurang lebih 2 jam dan pada multigravida selama kurang lebih 1 jam (Rustam Mochtar).

c. Kala III

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir hingga lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Janny, 2013)

Setelah bayi lahir, kontraksi rahim beristirahat sebentar, uterus terasa keras karena fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong kedalam vagina, dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh

proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (Rustam Mochtar, 2012).

d. Kala IV

Menurut Rustam Mochtar (2012), kala IV adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi dan plasenta lahir untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum. Darah yang keluar selama perdarahan harus ditakar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pelepasan uri atau robekan pada serviksa dan perineum. Jumlah rata-rata perdarahan yang dianggap normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. apabila perdarahan lebih dari 500 cc, hal tersebut sudah dianggap abnormal dan harus dicari sebab-sebabnya. Ada 7 hal pokok yang penting diperhatikan dalam pengawasan kala IV, yaitu:

1. Perdarahan : ada atau tidak , banyak atau tidak
2. Kandung kemih : harus kosong, jika penuh, ibu dianjurkan untuk berkemih, dan jika tidak bisa maka dilakukan kateterisasi.
3. Kontraksi rahim : baik atau tidaknya kontraksi rahim dapat diketahui dari palpasi. Jika perlu dilakukan massase dan berikan uteritonika, seperti methergin atau oksitosin.

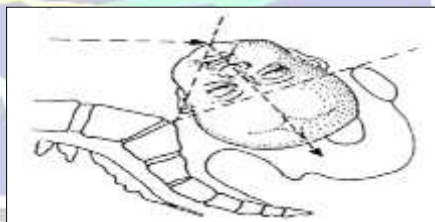
4. Luka-luka : jahitannya baik atau tidak, perdarahan ada atau tidak.
5. Pasenta : lengkap atau tidak, jumlah koteledon harus lengkap
6. Keadaan umum ibu : tekanan darah, nadi, pernafasan, dan masalah lain
7. Memastikan bayi dalam keadaan baik

### 1.2.7 Mekanisme persalinan normal

Turunnya kepala dibagi dalam beberapa fase sebagai berikut :

- a. Masuknya kepala janin dalam PAP
  1. Masuknya kepala ke dalam PAP terutama pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multipara biasanya terjadi pada permulaan persalinan
  2. Masuknya kepala ke dalam PAP biasanya dengan sutura sagitalis melintang menyesuaikan dengan letak punggung (contoh : apabila dalam palpasi didapatkan punggung kiri maka sutura sagitalis akan teraba melintang kekiri/posisi jam 3 atau sebaliknya apabila punggung kanan maka sutura sagitalis melintang ke kanan / posisi fleksi ringan.
  3. Jika sutura sagitalis dalam diameter anteriorposterior dari PAP maka masuknya kepala akan menjadi sulit karena menempati ukuran yang terkecil dari PAP

4. Jika sutura sagitalis pada posisi di tengah-tengah jalan lahir yaitu tepat diantara symphysis dan promontorium, maka dikatakan dalam posisi “synclitimus” pada posisi ini os parietale depan dan belakang sama tingginya.
5. Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati symphysis atau agak ke belakang mendekati promontorium, maka yang kita hadapi adalah posisi “*asynclitimus*”
6. *Asynclitimus posterior* adalah posisi sutura sagitalis mendekati symphysis dan os parietal belakang lebih rendah dari os parietal depan.
7. *Asynclitimus anterior* adalah posisi sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os parietal depan lebih rendah dari os parietal belakang.
8. Pada saat kepala masuk PAP biasanya dalam posisi *asynclitimus posterior* ringan. Pada saat kepala janin masuk PAP akan teriksasi yang disebut dengan engagement.



Gambar 2.8 Sinklitismus  
Sumber :Wiknjosastro,dkk. 2009: 310.

- b. Masuknya kepala janin



1. Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II.
2. Pada multi gravida majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi bersamaan
3. Majunya kepala bersamaan dengan gerakan-gerakan yang lain yaitu : fleksi, putaran paksi dalam, dan ekstansi
4. Majunya kepala disebabkan karena tekanan cairan intrauterine, tekanan langsung oleh fundus uteri oleh bokong, kekuatan mengejan, dan melurusnya badan bayi oleh perubahan bentuk rahuim.

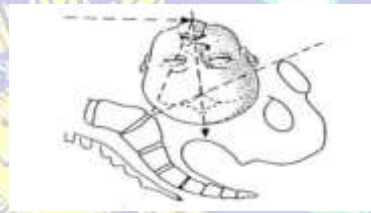


Gambar 2.9 Asinklitismus anterior  
Sumber : Wiknjosastro, dkk. 2009 : 311.

c. Fleksi

1. Fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil yaitu dengan diameter *subobsipito bregmatikus* (9,5 cm) menggantikan *suboccipito frontalis* (11 cm)
2. Fleksi disebabkan karena dorongan janin didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP, serviks, dinding panggul atau dasar panggul

3. Akibatnya adanya dorongan di atas kepala janin menjadi fleksi karena moment yang menimbulkan fleksi lebih besar daripada moment yang menimbulkan defleksi
4. Sampai di dasar panggul kepala janin berada dalam posisi fleksi maksimal . kepala turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan
5. Akibat kombinasi elastilitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin yang disebabkan oleh his yang berulang-ulang , kepala mengadakan rotasi yang disebut sebagai putaran paksi dalam



Gambar 2.10 Asinklitismus posterior  
Sumber :Wiknjosastro, dkk. 2009 : 311.

d. Putaran paksi dalam

1. Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan seddemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan bawah symphysis.
2. Pada presentasi belakang kepala bagian terendah adalah daerah ubun-ubun kecil dan bagian ini akan memutar ke depan ke bawah symphysis
3. Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala, karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk

menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul

4. Putaran paksi dalam terjadinya bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai di hodge III, kadang-kadang baru terjadi setelah kepala sampai di dasar panggul

5. Sebab-sebab terjadinya putaran paksi dalam : Pada letak fleksi, bagian kepala merupakan bagian terendah dari kepala, bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paing sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara muskulus levator ani kanan dan kiri.

6. Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteriorposterior.

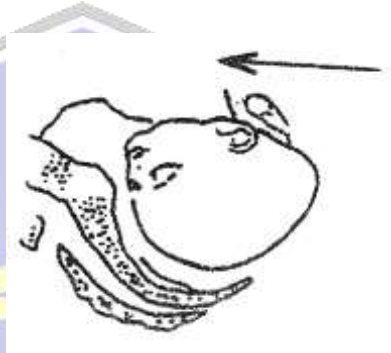
e. Ekstansi

1. Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai di dasar panggu;, terjadilah ekstansi atau defleksi dari kepala.

2. Dalam rotasi UUK akan berputar kearah depan, sehingga di pasar panggul UUK berada di bawah simfisis, dengan suboksiput sebagai hipomoklion kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan.

3. Pada saat ada his vulva akan lebih membuka dan kepala janin makin tampak, perineum menjadi makin lebar dan tipis, anus membuka dinding rectum

4. Dengan kekuatan his dan kekuatan mengejan , maka berturut-turut tampak bregmatikus, dahi, muka, dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstansi.
5. Sesudah kepala lahir , kepala segera mengadakan rotasi, yang disebut putaran paksi luar



Gambar 2.11 Kepala janin ekstensi  
Sumber : Manuaba, dkk. 2010 : 185.

f. Putaran paksi luar

1. Putaran paksi luar adalah gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan penggung janin
2. Bahu melintasi PAP dalam posisi miring.
3. Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya hingga di dasar panggul, apakah kepala telah dilahirkan bahu akan berada dalam posisi depan belakang.
4. Selanjutnya dilahirkan bahu depan terlebih dahulu baru kemudian bahu belakang, kemudian bayi lahir seluruhnya.



Gambar 2.12 Rotasi Eksternal  
Sumber : Manuaba, dkk. 2010: 185.

### 1.2.8 Penyulit / Komplikasi pada persalinan

#### a. Kala I dan kala II

1. Persalinan lama, masalah fase laten dari 8 jam. Persalinan telah berlangsung selama 12 jam / lebih tanpa kelahiran bayi. Dilatasi serviks di kanan garis waspada pada partograf. Disebabkan beberapa faktor :

- a. Kecemasan dan ketakutan
- b. Pemberian analgetik yang kuat atau pemberian analgetik yang terlalu cepat pada persalinan dan pemberian anestesi sebelum fase aktif
- c. Abnormalitas pada tenaga ekspulsi
- d. Abnormalitas pada panggul
- e. Kelainan pada letak dan bentuk janin

2. Persalinan palsu/belum inpartu (fase labor)

Pemeriksaan apakah ada infeksi saluran kemih (ISK) atau ketuban pecah. Jika didapatkan adanya infeksi, obat secara adekuat, jika tidak ada pasien boleh rawat jalan.

3. Partus presipitatus

Partus prespitatus adalah kejadian dimana ekspulsi janin berlangsung kurang dari 3 jam setelah awal persalinan. Partus sering berkaitan dengan solusio plasenta (20%). Aspirasi , mekonium, perdarahan postpartum. Apgar score rendah. Komplikasi maternal. Jarang terjadi bila dilatasi serviks dapat berlangsung secara normal. bila serviks panjang dan jalan lahir kaku, akan terjadi robekan serviks dan jalan lahir yang luas, emboli air ketuban (jarang), atonia uteri dengan akibat hemorragic postpartum (HPP), terjadi karena kontraksi uterus yang terlalu kuat akan menyebabkan asfiksia intauterin, trauma intra cranial akibat tahanan jalan lahir, kejadian ini biasanya berulang sehingga perlu informasi dan pengawasan yang baik pada kehamilan yang sedang berlangsung.

#### 4. Distosia

Distosia adalah kelambatan atau kesulitan persalinan dapat disebabkan kelainan tenaga, letak, dan bentuk janin serta kelainan jalan lahir (Parwiroharjo,2014)

#### 5. Lilitan tali pusat

Penyebab lilitan tali pusat juga bisa karena ukuran tali pusat yang panjang, strukturnya lemah, dan tidak dilindungi lapisan jeli yang cukup, jadi menyebabkan aliran darah untuk bayi terganggu sehingga mengakibatkan nyut jantung janin menurun.

## 6. Gawat janin (*fetal distres*)

Gawat janin adalah kondisi saat pasokan oksigen bayi selama persalinan dan setelahnya tidak tercukupi. gawat janin juga bisa diakibatkan bayi yang berukuran kecil dan usia kehamilan sudah lebih 42 minggu (Parwrohardjo, 2014)

### b. Kala III dan kala IV

Perdarahan pada kala III, perdarahan pada kala III umum terjadi karena terpotongnya pembuluh-pembuluh darah dari dinding rahim bekas implantasi plasenta/karena sinus-sinus maternalis ditempat insersinya. Pada dinding uterus terbuka, biasanya perdarahan tidak banyak, sebab kontraksi dan retraksi otot-otot uterus menekan pembuluh-pembuluh darah yang terbuka, kemudian pembuluh darah tersumbat oleh bekuan darah. Jumlah darah yang umum keluar tidak lebih dari 500 cc atau setara dengan 2,5 gelas belimbing. Apabila setelah lahirnya bayi darah yang keluar melebihi 500 cc maka dapat dikategorikan mengalami perdarahan pascapersalinan primer. Perdarahan primer terjadi dalam 24 jam pertama dan perdarahan sekunder sesudah itu. Hal-hal yang menyebabkan perdarahan post partum adalah :

1. Atonia uteri, adalah keadaan lemahnya tonus atau kontraksi uterus yang tidak mampu menutup perdarahan dari tempat implementasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir

2. Retensio plasenta, retensio plasenta adalah plasenta tetap tertinggal dalam uterus setengah jam setelah anak lahir.
3. Plasenta akreta, saat terjadi perlekatan plasenta terlalu kuat pada dinding rahim sehingga membuatnya susah lepas setelah melahiekan.
4. Infeksi postpartum, infeksi postpartum disebabkan oleh hadirnya bakteri, pada luka episiotomi, rahim, kandung kemih, infeksi postpartum meliputi : mastitis, endometritis, infeksi saluran kemih, dan infeksi pada bekas episiotomi.

#### 1.2.9 Pendokumentasian

- a. Kartu P4K (Program Perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi)

Program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) dengan program pemasangan stiker, yang merupakan upaya terobosan percepatan penurunan angka kematian ibu. Program ini merupakan salah satu kegiatan kelurahan siaga. Melalui P4K dengan stiker yang ditempel dirumah ibu hamil, maka setiap ibu hamil akan tercatat, terdata dan terpantau secara tepat. Stiker P4K berisi data tentang : nama ibu hamil, taksiran persalinan, penolong persalinan, tempat persalinan, pendamping persalinan, transport yang digunakan dan calon donor darah, program ini sebenarnya sudah lama ada sejak program *Safe Motherhood* dan program kesehatan ibu dan anak ada. Penerapan program P4K ini



merupakan tindak lanjut yang lebih konogret yang melibatkan masyarakat. Dengan data dalam stiker, suami, keluarga, kader, dukun, bersama bidan di desa dapat memantau secara intensif keadaan dan perkembangan kesehatan ibu hamil, untuk mendapatkan pelayanan yang sesuai standar pada saat antenatal, persalinan dan nifas, sehingga proses persalinan sampai nifas termasuk rujukannya dapat berjalan dengan aman dan selamat, tidak terjadi kesakitan dan kematian ibu serta bayi yang dilahirkan selamat dan sehat (Depkes RI, 2015).

b. Partograf

Menurut JNPK-KR (2014), partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala I persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk :

- 1) Mencatatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
- 2) Mendeteksi adanya proses persalinan berjalan secara normal, dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
- 3) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, dan bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium,

membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan,

Partograf harus digunakan pada semua ibu dalam fase laten kala I persalinan dan merupakan elemen penting dalam asuhan persalinan, selama persaiann dan kelahiran di semua tempat, dan semua penolong persalinan. Penggunaan partograf secara rutin dapat memastikan bahwa ibu dan bayinya mendapatkan asuhan yang aman, adekuat, dan tepat waktu serta membantu mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam keselamatan jiwa mereka (JNPK-KR,2014)

Pencatatan dimulai saat fase aktif yaitu pembukaan 4 cm dan berakhir titik dimana pembukaan lengkap. Pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada kondisi ibu dan janin dinbilai dan dicatat dengan cara :

- a) Denyut jantung janin : setiap 30 menit sekali
- b) Frekwensi dan lamanya kontraksi uterus : setiap 30 menit sekali
- c) Nadi : setiap 30 menit sekali
- d) Pembukaan serviks : setiap 4 jam sekali
- e) Penurunan bagian terbawah janin : setiap 4 jam sekali
- f) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam sekali

- g) Produksi urine, aseton dan rotein : setiap 2 jam sampai 4 jam.(JNPK-KR,2014)

Cara pengisian partograf yang benar adalah sesuai dengan pedoman pencatatan partograf. Cara pengisian partograf adalah sebagai berikut :

a) Lembar depan partograf

- 1) Informasi ibu ditulis sesuai dengan identitas ibu, waktu kedatangan ditulis sebagai jam. Catat waktu pecahnya ketuban. Dan catat waktu merasakan mules (HIS).

- 2) Kondisi janin

- a) periksa Denyut Jantung Janin setiap 30 menit sekali (lebih sering jika terdapat tanda tanda gawat janin). setiap kotak menunjukkan waktu 30 menit, kisaran normal DJJ tertera diantara garis tebal angka 180 dan 100. bidan harus waspada jika DJJ mengarah di bawah 120 kali/menit (bradikardi) atau diatas 160 per/menit (tachikardi). beri tanda ‘.’ (tanda titik)

pada kisaran angka 180 dan 100. hubungkan satu titik dengan titik yang liannya (JNPK-KR, 2014).

b) Warna dan adanya air ketuban

Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina, menggunakan lambang lambang berikut :

U : selaput ketuban utuh

J : selaput ketuban pecah, dan air ketuban jernih

M : air ketuban bercampur mekonium

D : air ketuban bernda darah

K : tidak air ketuban atau kering (JNPK-KR, 2014).

3) Penyusupan atau molase tulang kepala janin

Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan tulang (molase) kepala janin. Catat temuan yang ada di kotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban. Gunakan lambang lambang berikut :

i. 0 : sutura terpisah

ii. 1 : tulang tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

iii. 2 : sutura tumpang tindih tapi masih dapat diperbaiki

iv. 3 : sutura tumpangtindih dan tidak dapat diperbaiki.

Sutura atau tulang kepala saling tumpang tindih menandakan kemungkinan adanya CPD (*Cephalo Pelvic Disproportion*) (JNPK-KR,2014)

b) Kemajuan persalinan

Kolom dan lajur kedua partograf adalah pencatatatan kemajuan persalinan. Angka 0 sampai 10 yang tertera di tepi kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Tiap angka mempunyai lajur dan kotak yang lain pada lajur di atasnya, menunjukkan penambahan dilatasi sebesar 1 cm skala angka 1 sampai 4 juga menunjukkan seberapa jauh penurunan janin. Tiap kotak di bagian ini menyatakan waktu 30 menit. (sarwono, 2010)

1) Pembukaan serviks

Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari setiap pemeriksaan. Nilai dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam sekali. Cantumkan tanda 'X' di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks. (JNPK-KR,2014)

2) Penurunan bagian terbawah janin

Untuk menentukan penurunan kepala janin tercantum angka 1-5 yang sesuai dengan metode perlimaan.

Tuliskan turunnya kepala janin dengan garis tidak terputus dari 0-5. berikan tanda '0' pada garis waktu yang sesuai. (JNPK-KR,2014)

3) Garis waspada dan garis bertindak

Garis waspada dimulai ada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi, jika laju pembukaan 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam), maka harus dipertimbangkan adanya tindakan intervensi yang diperlukan, misalnya : amniotomi, infus oksitosin atau persiapan rujukan (ke rumah sakit atau puskesmas) yang mampu menangani penyulit kegawatdaruratan obstetrik. Garis bertindak tertera sejajar dengan garis waspada, dipisahkan oleh 8 kotak atau 4 jalur ke sisi kanan. Jika pembukaan serviks berada di sebelah kanan garis bertindak, maka tindakan untuk menyelesaikan persalinan harus dilakukan. (sarwono, 2010). garis waspada, dimulai pada pembukaan serviks 4 cm (jam ke 0), dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap (6 jam). pencatatan

dimulai pada garis waspada jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada maka harus dipertimbangkan adanya penyulit (JNPK-KR,2014). garis bertindak tertera sejajar dan di sebelah kanan (berjarak 4 jam) pada garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan. Lakukan rujukan sebelum garis bertindak terlampui (JNPK-KR,2014)

c) Jam dan waktu

1) Waktu mulainya fase aktif persalinan

Setiap kotak dinyatakan 1 jam setelah fase aktif persalinan.

2) Waktu aktual pemeriksaan dan persalinan

Cantumkan tanda x pada garis waspada saat ibu masuk dalam fase aktif persalinan. (JNPK-KR,2014)

d) Kontraksi uterus

Di bawah lajur waktu partograf terdapat lima lajur kotak dengan tulisan “ kontraksi per 10 menit” di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan

catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan mengisi angka pada kotak yang sesuai. Sebagai contoh jika ibu mengalami 3 kontraksi dalam waktu 1 kali dalam 10 menit, isi 3 kotak (Sarwono, 2010).

Terdapat lima kotak kontraksi selama 10 menit, nyatakan lama kontraksi dengan:

- 1) ( . ) Beri titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya < 20 detik
  - 2) ( / ) Beri garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20-40 detik
  - 3) Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya > 40 detik
- e) Obat-obatan dan cairan yang diberikan
- 1) Oksitosin
  - 2) Obat-obatan lain dan cairan iv
- f) Kondisi ibu

- 1) Nadi, tekanan darah dan suhu

Nadi dicatat setiap 30 menit sekali di beri tanda titik

‘.’, Tekanan darah dicatat setiap 4 jam sekali, dan

suhu tubuh dicek setiap 2 jam sekali.



2) Volume urine,

Ukur dan catat jumlah produksi urine setiap 2 jam (setiap ibu berkemih), jika memungkinkan.

Lembar belakang partograf merupakan catatan persalinan yang berguna untuk mencatat proses persalinan yaitu data dasar, kala I, kala II, kala III, kala IV, dan bayi baru lahir. (JNPK-KR,2014)

c. Lembar Observasi

Pasien dinyatakan inpartu bila ada dua tanda berikut ini :

1. Kontraksi uterus (HIS) teratur dengan sekurang-kurangnya terjadi 1 His dalam waktu 10 menit.
  2. Perubahan servik berupa pendataran dan atau dilatasi servik
- Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase :
- a. Fase laten
  - b. Fase aktif.

Persalinan Kala I Fase Laten

- a) Fase laten dimulai pada awal persalinan dan berakhir pada dilatasi 3 cm. Pada primigravida, akhir fase laten ditandai dengan pendataran servik sempurna. Namun pada multipara, pada akhir fase laten servik belum mendatar sepenuhnya.
- b) Dilatasi servik pada fase laten berlangsung perlahan. Biasanya fase laten berlangsung dalam waktu 8 jam.

- c) Selama fase laten terjadi kemajuan frekuensi dan durasi his secara progresif.

#### Persalinan Kala I Fase Aktif

- a) Fase ini dimulai saat dilatasi servik mencapai 3 cm dan berakhir setelah dilatasi servik lengkap.
- b) Selama fase aktif , dilatasi servik berlangsung semakin progresif.
- c) Kecepatan dilatasi servik  $\pm 1$  cm per jam.

*\*\*\* Pada multipara dilatasi servik rata-rata selama fase aktif kira-kira 1.5 cm per jam dan pada nulipara kira-kira 1 cm per jam. Dengan demikian maka batas terbawah kecepatan dilatasi servik yang diambil adalah 1 cm per jam..*

#### Penatalaksanaan Awal Persalinan Kala I Fase Laten :

- 1) Bila pasien pada awal pemeriksaan semua menunjukkan keadaan normal maka yang harus dilakukan adalah observasi rutin. Pemeriksaan ulangan dilakukan 4 jam kemudian atau lebih cepat bila parturien mengeluarkan his yang terasa nyeri dan mulai teratur. Pasien boleh makan minum seperti biasa dan disarankan untuk berjalan-jalan. Parturien mungkin masih belum perlu masuk kamar persalinan.
- 2) Fase laten tidak boleh melebihi waktu 8 jam, dengan demikian maka diagnosa saat awal inpartu harus

DIPERTIMBANGKAN secara hati-hati untuk menghindari keputusan dan tindakan yang berlebihan dan tidak perlu.

d. Penapisan

Menurut JNPK-KR (2014), pada saat memberikan asuhan bagi ibu bersalin, penolong harus selalu waspada terhadap kemungkinan timbulnya masalah atau penyulit. Selama anamnesa dan pemeriksaan fisik, tetap waspada pada indikasi yang tertera pada lembar penapisan.

e. Lima benang merah dalam asuhan persalinan

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

1) Membuat keputusan klinik

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

2) Asuhan sayang ibu

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan :

- a) Panggil ibu sesuai dengan namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabanya.

- b) Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan
  - c) Jelaskan proses persalinan
  - d) Anjurkan ibu untuk bertanya
  - e) Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan ibu
  - f) Berikan dukungan pada ibu
  - g) Anjurkan ibu untuk ditemani suami/ keluarga
  - h) Anjurkan keluarga cara memperhatikan dan mendukung ibu
  - i) Lakukan praktek pencegahan infeksi yang baik
  - j) Hargai privasi ibu
  - k) Anjurkan ibu memilih posisi persalinan
  - l) Anjurkan ibu makan dan minum
  - m) Hargai praktek tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu
  - n) Hindari tindakan berlebihan yang membahayakan ibu
  - o) Anjurkan ibu memeluk bayinya sesegera mungkin
  - p) Anjurkan memulai IMD
  - q) Siapkan rencana rujukan bila perlu
  - r) Memersiapkan persalinan dengan baik
- 3) Pencegahan infeksi

Tindakan pencegahan infeksi dengan baik :

- a) Cuci tangan
- b) Memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung lainnya
- c) Menggunakan teknik aseptis atau asepctic

- d) Memproses alat bekas pakai
- e) Menangani peralatan tajam dengan aman
- f) Menjaga kebersihan dan sanitasi lingkungan

4) Pencatatan ( rekam medik) asuhan persalinan

Pencatatan (pendokumentasian) adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. partograf adalah bagian paling penting dari proses pencatatan selama persalinan.

5) Rujukan

Jika di temuka suatu masalah dalam persalinan, sering kali sulit untuk melakukan upaya rujukan dengan cepat, hal ini karena banyak faktor g mempengaruhi, penundaan dalam membuat keputusan dan pengiriman ibu ke tempat rujukan akan menunda ibu mendapat penatalaksanaan yang memadai sehingga menyebabkan tingginya angka kematian ibu. Rujukan tepat waktu merupakan salah satu dari asuhan sayang ibu dan menunjang terwujudnya program *safe motherhood*. Di bawah ini merupakan akronom yang digunakan petugas kesehatan dalam meningkatkan hal hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi :

- a) **B (Bidan)**Pastikan bahwa ibu dan bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalianan yang kompeten untuk melaksanakan gawat darurat obstetri dan BBL untuk dibawa ke fasilitas rujukan.

- b) **A (Alat)**Bawa perlengkapan dan alat-alat untuk asuhan persalinan, masa nifas, dan BBL(tambung suntik, selang iv, alat resusitasi, dan lain-lain) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan ke fasilitas rujukan.
- c) **K (Keluarga)**Beritahu Ibu dan Keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan bayi dan mengapa ibu dan bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan tujuan merujuk ibu ke fasilitas rujukan tersebut.
- d) **S (Surat)**Berikan surat keterangan rujukan ke tempat rujukan. Surat ini memberikan identifikasi mengenai ibu dan BBL cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil penyakit, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan BBL.
- e) **O (obat)**Bawa obat-obat esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan.
- f) **K (Kendaraan)**Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman.
- g) **U (Uang)** Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lainnya selama ibu dan bayi di fasilitas rujukan.
- h) **Da (Darah dan Doa)** Persiapan darah baik dari anggota keluarga maupun kerabat sebagai persiapan jika terjadi penyulit (JNPK-KR, 2017).
- f. Kebutuhan dasar ibu bersalin
- 1) Kebutuhan fisiologis

a) kebutuhan oksigen

Pemenuhan kebutuhan oksigen selama proses persalinan perlu diperhatikan oleh bidan, terutama pada kala I dan kala ii, dimana oksigen yang ibu hirup sangat penting artinya untuk oksigenasi janin melalui plasenta. Suplai oksigen yang tidak adekuat, dapat menghambat kemajuan persalinan dan dapat mengganggu kesejahteraan janin. Oksigen yang adekuat dapat diupayakan dengan pengaturan sirkulasi udara yang baik selama persalinan.

b) cairan dan nutrisi

Keutuhan cairan dan nutrisi (makan dan minum) merupakan kebutuhan yang harus dipenuhi dengan baik oleh ibu selama proses persalinan. Pastikan bahwa pada setiap tahapan persalinan (kala I, II, III, dan IV), ibu mendapatkan asupan makanan yang cukup.

c) kebutuhan eliminasi

Pemenuhan kebutuhan eliminasi selama persalinan perlu difasilitasi oleh bidan, untuk membantu kemajuan persalinan dan meningkatkan yamanan pasien. Anjurkan ibu untuk berkemih secara spontan setiap kali ibu ingin berkemih.

d) posisi dan ambulasi,

Posisi persalinan yang nyaman, pemilihan posisi senyaman ibu dapat mengurangi rasa nyeri akibat dari timbulnya his/kontraksi. anjurkan ibu tidur miring kiri dan mobilisasi jika ibu masih kuat

beraktivitas. Macam macam posisi meneran, antara lain : duduk / setengah duduk, merangkak, jongkok atau berdiri, berbaring miring, dan hindari posisi terlentang.

e) pengurangan rasa nyeri

Nyeri persalinan merupakan pengalaman subjektif tentang sensasi fisik yang terkait dengan kontraksi uterus, dilatasi dan penipisan serviks, serta penurunan janin selama persalinan.

Respons fisiologis terhadap nyeri meliputi : peningkatan tekanan darah, nadi, pernafasan, keringat, diameter pupil, dan ketegangan otot. Rasa nyeri ini apabila tidak diatasi dengan tepat, dapat meningkatkan rasa khawatir, tegang, takut dan stres, yang pada akhirnya menyebabkan persalinan lama.

f) Hygiene

Kebutuhan hygiene ( kebersihan) ibu bersalin perlu diperhatikan dalam memberikan asuhan pada ibu bersalin, karena personal hygiene yang baik dapat membuat ibu merasa nyaman, relax, mengurangi kelelahan, mencegah infeksi, dan mempertahankan integritas pada jaringan.

g) Istirahat

Selama proses persalinan berlangsung, kebutuhan istirahat pada ibu bersalin tetap harus dipenuhi. Berikan kesempatan ibu untuk mencoba relax tanpa adanya tekanan emosional dan fisik. Hal ini dilakukan selama tidak ada his/kontraksi. Berikan makanan



atau minuman selama tidak ada kontraksi untuk menambah tenaga ibu.

h) pertolongan persalinan terstandart.

Mendapatkan pelayanan asuhan kebidanan yang terstandart adalah hak setiap ibu. Hal ini merupakan salah satu kebutuhan fisiologis ibu bersalin (Ari kurniarum, 2016).

2) kebutuhan psikologis

a) Sugesti

Pemberian sugesti bertujuan untuk memberikan pengaruh pada ibu dengan pemikiran yang dapat diterima secara logis, sugesti yang diberikan berupa sugesti positif yang mengarah pada motivasi ibu tuk memulai proses persalinan sebagai mestinya.

b) Mengalihka perhatian

Mengalihkan perhatian dan rasa sakit yang dihadapi selama proses persalinan berlangsung dapat mengurangi rasa sakit yang sebenarnya. Secara psikologis apabila ibu merasakan sakit, dan bidan tetap fokus pada rasa sakit itu dengan menaruh rasa empati/ belas kasihan yang berlebihan, maka rasa sakit justru akan bertambah.

c) Kepercayaan

Kepercayaan merupakan salah satu poin yang penting dalam membangun citra diri positif ibu dan membangun sugesti dari bidan. Ibu bersalin yng memiliki kepercayaan diri yang baik,

bahwa dia mampu melahirkan secara normal, dan dia percaya bahwa proses persalinan yang dihadapi akan berjalan dengan lancar. (Ari kurniarum, 2016).

### **1.2.10 Panduan Pertolongan Persalinan Oleh Bidan Pada Masa Pamdemi Covid-19**

- a) Jika ada tanda-tanda bersalin, segera hubungi Bidan melalui telepon/WA. Bidan melakukan skrining faktor resiko termasuk resiko infeksi covid-19. Apabila ada faktor resiko, segera rujuk ke PKM / RS sesuai standar
- b) Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dengan kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Covid +)
- c) Pertolongan persalinan dilakukan sesuai standar APN, lakukan IMD dan Pemasangan IUD paska persalinan dengan APD level2, dan menerapkan protokol pencegahan penularan covid-19 - pada ibu bukan PDP, Covid+ (Pasien dan pendamping maksimal 1 orang menggunakan masker)
- d) Jika tidak dapat melakukan pertolongan persalinan, segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM / RS sesuai standar
- e) Keluarga/pendamping dan semua tim yang bertugas menerapkan protokol pencegahan penularan COVID19.

- f) Melaksanakan rujukan persalinan terencana untuk Ibu bersalin dengan risiko, termasuk risiko ODP/PDP/Covid + sesuai standar (Emi Nurjasmi.2020).



## 1.3 Konsep nifas

### 1.3.1 Pengertian

Masa nifas atau puerperineum dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) ) (Parwiroharjo, 2011)

Masa nifas merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kehamilan yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali kekeadaan tidak hamil yang normal (Nugroho,2014)

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali sepertikeadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama 6 minggu (Sulis ,2017).

Hadis yang berkaitan dengan masa nifas , yang pertama ada hadis dari Ummu Salamah Radhiyallahu'anha, beliau pernah menceritakan bahwa para wanita yang mengalami nifas dizaman Nabi shallallahu alaihi wa sallam, duduk (libur sholat) selama 40 hari.” (HR, Abu Dawud dan Tarmidzi). Dan para ulama dari kalangan sahabat Nabi SAW, tabin dan generasi setelah mereka telah sepakat, bahwa wanita-wanita yang mengalami nifas, meninggalkan sholat selama 40 haari, kecuali apabila ia suci sebelum waktu itu, maka dia mandi kemudian sholat.( Hasyiah Raudhah Al Murbi' 1/403).

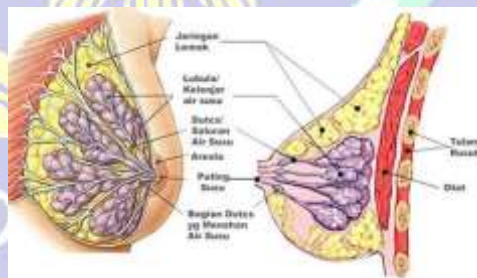
### 1.3.2 Tahapan masa nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu *Puerperium Dini*, *Purperium Intermedinal*, Dan *Remote Purerium* ( Sulis, 2017). Berikut penjelasan dari ketiga tahapan nifas tersebut dibawah ini :

1. Puerperium dini merupakan masa pemulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan
2. Puerperium intermedinal merupakan masa pemulihan menyeluruh alat-alat genetalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.
3. Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung berminggu-minggu, bulanan atau tahunan.

### 1.3.3 Anatomi dan Fisiologi Laktasi

A. Payudara terdiri dari beberapa bagian :

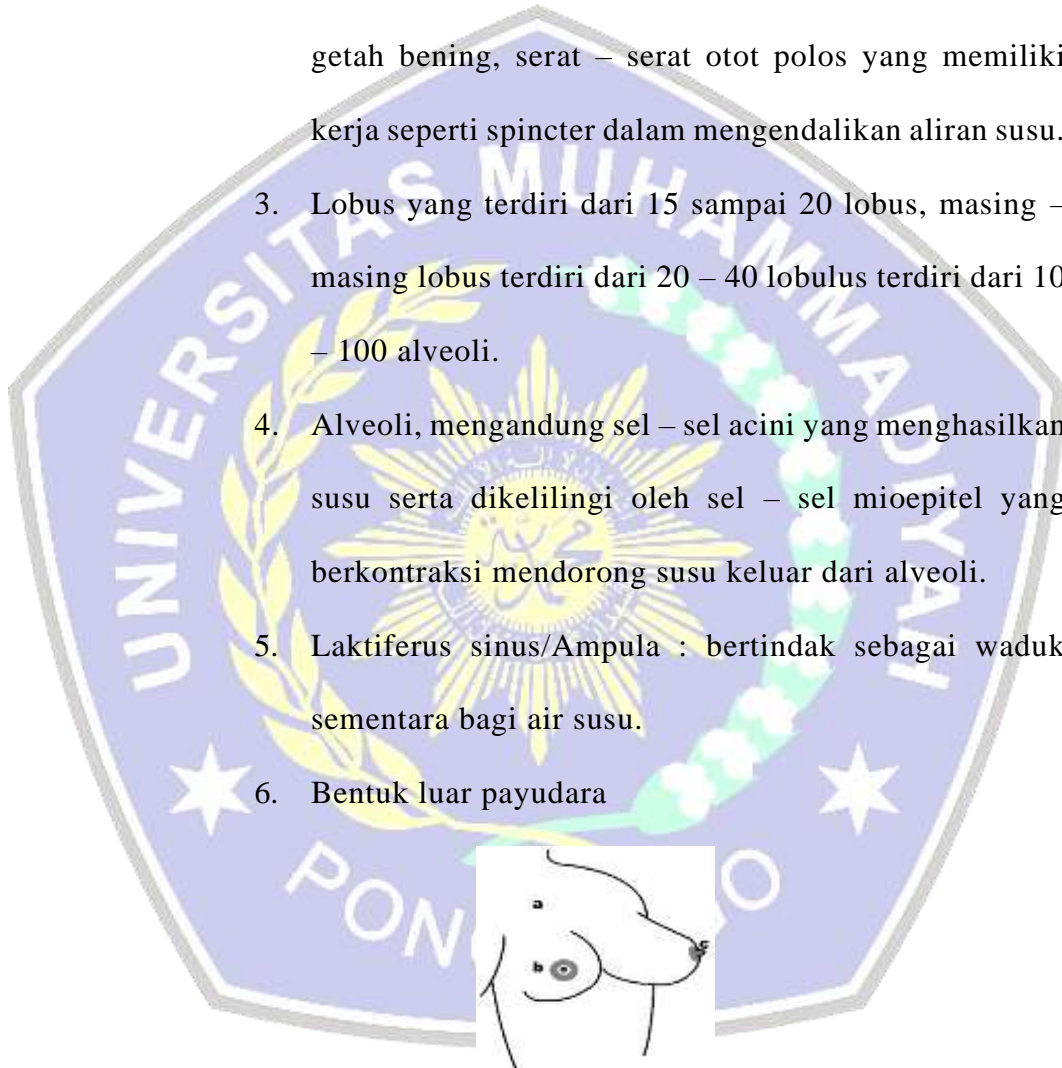


Gambar 2.13 Struktur Payudara  
Sumber :Walyani.dkk.2015:10

1. Kalang payudara : Letaknya mengelilingi putting susu, warna kegelapan, mengandung kelenjar – kelenjar Montgomery yang menghasilkan kelenjar sebum yang

bertindak sebagai pelumas selama kehamilan dan sepanjang masa post partum.

2. Puting susu : Terdiri dari jaringan yang erektil, terdapat lubang – lubang kecil merupakan muara dari duktus laktiferus, ujung – ujung serat syaraf, pembuluh getah bening, serat – serat otot polos yang memiliki kerja seperti spincter dalam mengendalikan aliran susu.
3. Lobus yang terdiri dari 15 sampai 20 lobus, masing – masing lobus terdiri dari 20 – 40 lobulus terdiri dari 10 – 100 alveoli.
4. Alveoli, mengandung sel – sel acini yang menghasilkan susu serta dikelilingi oleh sel – sel mioepitel yang berkontraksi mendorong susu keluar dari alveoli.
5. Laktiferus sinus/Ampula : bertindak sebagai waduk sementara bagi air susu.
6. Bentuk luar payudara



Gambar 2.14 Bentuk Payudara

Sumber : Rukiyah.dkk.2012

- (a) Korpus mammae : stroma : jaringan ikat, lemak, pembuluh darah, saraf, getah bening, parencym :

kelenjar susu, terdiri dari duktus, duktulus, lobus, lobules, alveolus.

(b) Areola : daerah yang hiperpigmentasi di dalam daerah ini saluran susu melebar (sinus laktiferus).

(c) Papilla mammae : muara pengeluaran susu, terdiri dari jaringan erektil dan ujung saraf sensoris.

(d) Alveolus merupakan unit terminal yang mengandung sel asiner berfungsi untuk sekresi susu, duktulus sebagai saluran terkecil, myoepitel mengandung otot polos ( Rukiyah.dkk.2012 ).

#### B. Fisiologi Payudara

Selama kehamilan, hormon prolaktin dari plasenta meningkat tetapi ASI biasanya belum keluar karena masih dihambat oleh kadar estrogen yang tinggi. Pada hari kedua atau ketiga pasca persalinan, kadar estrogen dan progesterone turun drastis, sehingga pengaruh prolaktin lebih dominan dan pada saat inilah mulai terjadi sekresi ASI. Dengan menyusukan lebih dini terjadi perangsangan puting susu, terbentuklah prolactin hipofisis, sehingga sekresi ASI semakin lancar. Dua reflek pada ibu yang sangat penting dalam proses laktasi yaitu reflek prolaktin dan reflek aliran timbul akibat perangsangan puting susu oleh hisapan bayi ( Walyani.dkk.2015.10).

a. Reflek Prolaktin

Setelah persalinan kadar estrogen dan progesteron menurun, ditambah lagi dengan adanya hisapan bayi yang merangsang puting susu dan kalang payudara, akan merangsang ujung – ujung saraf sensoris yang berfungsi sebagai reseptor mekanik. (Rukiyah. dkk.2012).

b. Reflek Aliran ( *Let Down Reflex* )

Rangsangan *let-down* dapat dirasakan sebagai sensasi kesemutan atau dapat juga ibu merasakan sensasi apapun. Tanda – tanda lain *let-down* adalah tetesan pada payudara lain yang sedang dihisap oleh bayi. Reflek ini dipengaruhi oleh kejiwaan ibu ( Rukiyah. dkk.2012).

**1.3.4 Pelayanan kesehatan ibu nifas**

Kunjungan pada masa nifas dilakukan setidaknya 3 kali. Adapun tujuan kunjungan rumah ini adalah untuk memantau dan menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir serta mencegah, mendeteksi dan menangani komplikasi pada masa nifas. Jadwal kunjungan nifas tersebut meliputi :

1. Kunjungan nifas ke1 (6 jam sampai 3 hari setelah persalinan)

- a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri .



- b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain, perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
  - c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
  - d) Pemberian ASI awal
  - e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
  - f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
2. Kunjungan nifas ke2 ( 4 hari sampai 28 hari setelah persalinan)
- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau.
  - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
  - c) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat
  - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
  - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari
3. Kunjungan nifas ke3 ( 29 hari sampai 42 hari setelah persalinan).
- a) Memberikan konseling Keluarga berencana secara dini

- b) Menganjurkan ibu membawa bayinya ke puskesmas untuk dilakukan imunisasi.(Midwifery Update, 2016)

#### 4. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas

- 1) Menanyakan kondisi ibu nifas secara umum
- 2) Pengukuran tekanan darah, suhu tubuh, pernapasan, dan nadi
- 3) Pemeriksaan lokhea dan perdarahan
- 4) Pemeriksaan kondisi jalan lahir dan tanda infeksi
- 5) Pemeriksaan kontraksi rahim dan tinggi fundus uteri
- 6) Pemeriksaan panyudara dan anjuran pemberian asi eksklusif
- 7) Pemberian kapsul vitamin A
- 8) Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan
- 9) Konseling
- 10) Tatalaksana pada ibu nifas sakit atau ibu nifas dengan komplikasi.
- 11) Memberikan nasehat (Buku KIA)

#### 5. Panduan Pelayanan Nifas & BBL Oleh Bidan Pada Masa Pandemi Covid-19

- a. Tidak ada keluhan agar menerapkan isi buku KIA, lakukan pemantauan mandiri, jika ada keluhan/tanda bahaya pada ibu/BBL segera ke fasilitas layanan kesehatan
- b. Pelayanan nifas dan BBL, dengan membuat janji melalui Telepon/WA

- c. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dengan kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Covid+)
- d. Pelayanan nifas & BBL dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 dan menerapkan protokol pencegahan Covid-19
- e. Jika tidak dapat memberikan pelayanan, Bidan segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM/RS
- f. Lakukan Asuhan esensial Bayi Baru Lahir. Imunisasi tetap diberikan sesuai rekomendasi PP IDAI
- g. Tunda kelas Ibu Balita atau dilakukan secara online
- h. Konsultasi nifas & BBL, KIE, Konseling Laktasi, pemantauan Tumbang dilaksanakan secara online
- i. Ibu nifas, pendamping & semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protokol pencegahan Covid-19 (Emi Nurjismi.2020).

### **1.3.5 Perubahan fisiologis dan psikologis pada masa nifas**

#### **A. Perubahan fisiologis**

##### **1) Perubahan sistem Reproduksi**

Menurut Yusari (2016), perubahan pada sistem reproduksi secara keseluruhan disebut proses involusi, disamping itu juga terjadi perubahan-perubahan penting lain yaitu terjadinya

hemokonsentrasi dan timbulnya laktasi. organ dalam sistem reproduksi yang mengalami perubahan yaitu :

1. Uterus adalah organ yang mengalami banyak perubahan besar karena telah mengalami proses kehamilannya dan persalinan.

Pada uterus terjadi proses *involutusi*, hari pertama setelah persalinan, fundus uteri kira-kira sepusat. Penyusutan antara 1-2 cm atau sekitar 1 jari per hari. Dalam 10-12 hari uterus tidak teraba lagi di abdominal karena sudah masuk di bawah simfisis. Involutusi ligament uterus berangsur-angsur, pada awalnya cenderung miring ke belakang. Kembali normal atau antefleksi pada akhir minggu keenam (yusari,2016).

Subinvolutusi adalah kegagalan uterus untuk kembali pada keadaan tidak hamil. Penyebab subinvolutusi yang paling sering adalah tertahannya fragmen plasenta dan infeksi. Proses involutusi uterus adalah sebagai berikut :

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

b) Autolisis Autolisis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga panjangnya 10 kali dari

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

- c) Efek oksitosin Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterin sehingga akan menekan pembuluh darah yang 12 mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Penurunan ukuran uterus yang cepat itu dicerminkan oleh perubahan lokasi uterus ketika turun keluar dari abdomen dan kembali menjadi organ pelvis. Perubahan uterus ini berhubungan erat dengan perubahanperubahan pada miometrium. Pada miometrium terjadi perubahanperubahan yang bersifat proteolisis. Hasil dari proses ini dialirkan melalui pembuluh getah bening.

## 2. Involusi Tempat Plasenta

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

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

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

Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Epitelium berproliferasi meluas ke dalam dari sisi tempat ini dan dari lapisan sekitar uterus serta di bawah tempat implantasi plasenta dari sisa-sisa kelenjar basilar endometrial di dalam 14 desidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini pada hakikatnya mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta yang menyebabkannya menjadi terkelupas dan tidak dipakai lagi pada pembuangan lokea.

3. Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas mempunyai reaksi basa / alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi, perubahan lochea tersebut menjelang akhir minggu kedua, pengeluaran darah berwarna

putih kekuningan yang terdiri dari mucus serviks, leukosit dan organisme. Proses ini dapat berlangsung selama 3 minggu, dan penjelasan lebih lengkapnya ada dibawah ini : (yusari, 2016)(Reksokusodo, 2018)

a) Lochea rubra (cruenta) muncul pada hari pertama sampai hari kedua postpartum, warnanya merah segar mengandung darah dari luka bekas plasenta dan serabut dari deciduas dan chorion.

b) Lochea sanguinolenta berwarna merah kekuningan, berisi darah dan lender, terjadi pada hari ke 3-7 pasca persalinan.

c) Lochea serosa berwarna kecoklatan, mengandung lebih banyak serum, lebih sedikit darah juga leukosit, dan laserasi plasenta, terjadi pada hari ke 7-14 pasca persalinan.

d) Lochea alba berwarna putih kekuningan, mengandung leukosit, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati, keluar sejak 2-8 minggu pasca persalinan.

#### 4. Perineum, vagina, vulva dan anus

Berkurangnya sirkulasi progesteron membantu pemulihan otot panggul, perineum, vagina dan vulva kearah elastisitas dari ligamentum otot rahim. Pada awal masa nifas, vagina dan vulva membentuk suatu lorong yang luas dan licin,

dan berangsur-angsur mengecil, tetapi pada nulipara jarang kembali ke bentuk semula. Pada minggu ke3, rugae mulai tampak, hymen muncul kembali sebagai kepingan-kepingan kecil jaringan. Esterogen pascapartum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. (Reksohusodo, 2018)

Pada anus umumnya terlihat hemoroid atau varises anus, denganditambah gejala seperti rasa gatal, tidak nyaman, dan perdarahan berwarna merah terang pada waktu defekasi. Ukuran hemoroid biasanya mengecil beberapa minggu postpartum. (Reksohusodo, 2018)

#### 5. Serviks

Involusi serviks terjadinya bersamaan dengan uterus kira-kira 2-3 minggu, serviks menjadi seperti celah. *ostium uteri interim* dapat dilalui oleh 2 jari, pinggirannya tidak rata, tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Karena hiperplasia dan retraksi dari serviks, robekan serviks menjadi sembuh.

#### 2) Perubahan sistem perkemihan

Dalam hari-hari pertama postpartum, biasanya terjadi diuresis yang sangat banyak, dimulai segera setelah persalinan sampai 5 hari postpartum. sistem urinase dapat kembali normal dalam waktu 2 minggu sampai 8 minggu postpartum (Yusari, 2016).



### 3) Perubahan sistem pencernaan

Konstipasi dapat menjadi masalah pada awal masa nifas akibat dari kurangnya makanan dan pengendalian dari terhadap BAB karena kurangnya pengetahuan dan kekhawatiran lukanya akan terbuka lagi. Sebaiknya buang air besar baru dilakukan 3-4 hari setelah persalinan (yusari, 2014)

### 4) Perubahan sistem muskuloskeletal

Dinding abdominal lembek setelah proses persalinan karena peregangan selama hamil.

### 5) Perubahan sistem endokrin

Adanya perubahan dari hormon plasenta yaitu estrogen dan progesteron yang menurun. Hormon pituitary mengakibatkan prolaktin meningkat, FSH menurun dan LH menurun. Produksi ASI mulai pada hari ke3 postpartum yang mempengaruhi hormone prolaktin.

### 6) Perubahan tanda-tanda vital

Tekanan darah seharusnya stabil dalam kondisi normal, temperature kembali ke normal dari sedikit peningkatan selama periode intrapartum dan menjadi stabil dalam 24 jam pertama postpartum. Nadi dalam keadaan normal kecuali pada partus lama dan persalinan sulit (yusari, 2016).

## B. Perubahan psikologis

Setelah melahirkan, ibu mengalami perubahan fisik dan fisiologis yang juga mengakibatkan adanya beberapa perubahan dari psikisnya. Ibu mengalami stimulasi kegembiraan yang luar biasa, menjalani proses eksplorasi dan simulasi terhadap bayinya, berada dibawah tekanan untuk dapat menyerap pembelajaran yang diperlukan tentang apa yang harus diketahuinya dan perawatan untuk bayinya, dan merasa tanggung jawab yang luar sekarang untuk menjadi seorang ibu. Tidak mengherankan bila ibu mengalami sedikit perubahan perilaku dan sesekali merasa kerepotan. Masa ini adalah masa retan dan terbuka untuk bimbingan dan pembelajaran. Pada periode ini dibagi menjadi 3, yaitu:

1) Periode "*Taking In*"

- a) Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
- b) Ibu mungkin akan mengulang-mengulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.
- c) Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat.
- d) Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif.
- e) Dalam memberi asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu. Pada tahap ini, bidan dapat menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya. Berikan juga dukungan

mental atau apresiasi atas hasil perjuangan ibu sehingga dapat berhasil melahirkan anaknya. Bidan harus dapat menciptakan suasana yang nyaman bagi ibu sehingga ibu dapat dengan leluasa dan terbuka mengemukakan permasalahan yang dihadapi pada bidan. Dalam hal ini, sering terjadi kesalahan dalam pelaksanaan perawatan yang dilakukan oleh pasien terhadap dirinya dan bayinya hanya karena kurangnya jalinan komunikasi yang baik antara pasien dan bidan.

2) Periode “*Taking Hold*”

- a) Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum.
- b) Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
- c) Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya.
- d) Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya.
- e) Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.
- f) Pada tahap ini bidan, bidan harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi.
- g) Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi, namun harus selalu diperhatikan teknik bimbingannya, jangan sampai menyinggung perasaan atau

membuat perasaan ibu tidak nyaman karena ia sangat sensitif. Hindari kata “jangan begitu” atau “kalau kayak gitu salah” pada ibu karena hal itu akan sangat menyakiti perasaannya dan akibatnya ibu akan putus asa untuk mengikuti bimbingan yang bidan berikan.

### 3) Periode “*Letting Go*”

- a) Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
- b) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan, dan hubungan sosial.
- c) Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini

#### 1.3.6 Kebutuhan ibu masa nifas

Berikut beberapa kebutuhan ibu nifas menurut Yusari (2016) :

##### a. Nutrisi dan cairan

Untuk menghasilkan 100 ml susu, ibu memerlukan kalori 83 kalori. Pil zat besi perlu diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca persalinan. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari dan makan dengan menu seimbang, gizi, dan mengandung cukup kalori.

##### b. Kebutuhan ambulasi

Pada ibu dengan partus normal ambulasi dini dilakukan paing tidak 6-12 jam postpartum, sedangkan pada ibu dengan *sectio sesaria* ambulasi dini dilakukan setidaknya setelah 12 jam postpartum setelah ibu sebelumnya beristirahat (tidur). Tahapan ambulasi yaitu, miring kiri terlebih dahulu, kemudian duduk, dan apabila sudah cukup kuat berdiri maka ibu dianjurkan untuk berjalan. Manfaat dari ambulasi dini yaitu untuk memperlancar sirkulasi darah dan mengeluarkan cairan vagina (lochea) dan mempercepat pengembalian tonus otot dan vena.

c. Kebutuhan istirahat

Istirahat membantu mempercepat proses involusi uterus dan mengurangi perdarahan, memperbanyak jumlah pengeluaran ASI dan mengurangi penyebab terjadinya depresi. Istirahat atau tidur dapat dilakukan pada siang hari dan malam hari atau kapan saja selagi bayi tertidur pada ibu nifas.

d. Kebutuhan kebersihan diri

Untuk mencegah terjadinya infeksi baik pada luka jahitan maupun kulit, maka ibu harus menjaga kebersihan diri atau personal hygiene secara keseluruhan.

e. Kebutuhan seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua

jari-jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Tidak dianjurkan melakukan hubungan seksual sampai dengan 6 minggu postpartum.

f. Senam nifas

Senam nifas adalah latihan gerak yang dilakukan secepat mungkin setelah melahirkan, supaya otot-otot yang mengalami perengangan selama kehamilan dan persalinan dapat kembali kepada kondisi normal seperti semula. Senam nifas dapat dimulai 6 jam setelah melahirkan dan dalam pelaksanaannya harus dilakukan secara bertahap, sistematis dan kontinyu (midwifery update, 2016)

### 1.3.7 Tanda Bahaya Ibu Nifas

Menurut Yusari (2016), sebagian besar kematian ibu terjadi selama masa pascapersalinan. Oleh karena itu, sangat penting bagi ibu dan keluarganya mengenal tanda bahaya dan perlu mencari pertolongan kesehatan. Beberapa tanda bahaya ibu nifas, meliputi :

- a. perdarahan pervaginam yang melebihi 500 setelah persalinan
- b. pengeluaran cairan pervaginam berbau busuk
- c. demam, muntah, rasa sakit 2aktu buang air kecil
- d. panyudara berubah merah, panas, dan terasa ssakit
- e. merasa sangat sedih atau tidak mampu mera2at bayinya atau diri sendiri
- f. sakit kepala secara terus-menerus, penglihatan kabur, dan bengkak pada wajah dan tangan

- g. rasa sakit pada bagian bawah abdomen dan daerah panggul
- h. rasa sakit, merah, lunak dan pembengkakan pada kaki
- i. kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama
- j. pada pemeriksaan papasi penurunan TFU sesuai yaitu bayi lahir setinggi pusat, uri lahir 2 jari dibawah pusat, 1 minggu pertengahan pusat symphysis, 2 minggu tidak teraba diatas symphysis, 6 minggu bertambah kecil, 8 minggu sebesar normal. Pemeriksaan diastasis recti normalnya , 2,5 cm dan tidak terdapat humagn sign atau human sign aktif. ( Nugroho, 2014)

### 1.3.8 Asuhan ibu masa nifas normal

Asuhan masa nifas menurut Prawirohardjo (2008) adalah sebagai berikut:

1. Mobilisasi Menjelaskan bahwa latihan tertentu sangat membantu seperti :
  - a) Dengan tidur terlentang dengan lengan disamping, menarik otot abdomen selagi menarik nafas, tahan nafas ke dalam dan angkat dagu ke dada : tahan satu hitungan sampai 5, rileks dan ulangi 10 x.
  - b) Untuk memperkuat tonus otot vagina (latihan kegel).
  - c) Berdiri dengan tungkai dirapatkan kencangkan otot-otot, pantat dan pinggul dan tahan sampai 5 hitungan kendurkan dan ulangi latihan sebanyak 5 kali (Nanny, 2011).

- d) Mulai mengerjakan 5 kali latihan untuk setiap gerakan setiap minggu naikkan 5 kali. Dan pada 6 minggu setelah persalinan ibu harus mengerjakan sebanyak 30 kali.
2. Diet
- Ibu menyusui harus mengonsumsi tambahan kalori 500 tiap hari. Makanan harus diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup. Pil besi harus diminum minimal 40 hari pasca melahirkan. Minum sedikitnya 3 liter, minum zat besi, minum kapsul vitamin A dengan dosis 200.000 unit.
3. Miksi hendaknya dapat dilakukan sendiri mungkin karena kandung kemih yang penuh dapat menyebabkan perdarahan. 32
4. Defekasi
- Buang air besar harus dapat dilakukan 3-4 hari pasca persalinan, bila tidak bisa maka diberi obat peroral atau perrektal atau klisma.
5. Perawatan Payudara
- Menjaga payudara tetap bersih dan kering terutama puting susu
  - Menggunakan BH yang menyokong payudara
  - Apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dari puting susu yang tidak lecet.



- d) Apabila lecet berat dapat diistirahatkan selama 24 jam. ASI dikeluarkan dan diminum dengan menggunakan sendok.
- e) Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat minum parasetamol 1 tab setiap 4-6 jam.

Apabila payudara bengkok akibat pembendungan ASI, lakukan :

- a) Pengompresan payudara dengan menggunakan kain basah dan hangat selama 5 menit.
- b) Urut payudara dari arah pangkal menuju puting atau menggunakan sisir untuk mengurut arah Z pada menuju puting.
- c) Keluarkan ASI sebagian dari bagian depan payudara sehingga puting susu menjadi lunak.
- d) Susukan bayi setiap < 3 jam. Apabila tidak dapat menghisap seluruh ASI sisanya dikeluarkan dengan tangan.
- e) Letakkan kain dingin pada payudara setelah menyusui.

#### 6. Laktasi

ASI mengandung semua bahan yang diperlukan bayi, mudah dicerna, memberi perlindungan terhadap infeksi, selalu segar, bersih dan siap untuk diminum. Tanda ASI cukup :

- a) Bayi kencing 6 kali dalam 24 jam.
- b) Bayi sering buang air besar berwarna kekuningan
- c) Bayi tampak puas, sewaktu-waktu merasa lapar, bangun dan tidur cukup
- d) Bayi menyusui 10-11 kali dalam 24 jam.

- e) Payudara ibu terasa lembut dan kosong setiap kali menyusui.
- f) Ibu dapat merasakan geli karena aliran ASI.

Bayi bertambah berat badannya. ASI tidak cukup :

- a. Jarang disusui.
- b. Bayi diberi makan lain.
- c. Payudara tidak dikosongkan setiap kali habis menyusui.

#### 7. Senggama

Secara fisik aman untuk mulai berhubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan tidak merasakan ketidaknyamanan, aman untuk melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap (Nanny, 2011).

#### 8. Istirahat

Sarankan ibu untuk tidur siang atau tidur selagi bayi tidur. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal yaitu mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusio dan memperbanyak jumlah perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan merawat bayi sendiri.

#### 9. Pemeriksaan

pasca persalinan Pemeriksaan pasca persalinan meliputi pemeriksaan umum, keadaan umum, payudara, dinding abdomen, sekret vagina, keadaan alat kandungan.

#### 10. Kebersihan

Anjurkan ibu membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air mulai depan kebelakang yaitu dari vulva ke anus. Sarankan untuk mengganti pembalut minimal 2x sehari, sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan alat kelaminnya. Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi sarankan untuk tidak menyentuh luka tersebut.

#### 11. Keluarga Berencana

Idealnya pasangan harus menunggu 2 tahun lagi sebelum ibu hamil lagi. Pada umumnya metode KB dapat dimulai 2 minggu setelah melahirkan. Sebelum menggunakan KB hal-hal berikut sebaiknya dijelaskan yaitu bagaimana efektivitasnya, kelebihan / keuntungan, efek samping, cara menggunakan metode itu, kapan mulai digunakan dan waktu kontrolnya (Nanny, 2011).

#### 12. Nasehat untuk Ibu Nifas

- a. Fisioterapi post natal sangat baik bila diberikan
- b. Sebaiknya bayi disusui
- c. Kerjakan gymnastic sehabis bersalin
- d. Untuk kesehatan ibu dan bayi, serta keluarga sebaiknya melakukan KB untuk menjarangkan anak.
- e. Bawalah bayi anda untuk memperoleh imunisasi(Nanny, 2011).

#### 13. Latihan/senam nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan ibu setelah melahirkan dan keadaan tubuhnya pulih kembali. Senam nifas bertujuan untuk mempercepat penyembuhan, mencegah timbulnya komplikasi, serta memulihkan dan menguatkan otot-otot punggung, otot dasar panggul dan otot abdomen (Nanny, 2011).

### 1.3.9 Penyulit dan komplikasi pada masa nifas

Penyulit pada masa postpartum adalah keadaan yang merupakan penyimpangan atau permasalahan permasalahan yang ditemukan pada masa nifas dan menyusui berupa penyakit atau keadaan abnormalitas yang mempengaruhi atau dipengaruhi oleh adanya kehamilan. Sedangkan komplikasi postpartum adalah keadaan abnormalitas disebabkan karena pengaruh faktor obstetrinya, yaitu kelainan yang menyertai kehamilan, persalinan, dan nifas atau postpartum. Penyulit atau komplikasi postpartum pada umumnya adalah *preventable* (mampu dicegah) dengan deteksi dini tanda bahaya serta penyulit dan komplikasi pada masa postpartum. (Elly Dwi, 2018)

#### 1) Perdarahan postpartum

Perdarahan pasca persalinan atau perdarahan postpartum adalah perdarahan melebihi 500-600 ml yang terjadi setelah bayi lahir. Kehilangan darah pasca persalinan seringkali diperhitungkan secara lebih rendah dengan perbedaan 30-50%. Kehilangan darah setelah persalinan per vaginam rata-rata 500ml, dengan 5% ibu mengalami

perdarahan > 1000 ml. Sedangkan kehilangan darah pasca persalinan dengan bedah sesar rata-rata 1000 ml. (Elly Dwi, 2018)

Gejala klinik perdarahan postpartum adalah lemah, limbung, keringat dingin, menggigil, hiperapnea, sistolik < 90 mmhg, nadi > 100x/menit, Hb < 8 g%. Perdarahan postpartum dapat disebabkan oleh atonia uteri, robekan jalan lahir, retensio plasenta, sisa plasenta, inversio uteri dan kelainan pembekuan darah. (Elly Dwi, 2018)

Menurut waktu terjadinya, perdarahan postpartum dapat dibagi menjadi dua, sebagai berikut:

- a) Perdarahan postpartum dini (Early postpartum haemorrhage atau Perdarahan postpartum primer, atau Perdarahan pasca persalinan segera). Perdarahan pasca persalinan primer terjadi dalam 24 jam pertama. Penyebab utama perdarahan pasca persalinan primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, robekan jalan lahir dan inversio uteri. Terbanyak dalam 2 jam pertama. (Elly Dwi, 2018)
- b) Perdarahan postpartum lanjut (perdarahan pasca salin kasep atau Perdarahan postpartum sekunder atau perdarahan pasca persalinan lambat). Perdarahan pasca persalinan sekunder terjadi setelah 24 jam pertama sampai 6 minggu postpartum. Perdarahan pasca persalinan sekunder sering diakibatkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik (subinvolutio uteri), atau sisa plasenta yang tertinggal (Elly Dwi, 2018).

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi perdarahan postpartum antara lain sebagai berikut.

a) Perdarahan postpartum dan usia ibu

Ibu yang melahirkan anak pada usia dibawah 20 tahun atau lebih dari 35 tahun merupakan faktor risiko terjadinya perdarahan postpartum yang dapat mengakibatkan kematian maternal. Hal ini dikarenakan pada usia dibawah 20 tahun fungsi reproduksi seorang wanita belum berkembang dengan sempurna, sedangkan pada usia diatas 35 tahun fungsi reproduksi seorang ibu sudah mengalami penurunan dibandingkan fungsi reproduksi normal sehingga kemungkinan untuk terjadinya komplikasi postpartum terutama perdarahan akan lebih besar (Elly Dwi, 2018).

b) Perdarahan postpartum dan gravida

Ibu-ibu yang dengan kehamilan lebih dari 1 kali atau yang termasuk multigravida mempunyai risiko lebih tinggi terhadap kejadian perdarahan postpartum dibandingkan dengan ibu-ibu yang termasuk golongan primigravida (hamil pertama kali). Hal ini dikarenakan pada multigravida, fungsi reproduksi mengalami penurunan sehingga kemungkinan terjadinya perdarahan postpartum menjadi lebih besar(Elly Dwi, 2018)

c) Perdarahan postpartum dan kadar hemoglobin

Anemia adalah suatu keadaan yang ditandai dengan penurunan nilai hemoglobin dibawah nilai normal. Dikatakan anemia jika kadar hemoglobin kurang dari 10 gr%. Perdarahan postpartum mengakibatkan hilangnya darah sebanyak 500 ml atau lebih, dan jika hal ini terus dibiarkan tanpa adanya penanganan yang tepat dan akurat akan mengakibatkan turunnya kadar hemoglobin di bawah nilai normal.(Elly Dwi, 2018)

Banyak faktor potensial yang dapat menyebabkan perdarahan postpartum, faktorfaktor yang menyebabkan perdarahan postpartum adalah atonia uteri, perlukaan jalan lahir, retensio plasenta, sisa plasenta, kelainan, pembekuan darah. Secara garis besar dapat disimpulkan penyebab perdarahan postpartum adalah 4T, yaitu Tonus, Tissue, Trauma dan Trombosis.(Elly Dwi, 2018)

a) Tonus atau tone dimished uterus atau atonia uteri

Tonus atau tone dimished uterus atau atonia uteri adalah suatu keadaan dimana uterus tidak berkontraksi atau berkontraksi lemah yang dapat disebabkan oleh overdistensi uterus atau hipotonia uterus. (Elly Dwi, 2018)

b) Tissue

Kontraksi uterus dan retraksi uterus menyebabkan pelepasan dan pengeluaran plasenta.(Elly Dwi, 2018)

c) Trauma

Trauma adalah kerusakan pada jalan lahir yang dapat terjadi secara spontan atau akibat tindakan yang perlu dilakukan pada saat pertolongan persalinan. Trauma dapat terjadi setelah persalinan lama atau pada his yang terlalu kuat. (Elly Dwi, 2018)

d) Trombosis

Trombosis adalah gangguan sistem koagulasi dan trombositopenia mungkin berhubungan dengan penyakit yang sudah ada sebelumnya, seperti purpura trombocytopenic idiopatik, hipofibrinogenemia familial atau diperoleh pada saat kehamilan seperti pada sindrom HELLP (hemolisis, peningkatan enzim hati, dan jumlah trombosit rendah), solusio plasenta, koagulasi intravascular diseminata (DIC) atau sepsis (Elly Dwi, 2018).

2) Infeksi masa nifas

Infeksi nifas adalah semua peradangan yang disebabkan oleh masuknya bakteri atau kuman ke dalam organ genital pada saat persalinan dan masa nifas. Infeksi nifas adalah infeksi bakteri pada traktus genitalia yang terjadi setelah melahirkan, ditandai dengan kenaikan suhu sampai  $38^{\circ}\text{C}$  atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama pasca persalinan, dengan mengecualikan 24 jam pertama. Insiden infeksi nifas terjadi 1-3%. Infeksi jalan lahir 25-55% dari semua kasus infeksi (Elly Dwi, 2018).



Infeksi nifas dapat terjadi karena hal-hal sebagai berikut :

- a) Manipulasi penolong yang tidak steril atau pemeriksaan dalam berulang-ulang
- b) Alat-alat tidak steril/ suci hama
- c) Infeksi droplet, sarung tangan dan alat-alat yang terkontaminasi
- d) Infeksi nosokomial dari fasilitas pelayanan kesehatan
- e) Infeksi yang terjadi saat intrapartum
- f) Ketuban pecah dini, (Elly Dwi, 2018)

Penyebaran infeksi nifas pada perineum, vulva, vagina, serviks, dan endometrium meliputi sebagai berikut:

- a) Vulvitis

Vulvitis adalah infeksi pada vulva. Vulvitis pada ibu postpartum terjadi pada bekas sayatan episiotomi atau luka perineum. Tepi luka berwarna merah dan bengkak, jahitan mudah lepas, luka yang terbuka menjadi ulkus dan mengeluarkan nanah

- b) Vaginitis

Vaginitis merupakan infeksi pada daerah vagina. Vaginitis pada ibu postpartum terjadi secara langsung pada luka vagina atau luka perineum. Permukaan mukosa bengkak dan kemerahan, terjadi ulkus dan getah mengandung nanah dari daerah ulkus

- c) Servisititis

Infeksi yang sering terjadi pada daerah serviks, tapi tidak menimbulkan banyak gejala. Luka serviks yang dalam dan

meluas dan langsung ke dasar ligamentum latum dapat menyebabkan infeksi yang menyebar ke parametrium.

d) Endometritis

Endometritis paling sering terjadi. Biasanya demam mulai 48 jam postpartum dan bersifat naik turun. Kuman-kuman memasuki endometrium (biasanya pada luka implantasi plasenta) dalam waktu singkat dan menyebar ke seluruh endometrium. Pada infeksi setempat, radang terbatas pada endometrium. Jaringan desidua bersama bekuan darah menjadi nekrosis dan mengeluarkan getah berbau yang terdiri atas keping-keping nekrotis dan cairan. Pada infeksi yang lebih berat batas endometrium dapat dilampaui dan terjadilah penyebaran. (Elly Dwi, 2018)

Infeksi nifas yang penyebarannya melalui pembuluh darah

- a) Septikemia Septikemia adalah keadaan di mana kuman-kuman atau toksinnya langsung masuk ke dalam peredaran darah (hematogen) dan menyebabkan infeksi. Gejala klinik septikemia lebih akut antara lain: kelihatan sudah sakit dan lemah sejak awal, keadaan umum jelek, menggigil, nadi cepat 140 – 160 x per menit atau lebih, suhu meningkat antara 39-40 derajat celcius, tekanan darah turun, keadaan umum memburuk, sesak nafas, kesadaran turun, gelisah
- b) Piemia Piemia dimulai dengan tromflebitis vena-vena pada daerah perluaan lalu lepas menjadi embolus-embolus kecil yang dibawa ke

peredaran darah, kemudian terjadi infeksi dan abses pada organ-organ yang diserangnya. Gejala klinik piemia antara lain: rasa sakit pada daerah tromboflebitis, setelah ada penyebaran trombus terjadi gejala umum infeksi, hasil laboratorium menunjukkan leukositosis; lokia berbau, bernanah, dan sub involusi

- c) Tromboflebitis Radang pada vena terdiri dari tromboflebitis pelvica dan tromboflebitis femoralis. Tromboflebitis pelvica yang sering mengalami peradangan adalah pada vena ovarika, terjadi karena penyebaran melalui aliran darah dari luka bekas plasenta di daerah fundus uteri. Sedangkan tromboflebitis femoralis dapat merupakan tromboflebitis vena safena magna atau peradangan vena femoralis sendiri, atau merupakan penjarangan tromboflebitis vena uterin, dan akibat parametritis. Tromboflebitis vena femoralis disebabkan aliran darah lambat pada lipat paha karena tertekan ligamentum inguinal dan kadar fibrinogen meningkat pada masa nifas. (Elly Dwi, 2018)
- 3) Preeklamsia / eklamsia postpartum

Preeklamsia dan eklamsia tidak hanya terjadi pada masa kehamilan, namun pada beberapa kasus preeklamsia/eklamsia dapat berlanjut hingga pada masa postpartum. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa 67% kasus pre-eklamsia terjadi selama masa kehamilan atau sebelum kelahiran. Selebihnya, 33% kasus terjadi setelah proses persalinan dan 79% di antaranya terjadi 48 jam setelah melahirkan. Risiko terjadi preeklamsia masih cukup tinggi selama

hingga 28 hari setelah persalinan. Secara klinis biasanya diawali dengan hipertensi. Preeklamsi pasca persalinan (postpartum preeklamsia) biasanya ditandai dengan gejala hampir sama dengan pre-eklamsia pada masa hamil. Di antaranya, tekanan darah meningkat (hipertensi), pusing dan kejang, penglihatan terganggu (pandangan menjadi kabur), sakit perut, pembengkakan terutama pada kaki, merasa cepat lelah, serta nyeri otot atau persendian.(Elly Dwi, 2018)

Karena preeklamsi/eklamsi postpartum dapat merupakan kelanjutan atau bukan kelanjutan dari preeklamsi/eklamsi kehamilan, maka faktor predisposisi preeklamsi/eklamsi diidentifikasi sama dengan faktor predisposisi preeklamsi kehamilan, adalah sebagai berikut :

a) Paritas

Paritas adalah seorang wanita yang beberapa kali melahirkan hidup atau meninggal tidak termasuk aborsi.

Kategori paritas adalah; primipara, secundipara, multipara dan grandemulti. Pada primigravida frekuensi pre-eklamsia lebih tinggi bila dibandingkan dengan

multigravida, terutama gravida muda. Ibu yang mempunyai tanda-tanda klinis hipertensi akibat kehamilan dapat terus mengalaminya hingga pascapartum (Elly Dwi, 2018).

b) Usia ibu (35tahun) Ibu yang berusia 35 tahun mempunyai peluang mengalami penyulit obstetrik serta morbiditas dan mortalitas perinatal yang lebih besar. Bahaya yang dapat terjadi pada kelompok ibu berusia 35 tahun atau lebih antara lain sebagai berikut:

1. Tekanan darah tinggi atau pre-eklampsia
2. Ketuban pecah dini (ketuban pecah sebelum persalinan dimulai)
3. Persalinan tidak lancar / macet
4. Perdarahan setelah bayi lahir
5. Hamil kembar(Elly Dwi, 2018).

c) Hamil kembar Pada hamil kembar perut tampak membesar lebih besar dari biasanya. Rahim ibu juga ikut membesar yang menekan organ tubuh disekitarnya dan menyebabkan keluhan keluhan nafas tidak longgar, pembengkakan kedua pada labia dan tungkai, pemekaran urat-urat varices dan hemoroid. Bahaya yang dapat terjadi pada kehamilan kembar yaitu preeklampsi/eklampsi, hidramnion atau polihidramnion, anemi, persalinan prematur, kelainan letak, persalinan sukar atau timbul perdarahan setelah bayi dan plasenta lahir (Elly Dwi, 2018).

d) Hipertensi Ibu dengan hipertensi esensial sebelum kehamilan dapat diperburuk kondisi hipertensi saat hamil, berisiko

untuk terjadinya preeklamsi postpartum. Gangguan hipertensi meliputi berbagai gangguan vaskular, seperti hipertensi gestasional, preeklamsia, sindrom hellps, eklamsia dan hipertensi kronis (Elly Dwi, 2018).

- e) Riwayat pre-eklamsia / eklamsia pada kehamilan atau nifas sebelumnya Ibu yang memiliki riwayat pre eklamsia/eklamsi pada kehamilan atau nifas sebelumnya berisiko untuk berulang kejadian preeklamsi/eklamsi pada masa kehamilan dan postpartum sekarang (Elly Dwi, 2018).
- f) Riwayat eklamsia keluarga Kecenderungan meningkatnya frekuensi pre eklamsia dan eklamsia pada ibu yang mempunyai keluarga dengan riwayat preeklamsia dan eklamsia (Elly Dwi, 2018).
- g) Obesitas Ibu yang mempunyai IMT dengan kategori gemuk atau obesitas dengan  $IMT \geq 28$ , memiliki risiko preeklamsi/eklamsi lebih tinggi. ibu kemungkinan juga mengalami persalinan yang sulit karena bayi besar. Obesitas juga mempunyai potensi untuk mengalami DM (Elly Dwi, 2018).

#### 4) Luka robekan dan nyeri perineum

Laserasi perineum adalah robekan jaringan antara pembukaan vagina dan rektum. Luka jahitan perineum bisa disebabkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karena proses desakan kepala janin

atau bahu pada saat proses persalinan maupun tindakan episiotomi (Elly Dwi, 2018).

Derajat luka jahitan perineum, yang terdiri dari 4 tingkat sebagai berikut :

- a) Tingkat I: robekan hanya terjadi pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa atau mengenai kulit perineum sedikit.
- b) Tingkat II: robekan yang terjadi lebih dalam yaitu selain mengenai selaput lendir vagina juga mengenai muskulus perinei transversalis, tapi tidak mengenai sfingter ani
- c) Tingkat III: robekan yang terjadi mengenai seluruh perineum sampai mengenai otototot sfingter ani.
- d) Tingkat IV: robekan pada mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani, dinding depan rectum (Elly Dwi, 2018).

#### 5) Masalah perkemihan

Pada ibu postpartum terdapat peningkatan kapasitas kandung kemih, pembengkakan dan trauma jaringan sekitar uretra yang terjadi selama proses melahirkan. Hal ini terjadi akibat proses kelahiran dan efek konduksi anestesi yang menghambat fungsi neural pada kandung kemih. Distensi yang berlebihan pada kandung kemih dapat mengakibatkan perdarahan. Pengosongan kandung kemih harus diperhatikan. Kandung kemih biasanya akan pulih dalam waktu 5-7 hari pasca melahirkan sedangkan saluran kemih normal dalam waktu

2-8 minggu tergantung pada keadaan atau status sebelum persalinan, lamanya kala II yang dilalui, besarnya tekanan kepala janin saat lahir (Elly Dwi, 2018).

6) Anemia postpartum

faktor yang mempengaruhi anemia pada masa nifas adalah persalinan dengan perdarahan, ibu hamil dengan anemia, asupan nutrisi yang kurang, serta penyakit virus dan bakteri. Anemia dalam masa nifas sebagian besar merupakan kelanjutan dari anemia yang diderita saat kehamilan, yang menyebabkan banyak keluhan bagi ibu dan mempengaruhi dalam aktivitas sehari-hari maupun dalam merawat bayi. Pengaruh anemia pada masa nifas adalah terjadinya subvolusi uteri yang dapat menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang dan mudah terjadi infeksi mammae. Anemia postpartum kemungkinan menjadi salah satu prediktor praktik ASI tidak eksklusif. Pada ibu anemia postpartum pengeluaran ASI berkurang, terjadinya dekompensasi kardis mendadak setelah persalinan dan mudah terjadi infeksi mammae. Pada masa nifas anemia bisa menyebabkan uterus berkontraksi tidak efektif, hal ini dikarenakan darah tidak cukup untuk memberikan oksigen ke rahim (Elly Dwi, 2018).

Penatalaksanaan anemia dalam nifas adalah sebagai berikut :

- a) Lakukan pemeriksaan Hb postpartum sebaiknya 3-4 hari setelah bayi lahir, kecuali ada indikasi lain yang memerlukan



pemeriksaan Hb yang lebih cepat, misalnya keadaan perdarahan atau patologis tertentu.

- b) Anjurkan ibu makan yang mengandung tinggi protein dan zat besi, seperti telur, ikan, dan sayuran.
- c) Pada keadaan anemia berlanjut, maka bidan harus melakukan rujukan maupun kolaborasi dengan dokter kemungkinan diperlukan tranfusi apabila Hb < 7 gr% (Elly Dwi, 2018).

7) Masalah sakit kepala, nyeri epigastrium dan perubahan penglihatan

Sakit kepala pada masa nifas dapat merupakan gejala preeklampsia, jika tidak diatasi dapat menyebabkan kejang maternal, stroke, koagulopati dan kematian. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah:

- a) Sakit kepala hebat
- b) Sakit kepala yang menetap
- c) Tidak hilang dengan istirahat
- d) Depresi postpartum (Elly Dwi, 2018).

## **1.4 konsep neonatus**

### **1.4.1 Pengertian**

Neonatus memiliki masa kehidupan yang berlangsung 4 minggu merupakan masa hidup yang paling kritis karena banyak terjadi kematian, khususnya beberapa hari setelah persalinan. Masa kritis ini terutama disebabkan kegagalan neonatus untuk beradaptasi dengan lingkungan yang baru, yang merupakan perubahan kehidupan dari intrauterin di dalam air menjadi di luar uterus (Manuaba, 2010).

Bayi baru lahir (BBL) normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai dengan 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram (sulis,2017)

Bayi baru lahir normal adalah berat lahir antara 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital ( cacat bawaan ) yang berat.(Ela Felawati, 2018)

Bayi baru lahir adalah bayi yang cukup bulan, 37-40 minggu dengan berat badan sekitar 2500-4000 gram dan panjang badan sekitar 48-50 cm (Jenny, 2013)

Berdasarkan hadis dan ayat-ayat al Qur'an, diterangkan bahwa setiap bayi yang lahir selalu mendapatkan tusukan dari setan. Bahkan tangisan bayi adalah jeritan pertanda dia sedang menahan sakit. Dari Abu Hurairah RA meriwayatkan, Rasullullah SAW bersabda, “ tidak ada seorang bayi pun dari anak adam yang terlahir kecuali ia pasti mendapat tusukan dari setan sehingga bayi itu akan menangis dan menjerit karenanya, kecuali maryam dan putranya (Nabi Isa as). “ (HR, Bukhari dan Muslim). Dalam hadis lain , Rasullulah SAW bersabda: “ jeritan bayi ketika lahir adalah karena mendapat tusukan setan.”(HR. Muslim). Tujuannya adalah setan mencari pengikut. Mereka ingin mengganggu kelahiran bayi agar tidak bisa melihat yang benar atau salah. Karena itu, bayi yang lahir harus diazankan.

Dalam hadis lain juga dijelaskan bahwa, “barang siapa yang mendapati seorang bayi yang dilahirkan, kemudian diazankan di telinga kanannya dan diiqamatkan di telinga kirinya, maka ia tidak akan diganggu oleh Ummu Shibyan (setan yang selalu mengganggu anak kecil).” (HR. Ibn Sunny dari Hasan ibn Aki ra).

### 1.4.2 Ciri-ciri bayi baru lahir normal

A. Menurut midwifery update (2016), bayi baru lahir (BBL) dikatakan normal apabila :

- a. Berat badan lahir antara 2500-4000 gram.
- b. Panjang badan bayi 45-50 cm
- c. Lingkar dada bayi 30-35 cm
- d. Lingkar kepala bayi 33-35 cm
- e. Bunyi jantung dalam menit pertama kurang lebih 180 kali/menit, kemudian turun sampai 100-120 lali/menit
- f. Pernafasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa.
- h. Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh dengan baik
- i. Kuku agak panjang dan lemas
- j. Genetalia : testis turun ke skrotum (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan)
- k. Reflek isap, menelan, dan morow telah terbentuk
- l. Eliminasi, urin, dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakter hitam kehijauan dan lengket (AIMMATUL AINIYAH, 2018).

Tabel 2.8 Tanda APGAR

<b>Tanda</b>	<b>Nilai : 0</b>	<b>Nilai : 1</b>	<b>Nilai : 2</b>
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i> (denyut jantung)	Tidak ada	< 100	>100
<i>Grimace</i> (tonus otot)	Tidak ada	Ekstermitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Activity</i> (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
<i>Respiration</i> (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Interpretasi :

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

#### B. Penyesuaian sistem pernafasan

Pernafasan pertama bayi normal terjadi dalam waktu 30 detik sesudah kelahiran. Pernafasan ini timbul sebagai akibat aktivitas normal susunan saraf pusat dan perifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya, seperti kemoreseptor karotid yang sangat peka terhadap kekurangan oksigen, rangsangan hipoksemia, sentuhan dan perubahan suhu di dalam uterus dan di luar uterus:

##### a. Perubahan sistem kardiovaskuler

Dengan berkembangnya paru-paru, tekanan oksigen di dalam alveoli meningkat. Sebaliknya, tekanan karbondioksida turun.

Hal-hal tersebut mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh-pembuluh darah paru, sehingga aliran darah ke alat tersebut meningkat. Ini menyebabkan darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan duktus arteriosus menutup. Dengan menciutnya arteria dan vena umbilikalisis dan kemudian dipotongnya tali pusat, aliran darah dari plasenta melalui vena kava inferior dan foramen ovale ke atrium kiri terhenti. Dengan diterimanya darah oleh atrium kiri dari paru-paru, tekanan di atrium kiri menjadi lebih tinggi dari pada tekanan di atrium kanan, ini menyebabkan foramen ovale menutup. Sirkulasi janin sekarang berubah menjadi sirkulasi bayi yang hidup di luar badan ibu (Manuaba.2010).

b. Termoregulasi

Bayi baru lahir memiliki kecenderungan menjadi cepat stres karena perubahan suhu lingkungan. Suhu janin biasanya lebih tinggi  $0,6^{\circ}\text{C}$  daripada suhu ibu. Pada saat lahir, faktor yang berperan dalam kehilangan panas pada bayi baru lahir meliputi area permukaan tubuh bayi baru lahir yang luas, berbagai tingkat insulasi lemak subkutan, dan derajat fleksi otot. Bayi baru lahir dapat kehilangan panas melalui 4 mekanisme, yaitu konveksi, konduksi, radiasi dan evaporasi. Neonatus dapat menghasilkan panas dengan 3 cara, yaitu menggigil, aktivitas otot volunter, dan

termogenesis (produksi panas tubuh) tanpa menggigil. Termogenesis tanpa menggigil mengacu pada 1 dari 2 cara berikut ini: peningkatan kecepatan metabolisme atau penggunaan lemak coklat (*brown fat*) untuk memproduksi panas. Neonatus dapat menghasilkan panas dalam jumlah besar dengan meningkatkan kecepatan metabolisme mereka. Pada cara kedua, lemak coklat dimobilisasi untuk menghasilkan panas. Lapisan lemak coklat berada pada dan di sekitar tulang belakang bagian atas, klavikula dan sternum, dan ginjal serta pembuluh darah besar. Banyaknya lemak coklat bergantung pada usia gestasi dan berkurang pada bayi baru lahir yang mengalami retardasi pertumbuhan. Lemak coklat adalah sumber yang tidak dapat diperbarui pada bayi baru lahir. Penghasilan panas melalui penggunaan cadangan lemak coklat dimulai pada saat bayi lahir akibat lonjakan katekolamin dan penghentian supresor prostaglandin dan adenosin yang dihasilkan plasenta. Kehilangan panas pada neonatus segera berdampak pada hipoglikemia, hipoksia, dan asidosis. Dampak tersebut merupakan akibat peningkatan kebutuhan metabolisme yang disebabkan oleh usaha bayi baru lahir untuk membuat zona suhu yang netral. Dianjurkan pada suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang

36,5–37,5<sup>0</sup>C dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36–36,5 <sup>0</sup>C (Aimmatul Ainiyah, 2018).

c. Pengaturan glukosa

Pada setiap bayi baru lahir, kadar glukosa turun selama periode waktu yang singkat (1–2 jam setelah kelahiran). Sistem pada bayi baru lahir yang sehat belajar untuk mengoreksi secara mandiri penurunan kadar glukosa fisiologis. Koreksi penurunan kadar glukosa darah dapat terjadi dalam 3 cara: melalui penggunaan ASI atau susu formula, melalui penggunaan cadangan glikogen, atau melalui pembuatan glukosa dari sumber-sumber lain, khususnya lipid. Bayi baru lahir yang sehat menghasilkan glukosa sebanyak 4–8 mg/Kg/menit sebagai respon terhadap kebutuhan (Aimmatul Ainiyah, 2018).

d. Perubahan pada darah

Bayi baru lahir dilahirkan dengan hematokrit/hemoglobin yang tinggi. Konsentrasi hemoglobin normal memiliki rentang dari 13,7–20,0 gr/dL. Selama beberapa hari pertama kehidupan, nilai hemoglobin sedikit meningkat, sedangkan volume plasma menurun. Akibat perubahan dalam volume plasma tersebut, hematokrit, yang normalnya dalam rentang 51 hingga 56% pada saat kelahiran, meningkat dari 3 menjadi 6%.



Hemoglobin kemudian turun perlahan, tapi terus-menerus pada 7–9 minggu pertama setelah bayi lahir. Nilai hemoglobin rata-rata untuk bayi berusia 2 bulan ialah 12,0 gr/dL (Aimmatul Ainiyah, 2018).

e. Perubahan pada sistem gastrointestinal

Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna sumber makanan dari luar terbatas. Sebagian besar keterbatasan tersebut membutuhkan berbagai enzim dan hormon pencernaan yang terdapat di semua bagian saluran cerna, dari mulut sampai ke usus. Bayi baru lahir kurang mampu mencerna protein dan lemak dibandingkan orang dewasa. Absorpsi karbohidrat relatif efisien, tetapi tetap kurang efisien dibandingkan dengan orang dewasa. Kemampuan bayi baru lahir, terutama efisien dalam mengabsorpsi monosakarida, seperti glukosa, asalkan jumlah glukosa tidak terlalu banyak. Sfingter jantung (sambungan esofagus bawah dan lambung) tidak sempurna, yang membuat regurgitasi isi lambung dalam jumlah banyak pada bayi baru lahir dan bayi muda. Kapasitas lambung pada bayi tersebut cukup terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan (Aimmatul Ainiyah, 2018).

f. Perubahan pada sistem imun

Sistem imun neonatus tidak matur pada sejumlah tingkat yang signifikan. Ketidakmampuan fungsional ini membuat neonatus rentan terhadap banyak infeksi dan respon alergi. Sistem imun yang matur memberikan baik imunitas alami maupun yang didapat. Ada 2 macam imunitas pada bayi baru lahir, yaitu:

1) Imunitas alami

Imunitas alami terdiri dari struktur tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi. Contohnya yaitu kolonisasi pada kulit dan usus oleh mikroba pelindung.

2) Imunitas yang didapat

Janin mendapatkan imunitas melalui perjalanan transplasenta dari imunoglobulin varietas.

g. Perubahan pada sistem ginjal

Ginjal bayi baru lahir menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus. Kondisi itu mudah menyebabkan retensi cairan dan intoksikasi air.

Bayi baru lahir mengekskresikan sedikit urin pada 48 jam pertama kehidupan, sering kali hanya 30–60 ml. Seharusnya tidak terdapat protein atau darah dalam urine bayi baru lahir (Aimmatul Ainiyah, 2018).

### 1.4.3 Asuhan Bayi Baru Lahir Normal

#### 1. Pengertian Asuhan Pada Bayi Baru Lahir

Asuhan bayi baru lahir adalah menjaga bayi agar tetap hangat, membersihkan saluran napas, mengeringkan tubuh bayi (kecuali telapak tangan), memantau tanda bahaya, memotong dan mengikat tali pusat, melakukan IMD, memberikan suntikan vitamin K1, memberi salep mata antibiotik pada kedua mata, memberi imunisasi Hepatitis B, serta melakukan pemeriksaan fisik (Syaputra Lyndon, 2014).

#### 2. Asuhan Bayi Baru Lahir

- a) Menjaga bayi agar tetap hangat . Langkah awal dalam menjaga bayi tetap hangat adalah dengan menyelimuti bayi sesegera mungkin sesudah lahir, tunda memandikan bayi selama 6 jam atau sampai bayi stabil untuk mencegah hipotermi.
- b) Membersihkan saluran napas dengan cara mengisap lendir yang ada di mulut dan hidung (jika diperlukan). Tindakan ini juga dilakukan sekaligus dengan penilaian APGAR skor menit pertama. Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, jalan napas segera dibersihkan.
- c) Mengeringkan tubuh bayi dari cairan ketuban dengan menggunakan kain atau handuk yang kering, bersih, dan halus. Dikeringkan mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya dengan lembut tanpa menghilangkan verniks. Verniks akan membantu mengamankan dan menghangatkan bayi. Setelah dikeringkan, selimuti bayi dengan kain

kering untuk menunggu 2 menit sebelum tali pusat di klem. Hindari mengeringkan punggung tangan bayi. Bau cairan amnion pada tangan bayi membantu bayi mencari puting ibunya yang berbau sama.

d) Memotong dan mengikat tali pusat dengan teknik aseptik dan antiseptic. Tindakan ini dilakukan untuk menilai APGAR skor menit kelima. Cara pemotongan dan pengikatan tali pusat adalah sebagai berikut :

- 1) Klem, potong, dan ikat tali pusat dua menit pasca bayi lahir. Penyuntikan oksitosin dilakukan pada ibu sebelum tali pusat di potong (oksitosin IU intramuskular).
- 2) Melakukan penjepitan ke-1 tali pusat dengan klem logam DTT 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat) bayi, dari titik jepitan tekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong isi tali pusat ke arah ibu (agar darah tidak terpancar pada saat dilakukan pemotongan tali pusat). Lakukan penjepitan ke-2 dengan jarak 2 cm dari tempat jepitan ke-1 ke arah ibu.
- 3) Pegang tali pusat diantara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut dengan menggunakan gunting DTT (steril).
- 4) Mengikat tali pusat dengan benang DTT pada satu sisi, kemudian lingkarkan kembali benang tersebut dan ikat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

- 5) Melepaskan klem penjepit tali pusat dan masukkan ke dalam larutan klorin 0,5%.
  - 6) Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk upaya inisiasi menyusui dini.
- e) Melakukan IMD, dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan dilanjutkan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Pemberian ASI pertama kali dapat dilakukan setelah mengikat tali pusat. Langkah IMD pada bayi baru lahir adalah lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit satu jam dan biarkan bayi mencari dan menemukan puting dan mulai menyusui.
- f) Memberikan identitas diri segera setelah IMD, berupa gelang pengenal tersebut berisi identitas nama ibu dan ayah, tanggal, jam lahir, dan jenis kelamin.
- g) Memberikan Suntikan Vitamin K1. Karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna, semua bayi baru lahir beresiko mengalami perdarahan. Untuk mencegah terjadinya perdarahan pada semua bayi baru lahir, terutama bayi BBLR diberikan suntikan vit K1 (phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intramuskular pada anterolateral paha kiri. Suntikan vit K1 dilakukan setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi Hepatitis B.
- h) Memberi salep mata antibiotik pada kedua mata untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata. Salep ini sebaiknya diberikan 1 jam setelah lahir.

- i) Memberikan Imunisasi Hepatitis B pertama (HB-0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi Hepatitis B harus diberikan pada bayi usia 0-7 hari .
- j) Melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir untuk mengetahui apakah terdapat kelainan yang perlu mendapat tindakan segera serta kelainan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan, dan kelahiran.. Memeriksa secara sistematis head to toe (dari kepala hingga jari kaki). Diantaranya:
- 1) Kepala: pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutup/melebar adanya caput succedaneum, cephal hematoma.
  - 2) Mata: pemeriksaan terhadap perdarahan, subkonjungtiva, dan tanda-tanda infeksi.
  - 3) Hidung dan mulut: pemeriksaan terhadap labio skisis, labiopalatoskisis dan refleksi isap.
  - 4) Telinga: pemeriksaan terhadap kelainan dan bentuk telinga.
  - 5) Leher: pemeriksaan terhadap serumen atau simetris.
  - 6) Dada: pemeriksaan terhadap bentuk, pernapasan, dan ada tidanya retraksi.
  - 7) Abdomen: pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati, limpa, tumor)

- 8) Tali pusat: pemeriksaan terhadap perdarahan, jumlah darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat, hernia ditali pusat atau selangkangan,
- 9) Alat kelamin: untuk laki-laki, apakah testis berada dalam skrotum, penis berlubang pada ujung, pada wanita vagina berlubang dan apakah labia mayora menutupi labia minora.
- 10) . Anus: tidak terdapat atresia ani
- 11) Ekstremitas: tidak terdapat polidaktili dan sindaktili.  
(Sondakh,2017)

#### **1.4.4 Masalah dan komplikasi bayi baru lahir**

##### **a. Asfiksia neonaturum**

Asfiksia neonaturum adalah kegagalan napas secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir yang ditandai dengan hipoksia, hiperkarbis dan asidosis. Asfiksia neonaturum dapat terjadi selama kehamilan. Kondisi janin sangat tergantung pada pertukaran plasenta untuk oksigen, asupan nutrisi dan pembuangan produk sisa sehingga gangguan pada aliran darah umbilical maupun plasenta hamper selalu menyebabkan asfiksia. (Anik Maryuanani, 2013).

Penanganan pada bayi asfiksia yaitu dengan dilakukan tindakan resusitasi segera setelah lahir. Resusitasi dilakukan dengan jalan membuka jalan napas, mengusahakan agar

oksigen masuk kedalam tubuh bayi dengan meniupkan napas kemulut bayi, menggerakkan jantung sampai bayi mampu bernafas spontan dan jantung berdenyut secara teratur .

b. Hipotermia

Hipotermi merupakan keadaan dimana seorang individu gagal mempertahankan suhu tubuh dalam batasan normal 36,5 – 37,5 derajat Celsius. Hipotermi bisa terjadi pada bayi premature, asfiksia, sepsis, kondisi neurologik seperti perdarahan cerebal, dan paparan suhu lingkungan yang dingin. Penanganan yang dapat dilkakukan yaitu mengeringkan tubuh bayi, menjaga kehangatan tubuh bayi dengan meletakkan diatas perut ibu, kemudian menyelimuti bayi didada ibu (metode kangguru) , memberi ASI sedini mungkin setelah melahirkan dapat menambah kalori dalam tubuh bayi yang berfungsi untuk menambah suhu panas tubuh, dan menunda memandikan bayi (Novi karlina, 2016)

c. Berat badan bayi baru lahir rendah (BBLR)

Bayi berat badan lahir rendah adalah bayi lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram. BBLR diklasifikasi menjadi 2, yaitu premature murni dan dismatur. Bayi premature murni lahir dengan usia kehamilan kurang daai 37 minggu dan mempunyai berat badan yang sesuai



dengan masa kehamilan atau disebut juga neonatus preterm atau neonatus kurang bulan sesuai masa kehamilan (NKB-SMK). Bayi dismatur atau intrauterine growth restriction (IUGR) adalah bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa kehamilan dikarenakan mengalami gangguan pertumbuhan dalam masa kandungan.

Penyebab kejadian BBLR ada 3 faktor yaitu :

1. Faktor ibu yang menyebabkan BBLR yaitu penyakit seperti hipertensi atau preeklamsi, jantung dan gangguan pembuluh darah. Riwayat kehamilan premature, kurang gizi, umur kurang dari 20 dan lebih dari 35 tahun. Perdarahan antepartum, hidramnion dan kelainan uterus.
2. Faktor janin yaitu cacat bawaan, infeksi dalam rahim dan kehamilan ganda dan amomali kongenital.
3. Faktor kebiasaan seperti seperti pekerjaan sehari-hari yang berlalu berat atau melelahkan, merokok, megonsumsi narkoba dan minuman jamu.

Menurut novi karlina (2016), penatalaksanaan pada

bayi berat badan lahir rendah (BBLR)antara lain:

- 1) Pengaturan suhu badan bayi, menyelimuti tubuh bayi, meletakkan dalam inkubator, jika tidak ada inkubator maka letakkan bayi

dibawah lampu 60 watt berjarak 5 cm dari tubuh bayi.

- 2) Memberi ASI sedini mungkin
- 3) Dada dan abdomen dipaparkan pada inkubator atau lampu penghangat.
- 4) Menjaga suhu lingkungan tetap hangat

d. Ikterus / hiperbilirubinemia

Hiperbilirubin adalah meningkatkan kadar bilirubin dalam darah yang kadar dalam darah yang kadar nilainya lebih dari normal, biasanya terjadi pada bayi baru lahir. Nilai normal bilirubin indirek 0,3 – 1,1 mg/dl, sedangkan bilirubin direk 0,4 mg/dl. Ikterus merupakan keadaan normal pada bayi baru lahir selama minggu pertama karena belum sempurnanya metabolisme bilirubin bayi, ikterus atau hiperbilirubinemia paling sering timbul karena fungsi hati masih belum sempurna untuk membuang bilirubin dari aliran darah. Ketika kadar bilirubin meningkat dalam darah maka warna kuning akan dimulai dari kepala kemudian turun ke lengan, badan dan kaki. Jika kadar bilirubin sudah cukup tinggi, bayi akan tampak kuning hingga dibawah lutut dan telapak tangan. Penanganan hiperbilirubinemia pada bayi baru lahir yaitu :

1. Memberikan ASI yang cukup (8-12 kali sehari)

2. Lakukan penyinaran selama 30 menit, 15 menit terlentang dan 15 menit tengkurap. Usahakan kontak sinar dengan kulit seluas mungkin.
3. Dilakukan terapi oleh petugas kesehatan seperti terapi sinar (photography) sesuai dengan peningkatan kadar bilirubin pada nilai tertentu berdasarkan usia bayi dan apakah bayi lahir cukup bulan atau premature, sinar ini mampu menembus kulit bayi dan akan mengubah bilirubin menjadi lumirubin.
4. Jika gagal dengan terapi sinar maka dilakukan tranfusi tukar yaitu penggantian darah bayi dengan donor darah. Namun secara keseluruhan, hanya sedikit bayi yang akan membutuhkan terapi tranfusi tukar (Novi Karlina, 2016).

e. Tetanus neonaturum

Tetanus neonaturum adalah tetanus yang terjadi pada neonatus atau bayi berusia kurang dari 1 bulan yang disebabkan oleh *clostridium tetani* yaitu kuman yang mengeluarkan toksin atau racun yang menyerang sistem syaraf pusat. Penanganan secara umum spora kuman masuk tubuh melalui tali pusat, baik pada saat pemotongan, maupun perawatannya sebelum lepas. Masa inkubasi dari kuman ini adalah 3-28 hari, tetapi jika kurang dari 7 hari penyakit ini

lebih parah dan angka kematian lebih tinggi. Gejalanya yaitu bayi tiba-tiba demam/panas, bayi tiba-tiba tidak mau menetek karena kejang otot rahang dan pharing (*trismus*), mulut mecucu seperti mulut ikan, kejang terutama bila terkena rangsangan cahaya, kadang-kadang disertai sesak napas dan wajah membiru, kaku kuduk, posisi punggung melengkung, kepa mendongak keatas. Penanganan bayi dengan tetanus neonaturum yaitu dengan mengatasi kejang dengan memberikan suntikan anti kejang, menjaga jalan napas tetap bebas dengan membersihkan jalan napas, mencari tempat masuknya spora tetanus umumnya di tali pusat atau telinga, kemudian mengatasi penyebab tetanus dengan member antibiotika, menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit ruangan tenang dan sedikit sinar (Novi Karlina, 2016).

f. Kejang

Kejang adalah perubahan secara tiba-tiba fungsi neurologik, motorik dan otonomik karena kelebihan pancaran listrik pada otak kejang bukanlah suatu penyakit tetapi merupakan gejala dari gangguan syaraf pusat, lokal atau sistemik. Penyebab kejang bisa disebabkan karena adanya pengaruh metabolik dan adanya perdarahan intrakarnial. (Novi karlina, 2016)

### 1.4.5 kunjungan neonatal

Tujuan kunjungan neonatal adalah untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan pada bayi atau mengalami masalah (Yulifah 2013). Menurut Depkes RI (2016), kunjungan neonatal dilakukan 3 kali yaitu :

1. Kunjungan 1 : 6-48 jam pertama setelah lahir

dilakukan pemeriksaan pernafasan, warna kulit, gerakan aktif atau tidak, ditimbang, ukur panjang badan, lingkar lengan, lingkar dada, pemberian salep mata, vitamin K1, hepatitis B, perawatan tali pusat dan pencegahan kehilangan panas bayi.

2. Kunjungan 2 : 3-7 hari setelah lahir

pemeriksaan fisik, melakukan perawatan tali pusat, pemberian ASI Eksklusif, personal hygiene, pola istirahat, keamanan dan tanda-tanda bahaya.

3. Kunjungan 3 : 8-28 hari setelah lahir

dilakukan pemeriksaan pertumbuhan dengan berat badan, tinggi badan dan nutrisinya.

### 1.4.6 Panduan Pelayanan Nifas & Bbl Oleh Bidan Pada Masa Pandemi Covid-19

- a. Tidak ada keluhan agar menerapkan isi buku KIA, lakukan pemantauan mandiri, jika ada keluhan/tanda bahaya pada ibu/BBL segera ke fasilitas layanan kesehatan

- b. Pelayanan nifas dan BBL, dengan membuat janji melalui Telepon/WA
- c. Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dengan kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades tentang status ibu apakah sedang isolasi mandiri (ODP/PDP/Covid+)
- d. Pelayanan nifas & BBL dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 dan menerapkan protokol pencegahan Covid-19
- e. Jika tidak dapat memberikan pelayanan, Bidan segera berkolaborasi dan rujuk ke PKM/RS
- f. Lakukan Asuhan esensial Bayi Baru Lahir. Imunisasi tetap diberikan sesuai rekomendasi PP IDAI
- g. Tunda kelas Ibu Balita atau dilakukan secara online
- h. Konsultasi nifas & BBL, KIE, Konseling Laktasi, pemantauan Tumbang dilaksanakan secara online
- i. Ibu nifas, pendamping & semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protokol pencegahan Covid-19 (Emi Nurjasmi.2020).

## **1.5 konsep keluarga berencana**

### **1.5.1 Pengertian**

kontrasepsi adalah usaha untuk mencegah bertemunya sperma dengan ovum sehingga tidak terjadi pembuahan yang mengakibatkan kehamilan.

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Untuk mencapai hal-hal tersebut maka dibuatlah beberapa cara atau alternative untuk mencegah ataupun menunda kehamilan cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga.(Lilis Wiana Badria, 2018)

KB adalah tindakan membantu individu atau pasutri untuk mendapatkan obyektif-obyektig tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval di antara kehamilan dan menentukan jumlah anak dalam keluarga . Mahmud syaltut mendefinisikan KB sebagai pengaturan dan penjarangan kelahiran atau usaha mencegah kehamilan sementara atau bahkan untuk selamanya sehubungan dengan situasi dan kondisi tertentu, baik bagi keluarga yang bersangkutan maupun untuk kepentingan masyarakat dan Negara.(Sari, Tinggi and Palembang, 2019)

### **1.5.2 Tujuan program keluarga berencana (KB)**

- a) Menurunkan tingkat/ angka kematian ibu, bayi dan anak
- b) Membatasi kehamilan jika jumlah anak sudah cukup
- c) Menjaga kesehatan reproduksi yang berkuallitas

### 1.5.3 Sasaran Program KB

Menurut Affandi (2014), Sasaran program keluarga berencana dibagi menjadi dua yaitu sasaran secara langsung dan sasaran tidak langsung.

- a. Sasaran secara langsung adalah Pasangan usia subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan.
- b. Sasaran tidak langsung adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.

### 1.5.4 Kebutuhan calon akseptor Kb

- a) Konseling

Konseling merupakan suatu proses pemberian informasi obyektif dan lengkap, dilakukan secara sistematis dengan panduan komunikasi interpersonal. Proses konseling yang benar, obyektif dan lengkap akan meningkatkan kepuasan, kelangsungan dan keberhasilan penggunaan berbagai metode kontrasepsi (Midwifery Update, 2016)

Menurut BKKBN (2012), langkah-langkah dalam memberikan konseling dapat diterapkan 6 langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU adalah sebagai berikut :



- 1) SA: sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada klien dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.
- 2) T : tanyakan pada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Perhatikan bahwa kita memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien.
- 3) U : uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksinya yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa jenis kontrasepsi. Bantulah klien memilih jenis kontrasepsi yang paling diinginkan, serta jelaskan pula kontrasepsi lain yang ada.
- 4) TU: bantulah klien menentukan pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin dengan kondisi dan kebutuhannya. Doronglah klien untuk

menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan. Tanggapilah secara terbuka, bantulah klien dalam mempertimbangkan criteria dan keinginan klien terhadap setiap jenis kontrasepsi.

- 5) J : jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsi , jika diperlukan, diperlihatkan alat/obat yang akan digunakan tersebut dan bagaimaa cara penggunaannya. Beri penjelasan juga tentang manfaat ganda metode kontrasepsi, misasslnya kondom yang dapat mencegah infeksi menular seksual (IMS) . cek pengetahuan dan pemahan klien tentang penjelasan yang telah dibeikan bidan dan beri pujian apabila dapat menjawab dan menjalankan dengan benar.
- 6) U : perlunya kunjungan ulang , bicarakan dan buatlah perjanjian kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan dan mengingatkan klien untuk kembali apabila terjadi suatu masalah.

### 1.5.5 Metode kontrasepsi

#### A. Kontrasepsi Alami

- 1) Metode amenorea laktasi

Metode amenorea laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan asi tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya. Mal dapat digunakan sebagai kontrasepsi apabila ibu menyusui secara penuh, lebih efektif bila pemberian >8x sehari, belum haid, umur bayi kurang dari 6 bulan, harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontraasepsi lainnya (Affandi, 2014).

#### (1) Cara Kerja

Cara kerja MAL adalah menunda atau menekan terjadinya ovulasi. Pada saat menyusui, hormon yang berperan adalah prolaktin meningkat dan hormon gonadotrophin melepaskan hormon penghambat. Hormon penghambat akan mengurangi kadar estrogen, sehingga tidak terjadi ovulasi (Marmi.2015).

#### (2) Keuntungan kontrasepsi

- a. Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pascapersalinan)
- b. Tidak mengganggu senggama
- c. Tidak ada efek samping secara sistemik
- d. Tidak perlu obat atau alat
- e. Tanpa biaya

(Affandi, 2014)

(3) Keuntungan MAL (Affandi, 2014)

a) Untuk bayi

- 1) Mendapat kekebalan pasif (mendapat antibody perlindungan lewat ASI).
- 2) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal.

b) Untuk ibu

- 1) Mengurangi perdarahan pasapersalinan
- 2) Mengurangi resiko anemia
- 3) Meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi.

(4) Keterbatasan (Affandi, 2014)

- a. Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam waktu 30 menit pascapersalinan.
- b. Efektivitas tinggi hanya sampai kembalnya haid atau sampai 6 bulan.
- c. Tidak melindungi terhadap IMS termasuk viru hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS.

(1) Indikasi (Marmi, 2012)

Ibu yang menyusui secara eksklusif, bayinya berumur kurang dari 6 bulan dan belum mendapat haid setelah melahirkan.

## (6) Kontra indikasi (Marmi.2012)

- a) Sudah mendapat haid setelah bersalin
- b) Tidak menyusui secara eksklusif
- c) Bayi sudah berumur lebih dari 6 bulan
- d) Bekerja dan terpisah dari bayinya lebih dari 6 jam

## 2) Metode keluarga berencana alamiah (KBA)

Metode lendir serviks atau lebih dikenal sebagai metode ovulasi billings /mo atau metode dua hari mukosa serviks dan metode simtomtermal adalah yang paling efektif (Affandi, 2014).

## a) Teknik pantang berkala

Metode kb kalender atau pantang berkala adalah cara/metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggama atau hubungan seksual pada masa subur/ovulasi. KB kalender adalah usaha untuk mengatur kehamilan dengan menghindari hubungan badan selama masa subur seorang wanita (Affandi, 2014) .

## b) Metode suhu basal

Suhu basal adalah suhu tubuh yang didapat ketika Anda benar-benar beristirahat dalam keadaan tidur. Pengukuran suhu ini dilakukan di pagi hari segera setelah bangun untuk mengetahui masa ovulasi (Affandi, 2014)

Suhu normal tubuh sekitar 36-37<sup>0</sup> celcius. Pada waktu ovulasi, suhu akan turun terlebih dahulu dan naik menjadi 37-38<sup>0</sup> kemudian tidak akan kembali pada suhu 36<sup>0</sup> celcius. Pada saat itulah terjadi masa subur atau ovulasi pada seorang wanita (Marmi. 2015).

1) Manfaat

- a) Metode suhu basal bermanfaat bagi pasangan yang menginginkan kehamilan.
- b) Serta bermanfaat bagi pasangan yang menginginkan menghindari atau mencegah kehamilan (Marmi. 2015).

2) Efektifitas

Metode suhu basal tubuh akan efektif bila dilakukan dengan benar dan konsisten. Suhu tubuh basal dipantau dan dicatat selama beberapa bulan berturut-turut dan dianggap akurat bila terdeteksi pada saat ovulasi. Tingkat keefektian metode suhu tubuh basal sekitar 80 persen atau 20-30 kehamilan per 100 wanita per tahun (Marmi.2015).

a. Faktor yang mempengaruhi metode suhu basal tubuh

- a) Penyakit.

- b) Gangguan tidur.
- c) Merokok dan atau minum alkohol.
- d) Penggunaan obat-obatan ataupun narkoba.
- e) Stress (Marmi. 2015).

### 3) Keuntungan

- a. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran pada pasangan tentang masa subur/ovulasi.
- b. Membantu wanita yang mengalami siklus haid tidak teratur mendeteksi masa subur / ovulasi.
- c. Dapat digunakan sebagai kontrasepsi ataupun meningkatkan kesempatan untuk hamil.
- d. Membantu menunjukkan perubahan tubuh lain pada saat mengalami masa subur / ovulasi seperti perubahan lendir serviks.
- e. Metode suhu basal tubuh yang mengendalikan adalah wanita itu sendiri.

(Marmi. 2015).

### 4) Keterbatasan

- a. Membutuhkan motivasi dari pasangan suami istri.

- b. Memerlukan konseling dan KIE dari tenaga medis.
- c. Suhu tubuh basal dapat dipengaruhi oleh penyakit, gangguan tidur, merokok, alcohol, stress, penggunaan narkoba maupun selimut elektrik.
- d. Pengukuran suhu tubuh harus dilakukan pada waktu yang sama.
- e. Tidak mendeteksi awal masa subur.
- f. Membutuhkan masa pantang yang lama (Marmi, 2015).

5) Petunjuk bagi pengguna metode suhu basal tubuh:

Aturan perubahan suhu / temperatur adalah sebagai berikut :

- a. Suhu diukur pada waktu yang hamper sama setiap pagi (sebelum bangun dari tempat tidur).
- b. Catat suhu ibu pada kartu yang telah tersedia.
- c. Gunakan catatan suhu pada kartu tersebut untuk 10 hari pertama dari siklus haid untuk menentukan suhu tertinggi dari suhu yang “normal “ dan “rendah “ dalam pola tertentu tanpa kondisi di luar biasanya.



- d. Abaikan setiap suhu tinggi yang disebabkan oleh demam / gangguan lain.
- e. Tarik garis pada 0,05 derajat celcius – 0,1 derajat celcius di atas suhu tertinggi dari suhu 10 hari tersebut. Garis ini disebut garis pelindung (*cover line*) atau garis suhu.
- f. Periode tak subur mulai pada sore hari setelah hari ketiga berturut-turut suhu tubuh berada di atas garis pelindung / suhu basal.
- g. Hari pantang senggama dilakukan sejak hari pertama haid hingga sore ketiga kenaikan secara berurutan suhu basal tubuh (setelah masuk periode masa tak subur).
- h. Masa pantang untuk senggama pada metode suhu basal tubuh lebih panjang dari metode *ovulasi billings*.
- i. Perhatikan kondisi lendir subur dan tak subur yang dapat diamati (Marmi. 2015).

c) Metode kalender

Cara pakai sistem ini bisa berdasar ada siklus menstruasi yang Anda alami. Siklus ini ihwal terbagi menjadi tiga

kategori, yakni pra ovulasi, ovulasi (masa subur) hingga tidak subur atau pasca ovulasi. (Affandi, 2014).

1) Manfaat

- a. Metode kalender atau panjang berkala dapat bermanfaat sebagai kontrasepsi maupun konsepsi.
- b. Sebagai alat pengendalian kelahiran atau mencegah kehamilan.
- c. Dapat digunakan oleh para pasangan untuk mengharapkan bayi dengan melakukan hubungan seksual saat masa subur atau ovulasi untuk meningkatkan kesempatan hamil (Affandi, 2014).

2) Keuntungan

- a. Metode kalender atau pantang berkala lebih sederhana.
- b. Dapat digunakan oleh setiap wanita yang sehat.
- c. Tidak membutuhkan alat atau pemeriksaan khusus dalam penerapannya.
- d. Tidak mengganggu pada saat berhubungan seksual.

- e. Kontrasepsi dengan menggunakan metode kalender dapat menghindari resiko kesehatan yang berhubungan dengan konsepsi.
- f. Tidak memerlukan biaya.
- g. Tidak memerlukan tempat pelayanan kontrasepsi (Affandi, 2014).

### 3) Keterbatasan

Sebagai metode alami, metode kalender atau pantang berkala ini juga memiliki keterbatasan, antara lain:

- a. Memerlukan kerjasama yang baik antara suami dan istri.
- b. Harus ada motivasi dan disiplin pasangan dalam menjalakkannya.
- c. Pasangan suami istri tidak dapat melakukan seksual setiap saat.
- d. Pasangan suami istri harus tahu masa subur dan masa tidak subur.
- e. Harus mengamati siklus menstruasi minimal enam kali siklus.
- f. Siklus menstruasi yang tidak teratur.

- g. Lebih efektif bila dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain (Affandi, 2014).

#### 4) Keefektifitasan

Masa subur setiap wanita tidaklah sama. Oleh karena itu diperlukan pengamatan minimal enam kali siklus menstruasi. Selain itu, metode ini juga akan lebih efektif bila digunakan bersama dengan metode kontrasepsi lain. Metode kalender akan efektif tiga kali lipat bila dikombinasikan dengan metode simptotermal. Angka kegagalan penggunaan metode kalender adalah 14 per 100 wanita per tahun (Marmi, 2015:126).

#### 5) Penerapan

Hal yang perlu diperhatikan pada siklus menstruasi wanita sehat ada tiga tahapan :

- a. *Pre ovulatory infertility phase* ( masa tidak subur sebelum ovulasi ).
- b. *Fertility phase* (masa subur).
- c. *Post ovulatory infertility phase* ( masa tidak subur setelah ovulasi ) (Affandi, 2014).

#### 3) Senggama terputus

- a) Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelamin (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi.
- b) cara kerjanya, penis dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah.

#### B. Kontrasepsi Hormonal

Kontrasepsi hormonal merupakan salah satu metode kontrasepsi yang paling efektif dan reversibel untuk mencegah terjadinya konsepsi. Kontrasepsi hormonal merupakan kontrasepsi dimana estrogen dan progesteron memberikan umpan balik terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap folikel dan proses ovulasi. (Affandi, 2014)

##### 1) Kontrasepsi Pil

###### a) Pengertian

Pil oral akan menggantikan produksi normal estrogen dan progesteron oleh ovarium. Pil oral akan menekan hormon ovarium selama siklus haid yang normal, sehingga juga menekan releasing factors di otak dan akhirnya mencegah ovulasi. Pemberian Pil Oral bukan hanya untuk mencegah ovulasi, tetapi juga menimbulkan

gejala-gejala pseudo pregnancy (kehamilan palsu) seperti mual, muntah, payudara membesar, dan terasa nyeri

b) Efektivitas Efektivitas pada penggunaan yang sempurna adalah 99,5- 99,9% dan 97%

c) Jenis KB Pil menurut Sulistyawati (2013) yaitu:

1. Monofasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, jumlah dan porsi hormonnya konstan setiap hari.

2. Bifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen, progestin, dengan dua dosis berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi.

3. Trifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dengan tiga dosis yang berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi setiap hari.

d) Cara kerja KB Pil menurut Affandi (2014) yaitu:

1. Menekan ovulasi

2. Mencegah implantasi

3. Mengentalkan lendir serviks

4. Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi ovum akan terganggu.

e) Keuntungan KB Pil menurut Affandi (2014) yaitu:

1. Tidak mengganggu hubungan seksual
2. Siklus haid menjadi teratur (mencegah anemia)
3. Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang
4. Dapat digunakan pada masa remaja hingga menopause
5. Mudah dihentikan setiap saat
6. Kesuburan cepat kembali setelah penggunaan pil dihentikan
7. Membantu mencegah: kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, acne, disminorhea.

f) Keterbatasan KB Pil menurut affandi (2014) yaitu:

1. Amenorhea
2. Perdarahan haid yang berat
3. Perdarahan diantara siklus haid
4. Depresi
5. Kenaikan berat badan
6. Mual dan muntah
7. Perubahan libido
8. Hipertensi
9. Jerawat
10. Nyeri tekan payudara
11. Pusing/Sakit kepala

12. Kesemutan dan baal bilateral ringan

13. Mencetuskan moniliasis

14. Cloasma

15. Perubahan lemak

16. Disminorea

17. Kerusakan toleransi glukosa

18. Hipertrofi atau ekropi serviks

2) Kontrasepsi Suntik

a) Efektivitas kontrasepsi Suntik. Menurut Sulistyawati (2013), kedua jenis kontrasepsi suntik mempunyai efektivitas yang tinggi, dengan 30% kehamilan per 100 perempuan per tahun, jika penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan. DMPA maupun NET EN sangat efektif sebagai metode kontrasepsi. Kurang dari 1 per 100 wanita akan mengalami kehamilan dalam 1 tahun pemakaian DMPA dan 2 per 100 wanita per tahun pemakain NET EN.

b) Jenis kontrasepsi Suntik Menurut Sulistyawati (2013), terdapat dua jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu :

1. Depo Mendroksi Progesteron (DMPA), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap tiga bulan dengan cara di suntik intramuscular (di daerah pantat).



2. Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap dua bulan dengan cara di suntik intramuscular (di daerah pantat atau bokong).

c) Cara kerja kontrasepsi Suntik menurut Sulistyawati (2013) yaitu:

1. Mencegah ovulasi 21
2. Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
3. Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi
4. Menghambat transportasi gamet oleh tuba fallopii.

d) Keuntungan kontrasepsi Suntik Keuntungan pengguna KB suntik yaitu sangat efektif, pencegah kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan seksual, tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, tidak mempengaruhi ASI, efek samping sangat kecil, klien tidak perlu menyimpan obat suntik, dapat digunakan oleh perempuan usia lebih 35 tahun sampai perimenopause, membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik, menurunkan kejadian tumor jinak payudara, dan mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul (Sulistyawati, 2013).

e) Keterbatasan Adapun keterbatasan dari kontrasepsi Suntik menurut Sulistyawati (2013) yaitu:

1. Gangguan haid
2. Leukorhea atau Keputihan
3. Galaktorea
4. Jerawat
5. Rambut Rontok
6. Perubahan Berat Badan
7. Perubahan libido

### 3) Implant

Implant adalah alat kontasepsi berbentuk kapsul silastik berisi hormon jenis progesteron sintetik yang ditanamkan dibawah kulit atau alat kontasepsi bagi wanita yang dipasang di bawah kulit lengan bagian atas yang terdiri atas 6 kapsul berukuran kira-kira 3 cm berisi zat levonolgestrel (koes irianto, 2012).

1) Menurut sujiyatini (2012), jenis-jenis implant yaitu :

- a) Norplanti, terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, denngan diameter 2,4 mm, diisi dengan 36 mg levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun.
- b) Implanon, terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 m, dan diameter 2 mm, diisi

dengan 68 mg keto-desogetrel dan lama kerjanya 3 tahun

- c) Jedena dan indoplant, terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun.

2) Mekanisme kerja kontrasepsi implant :

- a) Mengentalkan lender serviks
- b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implementasi
- c) Mengurangi transportasi sperma
- d) Menekan ovulasi

3) Keuntungan

- a) Daya guna tinggi
- b) Perlindungan jangka panjang
- c) Pengembalian tingkat keuburan yang cepat
- d) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- e) Bebas dari pengaruh esterogen
- f) Tidak mengganggu kegiatan senggama
- g) Tidak mengganggu ASI

- h) Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan klien.

#### 4) Kerugian

- a) Mengalami efek samping gangguan sirkulasi haid seperti perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak, dan amenorea
- b) Gangguan pada sistem metabolisme seperti peningkatan atau penurunan berat badan
- c) Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai dengan keinginannya, perlu datang ke klinik atau bidan untuk pencabutan.
- d) Membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan.
- e) Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk HIV/AIDS (Affandi, 2014).

#### C. Kontrasepsi Non Hormonal

##### 1. Kondom

Kondom merupakan selubung atau sarung ketat yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks(karet), plastic atau bahan alami (produksi hewani yang di pasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom tersebut dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal yang bila digulung berbentuk rata atau berbentuk seperti puting susu.

Cara kerja dari kondom yaitu, menghalangi terjadinya pertemuan sperma dengan sel telur dan dapat mencegah penularan penyakit menular seksual kepada pasangan (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil).

1. Cara kerja

- a. Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan.
- b. Mencegah penularan mikroorganisme dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (Affandi, 2014).

2. Manfaat kontrasepsi

- a. Efektive bila digunakan dengan benar
- b. Tidak mengganggu produksi ASI
- c. Tidak mempunyai pengaruh sistemik
- d. Murah dan dapat dibeli secara umum
- e. Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda (Affandi, 2014).

4) Nonkontrasepsi (Affandi, 2014)

- a. Memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber-KB
- b. Dapat mencegah penularan IMS
- c. Mencegah ejakulasi dini

- d. Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks)
- e. Mencegah imuno infertilitas

5) Keterbatasan (Affandi, 2014)

- a. Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi
- b. Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung)
- c. Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual
- d. Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah

6) Cara penggunaan

- a) Gunakan kondom setiap akan melakukan hubungan seksual
- b) Agar efek kontrasepsinya lebih baik, tambahkan spermisida kedalam kondom
- c) Jangan menggunakan gigi atau benda tajam saat membuka kemasan
- d) Pasangkan kondom saat penis sedang ereksi, tempelkan ujungnya pada glans penis dan tempatkan bagian penampung sperma pada ujung uretra. Lepaskan gulungan karetanya dengan jalan menggeser gulungan

tersebut ke arah pangkal penis. Pemasangan ini harus dilakukan sebelum penetrasi penis ke vagina.

- e) Bila kondom tidak mempunyai tempat penampungan maka longgarkan sedikit bagian ujungnya agar tidak terjadi robekan pada saat ejakulasi
- f) Kondom dilepas sebelum penis melembek
- g) Pegang bagian pangkal kondom sebelum mencabut penis sehingga kondom tidak terlepas saat dicabut dan lepaskan diluar vagina agar tidak terjadi tumpahan cairan sperma di sekitar vagina
- h) Gunakan kondom satu kali pakai
- i) Buang kondom bekas pakai pada tempat yang aman
- j) Sediakan kondom apabila kemasan robek atau tampak kusut
- k) Jangan gunakan minyak goreng, minyak mineral, atau pelumas dari bahan petrolatum karena akan segera merusak kondom (Affandi, 2014)

## 2. Barrier intra vaginal atau diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks. Cara kerjanya yaitu menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran

alat reproduksi bagian atas uterus dan tuba falopi dan sebagian alat tempat spermisida.

### 3. Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)

Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) adalah suatu alat plastik atau logam kecil yang dimasukkan ke uterus melalui kanal servikalis yang bertujuan untuk mencegah kehamilan yang sangat efektif, memiliki jangka penggunaan yang panjang, dan bagi wanita tertentu, terutama yang tidak terjerangkit PMS dan sudah pernah melahirkan (Koes Irianto, 2012).

#### 1) Jenis AKDR

##### a) AKDR CuT-380A

Berbentuk T, kecil, efektif dan aman, masing-masing cabang dari huruf T ini dibalut dengan lempengan tembaga kecil dan batang utamanya diberi gulungan kawat tembaga (BKKBN, 2012)

##### b) AKDR NOVA T (Schering)

Batang dan lengannya dililit dengan tembaga (BKKBN, 2012).

#### 2) Cara kerja AKDR

a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi.

b) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri



- c) Memungkinkan untuk mencegah implementasi telur dalam uterus.
  - d) Mencegah sperma dan ovum bertemu dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi (Fauziah, 2020).
- 3) Keuntungan (Fauziah, 2020).
- a). Efektivitasnya tinggi
  - b). AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
  - c). Metode jangka panjang ( 10 Th untuk CuT-380 A)
  - d). Tidak mempengaruhi hubungan seksual
  - e). Tidak ada efek samping hormonal
  - f). Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
  - g). Membantu mencegah kehamilan ektopik.
  - h). Tidak ada interaksi dengan obat-obat .
- 4) Kerugian
- a) Efek samping yang umum terjadi:
    - (1) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
    - (2) Haid lebih lama dan banyak
    - (3) Perdarahan (spotting) antarmenstruasi
    - (4) Saat haid akan lebih sakit
  - b) Komplikasi lain:
    - (1) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan

(2) Perdarahan berat pada waktu haid atau di antaranya yang memungkinkan penyebab anemia

- a) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
- b) Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR. PRP dapat memicu infertilitas
- c) Sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang dalam 1-2 hari
- d) Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera sesudah melahirkan)
- e) Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukan jarinya ke dalam vagina, sebagian perempuan tidak mau melakukan ( Fauziah, 2020).

5) Indikasi

1. Usia reproduktif
2. Keadaan nulipra
3. Menginginkan menggunakan kontrasepsi dengan jangka panjang
4. Menyusui dan menginginkan menggunakan kontrasepsi

5. Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya.
6. Resiko rendah dari IMS
7. Tidak menghendaki metode hormonal
8. Tidak menyukai dan mengingat-ingat untuk minum pil
9. Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari setelah senggama (Fauziah, 2020).

6) Kontra indikasi (Affandi, 2014)

- a) Sedang hamil
- b) Perdarahan vagina yang tidak diketahui
- c) Sedang menderita infeksi alat genitalia (vaginitis, servisititis)
- d) Kanker alat genitalia
- e) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri
- f) Diketahui menderita penyakit TBC pelvic

1) Cara Pemasangan AKDR / IUD

A. Konseling Awal

1. Sapa Klien
2. Beri Informasi umum KB
3. Informasi mengenai KB
4. Jelaskan apa yang diperoleh

B. Konseling metode Khusus

5. Jamin Kerahasiaan pasien

6. Kumpulkan Data Klien
7. Tanya tujuan KB
8. Tanya agama
9. Kebutuhan dan kekhawatiran
10. Bantu klien memilih KB
11. Jelaskan efek samping IUD

C. Konseling Pra Pemasangan dan Konseling

12. Solusi klien anamnesa
13. Melakukan pemeriksaan fisik dan panggul

D. Pemeriksaan Perut – Inspekulo – Bimanuel

14. BAK – Cuci Kemaluan.
15. Pakai Pelindung – Cuci Tangan
16. Bantu Klien Naik tempat tidur
17. Palpasi perut
18. Kenakan Penutup
19. Atur cahaya lampu
20. Pakai sarung tangan
21. Atur alat
22. Inspeksi Alat Genetalia Eksterna

23. Palpasi Kelenjar skene bartholini

24. Pasang speculum

25. Inspekuloid

26. Keluarkan speculum

27. Periksa bimanual

28. Periksa vagina

29. Celup sarung tangan

E. Tindakan pra pemasangan

30. Jelaskan proses pemasangan

31. Masukkan lengan IUD

F. Tindakan Pemasangan

32. Pakai sarung tangan

33. Pasang speculum

34. Usap serviks vagina

35. Jepit serviks

36. Masukkan sonde

37. Ukur uterus keluarkan sonde

38. Ukur sonde dikemasan IUD

39. Keluarkan IUD dari kemasan

40. Masukkan IUD posisi horizontal ( Tarik Lembut Tenakulum )

41. Tahan / pegang Tenakulum

42. Lakukan "WITHDRAWEL "

43. Keluarkan pendorong, dorong tabung ke portio sampai batang biru

44. Keluarkan tabung dan buang ke tempat sampah

45. Keluarkan tabung 3-4 cm, gunting benang

46. Lepas tenakulum

47. Tekan portio 30-60°

48. Keluarkan speculum, pasien istirahat 15 menit

G. Tindakan pasca pemasangan

49. Rendam alat dekontaminasi

50. Buang bahan / sampah

51. Celup sarung tangan

52. Cuci tangan

53. Lepas pelindung

54. Ajari klien

H. Konseling pasca pemasangan

55. Ada efek samping –kontrol

56. Kapan harus control

57. IUD dalam 5 tahun

58. Boleh control setiap ada keluhan

59. Minta klien untuk Ulangi penjelasan

60. Dokumentasi (Fauziah, 2020).

4. Metode Kontrasepsi Dengan Metode Operatif/ Mantap/Sterilisasi

1) Tubektomi

Metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah

seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini.  
(Fauziah, 2020).

a) Jenis

Minilaparotomi, Laparoskopi

b) Mekanisme kerja

Dengan mengoklusi tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (Affandi, 2014)

c) Keuntungan kontrasepsi (Marmi.2015)

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

(2) Tidak mempengaruhi proses menyusui (breastfeeding)

(3) Tidak bergantung pada faktor senggama

(4) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi resiko kesehatan yang serius

(5) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang

(6) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormone ovarium)

d) Nonkontrasepsi

Berkurangnya risiko kanker ovarium

e) Keterbatasan (Fauziah, 2020):

- (1) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini
- (2) Resiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anestesi umum)
- (3) Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan
- (4) Dilakukan oleh dokter terlatih
- (5) Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk HBV dan HIV/AIDS.

f) Indikasi (Affandi, 2014)

- (1) Usia > 26 tahun
- (2) Paritas > 2
- (3) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya
- (4) Pada kehamilan akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius
- (5) Pascapersalinan
- (6) Pascakeguguran
- (7) Paham dan sukarela setuju dengan prosedur ini

g) Kontra indikasi (Marmi.2015)

- (1) Hamil



- (2) Infeksi sistemik atau pelvic yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol)
- (3) Tidak boleh menjalani proses pembedahan
- (4) Kurang pasti keinginannya untuk fertilitas di masa depan
- (5) Belum memberikan persetujuan tertulis

h) Waktu dilakukan (Affandi, 2014)

- (1) Setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil

- (2) Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi (fase proliferasi)

- (3) Pascapersalinan

- (a) Minilap: di dalam waktu 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu

- (b) Laparoskopi: tidak tepat untuk klien-klien pascapersalinan

- (4) Pascakeguguran

- (a) Triwulan pertama: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvic (minilap atau laparoskopi)

- (b) Triwulan kedua: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvic (minilap saja).

## 2) Vasektomi

Metode kontrasepsi untuk laki-laki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi (Affandi, 2014).

### a) Cara kerja

Metode ini membuat sperma (yang disalurkan melalui vas deferens) tidak dapat mencapai vesikula seminalis yang pada saat ejakulasi dikeluarkan bersamaan dengan cairan semen (Affandi, 2014)

### b) Keuntungan nonkontrasepsi (Fauziah, 2020)

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

### c) Keterbatasan (Marmi.2015)

- (1) Permanen dan timbul masalah bila klien menikah lagi
- (2) Bila tidak siap kemungkinan ada rasa penyesalan di kemudian hari

- (3) Perlu pengosongan depot sperma di vesikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi
- (4) Ada nyeri/rasa tidak nyaman pascabedah
- (5) Perlu tenaga pelaksana terlatih
- (6) Tidak melindungi klien dari IMS

### 1.5.6 Panduan Pelayanan Kb Oleh Bidan Pada Masa Pamdemi Covid-19

- a) Tidak ada keluhan, Akseptor IUD/Implan dapat menunda untuk kontrol ke Bidan. Pelayanan KB baru/kunjungan ulang - membuat janji melalui telpon/WA
- b) Lakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dengan kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/Kades untuk informasi tentang status ibu (ODP/PDP/Covid +)
- c) Pelayanan KB dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 atau 2. Konseling memotivasi menggunakan MKJP – tidak perlu kontrol rutin (kecuali ada keluhan) -New Normal
- d) Kunjungan ulang Akseptor Suntik/Pil tidak dapat diberikan, untuk sementara Ibu menggunakan kondom/pantang berkala/sengama terputus – bidan dapat kerjasama dengan PLKB untuk distribusi pil
- e) Akseptor, pendamping dan semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protokol pencegahan covid-19.
- f) Konsultasi KB, Penyuluhan dan Konseling dilakukan secara online - dimotivasi dan didorong untuk beralih menggunakan MKJP – pilihan

yang tepat di era New Normal - tidak perlu kontrol rutin (Emi Nurjasmi.2020).

### 1.5.7 Hadis tentang hukum KB

Ada 3 ayat yang menjadi landasan nilai dalam merumuskan pandangan islam tentang KB, yang artinya : “ hai orang-orang yang beriman, jagalah diri dan keluarga kalian dari api neraka..(QS.Al-Tahrim, 66:6).” Kemudian ayat kedua yang berartikan “ dan hendaklah orang-orang merasa khawatir , jika meninggalkan sesudah mereka keturunan yang lemah-lemah yang mereka takutkan. Maka bertakwalah kalian kepada allah dan berkatalah dengan perkataan yang benar?sesuai (QS. Al-Nisa; 4:9)” dan ayat ketiga yang berartikan “ dan janganlah kaian membunuh anak-anakmu karena khawatir tidak bisa makan (jatuh miskin). Kamilah yang memeberikan rezeki kepada mereka (anak—anakmu) dan juga kepada kalian. Sungguh membunuh mereka adalah tindakan kejahatan besar.( QS. Al-Isra; 17:31. Arti ayat diatas menyampaikan pesan tentang pentingnya perlindungan dirir dan keluarga, lebih khusus lagi adalah keturunan, dari nenek yang dapat dipahami sebagai berbagai bentuk penderitaan dunia dan akherat penderitaan itu antara lain dapat berbentuk kemiskinan, kebodohan , dan keterbelakangan serta keburukan moral. Ayat ini memendu orang yang beriman untuk memikirkan keselamatan dan keseimbangan generasu secara batin dan dunia akherat.

KB dalam prespektif islam, beberapa hadist dibawahini merupakan hadist yang biasa ulama kaitkan dengan KB, hadis tersebut antara lain:

yang berartikan “artinya : dari jabir. Ia berkata :’ kami pernah melakukan ‘azl (berhubungan seks dengan mengeluarkan mani diluar vagina, coitus interruptus)’ pada masa Nabi SAW. (HR. Bukhari, no. 5207).” Hadist kedua ‘artinya : ‘Amr berkata bahwa Ata’ mengabarkan kepadaku,ia mendengar jabir ra berkata :” kami pernah melakukan ‘Azl (coitus interruptus) sementara Al-Quran masih turun (kepada Nabi saw.). (HR. Bukhari, no.5208)”, kedua hadis diatas menegaskan tentang realitas praktek ‘Azl tidak dilarang oleh nabi.

Dasar hukum KB yang bersumber dari Al-Qur’an dan Al-Hadits. Dalam Al-Quran banyak sekali ayat yang berkaitan dengan KB diantaranya :

a) Q.S An-Nisa’ ayat 9 :

Yang artinya : “ Dan hendaklah takut kepada Allah orang-orang yang seandainya meninggalkan di belakang mereka anak-anak yang lemah, yang mereka khawatir terhadap (kesejahteraan ) mereka. Oleh sebab itu hendaklah mereka bertakwa kepada Allah dan hendaklah mereka mengucapkan perkataan yang benar.”

b) Q.S Al-Qashash ayat 77

“ dan carilah pada apa yang telah di anugerahkan Allah kepadamu (kebahagiaan) negeri akherat, dan janganlah kamu melupakan bahagiamu dari (kenikmatan) duniawi dan berbuat baiklah (kepada orang lain) sebagaimana Allah telah berbuat baik keppadamu, dan

janganlah kamu berbuat kerusakan di (muka) bumi. Sesungguhnya Allah tidak menyukai orang-orang yang berbuat kerusakan”

c) Q.S.Al-Baqarah ayat 233

“para ibu hendaklah menyusukan anak-anaknya selama 2 tahun penuh, yaitu bagi yang ingin menyempurnakan penyusuan. Dan kewajiban ayah member makan dan pakaian kepada para ibu dengan cara makruf. Seseorang tidak dibebani melainkan menurut kadar kesanggupannya. Janganlah seorang ibu menderita kesengsaraan karena anaknya dan seorang ayah karena anaknya, dan warisupun berkewajiban demikian. Apabila keduanya ingin menyapih(sebelum 2 tahun) dengan kerelaan keduanya dan permusyawarahan , maka tidak ada dosa atas keduanya. Dan jika kamu ingin anakmu disusukan orang lain, maka tidak ada dosa bagimu apabila kamu memberikan pembayaran menurut yang patut. Bertakwalah kamu kepada Allah dan ketahuilah bahwa Allah maha melihat apa yang kamu kerjakan.”

Dari ayat-ayat diatas maka dapat ditarik kesimpulan bahwa petunjuk yang perlu dilandaskan dalam KB antara lain, menjaga kesehatan isteri, mempertimbangkan kepentingan anak.

Di dalam Al Quran dan Hadis, yaitu merupakan sumber pokok hukum islam dan yang menjadi pedoman hidup bagi umat islam tidak ada nash yang shohih yang melarang ataupun yang memerintahkan ber-KB secara eksplisit. Oleh karena itu , hukum

ber-KB harus dikembalikan kepada kaidah hukum islam (kaidah fiqhiyah) yang menyatakan:

“pada dasarnya segala sesuatu perbuatan itu boleh, kecuali ada dalil yang menunjukkan kehamramannya.”(Sari, Tinggi and Palembang, 2019)



## 1.6 Konsep Asuhan Kebidanan Kehamilan

### 1.6.1 Konsep Asuhan Kebidanan Kehamilan

#### ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN

Pada Ny. “...” G...P..UK Minggu dengan kehamilan normal janin tunggal hidup

Nama pengkaji :

Jam/ tanggal :

Tempat :

### I. Pengkajian

#### A. Data subyektif

##### 1. Identitas

- a. Nama : untuk memudahkan memanggil atau menghindari kekeliruan
- b. Umur : untuk mengetahui apakah ibu termasuk beresiko tinggi atau tidak
- c. Agama : untuk mengetahui kepercayaan yang dianut ibu
- d. Pendidikan : untuk memudahkan pemberian KIE
- e. Pekerjaan : untuk mengetahui tingkat sosial ekonomi
- f. Alamat : ukuran memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah (sondakh, 2013)

##### 2. Alasan datang atau keluhan

Jenis dan sifat gangguan yang dirasakan ibu dan lamanya mengalami gangguan tersebut, keluhan ringan pada kehamilan adalah edema dependen, nokturia, konstipasi, sesak nafas, nyeri ulu hati, kram



tungkai, nyeri punggung bawah. Pada ibu hamil trimester III, keluhan-keluhan yang sering dijumpai yaitu:

a) Edema Dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan pada vena cava inferior saat telentang.

b) Nokturia

Terjadi peningkatan frekuensi berkemih. Aliran balik vena dari ekstremitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada posisi lateral rukemben karena uterus tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior.

c) Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron.

Pergeseran dan tekanan yang terjadi pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menyebabkan konstipasi.

d) Sesak nafas

Uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan.

e) Nyeri ulu hati

Relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah progesteron, penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan peningkatan jumlah progesteron dan tekanan uterus, dan tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar.

f) Kram tungkai

Uterus yang membesar memberi tekanan pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf, sementara saraf ini melewati foramen obturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah.

g) Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakral. Nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi dan terjadi perubahan

yang disebabkan karena berat uterus yang semakin membesar.

### 3. Riwayat kesehatan

Menurut Jannah (2012), riwayat kesehatan ada 2, yaitu :

#### a. Riwayat kesehatan yang sekarang

Riwayat kesehatan sekarang yang perlu dikaji yaitu penyakit keturunan seperti penyakit jantung, hipertensi, DM dan asma. Penyakit menahun seperti ginjal dan penyakit menular seperti TBC, hepatitis, malaria dan HIV/AIDS.

#### b. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan dahulu merupakan penyulit atau gangguan kesehatan yang pernah atau yang sedang diderita. Yaitu penyakit keturunan seperti penyakit jantung, hipertensi, DM, dan asma. Penyakit menahun seperti ginjal, dan penyakit menular seperti TBC, hepatitis, malaria, dan HIV/AIDS.

#### c. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang perlu dikaji meliputi, penyakit menurun seperti penyakit jantung, hipertensi, DM, dan asma. Penyakit menahun seperti ginjal, dan penyakit menular seperti TBC, hepatitis, malaria, dan HIV/AIDS serta adanya riwayat keturunan kembar.

#### 4. Riwayat menstruasi

Riwayat menstruasi ini meliputi hari pertama haid terakhir (HPHT), siklus haid, perdarahan pervaginam, dan flour albus (keputihan), yaitu :

a) Menarche (Usia pertama datang haid)

Usia pertama haid bervariasi, antara 12 – 16 tahun. Hal ini dipengaruhi oleh keturunan, keadaan gizi, bangsa, lingkungan, iklim, dan keadaan umum.

b) Siklus

Siklus haid dihitung mulai hari pertama haid hingga hari pertama haid berikutnya, siklus haid perlu ditanyakan untuk mengetahui apakah klien mempunyai kelainan siklus haid atau tidak. Siklus normal haid biasanya adalah 28 hari.

c) Lamanya

Lamanya haid yang normal adalah +/- 7 hari. Apabila sudah mencapai 15 hari berarti sudah abnormal dan kemungkinan adanya gangguan ataupun penyakit yang mempengaruhinya.

d) Banyaknya

Normalnya yaitu 2 kali ganti pembalut dalam sehari. Apabila darahnya terlalu berlebih, itu berarti telah menunjukkan gejala kelainan banyaknya darah haid.

e) Disminorhea (Nyeri haid)

Nyeri haid perlu ditanyakan untuk mengetahui apakah klien menderitanya atau tidak di tiap haidnya. Nyeri haid juga menjadi tanda bahwa kontraksi uterus klien begitu hebat sehingga menimbulkan nyeri haid. (parwiroharjo, 2011).

5. Riwayat obstetri

Riwayat obstetri (gravida (G) ..para (P).. Abortus (A)... ), Meliputi : asuhan kehamilan, persalinan, dan nifas sebelumnya, cara persalinan, jumlah dan jenis kelamin anak hidup, berat badan lahir bayi <2500 gram atau >4000 gram, cara pemberian asupan bagi bayi, dan informasi keguguran terakhir (parwirojarho, 2011).

6. Riwayat hamil saat ini

Riwayat kehamilan saat ini yang perlu dikaji meliputi : riwayat ANC, imunisasi TT yang telah diperoleh, keluhan atau komplikasi selama kehamilan, obat yang dikonsumsi, dan kebiasaan merokok, minum jamu, alkohol dan sebagainya (sulis, 2017)

7. Riwayat keluarga berencana (KB)

Riwayat keluarga berencana yang perlu dikaji meliputi : jenis metode yang dipakai, waktu, tenaga dan tempat saat pemasangan dan kapan berhenti menggunakan KB, keluhan atau alasan berhenti ( sulis, 2017)

8. Riwayat perkawinan

Dikaji untuk mengetahui sudah berapa lama klien menikah, berapa kali menikah, umur saat pertama menikah, sehingga dapat diketahui apakah klien masuk dalam infertilitas skunder atau bukan. Selain itu, untuk mengetahui apakah anak yang dikandung sah secara hukum atau tidak, hal ini juga dapat berpengaruh terhadap penerimaan ibu pada kehamilan (Sulis, 2017)

#### 9. Pola kebutuhan sehari-hari

Pola ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah ibu sudah menunjukkan perilaku hidup sehat dalam kebiasaan sehari-harinya atau belum, pola-pola yang perlu dikaji meliputi : pola nutrisi (makan dan minum), eliminasi (bab dan bak), aktivitas dan istirahat, personal hygiene dan kebiasaan-kebiasaan lainnya (Sulis, 2017)

#### 10. Riwayat psikososial

Yaitu perlu dikaji yaitu respon ibu terhadap kehamilan ini, respon suami dan keluarga terhadap kehamilan ini, adat istiadat, budaya yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kehamilan, susunan anggota keluarga yang tinggal serumah atau pengambil keputusan dalam keluarga (Jannah, 2013)

### B. Data obyektif

#### 1. Pemeriksaan umum

Menurut sulis (2017), pemeriksaan umum yang dikajji didalamnya yaitu keadaan umum, kesadaran tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan lingkaran lengan atas (LILA)

a. Keadaan umum

Data ini didapat dengan mengamati keadaan klien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilapaorkan kriterianya adalah baik dan lemah. Dikategorikan baik apabila pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, secara fisik pasien tidak mengalami gangguan dalam berjalan. Dikategorika lemah apabila pasien kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, serta paasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

b. Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, penilaiannya yaitu ditentukan dengan melihat tingkat kesadaran, yaitu : composmentis, apatis, sanmolen, delirium, sopor/semikoma, koma.

c. Tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital (TTV) meliputi :

a) Tekanan darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70-130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi

kronis atau jika wanita nulipara dengan sistolik > 120 mmHg, berisiko mengalami preeklampsia (Marmi.2011:163).

Pada umumnya normal. Kenaikan tidak boleh lebih dari 30 mmHg sistolik atau 15 mmHg pada diastolik, lebih dari batasan tersebut ada kemungkinan mulai terdapat preeklampsia ringan (Manuaba.2010:86).

b) Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Curigai hipotiroidisme jika denyut nadi > 100 dpm. Periksa adanya eksoftalmia dan hiperrefleksia yang menyertai (Marmi.2011:163).

c) Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36-37,5°C. Bila suhu tubuh lebih dari 37°C perlu diwaspadai adanya infeksi (Manuaba.2010).

d) Pernafasan

Untuk mengetahui sistem pernafasan, normalnya 16-24 kali per menit.

d. Tinggi badan

Ibu hamil dengan tinggi badan <145 cm tergolong faktor resiko. Faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan



dengan tinggi ialah keadaan rongga panggul. Pada ibu yang pendek, rongga panggul sempit. Namun perlu ditegaskan kembali.

e. Berat badan

Berat badan ibu hamil ditimbang setiap kali kunjungan untuk mengetahui penambahan berat badan ibu. Penambahan berat badan ibu menandakan adanya adaptasi ibu terhadap pertumbuhan janin. Normalnya penambahan berat badan tiap minggu adalah 0,5 kg.

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 sampai 15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/minggu (Manuaba.2010:117). Ibu yang menurut kategori BMI berada pada rentang obesitas lebih berisiko mengalami komplikasi kehamilan. Komplikasi tersebut antara lain diabetes gestasional, hipertensi akibat kehamilan, dan distosia bahu.

f. Lingkar lengan atas (LILA)

Pengukuran lila adalah suatu cara untuk mengetahui risiko kekurangan protein pada wanita usia subur (WUS). Pengukuran LILA dilakukan pada lengan bagian kiri, LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi ibu yang kurang atau buruk, sehingga risiko untuk melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

2. Pemeriksaan fisik

- a. Kepala : bentuk kepala, rambut (warna dan kebersihan), perubahan hormon selama hamil menstimulasi peningkatan prosentasi rambut

yang ada dalam fase pertumbuhan. Akibatnya, banyak ibu hamil yang rambutnya bertambah tebal atau subur saat hamil.

- b. Muka : mukapucat atau tidak, closasma gravidarum, oedema pada muka. Pembengkakan pada wajah merupakan salah satu gejala dari adanya pre eklamsi walaupun gejala utamanya adalah protein urin.
- c. Mata : bentuk mata, warna konjungtiva, normalnya merah muda, bila berwarna pucat, menandakan anemia dan bila berwarna kuning menandakan hepatitis, bila berwarna merah kemungkinan ada conjungtivitis.
- d. Hidung : perlu dikaji untuk mengetahui apakah ada pembesaran polip pada hidung yang dapat berpengaruh pada jalan napas.
- e. Gilut : kebersihan mulut, lidah, dan geraham, karies gigi, perdarahan pada gusi dan stomatitis (bibir).
- f. Telinga : perlu dikaji untuk mengetahui keadaan telinga apakah terdapat serumen atau tidak karena bisa berpengaruh pada pendengaran.
- g. Leher : pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar limfe dan pembesaran vena jugularis,
- h. Panyudara : meliputi bentuk dan ukuran,hiperpigmentasi areola, keadaan putting susu, kolustrum atau cairan lain, retraksi, masa dan pembesaran panyudara.
- i. Abdomen : adanya bekasluka, hiperpigmentasi (linea nigra dan striae gravidarum), tinggi fundus uteri (TFU) dengan tangan jika usia

kehamilan 12 minggu, dan dengan pita ukur jika usia kehamilan lebih dari 22 minggu. Palpasi abdomen untuk mengetahui letak, presentasi, posisi (usia kehamilan lebih dari 36 minggu), DJJ dengan fetoskop jika kehamilan lebih dari 18 minggu.

Ukuran normal TFU :

- a. TM I : 12 minggu (3 jari diatas symphysis)
- b. TM II : 16 minggu ( pertengahan symphysis pusat), 20 minggu ( 3 jari dibawah pusat), 24 minggu (setinggi pusat)
- c. TM III : 28 minggu ( 3 jari diatas pusat ), 32 minggu ( pertengahan pusat *xiphoides*), 36 minggu ( 3 jari dibawah *presesus xiphoides*), 40 minggu (pertengahan pusat *prosesus xiphoides*),
- d. Leopold I : Menentukan TFU dan bagian atas yang di fundus
- e. Leopold II : menentukan batas samping/bagian kanan dan kiri rahim ibu dan menentukan letak punggung janin.
- f. Leopold III : menentukan bagian terbawah janin
- g. Leopold IV : menentukan bagian terbawah janin dan seberapa masuknya.
- h. TBJ (tafsiran berat janin), Dilakukan untuk mengetahui berat badan janin. Jika belum masuk panggul rumusnya yaitu :  $(TFU - 12) \times 155$ , dan jika sudah masuk panggul ( TFU-11)  $\times 155$ .

i. Pemeriksaan :

DJJ, dilakukan untuk mengetahui bunyi jantung janin.

Dalam keadaan normal 120-160x/menit.

j. Genetalia : yang perlu dikaji yaitu luka, varises, kondiloma, cairan (warna, konsistensi, jumlah, bau), keadaan kelenjar bertolini (pembengkakan, cairan, bau), dan nyeri tekan.

k. Anus : perlu dikaji apabila ada hemoroid atau tidak.

l. Ekstermitas : oedema kaki dan tangan, pucut pada kuku jari, varises, dan reflek patella.

3. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang perlu dilaksanakan yaitu, pemeriksaan hemoglobin, pemeriksaan daerah lengkap, golongan darah, protein urin, dan glukosa urin dilakukan pada saat melakukan kunjungan.

b. Pemeriksaan ultra sonografi (USG)

Pemeriksaan USG di anjurkan setelah tes kehamilan positif pada trimester pertama kehamilan, USG dilakukan pertama di trimester I (minggu ke 6-24 minggu) tujuan USG untuk mengetahui usia kehamilan secara akurat. USG kedua pada minggu ke 18-24 minggu untuk mengetahui ada tidaknya kecacatan pada janin. Pada usia kehamilan 32-34 minggu untuk memastikan pertumbuhan janin.

## II. identifikasi diagnosa atau masalah

Ds : data subyektif merupakan data yang berasal dari sudut pandang pasien atau anamnesa dan semua keluhan yang dirasakan oleh pasien.

Do : data obyektif merupakan data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi secara langsung kepada pasien.

Dx : diagnosa merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi atau kesimpulan dari data subyektif dan obyektif.

### **III. merumuskan masalah / masalah potensial**

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial. Diagnosis atau masalah potensial diidentifikasi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah teridentifikasi. Langkah ini penting dalam melakukan asuhan yang aman.

### **IV. mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera**

diperlukan untuk melakukan konsultasi, kolaborasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan berdasarkan kondisi pasien. Langkah ini sebagai cerminan keseimbangan dari proses manajemen kebidanan.

### **V. merencanakan asuhan kebidanan yang menyeluruh**

Langkah ini ditentukan oleh hasil pengkajian data pada langkah sebelumnya. Jika ada informasi atau data yang tidak lengkap biar dilengkapi. Pengetahuan teori yang tidak lengkap bisa dianggap valid dan akan menghasilkan asuhan pasien yang tidak cukup dan berbahaya.

- a. Diagnosa kebidanan : G P<sub>APIAH</sub>, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi

puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik (Manuaba.2010:123).

Tujuan : Ibu dan janin sehat, sejahtera sampai melahirkan.

Kriteria :

- 1) Keadaan umum baik.
- 2) Kesadaran composmentis.
- 3) Tanda-tanda vital normal (TD:100/70-130/90 mmHg, N:76-88 x/menit, S:36,5 – 37,5°C, RR:16-24 x/menit).
- 4) Pemeriksaan laboratorium.
- 5) Hb  $\geq$  11 gr%, protein urine (-), reduksi urine (-).
- 6) DJJ 120-160 x/menit, kuat, irama teratur
- 7) TFU sesuai dengan usia kehamilan.

Intervensi menurut Varney dkk (2007)

- 1) Jelaskan pada ibu tentang hasil pemeriksaan.

R : Bila ibu mengerti keadaannya, ibu bisa kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

- 2) Jelaskan tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin timbul pada ibu hamil trimester III.

R : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan dirinya.

- 3) Diskusikan dengan ibu tentang kebutuhan dasar ibu hamil meliputi nutrisi, eliminasi, istirahat dan tidur, personal hygiene,

aktivitas, hubungan seksual, perawatan payudara, dan senam hamil.

R : Dengan memenuhi kebutuhan dasar ibu hamil, maka kehamilan dapat berlangsung dengan aman dan lancar.

- 4) Jelaskan pada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera.

R : Mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat.

- 5) Jelaskan pada ibu tentang persiapan persalinan.

R : Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu (Marmi, 2011:128).

- 6) Jelaskan pada ibu tentang tanda-tanda persalinan.

R : Mengidentifikasi kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaan darurat.

- 7) Pesankan pada ibu untuk kontrol ulang sesuai jadwal atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

R : Memantau keadaan ibu dan janin, serta mendeteksi dini terjadinya komplikasi.

- a) Masalah 1 : Edema Dependen

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (edema dependen)

Kriteria : Setelah tidur/istirahat edema berkurang

Intervensi menurut Sulistyawati (2011)

1) Jelaskan penyebab dari edema dependen.

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

2) Anjurkan ibu tidur miring ke kiri dan kaki agak ditinggikan.

R : Mengurangi penekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus yang akan memperberat edema.

3) Anjurkan pada ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama.

R : Meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

4) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat.

R : Pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstremitas bawah.

5) Anjurkan pada ibu menggunakan penyokong atau korset.

R : Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal longarkan tekanan pada vena-vena panggul.

b) Masalah 2 : Nokturia

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (nokturia)

Kriteria :



1) Ibu BAK 7-8 x/hari terutama siang hari

2) Infeksi saluran kencing tidak terjadi

Intervensi menurut Sulistyawati (2011) :

1. Jelaskan penyebab terjadinya sering kencing

R : Ibu mengerti penyebab sering kencing karena tekanan bagian bawah janin pada kandung kemih.

2. Anjurkan ibu untuk menghindari minum-minuman bahan diuretik alamiah seperti kopi, teh, *softdrink*.

R : Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

3. Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK

R : Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

4. Anjurkan minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan menguranginya setelah makan sore, serta sebelum tidur buang air kencing dahulu.

R : Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

c) Masalah 3 : Konstipasi sehubungan dengan peningkatan progesteron

Tujuan : Tidak terjadi konstipasi

Kriteria : Ibu bisa BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak

Intervensi menurut Hanni (2011) :

1. Anjurkan ibu untuk membiasakan pola BAB teratur

R : Berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan feses.

2. Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serat dalam diet

R : Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat, keras

3. Anjurkan ibu minum cairan dingin/panas (terutama ketika perut kosong)

R : Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB

4. Anjurkan ibu melakukan latihan secara umum, berjalan setiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur.

R : Memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

d) Masalah 4 : Hemoroid

Tujuan : Hemoroid tidak terjadi atau tidak bertambah parah

Kriteria :

- 1) BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak
- 2) BAB tidak berdarah dan tidak nyeri

Intervensi menurut Sulistyawati (2011) :

1. Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan tinggi serat untuk menghindari konstipasi

R : Makanan tinggi serat menjadikan feses tidak terlalu padat/keras sehingga mempermudah pengeluaran feses.

2. Anjurkan ibu untuk minum air hangat satu gelas tiap bangun pagi

R : Minum air hangat akan merangsang peristaltik usus sehingga dapat merangsang pengosongan kolon lebih cepat.

3. Anjurkan ibu untuk jalan-jalan atau senam ringan.

R : Olahraga dapat memperlancar peredaran darah sehingga semua sistem tubuh dapat berjalan lancar termasuk sistem pencernaan.

4. Anjurkan ibu untuk menghindari mengejan saat defekasi

R : Mengejan yang terlalu sering akan memicu terjadinya hemoroid.

5. Anjurkan ibu untuk mandi berendam dengan air hangat.

R : Hangatnya air tidak hanya memberikan kenyamanan, tetapi juga meningkatkan sirkulasi.

6. Anjurkan ibu untuk mengompres es dan air hangat.

R : Kompres diperlukan untuk mengurangi hemoroid.

e) Masalah 5 : Kram pada kaki

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis (kram tungkai) atau tidak terjadi kram tungkai.

Kriteria :

- 1) Kram pada kaki berkurang.
- 2) Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

Intervensi menurut sulistyawati (2011) :

1) Jelaskan penyebab kram kaki

R : Ibu mengerti penyebab kram pada kaki yaitu ketidakseimbangan rasio kalsium.

2) Anjurkan ibu untuk senam hamil teratur

R : Senam hamil memperlancar peredaran darah, suplai O<sub>2</sub> ke jaringan sel terpenuhi.

3) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage.

R : Sirkulasi darah ke jaringan lancar.

4) Minta ibu untuk tidak berdiri lama.

R : Mengurangi penekanan yang lama pada kaki sehingga aliran darah lancar.

5) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup istirahat.

R : Otot-otot bisa relaksasi sehingga kram berkurang.

6) Anjurkan ibu diet mengandung kalsium dan fosfor

R : Konsumsi kalsium dan phosphor baik untuk kesehatan tulang.

f) Masalah 6 : Sesak nafas

Tujuan : Ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya dan kebutuhan O<sub>2</sub> ibu terpenuhi

Kriteria :

1) Frekuensi pernapasan 16-24 x/menit

2) Ibu menggunakan pernapasan perut

Intervensi Menurut Sulistyowati (2011) :

1) Jelaskan pada ibu penyebab sesak nafas

R : Ibu mengerti penyebab sesak nafas yaitu karena membesarnya uterus.

- 2) Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan bantal tinggi.

R : Menghindari penekanan diafragma.

- 3) Anjurkan ibu senam hamil teratur.

R : Merelaksasi otot-otot.

- 4) Anjurkan ibu menghindari kerja keras.

R : Aktivitas berat menyebabkan energi yang digunakan banyak dan menambah kebutuhan O<sub>2</sub>.

- 5) Anjurkan ibu berdiri merengangkan lengannya di atas kepala.

R : Perengangan tulang meringankan penarikan nafas.

- g) 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 :

- f) Pusing berkurang  
g) Kesadaran composmetis  
h) Tidak terjadi jatuh/hilang keseimbangan.

Intervensi menurut sulistyawati (2011):

1. Jelaskan pada ibu penyebab pusing

R : Ibu mengerti penyebab pusing karena hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis.

2. Ajarkan ibu cara bangun perlahan dari posisi istirahat.

R : Agar ibu tidak terjatuh dari bangun tidur.

3. Anjurkan ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama di lingkungan panas dan sesak.

R : Kekurangan O<sub>2</sub> karena lingkungan sesak dapat menyebabkan pusing.

4. Jelaskan untuk menghindari posisi telentang.

R : Sirkulasi O<sub>2</sub> ke otak lancar.

h) Masalah 8 : Nyeri punggung bawah

Tujuan : Ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang terjadi (nyeri punggung)

Kriteria : Nyeri punggung berkurang

Intervensi menurut Prawirohardjo (2008) :

1. Tekuk kaki daripada membungkuk ketika mengangkat apapun.

Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat menekuk kaki.

R : Menekuk kaki akan membuat kedua tungkai yang menopang berat badan dan meregang, bukan punggung. Melebarkan kedua kaki dan menempatkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain akan memberi jarak yang cukup saat bangkit dari posisi setengah jongkok.

2. Hindari membungkuk berlebihan dan mengangkat beban.

R : Menghilangkan tegang pada punggung bawah yang disebabkan oleh peningkatan lengkung vertebra lumbosakral dan pengencangan otot-otot punggung.

3. Anjurkan tidur miring kirir dan perut diganjal bantal

R : Mengurangi penekanan uterus pada ligamentum rotundum

4. Gunakan sepatu tumit rendah.

R : Sepatu tumit tinggi tidak stabil dan memperberat masalah pada pusat gravitasi serta lordosis.

5. Gunakan kasur yang menyokong dan posisikan badan dengan menggunakan bantal sebagai pengganjal.

R : Kasur yang menyokong dan penggunaan bantal dapat meluruskan punggung serta meringankan tarikan dan regangan.

i) Masalah 9 : Panas dan nyeri di ulu hati (*heart burn*)

Tujuan : Tidak terjadi *hearth burn*

Kriteria :

- 1) Tidak kembung
- 2) Ibu tidak ada nyeri tekan pada perut bagian atas

Intervensi Menurut Sulistyowati (2011) :

1. Jelaskan pada ibu penyebab nyeri dan panas di ulu hati (*heart burn*) yaitu peningkatan produksi hormon progesteron, relaksasi sphincter esophagus bagian bawah bersamaan perubahan dalam gradien tekanan sepanjang sphincter, kemampuan gerak serta

tonus gastro intestinal menurun, serta pergeseran lambung karena pembesaran uterus.

R : Ibu mengerti penyebab timbulnya panas dan nyeri di ulu hati sehingga ibu tidak cemas lagi.

2. Anjurkan ibu makan dengan porsi sedikit tapi sering.

R : Untuk mengurangi rasa mual dan muntah yang dialami ibu.

3. Anjurkan ibu untuk menghindari makanan yang berlemak, berbumbu merangsang, dan pedas.

R : Karena makanan yang berlemak, berbumbu merangsang, dan pedas dapat meningkatkan asam lambung sehingga akan memperparah gejala.

4. Hindari rokok, kopi, alkohol, dan cokelat.

R : Karena selain memperparah gejala juga akan berdampak pada pertumbuhan janin dalam rahim.

5. Hindari berbaring setelah makan dan makan segera sebelum tidur.

R : Bila setelah makan langsung berbaring maka asam lambung akan naik sehingga akan menyebabkan refluks.

6. Hindari minum selain minum air putih.

R : Karena air putih adalah zat tidak berpartikel sehingga akan memperlancar proses metabolisme dalam tubuh.

7. Tidur dengan kaki ditinggikan.

R : Memperlancar aliran darah uteroplasenter, sehingga janin tidak mengalami fetal distress.



8. Berikan antasida

R : Antasida adalah obat yang digunakan untuk mentralkan asam lambung sehingga dapat mengurangi ketidaknyamanan yang ada.

j) Masalah 10 : Kecemasan menghadapi persalinan

Tujuan : Kecemasan berkurang.

Kriteria :

- 2) Ibu tampak tenang dan rileks
- 3) Ibu tampak tersenyum
- 4) Suami dan keluarga memberi dukungan.

Intervensi Menurut Varney,dkk (2007:503-504) :

1. Jelaskan pada ibu tentang hal-hal yang dapat menyebabkan kecemasan.

R :Ibu mengerti penyebab kecemasan menjelang persalinan adalah hal yang normal.

2. Anjurkan ibu mandi air hangat.

R : Selain memperlancar sirkulasi darah, juga memberikan rasa nyaman.

3. Anjurkan ibu melaksanakan relaksasi progresif.

R : Relaksasi dapat mengurangi masalah-masalah psikologi seperti halnya rasa cemas menjelang persalinan

## VI. pelaksanaan asuhan kebidanan

Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara eksklusif dan aman. Penatalaksanaan asuhan ini sebagai dilakukan oleh bidan

dan sebagainya oleh klien sendiri atau oleh petugas kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukan asuhan sendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, misalnya memantau rencananya benar-benar terlaksana. Bila perlu berkolaborasi dengan dokter jika ada komplikasi manajemn yang efisien. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksnakan atau tidak.

## VII. Evaluasi

Jam :

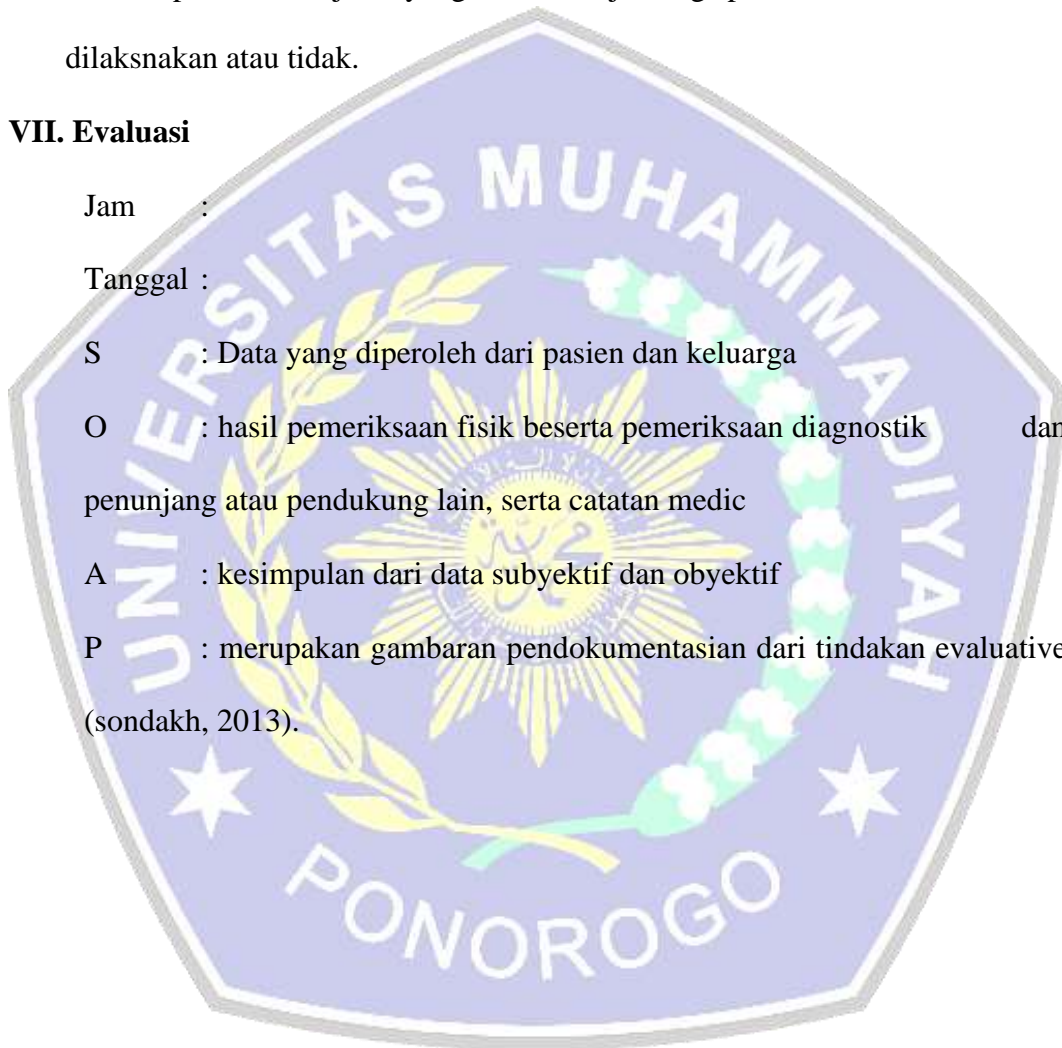
Tanggal :

S : Data yang diperoleh dari pasien dan keluarga

O : hasil pemeriksaan fisik beserta pemeriksaan diagnostik dan penunjang atau pendukung lain, serta catatan medic

A : kesimpulan dari data subyektif dan obyektif

P : merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan evaluative (sondakh, 2013).



## 1.6.2 Konsep Asuhan Kebidanan Persalinan

### ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN

Pada Ny. “...” G...P...UK....

Jam :

Tanggal :

#### I. Pengkajian

##### C. Data subyektif

##### 11. Identitas

g. Nama : untuk memudahkan memanggil atau menghindari kekeliruan

h. Umur : Wanita yang berusia lebih dari 34 tahun cenderung menjalani seksio sesarea. Usia di bawah 16 tahun atau di atas 35 tahun mempredisiposi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 16 tahun meningkatkan insiden pre eklampsia. Usia di atas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes tipe II (yang menyebabkan peningkatan insiden diabetes kehamilan juga diagnosis tipe II); hipertensi kronis yang menyebabkan peningkatan insiden pre eklapsia dan abropsio plasenta. Persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesarea, kelahiran preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin (Varney.dkk.2007: 691)

i. Agama : untuk mengetahui kepercayaan yang dianut ibu

j. Pendidikan : untuk memudahkan pemberian KIE

k. Pekerjaan : untuk mengetahui tingkat sosial ekonomi

1. Alamat : ukuran memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah (sondakh, 2013)

## 12. Alasan datang atau keluhan

Menurut Manuaba (2012:173) tanda-tanda persalinan adalah:

- a) Terjadinya his persalinan. His persalinan mempunyai ciri khas pinggang terasa nyeri yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan serviks, makin beraktivitas (jalan) makin bertambah.
- b) Pengeluaran lendir dan darah (pembawa tanda). Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan. Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.
- c) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan berlangsung dalam waktu 24 jam.

Gejala utama pada kala II (pengusiran) menurut Manuaba (2012:173) adalah:

- a. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.

- b. Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- c. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus Frankenhauser.

### 13. Riwayat obstetri

Riwayat obstetri (gravida (G) ..para (P).. Abortus (A)... , Meliputi : asuhan kehamilan, persalinan, dan nifassebelumnya, cara persalinan, jumlah dan jenis kelamin anak hidup, berat badan lahir bayi <,2500 gram atau >4000 gram, cara pemberian asupan bagi bayi, dan informasi keguguran terakhir (parwirojarho, 2011).

### 14. Riwayat kehamil, Persalinan, Nifas Sekarang

Riwayat kehamilan saat ini yang perlu dikaji meliputi : riwayat ANC, imunisasi TT yang telah diperoleh, keluhan atau komplikasi selama kehamilan, obat yang dikonsumsi, dan kebiasaan merokok, minum jamu, alkohol dan sebagainya (sulis, 2017)

Riwayat persalinan berisi tentang tanggal/jam persalinan untuk mengetahui kapan ibu bersalin, bayi lahir usia berapa cukup bulan atau tidak, jenis persalinan tan atau sesar, penolong persalinan, penyulit persalinan, dan apa saja obat yang dikonsumsi setelah persalinan (fe, vitamin a, antibiotik, anti nyeri).

Bbl (bayi baru lahir) jenis kalamini bayi laki laki/ perempuan, panjang badan, tinggi badan, berat badan dan apgar score.

Nifas, selama ibu dalam masa nifas kunjungan pertama periksa perdarahan, kontraksi uterus, tfu, laktasi, dan ada tidaknya infeksi.

#### 15. Riwayat keluarga berencana (KB)

Riwayat keluarga berencana yang perlu dikaji meliputi : jenis metode yang dipakai, waktu, tenaga dan tempat saat pemasangan dan kapan berhenti menggunakan KB, keluhan atau alasan berhenti (sulis, 2017)

#### 16. Riwayat kesehatan

Menurut Jannah (2012), riwayat kesehatan ada 2, yaitu :

##### d. Riwayat kesehatan yang sekarang

Riwayat kesehatan sekarang yang perlu dikaji yaitu penyakit keturunan seperti penyakit jantung, hipertensi, DM dan asma. Penyakit menahun seperti ginjal dan penyakit menular seperti TBC, hepatitis, malaria dan HIV/AIDS.

##### e. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan dahulu merupakan penyulit atau gangguan kesehatan yang pernah atau yang sedang diderita. Yaitu penyakit keturunan seperti penyakit jantung, hipertensi, DM, dan asma. Penyakit menahun seperti menahun seperti ginjal, dan penyakit menular seperti TBC, hepatitis, malaria, dan HIV/AIDS.

##### f. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang perlu dikaji meliputi, penyakit menurun seperti penyakit jantung, hipertensi, DM, dan asma. Penyakit menahun seperti ginjal, dan penyakit menular seperti TBC, hepatitis, malaria, dan HIV/AIDS serta adanya riwayat keturunan kembar.

#### 17. Pola kebutuhan sehari-hari

Pola ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah ibu sudah menunjukkan perilaku hidup sehat dalam kebiasaan sehari-harinya atau belum, pola-pola yang perlu dikaji meliputi : pola nutrisi (makan dan minum), eliminasi (bab dan bak), aktivitas dan istirahat, personal hygiene dan kebiasaan-kebiasaan lainnya (Sulis, 2017)

#### 18. Riwayat psikososial

Yaitu perlu dikaji yaitu respon ibu terhadap kehamilan ini, respon suami dan keluarga terhadap kehamilan ini, adat istiadat, budaya yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kehamilan, susunan anggota keluarga yang tinggal serumah atau pengambil keputusan dalam keluarga (Jannah, 2013)

#### 19. Riwayat perkawinan

Dikaji untuk mengetahui sudah berapa lama klien menikah, berapa kali menikah, umur saat pertama menikah, sehingga dapat diketahui apakah klien masuk dalam infertilitas sekunder atau bukan. Selain itu, untuk mengetahui apakah anak yang dikandung

sah secara hukum atau tidak, hal ini juga dapat berpengaruh terhadap penerimaan ibu pada kehamilan (Sulis, 2017)

#### D. Data obyektif

##### 1. Pemeriksaan umum

Menurut sulis (2017), pemeriksaan umum yang dikaji didalamnya yaitu keadaan umum, kesadaran tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan lingkaran lengan atas (LILA)

##### g. Keadaan umum

Data ini didapat dengan mengamati keadaan klien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah baik dan lemah. Dikategorikan baik apabila pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, secara fisik pasien tidak mengalami gangguan dalam berjalan. Dikategorikan lemah apabila pasien kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan orang lain, serta pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

##### h. Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, penilaiannya yaitu ditentukan dengan melihat tingkat kesadaran, yaitu : composmentis, apatis, sanmolen, delirium, sopor/semikoma, koma.

##### i. Tanda-tanda vital



Tanda-tanda vital (TTV) meliputi : tekanan darah pada orang dewasa untuk sistol yaitu 100-140 mmHg, sedangkan diastol 70-90 mmHg.

(1) Tekanan darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diawal kontraksi tekanan darah kembali ketinggian sebelum persalinan. Dengan mengubah posisi tubuh dari telentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Tekanan darah diukur tiap 2-4 jam sekali, kecuali jika tidak normal. Tekanan darah juga harus dipantau dengan sangat cermat setelah anestetik epidural atau spinal. Hipotensi dapat terjadi akibat posisi telentang, syok, atau anestesi epidural. Pada ibu pre eklamsi atau hipertensi esensial selama kehamilan, persalinan lebih meningkatkan tekanan darah (manuba, 2012)

(2) Nadi

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi diantara kontraksi dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai

frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang. Frekuensi nadi merupakan indikator yang baik dari kondisi fisik umum ibu. Jika frekuensi nadi meningkat lebih dari 100 denyut per menit, hal tersebut dapat mengindikasikan adanya ansietas, nyeri, infeksi, ketosis, atau perdarahan. Frekuensi nadi biasanya dihitung setiap 1-2 jam selama awal persalinan dan setiap 30 menit jika persalinan lebih cepat.

#### (3) Suhu

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

#### (4) Pernapasan

Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan, dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi (Varney,dkk.2007:687)

j. Tinggi badan

Ibu hamil dengan tinggi badan <145 cm tergolong faktor resiko. Faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan tingi ialah keadaan rongga panggul. Pada ibu yang pendek, rongga panggul sempit. Namun perlu ditegaskan kembali.

k. Berat badan

Berat badan ibu hamil ditimbang setiap kali kunjungan untuk mengetahui penambahan berat badan ibu. Penambahan berat badan ibu menandakan adanya adaptasi ibu terhadap pertumbuhan janin. NOermanya penambahan berat badan tiap minggu adalah 0,5 kg.

1. Lingkar lengan atas (LILA)

Pengukuran lila adalah suatu cara untuk mengetahui resiko kekurangan protein pada wanita usia subur (WUS). Pengukuran LILA dilakukan pada lengan bagian kiri, LILA kurang dari 23,5 cm merupakan indkator kuat untuk status gizi ibu yang kurang atau buruk, sehingga resiko untuk melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

2. Pemeriksaan fisik

- j. Kepala : bentuk kepala, rambut (warna dan kebersihan), perubahan hormon selama hamil menstimulasi peningkatan prosentasi rambut yang ada dalam fase pertumbuhan. Akibatnya, banyak ibu hamil yang rambutnya bertambah tebal atau subur saat hamil.
- k. Muka : mukapucat atau tidak, closasma gravidarum, oedema pada muka. Pembengkakan pada wajah merupakan salah satu gejala dari adanya pre eklamsi walaupun gejala utamanya adalah protein urin.
- l. Mata : bentuk mata, warna konjungtiva, normalnya merah muda, bila berwarna pucat, menandakan anemia dan bila berwarna kuning menandakan hepatitis, bila berwarna merah kemungkinan ada conjungtivitis.
- m. Hidung : perlu dikaji untuk mengetahui apakah ada pembesaran polip pada hidung yang dapat berpengaruh pada jalan napas.
- n. Gilut : kebersihan mulut, lidah, dan geraham, karies gigi, perdarahan pada gusi dan stomatitis (bibir).
- o. Telinga : perlu dikaji untuk mengetahui keadaan telinga apakah terdapat serumen atau tidak karena bisa berpengaruh pada pendengaran.
- p. Leher : pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar limfe dan pembesaran vena jugularis,
- q. Panyudara : Menjelang persalinan, perlu dilakukan pemeriksaan terhadap kondisi puting ibu misalnya kolostrum kering atau berkerak, muara duktus yang tersumbat kemajuan dalam

megeuarkan putiang yang rata atau inversi pada wanita yang merencanakan untuk menyusui.

- r. Abdomen : Pada ibu bersalin perlu dilakukan pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum puncak kontraksi pada lebih dari satu kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih. Perlu dikaji juga mengenai luka bekas operasi SC sebagai informasi tambahan untuk melakukan tindakan selanjutnya. Kandung kemih harus sering diperiksa setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan ntuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periode pascapartum awal. Perlu dikaji juga jaringan parut pada abdomen untuk memastikan integritas uterus (Manuaba, 2012).
- s. Genetalia : Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam berupa *bloody show*, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II (Manuaba,

2012:184). Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rektum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya.

t. Anus : Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar pangul dan mulai membuka pintu (Manuaba, 2012).

u. Ekstermitas : Terutama pemeriksaan reflek lutut. Reflek lutut negatif pada hipovitaminose dan penyakit urat saraf (Marmi.2012:163).

Edema ekstremitas merupakan tanda klasik preeklampsia, bidan harus memeriksa dan mengevaluasi pada pergelangan kaki, area pretibia, atau jari. Edema pada kaki dan pergelangan kaki biasanya merupakan edema dependen yang disebabkan oleh penurunan aliran darah vena akibat uterus yang membesar.

### 3. Pemeriksaan penunjang

#### c. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang perlu dilaksanakan yaitu, pemeriksaan hemoglobin, pemeriksaan daerah lengkap, golongan darah, protein urin, dan glukosa urin dilakukan pada saat melakukan kunjungan.

Jika sudah pembukaan lengkap, lakukan asuhan persalinan normal 60 langkah sesuai APN (asuhan persalinaan normal),

- 1) Mendengar dan melihat adanya tanda ggejala kala II (ibu merasa adanya dorongan kuat dan meneran,tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina, perineum tanpak menonjol, vulva dan spigter ani membuka).
- 2) Memeriksa kelengkapan alat, bahan dan obat-obatan esensial pertolongan persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukkan alat suntik ke dalam partus set. Dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir  
Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi :
  - a) Tempat datar, rata, bersih, kering, dan hangat
  - b) 3 handuk/ kain bersih, dan kering
  - c) Alat penghisap lendir
  - d) Lampu sorotUntuk ibu :
  - a) Menggelar kain / underped di bawah ibu
  - b) Menyiapkan oksitosin 10 unit
  - c) Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 3) Memakai clemek plastik
- 4) Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir
- 5) Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.

- 6) Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik/sprit (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril) pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik
- 7) Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas basah yang telah dibasahi oleh air matang (DTT), dengan gerakan vulva ke perineum
  - a) Jika introitus vagina terkena kotoran atau tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang
  - b) Jika terkontaminasi lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan kedalam larutan klorin secara terbalik, pakai sarung tangan DTT/ steril untuk melaksanakan langkah selanjutnya
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah, jika pembukaan lengkap ketuban belum pecah dilakukan amniotomi.
- 9) Dekontaminasi sarung tangan, Mencilupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 % membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
- 10) Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi uterus selesai pastikan DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).
- 11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.



- a) Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu serta janin, (ikuti pedoman pedoman fase aktif)
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (pada saat ada his / kontraksi, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan merasa nyaman).
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran
- a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
  - b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila tidak sesuai
  - c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman
  - d) Anjurkan ibu istirahat diantara kontraksi
  - e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
  - f) Berikan cukup asupan cairan ( berikan minum)
  - g) Menilai djj setiap kontraksi uterus selesai
- 14) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi aman dan nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 15) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm
- 16) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian bawah bokong ibu.

- 17) Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- 18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan
- 19) Saat kepala janin tampak pada vulva dengan diameter 5-6 cm, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.
- 20) Cek apakah ada lilitan tali pusat atau tidak (ambil tindakan yang sesuai jika hal tersebut terjadi )
  - a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi
  - b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat diantara kedua klem tersebut.
- 21) Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparental. Mengajarkan 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 kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah, gunakan

tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.

24) Setelah tubuh dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung ke arah bokong dan tungkai bawah janin untuk memegang tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut janin).

25) Melakukan penilaian selintas :

m. Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan?

n. Apakah bayi bergerak aktif?

26) Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Membiarkan bayi di atas perut ibu.

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

28) Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik

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

30) Setelah pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

31) Pemotongan dan pengangkatan tali pusat

a. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara klem tersebut.

b. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengaitkannya dengan simpul kunci pada sisi lainnya

c. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

32) Meletakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke bayi secara tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada ibu, usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.

a) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi

b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit di dada ibu selama 1 jam

c) Sebagian bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30 menit sampai 1 jam,

- d) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu

Catatan perkembangan kala III

Jam :

Tanggal :

S : data subyektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari anamnesis. Data ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien atau anamnesa. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhan yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis (Yusari, 2016)

O : data obyektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Hellen Varney langkah pertama (pengkajian data) yang diperoleh dari hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain

A : analisis atau assessment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif (Yusari)

P : planning perencanaan asuhan

- 33) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva

34) Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu, ditepi atas shimpisis, untuk mendeteksi. Yang lain menegangkan tali pusat.

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

a) Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu

36) Bila ada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorso kranial ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.

a) Ibu boleh meneran tapi tali pusat hanya ditegakkan (jangan ditarik secara kut terutama jika uterus tidak berkontraksi)

b) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar lima cm dari vulva dan lahirkan plasenta

c) Jika plasenta tidak lepas setelah 30 menit, lakukan pemberian ulang oksitosin 10 unit secara im, jika tidak juga lahir lakukan plasenta manual

37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta searah jarum jam hingga

selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan, periksa kelengkapan plasenta dan tempatkan plasenta pada wadah yang sudah disiapkan.

- a) Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan dtt atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari jari tangan atau klem ovum DTT\steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal

38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan Massase fundus uterus selama 15 detik dengan cara letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)

Catatan perkembangan kala IV

Jam :

Tanggal :

S : Data subyektif pendokumentasian manajmen kebidanan menurut hellen varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh dari anamnesis. Data ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien atau anamnesa. Ekspresi pasien mengenai keekkhawatiran dan keluhan yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis (yusari, 2016)

o : data obyektif merupakan pendokumentaasian manajem kebidanan menurut hellen varney langkah pertama (pengkajian data) yang diperolehh dari hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan

pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain (yusari, 2016)

A : Analisis dan interpretasi (kesimpulan)

P : planning atau rencana asuhan kedepannya

39) Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bagian bayi dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta kedalam kantung plastic atau tempat kusus.

40) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum melakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan

41) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervagiam

42) Pastikan kandung kemih kosong, jika perlu lakukan kateterisasi.

43) Celupkan tangan yang masih memekai sarung tangan kedalam larutan klorin, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, bilas di air dtt tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk.

44) Ajarkan ibu / keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi.

45) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik

46) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

47) Pantau keadaan bayi dan pastikan bayi bernafas dengan baik ( 40-60 kali/menit)

a) Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, lakukan resusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit.



- b) Jika bayi napas terlau cepat atau sesak napas, segera rujuk ke rumah sakit
  - c) Jika kaki teraba dingin, patikan ruangan hangat, lakukan kembali kontak kulit ibu dan bayi dan hangatkan dalam 1 selimut
- 48) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (selama 10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi
- 49) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai (sampah medis)
- 50) Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering
- 51) Memastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI, dan beritahu keluarga untuk membantu apabila ibu ingin minum dan makanan yang diinginkan
- 52) Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5 %
- 53) Membersihkan sarung tangan di dalam larutan klorin 0,5% , melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%
- 54) Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk kering.

- 55) Pakai sarung tangan bersih / DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
- 56) Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pastikan kondisi bayi baik, pernafasan normal (40-60 kali/menit) dan temperatur suhu tubuh bayi normal (36,5 -37,5 derajat celsius) setiap 15 menit
- 57) Setelah 1 jam pemberian Vitamin K1, berikan suntikan Hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
- 58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk kering
- 60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV persalinan (Laras Ayu,2019)

## **II. identifikasi diagnosa atau masalah**

Ds : data subyektif merupakan data yang berasal dari sudut pandang pasien atau anamnesa dan semua keluhan yang dirasakan oleh pasien.

Do : data obyektif merupakan data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi secara langsung kepada pasien.

Dx : diagnosa merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi atau kesimpulan dari data subyektif dan obyektif.

## **III. merumuskan masalah / masalah potensial**

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial. Diagnosis atau masalah potensial diidentifikasi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah teridentifikasi. Langkah ini penting dalam melakukan asuhan yang aman.

G<sub>≥1</sub>P<sub>0</sub>> UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu :

1. Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan (Varney,dkk.2007:718-719).
2. Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan kemungkinan masalah ketidaknyamanan menghadapi proses persalinan.
3. Kala II dengan kemungkinan masalah:
  - a. Kekurangan cairan
  - b. Infeksi
  - c. Kram Tungkai (Varney.dkk.2007:722)
4. Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik (Kepmenkes No.938/Menkes/SK/8/2007 tentang standar asuhan kebidanan).
5. P<sub>≥1</sub> Kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah:
  - 1) Retensio plasenta
  - 2) Avulsi tali pusat

- 3) Plasenta yang tertahan.
6. P<sub>≥1</sub> Kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosa baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi :
  - 1) Atonia uteri
  - 2) Robekan vagina, perineum atau serviks
  - 3) Subinvolusio sehubungan dengan kandung kemih penuh

**IV. mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera**

diperlukan untuk melakukan konsultasi, kolaborasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan berdasarkan kondisi pasien. Langkah ini sebagai cerminan keseimbangan dari proses manajemen kebidanan.

**V. merencanakan asuhan kebidanan yang menyeluruh**

Langkah ini ditentukan oleh hasil pengkajian data pada langkah sebelumnya. Jika ada informasi atau data yang tidak lengkap biar dilengkapi. Pengetahuan teori yang tidak lengkap bisa dianggap valid dan akan menghasilkan asuhan pasien yang tidak cukup dan berbahaya.

1. G<sub>≥1</sub>P<sub>0</sub>> UK 37 - 40 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/fase aktif.

Tujuan : Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat

Kriteria :

1. KU baik, kesadaran komposmentis

2. TTV dalam batas normal

T : 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 mul0ti gravida <7 jam

5. Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1 jam

6. Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif

7. Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15 menit

8. Plasenta lahir spontan, lengkap

9. Perdarahan >500 cc

a). Kala I :

(1) Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang hasil pemeriksaan meliputi kemajuan persalinan, keadaan ibu dan janin.

R : Wanita yang menghadapi proses persalinan menginginkan dan memerlukan informasi tentang kemajuan persalinan mereka (Varney.2007:718).

(2) Jelaskan pada ibu tentang proses persalinan.

R : Semakin jalan lahir membuka, ibu akan merasakan kenceng-kenceng yang semakin sering dan lama. Ibu juga akan mengeluarkan lendir darah yang semakin banyak dari jalan lahir. Ibu bisa mulai mengejan setelah pembukaan lengkap yaitu mencapai diameter 10 cm.

(3) Anjurkan ibu untuk melakukan teknik relaksasi saat ada his dengan mengambil napas dalam dari hidung dan mengeluarkannya melalui mulut.

R : Teknik relaksasi dapat meningkatkan relaksasi dan berfungsi membersihkan jalan napas dengan menghilangkan kemungkinan hiperventilasi (Varney.2007:716).

(4) Observasi kemajuan persalinan ibu dengan lembar observasi dan partograf.

R : Lembar observasi dan Partograf bertujuan untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui periksa dalam; mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama

- (5) Anjurkan ibu untuk mendapatkan posisi yang nyaman dalam persalinan, anjurkan untuk tidak berbaring terlentang.

R : Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta, dll) menekan vena cava inferior ibu. Hal ini akan mengurangi pasokan oksigen melalui sirkulasi uteroplasenta sehingga akan menyebabkan hipoksia pada bayi. Berbaring terlentang juga akan mengganggu kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk meneran secara efektif

- (6) Dukung dan anjurkan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya (sulistyawati, 2011).

R : Pendamping persalinan mempunyai peran penting dalam mendukung dan mengenali berbagai upaya yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu (sulistyawati, 2011).

- (7) Beri asupan nutrisi pada ibu dengan memberi ibu makan dan minum.

R : Makanan ringan dan asupan cairan yang cukup selama persalinan akan memberi lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi yang dapat memperlambat kontraksi

dan/atau membuat kontraksi menjadi tidak teratur dan kurang efektif (sulistyawati, 2011).

- (8) Anjurkan ibu untuk BAB maupun BAK jika terasa.

R : Kandung kemih yang penuh mengganggu penurunan kepala bayi. Selain itu juga akan menambah rasa nyeri pada perut bawah, menghambat penatalaksanaan distosia bahu, menghalangi lahirnya plasenta dan perdarahan pasca salin(sulistyawati, 2011).

- (9) Jaga privasi ibu dengan menutup pintu, jendela, serta kelambu tempat persalinan.

R : Menjaga privasi dan mencegah pajanan merupakan upaya untuk menghormati martabat wanita (sulistyawati, 2011).

- (10) Jaga kebersihan dan kondisi tetap kering.

R : Kebersihan dan kondisi kering meningkatkan kenyamanan dan relaksasi serta menurunkan resiko infeksi (sulistyawati, 2011).

- (11) Lakukan pemeriksaan dalam setiap 4 jam sekali atau sewaktu-waktu bila ada indikasi seperti ketuban pecah dan adanya tanda-tanda kala II.

R : Untuk mengetahui kemajuan persalinan dan mengurangi resiko terjadinya infeksi akibat pemeriksaan dalam.



(12) Gunakan teknik sentuhan fisik.

R : Sentuhan yang diberikan pada wanita (misalnya pada tungkai, kepala, dan lengan) tanpa ada tujuan lain dapat mengekspresikan kepedulian, memberi kenyamanan, dan pengertian serta dapat menentramkan, menenangkan, menghilangkan kesepian, dan sebagainya (sulistyawati, 2011).

(13) Berikan usapan pada punggung maupun abdomen.

R : Usapan pada punggung dengan pemberian tekanan eksternal pada tulang belakang menghilangkan tekanan internal pada tulang belakang oleh kepala janin sehingga mengurangi nyeri. usapan pada perut dapat meningkatkan kenyamanan dan merupakan ekspresi kepedulian terhadap wanita (sulistyawati, 2011).

b). Kala II

(1) Mengenali tanda dan gejala kala II.

R : Dengan melihat tanda dan gejala kala II yang benar dapat menentukan tindakan selanjutnya dengan tepat.

- (a). Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
- (b). Ibu merasa adanya tekanan pada anus
- (c). Perineum menonjol
- (d). Vulva dan sfingter ani membuka

(2) Menyiapkan pertolongan persalinan

R : Persiapan alat, fisik dan mental akan membantu koefisien kerja, waktu, dan meminimalisir human eror, sehingga memperlancar proses pertolongan persalinan. Pastikan peralatan lengkap, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan meratalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asfiksia, siapkan tempat datar dan keras, 2 kain, handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

(a). Menggelar kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi, serta ginjal bahu bayi.

(b). Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai dalam partus set.

(3) Pakai celemek plastik.

R : Clemek merupakan penghalang atau barier antara penolong dengan bahan-bahan yang berpotensi untuk menularkan penyakit.

(4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

(5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

R : Penggunaan sarung tangan merupakan tindakan kewaspadaan universal untuk melindungi dari setiap cairan atau rabas yang mungkin atau pathogen yang menular melalui darah.

- (6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).
- (7) Bersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
  - (a). Jika introitus vagina, perineum atau anus (terkontaminasi) tinja, bersihkan dengan seksama dari depan ke belakang.
  - (b). Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
  - (c). Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% ,langkah 9).
- (8) Memastikan pembukaan lengkap, keadaan janin baik.

R :Pembukaan serviks 10 cm akan mencegah terjadinya rupture portio dan keadaan janin yang baik bisa tertolong dengan prosedur persalinan normal.

- (a). Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap.
  - (b). Bila selaput ketuban belum pecah, lakukan amniotomi.
- (9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
- (10) Periksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160) x /menit.
- a). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
  - b). Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian.
- (11) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

R : Jika ibu berbaring terlentang maka berat uterus dan isinya (janin, cairan ketuban, plasenta) menekan cava vena inferior ibu. Berbaring terlentang juga akan mengganggu

kemajuan persalinan dan menyulitkan ibu untuk mengejan secara efektif (Wiknjosastro.2008:87).

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

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

(1) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.

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

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

(4) Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi.

(5) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.

(6) Beri cukup asupan cairan per oral (minum).

(7) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.

(8) Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (multigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (primigravida).

- (14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- (15) Persiapkan pertolongan kelahiran bayi.

R : Mempersiapkan tempat maupun kain handuk untuk mengeringkan tubuh bayi, serta memakai peralatan yang dipakai untuk menolong.

- (16) Letakkan handuk bersih (untuk mngeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- (17) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian dibawah bokong ibu.
- (18) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali perlengkapan alat dan bahan.
- (19) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- (20) Persiapkan pertolongan kelahiran.

Rasional: Menolong kelahiran kepala bayi dengan tepat mencegah terjadinya robekan vulva dan perineum.

Kelahiran kepala.

- (21) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi

defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat dan dangkal.

R : Melindungi perineum dan mengendalikan keluarnya bayi secara bertahap dan hati-hati dapat mengurangi regangan berlebihan (robekan) pada vagina dan perineum.

- (22) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera proses kelahiran bayi.

R : Perast ini digunakan untuk mengetahui apakah tali pusat ada disekeliling leher bayi dan jika memang demikian, untuk menilai seberapa ketat tali pusat sebagai dasar untuk memutuskan cara mengatasi situasi tersebut :

- (1) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
- (2) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut.

- (23) Tunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar, pegang secara spontan.

Lahirnya bahu.

- (24) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan ke bawah dan distal hingga bahu

depan muncul di bawah arcus pubis dan gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

Lahirnya badan dan tungkai.

(25) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan ke bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan, dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

(26) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).

Penanganan bayi baru lahir.

R : Penanganan BBL yang benar akan mencegah terjadinya hipotermi dan mengetahui kelainan bayi sedini mungkin.

(27) Lakukan penilaian bayi baru lahir dengan 2 pertanyaan, yaitu:

(1) Apakah bayi menangis kuat dan itu bernapas tanpa kesulitan?

(2) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

(3) Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas megam-gap, lakukan langkah resusitasi (lanjut ke langkah resusitasi pada asfiksia bayi baru lahir).



(28) Keringkan tubuh bayi.

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

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

(30) Beri tahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.

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

(32) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

(33) Pematangan dan pengikatan tali pusat.

(1) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

(2) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang

tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

(3) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

(34) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.

Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

(35) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

c). Kala III

Penatalaksanaan aktif persalinan kala III.

R : Untuk pengecekan dan mempercepat pengeluaran plasenta.

(36) Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.

(37) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi, tangan lain menegangkan tali pusat.

(38) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversia uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah

30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, dan ulangi prosedur di atas.

Mengeluarkan plasenta.

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

(a). Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan melahirkan plasenta.

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

(c). Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.

(d). Lakukan kateterisasi (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.

- (40) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah 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).

R : Massage uterus merangsang kontraksi.

- (41) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan message dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik.

- (42) Periksa kedua sisi plasenta dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.

- (43) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.  
R : Pemeriksaan sedini mungkin akan mempercepat penanganan sehingga tidak terjadi perdarahan berlebihan.

d). Kala IV

Menilai perdarahan.

Melakukan prosedur pasca salin.

(44) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

(45) Biarkan bayi melakukan kontak kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam atau lakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD).

(a). Sebagian bayi berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasa berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.

(b). Biarkan bayi berada di dada ibu 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

(46) Lakukan pemeriksaan fisik BBL

(47) Setelah 1 jam, lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik, profilaksis dan vitamin K1 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral.

Setelah 1 jam pemberian vitamin K1 berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan anterolateral.

(a). Letakkan bayi di dalam pangkuan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.

- (b). Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila belum berhasil menyusui dalam 1 jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui.
- (48) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
- (a). 2-3 x dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
- (b). Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
- (c). Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
- (d). Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, lakukan asuhan yang
- (e). sesuai untuk pelaksanaan atonia uteri.
- (49) Ajarkan ibu dan keluarga cara masase uterus dan menilai kontraksi.
- R : Informasi yang optimal akan meningkatkan fungsi mandiri klien dalam mencegah perdarahan post partum.
- (50) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- (51) Memeriksa keadaan ibu dan kandung kemih tiap 15 menit selama 1 jam pertama post partum dan tiap 30 menit selama jam kedua post partum.
- (a). Memeriksa temperatur suhu tubuh ibu setiap 1 jam selama 2 jam post partum.

- (b). Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
- (52) Periksa kembali bayi untuk memastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal ( $36^{\circ}$ - $37,5^{\circ}$  C).
- (53) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit) lalu cuci dan bilas.
- (54) Buang bahan-bahan terkontaminasi ditempat sampah yang sesuai.
- (55) Bersihkan ibu dengan menggunakan DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian bersih, dan kering.
- (56) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberi ASI. Anjurkan keluarga memberi makanan dan minuman yang diinginkan ibu.
- (57) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- (58) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- (59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

#### Dokumentasi

- (60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan kala IV.

## VI. pelaksanaan asuhan kebidanan

Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara eksklusif dan aman. Penatalaksanaan asuhan ini sebagai dilakukan oleh bidan dan sebagian oleh klien sendiri atau oleh petugas kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukan asuhan sendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, misalnya memantau rencananya benar-benar terlaksana. Bila perlu berkolaborasi dengan dokter jika ada komplikasi manajemn yang efisien. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksnakan atau tidak.

## VII. Evaluasi

Jam :

Tanggal :

S : Data yang diperoleh dari pasien dan keluarga

o : hasil pemeriksaan fisik beserta pemeriksaan diagnostik dan penunjang atau pendukung lain, serta catatan medic

A : kesimpulan dari data subyektif dan obyektif

P : merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan evaluative (sondakh, 2013).



### 1.6.3 Konsep Asuhan Kebidanan Nifas

#### ASUHAN KEBIDANAN NIFAS

Pada Ny. “.....”P... dengan .....

Nama Pengkaji :

Jam / Tanggal :

Tempat :

#### I. Pengkajian

##### A. Data subyektif

##### 1. Identitas

- a. Nama : untuk memudahkan memanggil atau menghindari kekeliruan
- b. Umur : Dicatat dalam tahun untuk mengetahui adanya resiko seperti kurang dari 20 tahun, alat-alat reproduksi belum matang, mental dan psiskisnya belum siap. Sedangkan umur lebih dari 35 tahun rentan sekali untuk terjadi pendarahan dalam masa nifas.
- c. Agama : untuk mengetahui kepercayaan yang dianut ibu
- d. Pendidikan : untuk memudahkan pemberian KIE
- e. Pekerjaan : untuk mengetahui tingkat sosial ekonomi
- f. Alamat : ukuran memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah (sondakh, 2013)

##### 2. Alasan datang atau keluhan

Jenis dan sifat gangguan yang dirasakan ibu dan lamanya mengalami gangguan tersebut.

a) Pembesaran payudara

Pembesaran payudara disebabkan kombinasi, akumulasi, dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ke- 3 pascapartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui, dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam. Nyeri tekan payudara dapat menjadi nyeri hebat terutama jika bayi mengalami kesulitan dalam menyusui. Peningkatan metabolisme akibat produksi air susu dapat menyebabkan peningkatan suhu tubuh ringan.

b) Nyeri luka perineum

Beberapa tindakan kenyamanan perineum dapat meredakan ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut.

c) Konstipasi

Konstipasi dapat menjadi berat dengan longgarnya dinding abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga (atau empat).

### 3. Riwayat nifas sekarang

Ibu harus dianjurkan untuk menyusui, terutama karena menyusui dapat melindungi bayi dari alergi (parwirojarho, 2011).

### 4. Riwayat kehamilan, Persalinan, Nifas Sekarang

Riwayat kehamilan saat ini yang perlu dikaji meliputi : riwayat ANC, imunisasi TT yang telah diperoleh, keluhan atau komplikasi selama kehamilan, obat yang dikonsumsi, dan kebiasaan merokok, minum jamu, alkohol dan sebagainya (sulis, 2017)

Riwayat persalinan berisi tentang tanggal/jam persalinan untuk mengetahui kapan ibu bersalin, bayi lahir usia berapa cukup bulan atau tidak, jenis persalinan tan atau sesar, penolong persalinan, penyulit persalinan, dan apa saja obat yang dikonsumsi setelah persalinan (fe, vitamin a, antibiotik, anti nyeri).

Bbl (bayi baru lahir) jenis kalamini bayi laki laki/ perempuan, panjang badan, tinggi badan, berat badan dan apgar score.

Nifas, selama ibu dalam masa nifas kunjungan pertama periksa perdarahan, kontraksi uterus, tfu, laktasi, dan ada tidaknya infeksi.

Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui sampai usia anak 2 tahun. Terdapat

pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatam. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2 tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba.2012:201).

#### 5. Riwayat keluarga berencana (KB)

Riwayat keluarga berencana yang perlu dikaji meliputi : jenis metode yang dipakai, waktu, tenaga dan tempat saat pemasangan dan kapan berhenti menggunakan KB, keluhan atau alasan berhenti (sulis, 2017)

#### 6. Riwayat kesehatan

Menurut Jannah (2012), riwayat kesehatan ada 2, yaitu :

##### a. Riwayat kesehatan yang sekarang

Riwayat kesehatan sekarang yang perlu dikaji yaitu penyakit keturunan seperti penyakit jantung, hipertensi, DM dan asma. Penyakit menahun seperti ginjal dan penyakit menular seperti TBC, hepatitis, malaria dan HIV/AIDS.

##### b. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan dahulu merupakan penyulit atau gangguan kesehatan yang pernah atau yang sedang diderita. Yaitu penyakit keturunan seperti penyakit jantung, hipertensi, DM, dan asma. Penyakit menahun seperti menahun seperti ginjal, dan penyakit menular seperti TBC, hepatitis, malaria, dan HIV/AIDS.

g. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang perlu dikaji meliputi, penyakit menurun seperti penyakit jantung, hipertensi, DM, dan asma. Penyakit menahun seperti ginjal, dan penyakit menular seperti TBC, hepatitis, malaria, dan HIV/AIDS serta adanya riwayat keturunan kembar.

7. Pola kebutuhan sehari-hari

Pola ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah ibu sudah menunjukkan perilaku hidup sehat dalam kebiasaan sehari-harinya atau belum, pola-pola yang perlu dikaji meliputi : pola nutrisi (makan dan minum), eliminasi (bab dan bak), aktivitas dan istirahat, personal hygiene dan kebiasaan-kebiasaan lainnya ( Sulis, 2017)

8. Riwayat psikososial

Menurut Marmi (2015: 113-114), membagi fase nifas menjadi

3 bagian yaitu:

a. Fase *taking in*

Periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Hal ini cenderung ibu menjadi pasif terhadap lingkungannya.

b. Fase *taking hold*

fase kedua masa nifas adalah fase *taking hold* berlangsung antara tiga sampai sepuluh hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri.

c. Fase *letting go*

Fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri, dan bayinya sudah meningkat.

## 9. Riwayat perkawinan

Dikaji untuk mengetahui sudah berapa lama klien menikah, berapa kali menikah, umur saat pertama menikah, sehingga dapat diketahui apakah klien masuk dalam infertilitas skunder atau bukan. Selain itu, untuk mengetahui apakah anak yang dikandung sah secara hukum atau tidak, hal ini juga dapat berpengaruh terhadap penerimaan ibu pada kehamilan (Sulis, 2017)

## B. Data obyektif

### 1. Pemeriksaan umum

Menurut Sulis (2017), pemeriksaan umum yang dikaji didalamnya yaitu keadaan umum, kesadaran tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan lingkaran lengan atas (LILA)

#### a. Keadaan umum

Data ini didapat dengan mengamati keadaan klien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah baik dan lemah. Dikategorikan baik apabila pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, secara fisik pasien tidak mengalami gangguan dalam berjalan. Dikategorikan lemah apabila pasien kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan orang lain, serta pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

#### b. Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, penilaiannya yaitu ditentukan dengan melihat tingkat kesadaran,

yaitu : composmentis, apatis, sanmolen, delirium, sopor/semikoma, koma.

c. Tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital (TTV) meliputi :

1. tekanan darah pada orang dewasa untuk sistol yaitu 100-140 mmHg, sedangkan diastol 70-90 mmHg.
2. Suhu  $38^{\circ}$  C atau lebih yang terjadi antara hari ke-2-10 post partum dan diukur peroral sedikitnya 4 kali sehari disebut sebagai *morbiditas puerperalis*. Kenaikan suhu tubuh yang terjadi di dalam masa nifas, dianggap sebagai infeksi nifas jika tidak diketemukan sebab-sebab ekstragenital.
3. Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum. Hemoragi, demam selama persalinan, dan nyeri akut atau persisten dapat memengaruhi proses ini. Apabila denyut nadi di atas 100 selama puerperium, hal tersebut abnormal dan mungkin menunjukkan adanya infeksi atau hemoragi pascapartum lambat.
4. Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelelahan cairan. Eksaserbasi asma, dan embolus paru.

2. Pemeriksaan fisik



- a. Kepala : bentuk kepala, rambut (warna dan kebersihan), perubahan hormon selama hamil menstimulasi peningkatan prosentasi rambut yang ada dalam fase pertumbuhan. Akibatnya, banyak ibu hamil yang rambutnya bertambah tebal atau subur saat hamil.
- b. Muka : mukapucat atau tidak, ciosasma gravidarum, oedema pada muka. Pembengkakan pada wajah merupakan salah satu gejala dari adanya pre eklamsi walaupun gejala utamanya adalah protein urin.
- c. Mata : bentuk mata, warna konjungtiva, normalnya merah muda, bila berwarna pucat, menandakan anemia dan bila berwarna kuning menandakan hepatitis, bila berwarna merah kemungkinan ada conjungtivitis.
- d. Hidung : perlu dikaji untuk mengetahui apakah ada pembesaran polip pada hidung yang dapat berpengaruh pada jalan napas.
- e. Gilut : kebersihan mulut, lidah, dan geraham, karies gigi, perdarahan pada gusi dan stomatitis (bibir).
- f. Telinga : perlu dikaji untuk mengetahui keadaan telinga apakah terdapat serumen atau tidak karena bisa berpengaruh pada pendengaran.
- g. Leher : pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar limfe dan pembesaran vena jugularis,

- h. Panyudara : Pada masa nifas pemeriksaan payudara dapat dicari beberapa hal berikut yaitu Puting susu pecah / pendek / rata, Nyeri tekan, abses, produksi ASI terhenti, dan pengeluaran ASI. Menunjukkan adanya kolostrum dan penatalaksanaan puting susu pada wanita menyusui.
- i. Abdomen : Pada abdomen kita harus memeriksa posisi uterus atau tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, dan ukuran kandung kemih.
- j. Genetalia : Pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lokea, pemeriksaan perineum terhadap memar, edema, hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi, supuras, .Setelah persalinan, vagina meregang dan membentuk lorong berdinding lunak dan luas yang ukurannya secara perlahan mengecil. Rugae terlihat kembali pada minggu ketiga. Selain itu, pada genetalia yang harus diperiksa adalah pengeluaran lokia. Hal yang perlu dilihat pada pemeriksaan vulva dan perineum adalah penjahitan laserasi atau luka episiotomi, pembengkakan, luka dan hemoroid.
- k. Anus : perlu dikaji apabila ada hemoroid atau tidak.
- l. Ekstermitas : Flagmasia alba dolens yang merupakan salah satu bentuk infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang terinfeksi dan disertai bengkak pada tungkai, berwarna putih, terasa sangat nyeri, tampak

bendungan pembuluh darah, suhu tubuh meningkat (Manuaba.2012: 418).

### 3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan dan pengawasan Haemoglobin (Hb) dapat dilakukan dengan menggunakan alat *Sahli*. Hasil pemeriksaan Hb dengan *Sahli* dapat digolongkan sebagai berikut : Tidak anemia jika Hb 11 g%, anemia ringan jika Hb 9-10 g%, anemia sedang jika Hb 7-8, anemia berat jika Hb < 7 gr% (Manuaba.2012:239).

## II. identifikasi diagnosa atau masalah

Ds : data subyektif merupakan data yang berasal dari sudut pandang pasien atau anamnesa dan semua keluhan yang dirasakan oleh pasien.

Do : data obyektif merupakan data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi secara langsung kepada pasien.

Dx : diagnosa merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi atau kesimpulan dari data subyektif dan obyektif.

## III. merumuskan masalah / masalah potensial

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial. Diagnosis atau masalah potensial diidentifikasi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah teridentifikasi. Langkah ini penting dalam melakukan asuhan yang aman.

P<sub>APIAH</sub>, post partum, hari pertama sampai 40 hari, persalinan normal, involusio normal, lochea normal, KU baik. Dengan kemungkinan masalah menurut sulistyawati (2011) yaitu:

- a. Nyeri setelah lahir
- b. Keringat berlebih
- c. Nyeri perinium
- d. Konstipasi
- e. Masalah hemoroid

**IV. mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera**

diperlukan untuk melakukan konsultasi, kolaborasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan berdasarkan kondisi pasien. Langkah ini sebagai cerminan keseimbangan dari proses manajemen kebidanan.

**V. merencanakan asuhan kebidanan yang menyeluruh**

Langkah ini ditentukan oleh hasil pengkajian data pada langkah sebelumnya. Jika ada informasi atau data yang tidak lengkap biar dilengkapi. Pengetahuan teori yang tidak lengkap bisa dianggap valid dan akan menghasilkan asuhan pasien yang tidak cukup dan berbahaya.

Diagnosa : PAPIAH, post partum hari ke ...., laktasi lancar, lochea normal, involusi normal, keadaan psikologis baik, keadaan ibu baik, dengan kemungkinan masalah gangguan eliminasi, nyeri luka jahitan perineum, *after pain*, pembengkakan payudara .

Tujuan : Masa nifas berjalan normal tanpa komplikasi bagi ibu dan bayi.

Kriteria :

- a. Keadaan umum : kesadaran komposmetis (Manuaba, 2012:114).
- b. Kontraksi uterus baik (bundar dan keras)
- c. Tanda-tanda vital:  
T : 110/70-130/90 mmHg N : 60-80 x/menit

S : 36-37,5<sup>0</sup>C R : 16-24x/menit

- d. Laktasi normal

Menurut Marmi (2015: 32) Asi dibedakan menjadi 3 stadium:

- a) Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali disekresi oleh kelenjar payudara mulai dari hari pertama sampai hari ketiga atau keempat pasca persalinan. Kolostrum berwarna kekuning-kuningan, viskositas kental, dan lengket. Mengandung tinggi protein, mineral, garam, vitamin A, nitrogen, sel darah putih, dan anti bodi yang tinggi.
- b) ASI transisi atau perlihan diproduksi pada hari keempat sampai kesepuluh warna putih jernih. Kadar imunoglobulin dan protein menurun, sedangkan lemak dan laktosa meningkat.
- c) ASI matur merupakan ASI yang disekresi pada hari kesepuluh sampai seterusnya berwarna putih. Kandungan ASI matur relatif konstan tidak menggumpal bila dipanaskan.

## a. Involusi uterus normal

Waktu involusi	Tinggi fundus
Plasenta lahir	Sepusat
7 hari	Pertengahan pusat-simpisis
14 hari	Tidak teraba
42 hari	Sebesarhamil 2 minggu
56 hari	Normal

## b. Lochea normal :

Lochea rubra (kruenta) keluar dari hari ke 1-3 hari, berwarna, merah dan hitam, lochea sanguinolenta, keluar dari hari ke 3-7 hari, berwarna putih bercampur merah, lochea serosa, keluar dari hari ke 7-14 hari, berwarna kekuningan, lochea alba, keluar setelah hari ke 14, berwarna putih (Manuaba.2012:201)

## c. KU bayi baik

R : 30-60x/menit , S : 36,5-37,5<sup>0</sup>C

Intervensi:

- a. Lakukan pemeriksaan TTV, KU, laktasi, involusi, dan lochea.

R :Menilai status ibu, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi (Manuaba.2012).

- b. Anjurkan ibu untuk menyusui bayinya.

R : Menyusui sedini mungkin dapat mencegah paparan terhadap substansi/zat dari makan/minuman yang dapat mengganggu fungsi normal saluran pencernaan (Manuaba.2012).

c. Jelaskan pada ibu mengenai senam nifas.

R : Latihan yang tepat untuk memulihkan kondisi ibu dan keadaan secara fisiologis maupun psikologis (Manuaba.2012).

d. Beri konseling ibu tentang KB pascasalin.

R : Untuk menjarangkan anak (Mochtar.2012:89)

e. Anjurkan ibu untuk mengimunitasikan bayinya.

R : Untuk mencegah berbagai penyakit sesuai dengan imunisasi yang diberikan.

a. Masalah 1 : Eliminasi BAB sehubungan dengan cemas karena terdapat luka jahitan

a) Tujuan

Eliminasi terjadi secara normal dan lancer

b) Kriteria

(b) Ibu tidak takut dan merasakan sakit pada saat BAB

(c) Tidak mengganggu aktivitas dan istirahat

(d) Ibu dapat BAB pada hari ke 2-3

(e) Ibu BAB 1-2 kali sehari, konsistensi lunak

c) Intervensi

(2) Jelaskan tentang pentingnya eliminasi BAB

R : ibu mengetahui tentang pentingnya eliminasi pada masa nifas

(3) Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung serat dan memperbanyak air putih

R : Makanan berserat dapat memperlancar BAB

(4) Anjurkan ibu untuk istirahat cukup

R : dengan istirahat cukup obat-obat dalam tubuh dapat rileks dan melancarkan sistem pencernaan

(5) Berikan laksatif bila konstipasi parah

R : Laksatif dapat melunakkan feses sehingga feses bisa keluar.

b. Masalah 2 : Nyeri pada luka jahitan perineum.

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, rasa nyeri teratasi.

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensi menurut Purwanti (2012:89), antara lain :

1) Observasi luka jahitan perineum.

R : Untuk mengkaji jahitan perineum dan mengetahui adanya infeksi.

2) Anjurkan ibu untuk mandi dengan menggunakan air hangat.



R : Mengurangi sedikit rasa nyeri pada ibu.

3) Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar.

R : Ibu bisa melakukan perawatan perineum secara benar dan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi.

4) Beri analgesik oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).

R : Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

c. Masalah 3 : *After pain* atau kram perut

Tujuan : Masalah kram perut teratasi.

Kriteria : Rasa nyeri pada ibu berkurang serta aktivitas ibu tidak terganggu.

Intervensinya antara lain:

1) Anjurkan ibu mengosongkan kandung kemih secara rutin supaya tidak penuh.

R : Kandung kemih yang penuh menyebabkan kontraksi uterus tidak optimal dan berdampak pada nyeri *after pain*.

2) Sarankan ibu untuk tudung dengan posisi telungkup dan bantal di bawah perut.

R : Posisi ini menjaga kontraksi tetap baik dan menghilangkan nyeri.

- 3) Jika perlu berikan analgesik (parasetamol, asam mefenamat, kodein, atau asetaminofen).

R : Meningkatkan ambang nyeri pada ibu sehingga rasa nyeri yang dirasakan ibu dapat berkurang.

d. Masalah 4 : Pembengkakan payudara

Tujuan : Setelah diberi asuhan, masalah pembengkakan payudara teratasi.

Kriteria : Payudara tidak bengkak, kulit payudara tidak mengkilat dan tidak merah, payudara tidak nyeri, tidak terasa penuh dan tidak keras.

Intervensi, antara lain:

- 1) Anjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin atau 2-3 jam sekali

R : Sering menyusui dapat mengurangi pembengkakan pada payudara.

- 2) Anjurkan ibu untuk menyusui di kedua payudara

R : Menyusui di salah satu payudara dapat membuat payudara yang lain menjadi bengkak.

- 3) Gunakan air hangat pada payudara, dengan menempelkan kain atau handuk yang hangat pada payudara saat menyusui.

R : Air hangat dapat merelaksasi otot payudara supaya tidak tegang.

- 4) Gunakan bra yang kuat untuk menyangga dan tidak menekan payudara.

R : Bra yang terlalu menekan payudara dapat memperparah pembengkakan dan nyeri yang dialami.

- 5) Letakkan kantong es pada payudara di antara waktu menyusui.

R : Kantong es yang dingin dapat membuat otot-otot payudara berkonstriksi sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

- 6) Jika payudara masih terasa penuh, lakukan pengeluaran ASI secara manual.

R : Pengosongan payudara secara manual dapat membantu mengurangi pembengkakan payudara.

- 7) Berikan terapi parasetamol/asetaminofen.

R : Terapi parasetamol/asetaminofen dapat mengurangi nyeri.

## VI. pelaksanaan asuhan kebidanan

Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara eksklusif dan aman. Penatalaksanaan asuhan ini sebagai dilakukan oleh bidan dan sebagian oleh klien sendiri atau oleh petugas kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukan asuhan sendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, misalnya memantau rencananya benar-benar terlaksana. Bila perlu berkolaborasi dengan dokter jika ada komplikasi manajemen yang efisien. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan atau tidak.

## VII. Evaluasi

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

Jam :

Tanggal :

S : Data yang diperoleh dari pasien dan keluarga

o : hasil pemeriksaan fisik beserta pemeriksaan diagnostik dan penunjang atau pendukung lain, serta catatan medic

A : kesimpulan dari data subyektif dan obyektif

P : merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan evaluative (sondakh, 2013)

### 1.6.4 Konsep Asuhan Kebidanan BBL (Bayi Baru Lahir)

#### ASUHAN KEBIDANAN BBL

Pada Bayi Baru Lahir Normal usia ...(jam/hari/minggu)

Jam :

Tanggal :

#### I. Pengkajian

##### A. Data subyektif

##### 1. Identitas

##### i. Identitas bayi

- a) Nama : Identitas sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepas sampai penyerahan bayi (Manuaba.2012:205).
- b) Jenis kelamin : untuk mempermudah kita dalam pemeriksaan
- c) Tanggal lahir / jam : untuk mempermudah dalam pendokumentasian
- d) Usia : untuk mengetahui apakah anak dalam resiko atau tidak

##### ii. Identitas orang tua

- e) Nama : untuk memudahkan memanggil atau menghindari kekeliruan
- f) Umur : untuk mengetahui apakah ibu termasuk beresiko tinggi atau tidak
- g) Agama : untuk mengetahui kepercayaan yang dianut ibu
- h) Pendidikan : untuk memudahkan pemberian KIE

- i) Pekerjaan : untuk mengetahui tingkat sosial ekonomi
- j) Alamat : ukuran memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah (sondakh, 2013)

## 2. keluhan

Keluhan utama pada bayi baru lahir adalah hipoglikemi, hipotermi dan ikterik (Ladewig.2006:180-199). Terjadi seborrhea, milliariasis , muntah dan gumoh, *oral trush* (moniliasis/sariawan), *diaper rash* (Marmi.2012:207-229).

## 3. Riwayat antenatal

Bidan harus mencatat usia ibu, periode menstruasi terakhir, dan perkiraan waktu kelahiran. Jumlah kunjungan pranatal dicatat bersama setiap masalah pranatal yang ada. Semua hasil laboratorium dan pengujian pranatal termasuk laporan ultrasonografi, harus ditinjau. Kondisi pranatal dan kondisi intrapartum yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan bayi baru lahir.

## 4. Riwayat natal

Usia gestasi pada waktu kelahiran, lama persalinan, presentasi janin dan rute kelahiran harus ditinjau ulang. Pecah ketuban lama, demam pada ibu, dan cairan amnion yang berbau adalah faktor risiko signifikan untuk atau prediktor infeksi neonatal. Cairan amnion berwarna mekonium meningkatkan risiko penyakit pernapasan. Medikasi selama persalinan seperti analgesik, anestetik, magnesium sulfat dan glukosa dapat mempengaruhi perilaku dan

metabolisme bayi baru lahir. Abnormalitas plasenta dan kedua pembuluh darah tali pusat dikaitkan dengan peningkatan insiden anomali neonatu

#### 5. Riwayat post natal

Bidan harus meninjau catatan kelahiran bayi tentang tanda-tanda vital dan perilaku bayi baru lahir. Perilaku positif antara lain menghisap, kemampuan untuk makan, kesadaran, berkemih, dan mengeluarkan mekonium. Perilaku mengkhawatirkan meliputi gelisah, letargi, aktivitas menghisap yang buruk atau tidak ada, dan tangisan yang abnormal.

#### 6. Riwayat psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga di dapat pola tidur yang lebih baik. Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya (Jannah, 2013).

### B. Data obyektif

#### 1. Pemeriksaan umum

Menurut sulis (2017), pemeriksaan umum yang dikaji didalamnya yaitu keadaan umum, kesadaran tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan lingkaran lengan atas (LILA)

##### a) Keadaan umum

Bayi yang sehat tampak kemerah-merahan, aktif, tonus otot baik, menangis keras, minum baik, suhu  $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37^{\circ}\text{C}$ .

Kesadaran perlu dikenali reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit atau suara keras yang mengejutkan.

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, penilaiannya yaitu ditentukan dengan melihat tingkat kesadaran, yaitu : composmentis, apatis, sanmolen, delirium, sopor/semikoma, koma.

c) Tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital (TTV) meliputi :

1) Suhu

Suhu tubuh bayi diukur melalui dubur atau ketiak (Saifuddin, 2014:138). Suhu bayi baru lahir dapat dikaji di berbagai tempat dengan jenis termometer yang berbeda-beda. Dianjurkan bahwa suhu rektal dan aksila tetap dalam rentang 36,5-37,5°C dan suhu kulit abdomen dalam rentang 36-36,5°C.

Suhu rektal menunjukkan suhu inti tubuh, suhu aksila normalnya 1° (lebih dingin dari suhu inti tubuh yaitu 36,5°C-37,5°C). Suhu aksila 36,5°C-37°C sedangkan suhu kulit 36°C-36,5°C.

2) Pernafasan

Pernafasan cepat pada menit-menit pertama  $\pm$  80 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal serta rintihan hanya



berlangsung 10–15 menit. Pada pernapasan normal, perut dan dada bergerak hampir bersamaan tanpa adanya retraksi, tanpa terdengar suara pada waktu inspirasi dan ekspirasi. Gerak pernapasan 30 sampai 50 kali per menit (Saifuddin, 2014:138). Pola pernapasan bervariasi sesuai awitan pernapasan. Pernapasan berfluktuasi dan tidak stabil selama periode waktu tertentu. Pernapasan pada bayi baru lahir dapat terdengar ribut selama periode transisi. Frekuensi rata-rata 40 kali per menit. Rentang 30 sampai 60 kali per menit. Pernapasan merupakan pernapasan diafragma dan abdomen.

### 3) Nadi

Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180/menit yang kemudian turun sampai 140/menit-120/menit pada waktu bayi berumur 30 menit. Frekuensi jantung 120-160x/menit ketika istirahat.

### d) Panjang badan

Panjang bayi baru lahir paling akurat dikaji jika kepala bayi baru lahir terletak rata terhadap permukaan yang keras. Kedua tungkai diluruskan dan kertas dimeja pemeriksaan diberi tanda. Setelah bayi baru lahir dipindahkan, bidan kemudian dapat mengukur panjang bayi dalam satuan sentimeter.

e) Berat badan

Berat badan 3 hari pertama terjadi penurunan, hal ini normal karena pengeluaran air kencing dan mekonium. Pada hari ke-4, berat badan naik.

Berat badan sebaiknya tiap hari dipantau. Penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan (Saifuddin, 2014:138).

f) Lingkar kepala : lingkar kepala bayi 33-38 cm

g) Lingkar lengan atas : normalnya 10-11 cm. (sondakh,2013)

2. Pemeriksaan Fisik

a) Kepala

Kedua fontanel dapat diraba dengan mudah, tidak menonjol dan tidak meregang, adanya *caput suksedaneum* sebagai temuan umum, adanya *sefalohepatoma* (Marmi, 2012).

Raba sepanjang garis sutura dan fontanel untuk mengetahui ukuran dan tampilannya normal. Sutura yang berjarak lebar mengindikasikan bayi preterm, moulding yang buruk atau hidrosefalus. Periksa adanya trauma kelahiran misalnya : *caput suksedaneum* (ciri-cirinya, pada perabaan teraba benjolan lunak, berbatas tidak tegas, tidak berfluktuasi 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, 2012 : 56).

Rambut bayi lembut dan halus, beberapa bayi umumnya tidak memiliki rambut, sedangkan sebagian bayi lainnya memiliki rambut yang lebat.

Ubin-ubin belakang menutup pada minggu ke-6 sampai ke-8. Ubin-ubin depan tetap terbuka hingga bulan ke-18.

Bayi yang mengalami seborrea akan terdapat ruam tebal berkeropeng berwarna kuning dan terdapat ketombe dikepala (Marmi.2012:221-223).

b) Mata

Pupil harus sama dan reaktif terhadap cahaya, terjadi refleksi merah/orange menunjukkan kornea dan lensa normal. Inspeksi bagian iris, untuk mengetahui bagian titik putih pada iris sebagai bercak Brushfield, dikaitkan dengan trisomi 21 (sindrom down). Sklera harus diperiksa adanya hemoragi. Kemerahan pada konjungtiva dapat mengidentifikasi adanya infeksi.

Diperhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu (Saifuddin.2014:137).

c) Hidung

Kaji bentuk dan lebar hidung, pada bayi cukup bulan lebarnya harus lebih dari 2,5 cm. Periksa adanya pernafasan cuping hidung, jika cuping hidung mengembang menunjukkan adanya gangguan pernafasan (Marmi.2012:57).

d) Mulut

Salivasi tidak terdapat pada bayi normal. Bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna (Saifuddin.2010:137).

Membran mukosa mulut lembab dan berwarna merah muda. Reflek menghisap dan menelan terkoordinasi. (Marmi, 2012).

Simetris, tidak ada sumbing (skizis), refleks hisap kuat, saliva berlebihan dikaitkan dengan fistula atau atresia trakeoesofagus (Marmi, 2012). Terdapat adanya stomatitis pada mulut merupakan tanda adanya *oral trush* (Marmi.2012:211).

e) Telinga

Pemeriksa dalam hubungan letak dengan mata dan telapak (Saifuddin, 2012). Tulang kartilago telinga telah sempurna dibentuk (Marmi, 2012).

## f) Leher

Periksa adanya trauma leher yang dapat menyebabkan kerusakan pada fleksus brakhialis. Adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher menunjukkan adanya kemungkinan trisomi 21 (Marmi.2012:58).

## g) Dada

Periksa kesimetrisan gerakan dada saat bernafas. Apabila tidak simetris kemungkinan bayi mengalami pneumotoraks, paresis diafragma atau hernia diafragma. Pernafasan yang normal dinding dada dan abdomen bergerak secara bersamaan. Tarikan sternum atau interkostal pada saat bernafas perlu diperhatikan. Pada bayi cukup bulan, puting susu sudah terbentuk baik dan tampak simetris (Marmi, 2012:58).Pernafasan diafragma, dada, perut naik dan turun (Marmi, 2012).

## h) Punggung

Melihat adanya benjolan/tumor dan tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna (Saifuddin, 2014:137).

Punggung bayi harus diinspeksi dan dipalpasi dengan posisi bayi telungkup. Jika ada pembengkakan, lesung, atau rambut yang melekat dapat menandakan adanya cacat tulang belakang tersamar (Marmi, 2012).

Bokong harus diregangkan untuk mengkaji lesung dan sinus yang dapat mengindikasikan anomali medula spinalis. Pada bokong bayi yang mengalami *diaper rash* akan timbul bintik-bintik merah (Marmi,2012:215).

i) Abdomen

Bentuk, penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, lembek saat menangis (Saifuddin, 2012). Abdomen harus tampak bulat dan bergerak secara bersamaan dengan gerakan dada saat bernafas. Kaji adanya pembengkakan (Marmi.2012:58).

j) Genitalia

a. Laki-laki

Pada bayi laki-laki panjang penis 3-4 cm dan lebar 1-1,3 cm. Periksa posisi lubang uretra. Prepusium tidak boleh ditarik karena menyebabkan fimosis. Periksa adanya hipospadia dan epispadia.

b. Perempuan

Terkadang tampak adanya secret yang berdarah dari vagina, hal ini disebabkan oleh pengaruh hormone ibu. Pada bayi cukup bulan, labia mayora menutupi labia minora. Lubang uretra terpisah dengan lubang vagina (Marmi.2012:59).

k) Anus

Anus berlubang. Periksa adanya kelainan atresia ani, kaji posisinya (Marmi.2012:59).

l) Ekstremitas

Ukuran setiap tulang harus prporisional untuk ukuran seluruh tungkai dan tubuh secara umum. Tungkai harus simetris harus terdapat 10 jari. Telapak harus terbuka secara penuh untuk memeriksa jari ekstra dan lekukan telapak tangan. Sindaktili adalah penyatuan atau penggabungan jari-jari, dan polidaktili menunjukkan jari ekstra. Kuku jari harus ada pada setiap jari. Panjang tulang pada ekstremitas bawah harus dievaluasi untuk ketepatannya. Lekukan harus dikaji untuk menjamin simetrisitas. Bayi yang lahir dengan presentasi bokong berisiko tinggi untuk mengalami kelainan panggul kongenital (Walsh.2012:371-372).

m) Kulit dan kuku

Bayi matur memiliki garis kulit didaerah telapak tangan dan telapak kaki. Kuku telah sempurna terbentuk dan melekat diujung jari, terkadang sedikit lebih panjang daripada ujung jari (Marmi, 2012).

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 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.2014).

Kulit bayi baru lahir yang normal tipis, halus dan mudah sekali mengalami trauma akibat desakan, tekanan atau zat yang memiliki pH berbeda. Rambut halus disebut dengan lanugo, menutupi kulit dan banyak terdapat dibahu, lengan atas dan paha. Warna kulit bayi bergantung pada asal suku, bervariasi mulai dari merah muda dan putih hingga coklat kekuningan atau coklat tua.

Pada bayi dengan miliariasis akan timbul gelembung kecil berisi cairan di seluruh tubuh (Marmi.2012:229).

#### n) Pemeriksaan neurologis

Pemeriksaan neurologis merupakan indikator integritas sistem saraf. Baik respons yang menurun (hipo) maupun yang meningkat (hiper) merupakan penyebab masalah.

##### 1) Refleks berkedip (*glabellar reflex*)

Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mta



terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4-5 ketukan pertama (Marmi, 2012 : 70).

2) Refleks mencari (*rooting reflex*)

Saat pipi disentuh, maka bayi akan menoleh ke arah sentuhan dan berusaha menemukan pusat sentuhan dengan mulut membuka (Indrayani, 2013).

3) Refleks menghisap (*suckling reflex*)

Rangsangan puting susu pada langit-langit bayi menimbulkan refleks menghisap (Indrayani, 2013).

4) Refleks menelan (*swallowing reflex*)

Kumpulan ASI di dalam mulut bayi mendesak otot-otot di daerah mulut dan faring untuk mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung bayi (Indrayani, 2013).

5) Refleks menoleh (*tonikneck reflex*)

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan kesatu sisi selagi istirahat (Marmi.2012 : 72).

6) Refleks terkejut (*morro reflex*)

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan (Marmi.2012 : 71 ).

7) Refleks menggenggam (*grasping reflex*)

Ketika telapak tangan bayi distimulasi dengan sebuah objek (misalnya jari), respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat (Indrayani, 2013).

8) Refleks *galanf's*

Cara mengukurnya dengan gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari bahu sampai bokong. Pada kondisi normal punggung bergerak ke arah samping bila distimulasi, dijumpai pada usia 4–8 minggu pertama. Kondisi patologis bila tidak adanya refleks menunjukkan lesi *medulaspinalis transversal* (Indrayani, 2013).

9) Refleks babinsky

Ketika telapak kaki bayi tergores, bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi (Indrayani, 2013).

10) Refleks ekstruksi

Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting (Marmi, 2012 : 72).

11) Refleks melangkah (*stepping reflex*)

Cara mengukurnya dengan memegang bayi sehingga kakinya sedikit menyentuh permukaan yang keras. Pada

kondisi normal kaki akan bergerak ke atas dan ke bawah bila sedikit disentuh ke permukaan keras, dijumpai pada usia 4–8 minggu pertama. Kondisi patologis bila refleks menetap melebihi 4–8 minggu merupakan keadaan abnormal (Indrayani, 2013).

#### 12) Refleks merangkak (*crawling reflex*)

Bayi akan berusaha untuk merangkak kedepan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar (Marmi.2012 : 72).

### **II. identifikasi diagnosa atau masalah**

Ds : data subyektif merupakan data yang berasal dari sudut pandang pasien atau anamnesa dan semua keluhan yang dirasakan oleh pasien.

Do : data obyektif merupakan data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi secara langsung kepada pasien.

Dx : diagnosa merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi atau kesimpulan dari data subyektif dan obyektif.

### **III. merumuskan masalah / masalah potensial**

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial.

Diagnosis atau masalah potensial diidentifikasi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah teridentifikasi. Langkah ini penting dalam melakukan asuhan yang aman.

#### **IV. mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera**

diperlukan untuk melakukan konsultasi, kolaborasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan berdasarkan kondisi pasien. Langkah ini sebagai cerminan keseimbangan dari proses manajemen kebidanan.

#### **V. merencanakan asuhan kebidanan yang menyeluruh**

Langkah ini ditentukan oleh hasil pengkajian data pada langkah sebelumnya. Jika ada informasi atau data yang tidak lengkap biar dilengkapi. Pengetahuan teori yang tidak lengkap bisa dianggap valid dan akan menghasilkan asuhan pasien yang tidak cukup dan berbahaya.

##### **A. Diagnosa**

Neonatus Usia 0-28 hari, jenis kelamin laki-laki/perempuan, keadaan umum baik. Kemungkinan Masalah hipoglikemi, hipotermi, ikterik, seborrhea, miliaris, muntah dan gumoh, oral trush diaper rash (Marmi, 2012:207-229).

★ Tujuan : Bayi baru lahir dapat melewati masa transisi dari intrauterin ke ekstrauterin tanpa terjadi komplikasi.

Kriteria :

- 1) Keadaan umum baik
- 2) TTV normal

S : 36,5-37,5 °C

N : 120-160 x/menit

RR : 40-60 x/menit

- 3) Bayi menyusu kuat
- 4) Bayi menangis kuat dan bergerak aktif

Intervensi menurut Marmi (2012:87-88) adalah:

- 1) Jaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.

R : Tali pusat yang basah atau lembab dapat menyebabkan infeksi.

- 2) Ajarkan tanda-tanda bahaya bayi pada orangtua.

R : Tanda-tanda bahaya bayi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

- 3) Beri ASI setiap 2 sampai 3 jam.

R : Kapasitas lambung pada bayi terbatas, kurang dari 30 cc untuk bayi baru lahir cukup bulan. ASI diberikan 2-3 jam sebagai waktu untuk mengosongkan lambung.

- 4) Jaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering.

R : Suhu bayi turun dengan cepat segera setelah lahir. Oleh karena itu, bayi harus dirawat di tempat tidur bayi yang hangat. Selama beberapa hari pertama kehidupan, suhu bayi tidak stabil, berespon terhadap rangsangan ringan dengan fluktuasi yang cukup besar di atas atau di bawah suhu normal. Bayi harus segera dikeringkan untuk mengurangi pengeluaran panas akibat evaporasi.

- 5) Ukur suhu tubuh bayi jika tampak sakit atau menyusu kurang baik.

R : Suhu normal bayi adalah  $36^5$ - $37^5$  °C. Suhu yang tinggi menandakan adanya infeksi.

6) Mandikan bayi minimal 6 jam setelah lahir.

R : Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah.

## B. Potensial Masalah

### 1) Masalah I : Hipoglikemi

Tujuan : Hipoglikemi tidak terjadi

Kriteria:

- a) Kadar glukosa dalam darah  $\geq 45$  mg/dL
- b) Tidak ada tanda-tanda hipoglikemi yaitu kejang, letargi, pernapasan tidak teratur, apnea, sianosis, pucat, menolak untuk minum ASI, tangis lemah dan hipotermi

Intervensi adalah:

- a) Kaji bayi baru lahir dan catat setiap faktor risiko.

R : Bayi preterm, bayi ibu dari diabetes, bayi baru lahir dengan asfiksia, stres karena kedinginan, sepsis, atau polisitemia termasuk berisiko mengalami hipoglikemi.

- b) Kaji kadar glukosa darah dengan menggunakan strip-kimia pada seluruh bayi baru lahir dalam 1–2 jam setelah kelahiran.

R : Bayi yang berisiko harus dikaji tidak lebih dari 2 jam setelah kelahiran, serta saat sebelum pemberian ASI, apabila terdapat tanda ketidaknormalan dan setiap 2–4 jam hingga stabil.

c) Kaji seluruh bayi untuk tanda-tanda hipoglikemi.

R : tanda-tanda hipoglikemi yang diketahui sejak dini akan mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

d) Berikan ASI lebih awal atau glukosa 5-10 % bagi bayi yang berisiko hipoglikemia.

R : Nutrisi yang terpenuhi akan mencegah hipoglikemia.

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.

## 2) Masalah II : Hipotermi

Tujuan : Hipotermi tidak terjadi

Kriteria : a) Suhu bayi  $36^5$ - $37^5$  °C

b) Tidak ada tanda-tanda hipotermi, seperti bayi tidak mau menetek, tampak lesu, tubuh teraba dingin, denyut jantung bayi

menurun, kulit tubuh bayi mengeras/sklerema.

Intervensi :

- a) Kaji suhu bayi baru lahir, baik menggunakan metode pemeriksaan per aksila atau kulit.

R : Penurunan suhu kulit terjadi sebelum penurunan suhu inti tubuh, yang dapat menjadi indikator awal stres dingin.

- b) Kaji tanda-tanda hipotermi.

R : Selain sebagai suatu gejala, hipotermi dapat merupakan awal penyakit yang berakhir dengan kematian.

- c) Cegah kehilangan panas tubuh bayi, misalnya dengan mengeringkan bayi dan mengganti segera popok yang basah.

R :Bayi dapat kehilangan panas melalui evaporasi.

### 3) Masalah III : Ikterik

Tujuan : Ikterik tidak terjadi

Kriteria:

- a) Kadar bilirubin serum  $\leq 12,9$  mg/dL
- b) Tidak ada tanda-tanda ikterus, seperti warna kekuning-kuningan pada kulit, mukosa, sklera, dan urine

Intervensi antara lain:



a) Mengkaji faktor-faktor risiko.

R : Riwayat prenatal tentang imunisasi Rh, inkompatibilitas ABO, penggunaan aspirin pada ibu, sulfonamida, atau obat-obatan antimikroba, dan cairan amnion berwarna kuning (indikasi penyakit hemolitik tertentu) merupakan faktor predisposisi bagi kadar bilirubin yang meningkat.

b) Mengkaji tanda dan gejala klinis ikterik.

R : Pola penerimaan ASI yang buruk, letargi, gemetar, menangis kencang dan tidak adanya refleks moro merupakan tanda-tanda awal ensefalopati bilirubin (kern ikterus).

c) Berikan ASI sesegera mungkin, dan lanjutkan setiap 2-4 jam.

R : Mekonium memiliki kandungan bilirubin yang tinggi dan penundaan keluarnya mekonium meningkatkan reabsorpsi bilirubin sebagai bagian dari pirau enterohepatik. Jika kebutuhan nutrisi terpenuhi, akan memudahkan keluarnya mekonium (Varney,dkk. 2007:943).

d) Jemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit.

R : Menjemur bayi di matahari pagi jam 7-9 selama 10 menit akan mengubah senyawa bilirubin menjadi

senyawa yang mudah larut dalam air agar lebih mudah diekskresikan.

#### 4) Masalah IV : Seborrhea

Tujuan : Tidak terjadi seborrhea

Kriteria : a) Tidak timbul ruam tebal berkeropeng berwarna kuning di kulit kepala  
 b) Kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe.

Intervensi menurut Marmi (2012:221-223) :

a. Cuci kulit kepala bayi menggunakan shampo bayi yang lembut sebanyak 2-3 kali seminggu. Kulit pada bayi belum bekerja secara sempurna.

R : Shampo bayi harus lembut karena fungsi kelenjar

b. Oleskan krim *hydrocortisone*.

R : Krim *hydrocortison* biasanya mengandung asam salisilat yang berfungsi untuk membasmi ketombe.

c. Untuk mengatasi ketombe yang disebabkan jamur, cuci rambut bayi setiap hari dan pijat kulit kepala dengan sampo secara perlahan.

R : Pencucian rambut dan pemijatan kulit kepala dapat menghilangkan jamur lewat seriphan kulit yang lepas.

d. Periksa ke dokter, bila keadaan semakin memburuk.

R : Penatalaksanaan lebih lanjut.

### 5) Masalah V : Miliariasis

Tujuan : Miliariasis teratasi

Kriteria :

Tidak terdapat gelembung-gelembung kecil berisi cairan diseluruh tubuh.

Intervensi menurut (Marmi, 2012:229) :

b) Mandikan bayi secara teratur 2 kali sehari.

R : Mandi dapat membersihkan tubuh bayi dari kotoran serta keringat yang berlebihan

c) Bila berkeringat, seka tubuhnya sesering mungkin dengan handuk, lap kering, atau washlap basah.

R : Meminimalkan terjadinya sumbatan pada saluran kelenjar keringat.

d) Hindari pemakaian bedak berulang-ulang tanpa mengeringkan terlebih dahulu.

R : Pemakaian bedak berulang dapat menyumbat pengeluaran keringat sehingga dapat memperparah miliariasis.

e) Kenakan pakaian katun untuk bayi

R : Bahan katun dapat menyerap keringat.

f) Bawa periksa ke dokter bila timbul keluhan seperti gatal, luka/lecet, rewel dan sulit tidur.

R: Penatalaksanaan lebih lanjut.

**6) Masalah VI : Muntah dan gumoh**

Tujuan : Bayi tidak muntah dan gumoh setelah minum

Kriteria :

- a) Tidak muntah dan gumoh setelah minum
- b) Bayi tidak rewel

Intervensi menurut Marmi (2012:207-208) :

- a) Sendawakan bayi selesai menyusui.

R : Bersendawa membantu mengeluarkan udara yang masuk ke perut bayi setelah menyusui.

- b) Hentikan menyusui bila bayi mulai rewel atau menangis.

R : Mengurangi masuknya udara yang berlebihan.

**7) Masalah VII : *Oral trush***

Tujuan : *Oral trush* tidak terjadi

Kriteria : Mulut bayi tampak bersih

Intervensi menurut Marmi (2012:211) :

- a) Bersihkan mulut bayi setelah selesai menyusu menggunakan air matang.

R : Mulut yang bersih dapat meminimalkan tumbuh kembang jamur *candida albicans* penyebab oral trush.

- b) Bila bayi minum menggunakan susu formula, cuci bersih botol dan dot susu, setelah itu diseduh dengan air mendidih atau direbus hingga mendidih sebelum digunakan.

R : Mematikan kuman dengan suhu tertentu

- c) Bila bayi menyusu ibunya, bersihkan puting susu sebelum menyusui.

R : Mencegah timbulnya oral trush.

**8) Masalah VIII : *Diaper rash***

Tujuan : Tidak terjadi *diaper rash*

Kriteria : Tidak timbul bintik merah pada kelamin dan bokong bayi

Intervensi menurut Marmi (2012: 215) :

- a) Perhatikan daya tampung dari diaper, bila telah menggantung atau menggelembung ganti dengan yang baru.

R : Menjaga kebersihan sekitar genitalia sampai anus bayi.

- b) Hindari pemakaian diaper yang terlalu sering. Gunakan diaper disaat yang membutuhkan sekali.

R : Mencegah timbulnya *diaper rash*.

- c) Bersihkan daerah genitalia dan anus bila bayi BAB dan BAK, jangan sampai ada sisa urin atau kotoran dikulit bayi.

R : Kotoran pantat dan cairan yang bercampur menghasilkan zat yang menyebabkan peningkatah pH kulit dan enzim dalam kotoran. Tingkat keasaman kulit yang tinggi ini membuat kulit lebih peka, sehingga memudahkan terjadinya iritasi kulit.

- d) Keringkan pantat bayi lebih lama sebagai salah satu tindakan pencegahan.

R: Kulit tetap kering sehingga meminimalkan timbulnya iritasi kulit.

## **VI. pelaksanaan asuhan kebidanan**

Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara eksklusif dan aman. Penatalaksanaan asuhan ini sebagai dilakukan oleh bidan dan sebgaiian oleh klien sendiri atau oleh petugas kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukan asuhan sendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaanya, misalnya memantau rencananya benar-benar terlaksana. Bila perlu berkolaborasi dengan dokter jika ada komplikasi manajemn yang efisien. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksnakan atau tidak.

## **VII. Evaluasi**

Jam :

Tanggal :

S : Data yang diperoleh dari pasien dan keluarga

o : hasil pemeriksaan fisik beserta pemeriksaan diagnostik dan penunjang atau pendukung lain, serta catatan medic

A : kesimpulan dari data subyektif dan obyektif

P : merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan evaluative (sondakh, 2013)

### 1.6.5 Konsep Asuhan Kebidanan KB

#### ASUHAN KEBIDANAN AKSEPTOR KB

Pada Ny. “...” P ... Dengan Akseptor KB...

Jam :

Tanggal :

### I. Pengkajian

#### A. Data subyektif

##### 1. Identitas

a) Nama : untuk memudahkan memanggil atau menghindari kekeliruan

b) Umur : Wanita usia < 20 tahun menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan, usia 20-35 tahun untuk menjarangkan kehamilan, dan usia > 35 tahun untuk mengakhiri kesuburan .

c) Agama : untuk mengetahui kepercayaan yang dianut ibu

- d) Pendidikan : Makin rendah pendidikan masyarakat, semakin efektif metode KB yang dianjurkan yaitu kontak, suntikan KB, susuk KB atau AKBK (alat susuk bawah kulit), AKDR (Manuaba.2012:592).
- e) Pekerjaan : Metode yang memerlukan kunjungan yang sering ke klinik mungkin tidak cocok untuk wanita yang sibuk, atau mereka yang jadwalnya tidak diduga.
- f) Alamat : ukuran memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah (sondakh, 2013)

## 2. Alasan datang atau keluhan

Keluhan utama pada ibu pascasalin menurut Saifuddin (2013:U-9) adalah:

- a. Usia 20-35 tahun ingin menjarangkan kehamilan
  - b. Usia >35 tahun tidak ingin hamil lagi
- ## 3. Riwayat menstruasi

Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan insersi implan dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain. Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat tetapi jangan melakukan



hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja (Affandi,2014:MK-68).

Pada metode KB MAL, ketika ibu mulai haid lagi, itu pertanda ibu sudah subur kembali dan harus segera mulai menggunakan metode KB lainnya. Meskipun beberapa metode KB mengandung risiko, menggunakan kontrasepsi lebih aman, terutama apabila ibu sudah haid lagi (Saifuddin, 2010:129).

Wanita dengan durasi menstruasi lebih dari 6 hari memerlukan pil KB dengan efek estrogen yang rendah (Manuaba, 2012:598)

#### 4. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

Pada klien pasca persalinan yang tidak menyusui, masa infertilitasnya rata-rata berlangsung sekitar 6 minggu. Sedangkan pada klien yang menyusui, masa infertiltasnya lebih lama. Namun kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan (Affandi.2014).

Pasien yang tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita abortus septik tidak boleh menggunakan kontraepsi IUD (Saifuddin, 2013).

IUD tidak untuk ibu yang memiliki riwayat kehamilan ektopik (Saifuddin, 2010:MK-77).Riwayat keluarga berencana (KB)

#### 5. Riwayat keluarga berencana

yang perlu dikaji meliputi : jenis metode yang dipakai, waktu, tenaga dan tempat saat pemasangan dan kapan berhenti menggunakan KB, keluhan atau alasan berhenti (sulis, 2017)

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. Pasien yang pernah mengalami problem ekspulsi IUD, ketidakmampuan mengetahui tanda-tanda bahaya dari IUD, ketidakmampuan untuk memeriksa sendiri ekor IUD merupakan kontra indikasi untuk KB IUD.

#### 6. Riwayat kesehatan

Menurut Jannah (2012), riwayat kesehatan ada 2, yaitu :

##### a) Riwayat kesehatan yang sekarang

Riwayat kesehatan sekarang yang perlu dikaji yaitu penyakit keturunan seperti penyakit jantung, hipertensi, DM dan asma. Penyakit menahun seperti ginjal dan penyakit menular seperti TBC, hepatitis, malaria dan HIV/AIDS.

##### b) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan dahulu merupakan penyulit atau gangguan kesehatan yang pernah atau yang sedang diderita. Yaitu penyakit keturunan seperti penyakit jantung, hipertensi, DM, dan asma. Penyakit menahun seperti

menahun seperti ginjal, dan penyakit menular seperti TBC, hepatitis, malaria, dan HIV/AIDS.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang perlu dikaji meliputi, penyakit menurun seperti penyakit jantung, hipertensi, DM, dan asma. Penyakit menahun seperti ginjal, dan penyakit menular seperti TBC, hepatitis, malaria, dan HIV/AIDS serta adanya riwayat keturunan kembar.

7. Riwayat perkawinan

Dikaji untuk mengetahui sudah berapa lama klien menikah, berapa kali menikah, umur saat pertama menikah, sehingga dapat diketahui apakah klien masuk dalam infertilitas skunder atau bukan. Selain itu, untuk mengetahui apakah anak yang dikandung sah secara hukum atau tidak, hal ini juga dapat berpengaruh terhadap penerimaan ibu pada kehamilan (Sulis, 2017)

B. Data obyektif

1. Pemeriksaan umum

Menurut sulis (2017), pemeriksaan umum yang dikaji didalamnya yaitu keadaan umum, kesadaran tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, dan lingkaran lengan atas (LILA)

a) Keadaan umum

Data ini didapat dengan mengamati keadaan klien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan kriterianya adalah baik dan lemah. Dikategorikan baik apabila pasien memperlihatkan respon yang baik terhadap lingkungan dan orang lain, secara fisik pasien tidak mengalami gangguan dalam berjalan. Dikategorikan lemah apabila pasien kurang atau tidak memberikan respon yang baik terhadap lingkungan orang lain, serta pasien sudah tidak mampu berjalan sendiri.

b) Kesadaran

Untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, penilaiannya yaitu ditentukan dengan melihat tingkat kesadaran, yaitu : kompos mentis, apatis, somnolen, delirium, sopor/semikoma, koma.

c) Tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital (TTV) meliputi : tekanan darah pada orang dewasa untuk sistol yaitu 100-140 mmHg, sedangkan diastol 70-90 mmHg.

d) Berat badan

Umumnya penambahan berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antara kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama. Penyebab penambahan berat badan tidak jelas.

Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh (Hartanto, 2015:171).

Permasalahan berat badan merupakan efek samping penggunaan kontrasepsi hormonal, terjadi peningkatan atau penurunan berat badan (Saifuddin, 2014).

## 2. Pemeriksaan fisik

- a) Kepala : bentuk kepala, rambut (warna dan kebersihan), perubahan hormon selama hamil menstimulasi peningkatan prosentasi rambut yang ada dalam fase pertumbuhan. Akibatnya, banyak ibu hamil yang rambutnya bertambah tebal atau subur saat hamil.
- b) Muka : mukapucat atau tidak, closasma gravidarum, oedema pada muka. Pembengkakan pada wajah merupakan salah satu gejala dari adanya pre eklamsi walaupun gejala utamanya adalah protein urin.
- c) Mata : bentuk mata, warna konjungtiva, normalnya merah muda, bila berwarna pucat, menandakan anemia dan bila berwarna kuning menandakan hepatitis, bila berwarna merah kemungkinan ada conjungtivitis.
- d) Hidung : perlu dikaji untuk mengetahui apakah ada pembesaran polip pada hidung yang dapat berpengaruh pada jalan napas.
- e) Gilut : kebersihan mulut, lidah, dan geraham, karies gigi, perdarahan pada gusi dan stomatitis (bibir).

- f) Telinga : perlu dikaji untuk mengetahui keadaan telinga apakah terdapat serumen atau tidak karena bisa berpengaruh pada pendengaran.
- g) Leher : pembesaran kelenjar tiroid, kelenjar limfe dan pembesaran vena jugularis,
- h) Panyudara : meliputi bentuk dan ukuran,hiperpigmentasi areola, keadaan puting susu, kolustrum atau cairan lain, retraksi, masa dan pembesaran panyudara, Kontrasepsi suntikan tidak menambah risiko terjadinya karsinoma seperti karsinoma payudara atau serviks, namun progesteron termasuk DMPA, digunakan untuk mengobati karsinoma endometrium (Hartanto, 2015:164).
- i) Abdomen  
Peringatan khusus bagi pengguna implant bila disertai nyeri perut bagian bawah yang hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik
- j) Genitalia : DMPA lebih sering menyebabkan perdarahan, perdarahan bercak dan amenore (Hartanto, 2015:170). Efek samping yang umum terjadi dari penggunaan AKDR diantaranya mengalami haid yang lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, dan komplikasi lain dapat terjadi perdarahan hebat pada waktu haid.
- k) Anus : perlu dikaji apabila ada hemoroid atau tidak.
- l) Ekstermitas : oedema kaki dan tangan, pucat pada kuku jari, varises, dan reflek patella, Pada pengguna implant, luka bekas insisi

mengeluarkan darah atau nanah disertai dengan rasa nyeri pada lengan.

## **II. identifikasi diagnosa atau masalah**

Ds : data subyektif merupakan data yang berasal dari sudut pandang pasien atau anamnesa dan semua keluhan yang dirasakan oleh pasien.

Do : data obyektif merupakan data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi secara langsung kepada pasien.

Dx : diagnosa merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi atau kesimpulan dari data subyektif dan obyektif.

## **III. merumuskan masalah / masalah potensial**

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial. Diagnosis atau masalah potensial diidentifikasi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah teridentifikasi. Langkah ini penting dalam melakukan asuhan yang aman.

## **IV. mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera**

diperlukan untuk melakukan konsultasi, kolaborasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan berdasarkan kondisi pasien. Langkah ini sebagai cerminan keseimbangan dari proses manajemen kebidanan.

## **V. merencanakan asuhan kebidanan yang menyeluruh**

Langkah ini ditentukan oleh hasil pengkajian data pada langkah sebelumnya. Jika ada informasi atau data yang tidak lengkap biar dilengkapi. Pengetahuan teori yang tidak lengkap bisa dianggap valid dan akan menghasilkan asuhan pasien yang tidak cukup dan berbahaya.

Diagnosa : P<sub>APIAH</sub> usia 15-49 tahun, anak terkecil usia ..... tahun, calon peserta KB, belum ada pilihan, tanpa kontraindikasi, keadaan umum baik. Prognosa baik.

Tujuan :

- 1) Setelah diadakan tindakan keperawatan keadaan akseptor baik dan kooperatif.
- 2) Pengetahuan ibu tentang macam-macam, cara kerja, kelebihan dan kekurangan serta efek samping KB bertambah.
- 3) Ibu dapat memilih KB yang sesuai keinginan dan kondisinya.

Kriteria :

- 1) Pasien dapat menjelaskan kembali penjelasan yang diberikan petugas.
- 2) Ibu memilih salah satu KB yang sesuai.
- 3) Ibu terlihat tenang.

Intervensi menurut Saifuddin (2010:U-3-U-4) :

- 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 kita akan dapat membantu klien dengan apa yang dibutuhkan klien.

- 3) Uraikan pada klien mengenai beberapa jenis kontrasepsi, meliputi jenis, keuntungan, kerugian, efektifitas, indikasi dan kontraindikasi.

R : Penjelasan yang tepat dan terperinci dapat membantu klien memilih kontrasepsi yang dia inginkan

- 4) Bantulah klien menentukan pilihannya.

R : Klien akan mampu memilih alat kontrasepsi yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

- 5) Diskusikan pilihan tersebut dengan pasangan klien

R : Penggunaan alat kontrasepsi merupakan kesepakatan dari pasangan usia subur sehingga perlu dukungan dari pasangan klien

- 6) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

R : Penjelasan yang lebih lengkap tentang alat kontrasepsi yang digunakan klien mampu membuat klien lebih mantap menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

7) Pesankan pada ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

R : Kunjungan ulang digunakan untuk memantau keadaan ibu dan mendeteksi dini bila terjadi komplikasi atau masalah selama penggunaan alat kontrasepsi

a. Masalah 1: *Amenorhea*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi lebih lanjut

Kriteria : Ibu bisa beradaptasi dengan keadaanya

Intervensi menurut Saifuddin (2010:MK-47) :

1. Kaji pengetahuan pasien tentang *amenorrhea*

R : Mengetahui tingkat pengetahuan pasien

2. Pastikan ibu tidak hamil dan jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul di dalam Rahim.

R : Ibu dapat merasa tenang dengan keadaan kondisinya

3. Bila terjadi kehamilan hentikan penggunaan KB, bila kehamilan ektopik segera rujuk.

R : Penggunaan KB pada kehamilan dapat mempengaruhi kehamilan dan kehamilan ektopik lebih besar pada pengguna KB.

b. Masalah 2 : Pusing

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, pusing dapat teratasi dan ibu dapat beradaptasi dengan keadaannya.

Kriteria : Tidak merasa pusing dan mengerti efek samping dari KB hormonal

Intervensi :

1) Kaji keluhan pusing pasien

R : Membantu menegakkan diagnosa dan menentukan langkah selanjutnya untuk pengobatan.

2) Lakukan konseling dan berikan penjelasan bahwa rasa pusing bersifat sementara

R : Akseptor mengerti bahwa pusing merupakan efek samping dari KB hormonal.

3) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

R : Teknik distraksi dan relaksasi mengurangi ketegangan otot dan cara efektif untuk mengurangi nyeri.

c. Masalah 3: Perdarahan bercak/*spotting*

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu mampu beradaptasi dengan keadaannya

Kriteria :Keluhan ibu terhadap masalah bercak/*spotting* berkurang

Intervensi menurut Maritalia.2012:143 adalah:

1) Jelaskan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai, tetapi hal ini bukanlah masalah

R : Klien mampu mengerti dan memahami kondisinya bahwa efek menggunakan KB hormonal adalah terjadinya perdarahan bercak/*spotting*.

2) Bila klien tidak dapat menerima perdarahan dan tidak ingin melanjutkan kontrasepsi dapat diganti dengan kontrasepsi lainnya

d. Masalah 4 : Perdarahan pervaginam yang hebat

Tujuan : Setelah diberikan asuhan, ibu tidak mengalami komplikasi penggunaan KB

Kriteria : Perdarahan berkurang dan ibu tidak khawatir dengan kondisinya

Intervensi menurut Hartanto (2015) :

- 1) Pastikan dan tegaskan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik.

R : Tanda dari kehamilan ektopik dan infeksi pelvik adalah berupa perdarahan yang banyak.

- 2) Berikan terapi ibuprofen (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 ibuprofen dapat membantu mengurangi nyeri dan karena perdarahan yang banyak maka diperlukan tablet tambah darah.

- 3) Lepaskan AKDR jika klien menghendaki

R : Perdarahan yang banyak merupakan komplikasi dari penggunaan AKDR (Nastyah, 2007).

## **VI. pelaksanaan asuhan kebidanan**

Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara eksklusif dan aman. Penatalaksanaan asuhan ini sebagai dilakukan oleh bidan dan sebagian oleh klien sendiri atau oleh petugas kesehatan lainnya. Walaupun bidan

tidak melakukan asuhan sendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya, misalnya memantau rencananya benar-benar terlaksana. Bila perlu berkolaborasi dengan dokter jika ada komplikasi manajemn yang efisien. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksnakan atau tidak.

## VII. Evaluasi

Jam :

Tanggal :

S : Data yang diperoleh dari pasien dan keluarga

o : hasil pemeriksaan fisik beserta pemeriksaan diagnostik dan penunjang atau pendukung lain, serta catatan medic

A : kesimpulan dari data subyektif dan obyektif

P : merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan evaluative (sondakh, 2013).

