

# LAPORAN TUGAS AKHIR

## ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN

(*CONTINUITY OF CARE*) PADA NY. "A" USIA 25 TAHUN DARI  
HAMIL SAMPAI KELUARGA BERENCANA Di PMB NY.MUAZIZAH,  
A.MD, KEB. DESA SRIRANDE KECAMATAN DEKET KABUPATEN  
LAMONGAN



**OLEH:**

**AFIFATUR ROHMAH**

**18.02.02.17.62**

**PROGAM STUDI D III KEBIDANAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN**

**2021**

# LAPORAN TUGAS AKHIR

## ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA NY. "A" USIA 25 TAHUN DARI HAMIL SAMPAI KELUARGA BERENCANA DI PMB NY.MUAZIZAH, A.MD, KEB. DESA SRIRANDE KECAMATAN DEKET KABUPATEN LAMONGAN

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya Kebidanan Pada  
Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Lamongan



Oleh:

**AFIFATUR ROHMAH**  
NIM. 18.02.02.1762

**PRODI D3 KEBIDANAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN  
2021**

## **SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

NAMA : AFIFATUR ROHMAH

NIM : 18.02.02.1762

TEMPAT, TANGGAL, LAHIR : LAMONGAN, 30 DESEMBER 1999

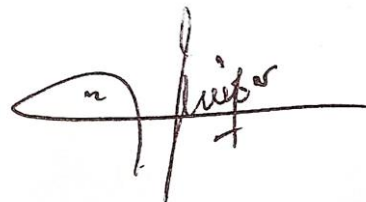
INSTITUSI : UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN

Menyatakan bahwa Proposal Laporan Tugas Akhir (LTA) yang berjudul: “Asuhan Kebidanan Secara *Continuity Of Care* Pada Ny. “A” Usia 25 tahun dari Hamil sampai keluarga berencana Di PMB Ny.Muazizah, A.Md, Keb. Desa Srirande Kecamatan Deket Kabupaten Lamongan adalah bukan Laporan Tugas Akhir (LTA) orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi akademis.

Lamongan, 1 Juli 2021

Yang menyatakan



**AFIFATUR ROHMAH**

**NIM. 18.02.02.1762**

## LEMBAR PERSETUJUAN

NAMA : AFIFATUR ROHMAH

NIM : 18.02.02.1762

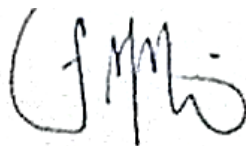
JUDUL : ASUHAN KEBIDANAN SECARA CONTINUITY OF CARE PADA NY. "A"  
USIA 25 TAHUN DARI HAMIL SAMPAI KELUARGA BERENCANA DI  
PMB NY.MUAZIZAH, A.MD, KEB. DESA SRIRANDE KECAMATAN  
DEKET KABUPATEN LAMONGAN

Telah Disetujui Untuk Dipertahankan Pada Ujian Sidang Laporan Tugas Akhir

Tanggal 1 Juli 2021

Oleh:

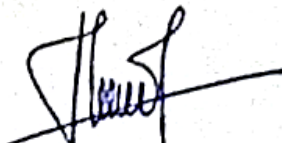
Pembimbing I



**FAIZATUL UMMAH, S.SiT, M.Kes**

**NIP: 19771015200508010**

Pembimbing II



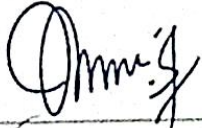
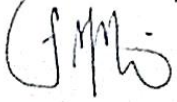

**DIAN NURAFIFAH, S.SiT, M.Kes**

**NIP: 19850814200709025**

## LEMBAR PENGESAHAN

LAPORAN TUGAS AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM PENGUJI  
UJIAN SIDANG LAPORAN TUGAS AKHIR FAKULTAS ILMU KESEHATAN PRODI D  
III KEBIDANAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN  
PADA TANGGAL, 1 JULI 2021

### MENGESAHKAN

		TANDA TANGAN
Penguji utama	<u>Andri Tri Kusumaningrum, S.SiT., M.Kes</u> NIP. 19850717200610020	
Anggota I	<u>Faizatul Ummah S.SiT., M.Kes</u> 19771015200508010	
Anggota II	<u>Dian Nur Afifah S.SiT., M.Kes</u> 19850814200709025	

Mengetahui



Arifal Aris, S.Kep., Ns., M.Kes  
NIK. 19780821200601015

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahNya sehingga “**LAPORANASUHAN KEBIDANAN SECARA *CONTINUITY OF CARE* PADA NY. “A” USIA 25 TAHUN DARI HAMIL SAMPAI KELUARGA BERENCANA DI PMB NY.MUAZIZAH, A.MD, KEB**”, sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi D-3 Kebidanan Universitas Muhammadiyah Lamongan.

Dalam penyusunan, penulis mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu penulis tidak lupa mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat Bapak/Ibu :

- 1) Drs. H. Budi Utomo, M.Kes, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Lamongan.
- 2) Arifal Aris, S.Kep., Ns. M.Kes., selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Lamongan.
- 3) Amirul Amalia SSiT., M.Kes., selaku Ketua Program Studi D III Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Lamongan
- 4) Faizatul Ummah, S.SiT.,M. Kes., selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan sehingga tugas akhir ini dapat terselesaikan.
- 5) Dian Nurafifah, S.SiT.,M.Kes selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan sehingga tugas akhir ini dapat terselesaikan.
- 6) Kedua orang tua tercinta yang telah memberikan dukungan moril dan spiritual selama kuliah di Universitas Muhammadiyah Lamongan hingga penyusunan Laporan Tugas Akhir ini.
- 7) Rekan seangkatan dan semua pihak yang telah memberikan dukungan moril dan materil demi terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini.

Semoga Allah SWT memberi balasan pahala atas semua amal kebaikan yang diberikan. Penulis menyadari Laporan Tugas Akhir (LTA) ini masih banyak kekurangan, untuk itu segala kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan, akhirnya penulis berharap semoga Laporan Tugas Akhir ini bermanfaat bagi penulis pada khususnya dan bagi semua pembaca pada umumnya.

Lamongan, 1 Juli 2021

Penulis

## **MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

*“keep the spirit in strong determination “*

*(Afifatur Rohmah)*

### **Kupersembahkan Laporan Tugas Akhir ini untuk:**

- Ayah ibu tercinta, orang tuaku yang telah mengorbankan materi, tenaga dan seluruh hembusan nafasnya untuk berdo'a demi kesuksesan hidup saya.
- Keluarga saya dan orang yang selalu ada dibelakang saya yang selalu mendukung dengan memberikan motivasi sehingga saya bisa bangkit dan dan terus berjuang .
- Dosen-Dosen yang telah memberikan nasehat ilmu dan bimbingannya selama ini.
- Diri sendiri terimakasih sudah bisa dan mampu melewati segala rintangan dan cobaan untuk selama ini.

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Pada dasarnya proses kehamilan merupakan suatu kejadian yang fisiologis/alamiah, namun dalam prosesnya dapat berkembang menjadi masalah atau komplikasi setiap saat yang dapat membahayakan jiwa ibu dan bayi (Marmi, 2011). Salah satu persiapan menghadapi persalinan, ibu hamil perlu dilakukan pelayanan antenatal secara berkesinambungan, seperti yang tertuang di dalam pilar kedua Safe Motherhood.

Tujuan utama pelayanan antenatal adalah untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayinya, dengan cara membina saling percaya dengan ibu, mendeteksi komplikasi-komplikasi yang dapat mengancam jiwa, mempersiapkan kelahiran dan memberikan pendidikan, serta untuk menjamin agar proses alamiah tetap berjalan normal selama kehamilan (Marmi, 2011). Pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang-kurangnya empat kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan). Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan. Pelayanan antenatal yang dilakukan diupayakan memenuhi standar kualitas, yaitu: penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan, pengukuran tekanan darah, pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA), pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri), penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi, pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan, penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ), pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana), pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya), serta tatalaksana kasus (Kemenkes RI, 2015:87)

Pada saat ini kesehatan maternal masih menjadi masalah global, yakni masih tingginya angka kematian ibu dan bayi. AKI dan AKB merupakan salah satu indikator utama derajat kesehatan suatu negara dan merupakan indikasi kemampuan, kualitas pelayanan kesehatan, kapasitas pelayanan kesehatan, kualitas pendidikan dan pengetahuan



masyarakat, serta hambatan dalam memperoleh akses terhadap pelayanan kesehatan, Bidan sebagai tenaga kesehatan dinilai terdepan dalam pelayanan wanita diharapkan dapat memberikan asuhan yang berkualitas dan sesuai kebutuhan (Irianti, Bayu, 2013).

Indikator keberhasilan antenatal yang berkesinambungan dapat dilihat dari cakupan K1 dan K4 di Jawa Timur pada tahun 2019 yaitu dari jumlah ibu hamil yang pernah melakukan pemeriksaan kehamilan (K1) berjumlah 100,6%, sedangkan cakupan (K4) berjumlah 91,2%. Angka ini mengalami peningkatan dibandingkan pada tahun 2018 yaitu K1 99,44% dan K4 91,15%. Provinsi Jawa Timur untuk indikator K4 belum mencapai target, indikator K4 termasuk indikator SPM (Standar Pelayanan Minimal) target adalah 100%.

Menurut Ditjen Kesehatan Masyarakat Kemenkes RI (2018) upaya kesehatan masyarakat di Indonesia khususnya kesehatan ibu dan anak dapat dilihat dari data nasional pada tahun 2017 cakupan kunjungan ibu hamil (K1) sebesar 95,41%, cakupan (K4) sebesar 87,30%, cakupan pertolongan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan (PN) sebesar 83,67%, cakupan kunjungan nifas (KF3) sebesar 87,36%, capaian kunjungan neonatal pertama (KN1) sebesar 92,62%, cakupan puskesmas yang melakukan program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi sebesar 91,94%. Menurut BKKBN (2018), cakupan peserta Keluarga Berencana (KB) aktif pada tahun 2017 sebesar 63,22%.

Menurut Ditjen Kesehatan Masyarakat Kemenkes RI (2018), di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2017 cakupan K1 ibu hamil sebesar 98,2%, capaian K4 ibu hamil sebesar 89,9%, cakupan PN sebesar 94,6 %, cakupan ibu nifas (KF3) sebesar 92,9%, cakupan kunjungan neonatal pertama (KN1) sebesar 98,2%, capaian KN lengkap sebesar 96,7%, cakupan komplikasi kebidanan sebesar 97,1%, cakupan komplikasi neonatal yang ditangani sebesar 77,7%, cakupan peserta Keluarga Berencana (KB) aktif sebesar 75,3%.

Pada tahun 2017 di Kabupaten Lamongan, cakupan K1 sebesar 100,05%, cakupan K4 sebesar 95,8%, cakupan PN sebesar 100,0%, capaian kunjungan ibu nifas (KF3) sebesar 99,3%, cakupan kunjungan neonatal pertama (KN1) sebesar 100,0%, capaian KN lengkap sebesar 100,0%, cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani sebesar 89,5%, cakupan komplikasi neonatal yang ditangani sebesar 76,3%, cakupan KB aktif 74,6%.

Selanjutnya, berdasarkan survey awal yang dilakukan peneliti pada bulan maret 2021, data yang diupdate terakhir oleh Badan Pusat Statistik pada 08 Februari 2018, di puskesmas dekat jumlah keseluruhan ibu hamil dari seluruh desa berjumlah 639 sedangkan kunjungan K1 berjumlah 586 (91,1%) dan K4 berjumlah 569 (89%). Berdasarkan data tersebut diketahui kunjungan K4 pada Puskesmas Deket Kabupaten Lamongan masih

belum sesuai target sasaran yang diharapkan. Kurangnya cakupan ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal secara rutin (K4) berdampak pada tidak didapatkannya serangkaian pelayanan yang terkait dengan upaya memastikan ada tidaknya kehamilan dan penelusuran berbagai kemungkinan adanya penyulit atau gangguan kesehatan selama kehamilan yang mungkin dapat mengganggu kualitas dan luaran kehamilan. Upaya meningkatkan cakupan pelayanan antenatal yang dilakukan oleh pemerintah dilakukan dengan adanya Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) sejak tahun 2010 yang dimanfaatkan untuk kegiatan luar gedung, seperti pendataan, pelayanan di posyandu, kunjungan rumah, penyuluhan, pelaksanaan kelas ibu hamil, serta penguatan kemitraan bidan dan dukun (Kemenkes RI, 2015).

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan *continuity of care* pada ibu hamil sampai nifas dengan menggunakan manajemen kebidanan serta melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan yang telah dilakukan dengan metode VARNEY.

## 1.2 Pembatasan Masalah

Berdasarkan ruang lingkup asuhan yang diberikan kepada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB. Maka pada penyusunan Laporan Tugas Akhir ini peneliti membatasi berdasarkan *continuity of care*.

## 1.3 Tujuan

### 1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, , ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada ibu hamil.
2. Menyusun diagnosa kebidanan sesuai dengan prioritas pada ibu hamil, , ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB.
3. Merencanakan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, , ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB.
4. Melaksanakan asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, , ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB.
5. Mengvaluasi asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, , ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB.

6. Mendokumentasikan asuhan kebidanan secara *continuity of care* yang dilakukan pada ibu hamil, , ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB dengan metode VARNEY.

#### 1.4 Ruang Lingkup

1. Sasaran

Sasaran dalam asuhan yang akan dilakukan adalah ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB.

2. Tempat

Tempat pelaksanaan asuhan kebidanan secara *continuity of care* adalah di Bidan Praktik Mandiri Ny.Muazizah, A.MD, Keb. Desa Srirande Kecamatan Deket Kabupaten Lamongan.

3. Waktu

Waktu pelaksanaan asuhan kebidanan secara *continuity of care* ini adalah April 2021 – Mei 2021

#### 1.5 Manfaat

- 1.5.1 Manfaat Teoritis

Dapat memberikan asuhan kebidanan kehamilan sesuai standar asuhan kebidanan (Trisnawati. 2012)

- 1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi pasien, keluarga dan masyarakat

- a) Untuk memberikan informasi tentang kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan keluarga berencana.
- b) Ibu mendapat pelayanan kebidanan secara *continuity of care* mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, neonatus dan keluarga berencana.

2. Bagi institusi pendidikan

Sebagai masukan untuk pengembangan materi yang telah diberikan baik dalam perkuliahan maupun praktik lapangan agar dapat menerapkan secara langsung dan berkesinambungan asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan pendekatan manajemen kebidanan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan.

3. Bagi mahasiswa kebidanan

Sebagai penerapan mata kuliah asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB.

4. Bagi bidan dan BPM

Dapat meningkatkan mutu pelayanan dalam pemberian asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, ibu nifas, dan KB

## **BAB II PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan membahas tentang tinjauan pustaka, yaitu: 1) Konsep Dasar Kehamilan, 2) Konsep Dasar Persalinan, 3) Konsep Dasar SC (*Sectio Caesarea*), 4) Konsep Dasar Nifas, 5) Konsep Dasar Bayi Baru Lahir, 6) Konsep Dasar KB (Keluarga Berencana), 7) Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan.

### **2.1 Konsep Dasar Kehamilan**

#### **2.1.1 Pengertian Kehamilan**

Menurut federasi obstetric dan ginekologi internasional kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi, spermatozoa dan ovum, konsepsi, pertumbuhan zigot, nidasi pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010). Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin yang lamanya adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) atau dihitung dari hari pertama haid terakhir (Prawirohardjo, 2014).

Sedangkan menurut Hutahaean (2013) Kehamilan merupakan proses fisiologis yang memberikan perubahan pada ibu maupun lingkungannya. Dengan adanya kehamilan maka seluruh sistem genitalia wanita mengalami perubahan yang mendasar untuk mendukung perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim selama proses kehamilan berlangsung.

Berdasarkan berita tersebut dapat disimpulkan bahwa kehamilan dimulai dari bertemunya sel telur dan sperma yang telah matang sehingga terjadilah nidasi dan tumbuh berkembang sampai aterm, lamanya hamil normal adalah 280 hari atau 0 minggu dihitung dari hari pertama haid terakhir.

#### **2.1.2 Proses Terjadinya Kehamilan**

Menurut Prawirohardjo (2014) untuk terjadi kehamilan harus ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (fertilisasi), dan nidasi (implantasi) Secara garis besar, proses kehamilan meliputi beberapa tahap sebagai berikut:

1. Fertilisasi

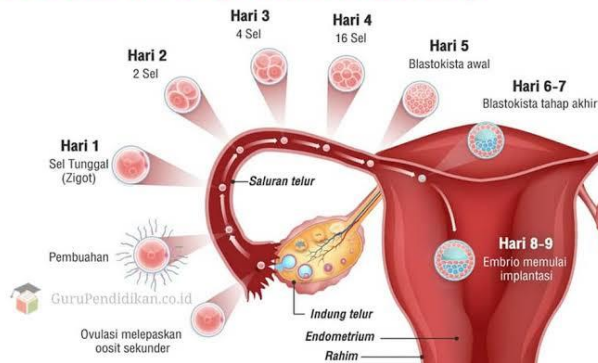
Fertilisasi pembuahan) adalah penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampulla tuba. Fertilisasi meliputi penetrasi spermatozoa ke dalam ovum, fusi spermatozoa dan ovum, diakhiri dengan fusi materi genetik. Hanya satu spermatozoa yang telah mengalami proses kaptasi mampu melakukan penetrasi membran sel ovum untuk mencapai ovum sperma harus melewati korona radiata (lapisan sel di luar ovum) dan zona pelusida (suatu bentuk glikoprotein ekstraselular), yaitu dua lapisan yang menutupi dan mencegah ovum mengalami fertilisasi lebih dari satu spermatozoa. Suatu komplemen khusus di permukaan kepala spermatozoa kemudian mengikat glikoprotein di zona pelusida, pengikatan ini memicu akrosom melepaskan enzim yang membantu spermatozoa menembus zona pelusida.

Pada saat spermatozoa menembus zona pelusida terjadi reaksi korteks ovum. Granula korteks di dalam ovum berfusi dengan membran plasma sel, sehingga enzim di dalam granula-granula dikeluarkan secara eksositosis ke zona pelusida. Spermatozoa yang telah masuk ke vitelion kehilangan membran nukleusnya yang tinggal hanya pronukleusnya, sedangkan ekor spermatozoa dan mitokondrianya berdegenerasi, masuknya spermatozoa membangkitkan nucleus ovum yang masih dalam metalhe untuk proses pembelahan selanjutnya (pembelahan meiosis kedua), ovum sekarang hanya mempunyai pronukleus yang haploid, pronukleus spermatozoa juga telah mengandung jumlah kromosom yang haploid.

Kedua pronukleus saling mendekati dan bersatu membentuk zigot yang terdiri atas bahan genetik dari perempuan dan laki-laki. Dari penyatuan itu mungkin menghasilkan

- 1) XX - zigot akan menghasilkan bayi perempuan
- 2) XY - zigot akan menghasilkan bayi laki-laki

## Fertilisasi (Pembuahan)



Dalam beberapa jam setelah pembuahan, mulailah pembelahan zigot yang berjalan lancar dan dalam 3 hari sampai dalam stadium morula, hasil konsepsi ini dengan ukuran tetap bergerak ke arah rongga rahim oleh arus dan getaran silia serta kontraksi tuba, selama dalam perjalanan ke kavum uteri morula mengalami pembelahan-pembelahan menjadi blastula

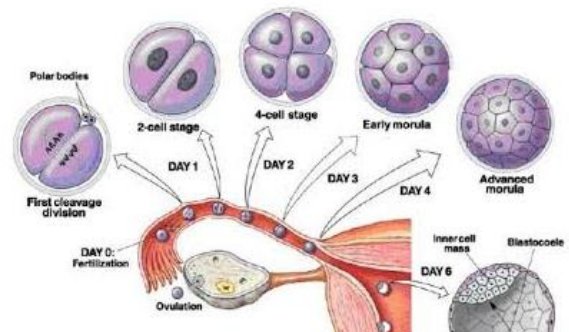
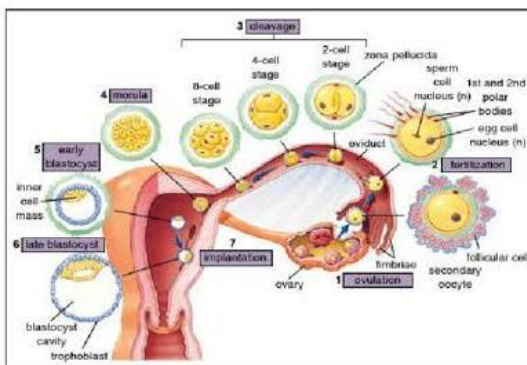
### 2. Nidasi

Nidasi adalah peristiwa tertanamnya atau bersarangnya sel telur yang telah dibuahi ke dalam endometrium, sel telur yang telah dibuahi (zigot) akan segera menjadi blastomer, pada hari ketiga 16 blastomer disebut morula. Pada hari keempat di dalam morula akan terbentuk rongga, bangunan ini disebut blastula.

Dua struktur penting di dalam blastula adalah:

- 1) Lapisan luar disebut trofoblast, yang akan menjadi plasenta
- 2) Emblastu (inner cell mass) yang akan menjadi janin

### PROSES NIDASI



Pada hari ke-4 blastula masuk kedalam endometrium dan pada hari ke-6 menempel pada endometrium, pada hari ke-10 seluruh blastula sudah terbenam dalam endometrium dengan demikian nidasi sudah selesai tempat nidasi biasanya pada dinding belakang didaerah fundus uteri.

### 3. Plasentasi

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta, setelah nidasi embrio kedalam endometrium, plasentasi dimulai pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi. Terjadinya implantasi mendorong sel blastula mengadakan diferensiasi, sel yang dekat dengan ruang eksoderm membentuk "entoderm" dan "yolk sac" (kantong yolk) sedangkan sel yang lain membentuk "ectoderm" dan ruangan amnion. Plat embrio (*embryonal plate*) terbentuk diantara dua ruangan yaitu ruangan amnion dan kantong yolk, plat embrio terdiri dari unsur ectoderm, endoderm, dan mesoderm, ruangan amnion dengan cepat mendekati korion. sehingga jaringan yang terdapat antara amnion dan embrio padat dan berkembang menjadi tali pusat.

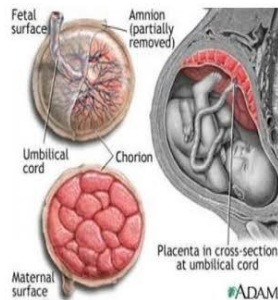
Pada permulaan kantong yolk berfungsi sebagai pembentuk darah bersama dengan hepar, limfe, dan sumsum tulang, pada minggu kedua sampai ketiga terbentuk bakal jantung dengan pembuluh darahnya yang menuju *body stalk* (bakal tali pusat), jantung bayi mulai dapat dideteksi pada minggu keenam sampai delapan dengan mempergunakan ultrasonografi atau doppler, pembuluh darah pada *body stalk* tercin dan arteri umbilikalis dan vena umbilikalis. Cabang arteri dan vena umbilikalis masuk ke vili korialis sehingga dapat melakukan pertukaran nutrisi dan sekaligus membuang hasil metabolisme yang tidak diperlukan.

Vili korialis menghancurkan desidua sampai pembuluh darah, mulai dengan pembuluh darah vena pada hari ke-10 sampai ke-11 setelah konsepsi Bagian desidua yang tidak dihancurkan membagi plasenta menjadi sekitar 15 sampai 20 kotiledon maternal, sedangkan dari sudut fetus, maka plasenta dibagi menjadi 200 kotiledon fetus, setiap kotiledon fetus terus bercabang dan bercabang di tengah aliran darah untuk menjalankan fungsinya memberikan nutrisi, pertumbuhan, dan perkembangan janin dalam rahim ibu tetapi dipisahkan langsung oleh lapisan trofoblas dinding pembuluh



darah janin, fungsinya dilakukan berdasarkan sistem osmosis dan enzimatik serta pinositosis, situasi plasenta demikian disebut sistem plasenta-hemokorial.

## Plasenta



- Bentuk : bundar/hampir bundar
- Diameter : 15-20 cm
- Tebal : ± 2,5 cm
- Berat : ± 500 gram
- Terbentuk lengkap: kehamilan 16 minggu
- Tdd 16-20 kotiledon

## Uraian Fungsi Plasenta

1. Nutrisi → menyalurkan makanan dari ibu ke janin
2. ekskresi → menyalurkan hasil metabolisme dari janin ke ibu.
3. respirasi → menyalurkan O<sub>2</sub> dari ibu ke janin
4. memproduksi hormone (Endokrin)
5. alat penyalur antibody dari ibu ke janin → (Imunologi)
6. Farmakologi → menyalurkan obat yang dibutuhkan janin, dari sang ibu

### 2.1.3 Klasifikasi Masa kehamilan

Pada umumnya kehamilan diklasifikasikan dalam 3 trimester, yaitu: Menurut Kamariyah (2014) Trimester pertama berlangsung pada minggu pertama sampai minggu ke-12 (12 minggu), trimester kedua berlangsung pada minggu ke-13 sampai minggu ke-24 (12 minggu), sedangkan pada trimester ketiga berlangsung pada minggu minggu ke-25 sampai minggu ke-40 (16 minggu).

### 2.1.4 Perubahan Fisiologis dan Psikologis Kehamilan

#### 1. Perubahan Fisiologis Kehamilan

##### 1) Sistem Reproduksi

##### (1) Uterus

- a. Ukuran. Pada kehamilan cukup bulan, ukuran uterus adalah 30x25x20 cm dengan kapasitas lebih dari dari 4.000 cc. Hasil ini membuktikan bagi adekuatnya akomodasi pertumbuhan janin. Pada saat ini rahim membesar akibat hipertropi dan hiperplasi otot polos rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik, dan endometrium menjadi desidua (Sulistiyawati, 2011). Secara klinis, pembesaran uterus dapat ditentukan berdasarkan tinggi fundus uteri.

Tabel 2.1 TFU menurut Penambahan per Tiga Jari (Sulistiyowati, 2011)

Usia Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
----------------------------	---------------------------

12	3 jari diatas simfisis
16	Pertengahan simfisis-pusat
20	3 jari di bawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus(px)
36	3 jari di bawah prosesus xiphoideus(px)
40	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus(px)

Tabel 2.2 TFU menurut Penambahan dalam centimeter

Usia Kehamilan (Minggu)	TFU cm
20	20 cm
24	23 cm
28	26 cm
32	30 cm
36	32 cm
40	37 cm

Sumber : Manuaba, 2012

- b. Berat. Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1.000 gram pada akhir bulan (Sulistiyawati, 2011).

Tabel 2.3 Bentuk Uterus Berdasarkan Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	Bentuk Dan Konsistensi Uterus
M Bulan Pertama	Seperti buah alpukat. Isthmus rahim menjadi hipertropi dan bertambah panjang sehingga bila diraba terasa lebih lunak, keadaan ini yang disebut dengan tanda Hegar
2 bulan	Sebesar telur bebek
3 bulan	Sebesar telur angsa
4 bulan	Berbentuk bulat
5 bulan	Rahim teraba seperti berisi cairan ketuban, rahim terasa tipis, itulah sebabnya mengapa bagian-bagian janin ini dapat dirasakan melalui perabaan dinding perut

Sumber : Sulistiyawati, 2011

- c. Posisi rahim dalam kehamilan. Pada permulaan kehamilan dalam posisi antefleksi atau retrofleksi, pada 4 bulan kehamilan rahim tetap berada dalam rongga pelvis, setelah itu mulai memasuki rongga perut yang dalam pembesarannya dapat mencapai batas hati, pada ibu hamil rahim biasanya mobile lebih mengisi rongga abdomen kanan atau kiri (Sulistiyawati, 2011). Vaskularisasi. Arteri uterin dan ovarika bertambah dalam diameter, panjang, dan anak-anak cabangnya, pembuluh darah vena mengembang dan bertambah (Sulistiyawati, 2011).
- d. Serviks uteri. Bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak, kondisi ini yang disebut dengan tanda Goodell. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mucus. Oleh karena pertambahan dan pelebaran pembuluh darah, warnanya menjadi livid, dan ini disebut dengan tanda Chadwick (Sulistiyawati, 2011).

## (2) Ovarium

Ovulasi berhenti namun masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta yang akan mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron (Sulistiyawati, 2011).

## (3) Vagina dan Vulva.

Oleh karena pengaruh estrogen, terjadi hipervaskularisasi pada vagina dan vulva, sehingga pada bagian tersebut terlihat lebih merah atau kebiruan, kondisi ini disebut tanda Chadwick (Sulistiyawati, 2011).

## 2) Sistem Kardiovaskular

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

Setelah mencapai kehamilan 30 minggu, curah jantung akan menurun karena pembesaran rahim menekan vena yang membawa darah dari tungkai ke jantung. Selama persalinan, curah jantung meningkat sebesar 30%, setelah persalinan curah

jantung menurun sampai 15-25% diatas batas kehamilan, lalu secara perlahan kembali kebatas kehamilan.

Peningkatan curah jantung selama kehamilan kemungkinan terjadi karena adanya perubahan dalam aliran darah ke rahim. Janin yang terus tumbuh, menyebabkan darah lebih banyak dikirim ke rahim ibu. Pada akhir usia kehamilan, rahim menerima seperlima dari seluruh darah ibu. Saat ibu melakukan aktivitas/olahraga, curah jantung, denyut jantung, dan laju pernapasan menjadi lebih tinggi dibandingkan dengan wanita yang tidak sedang hamil.

Selama trimester kedua biasanya tekanan darah menurun tetapi akan kembali normal pada trimester ketiga. Selama kehamilan, volume darah dalam peredaran meningkat sampai 50%, tetapi jumlah sel darah merah yang mengangkut oksigennya meningkat sebesar 25-30%.

Pada hitungan jenis dan Hb ditemukan adanya hematokrit yang cenderung menurun karena kenaikan relatif volume plasma darah. Jumlah eritrosit cenderung meningkat untuk memenuhi kebutuhan transport oksigen yang sangat diperlukan selama kehamilan. Konsentrasi Hb terlihat menurun, walaupun sebenarnya lebih besar dibandingkan dengan Hb pada orang yang tidak hamil, kondisi ini disebut anemia fisiologis. Anemia fisiologis ini disebabkan oleh meningkatnya volume plasma darah.

### 3) Sistem Urinaria

Selama kehamilan, ginjal bekerja lebih berat. Ginjal menyaring darah yang volumenya meningkat (sampai 30-50% atau lebih), yang puncaknya terjadi pada usia kehamilan 16-24 minggu sampai saat sebelum persalinan (pada saat ini aliran darah ke ginjal berkurang akibat penekanan rahim yang membesar). Dalam keadaan normal, aktifitas ginjal meningkat ketika berbaring dan menurun ketika berdiri. Keadaan ini semakin menguat pada saat kehamilan, karena itu wanita hamil sering merasa ingin berkemih ketika mereka mencoba untuk berbaring/tidur.

Pada akhir kehamilan, peningkatan aktivitas ginjal yang lebih besar terjadi saat wanita hamil yang tidur miring. Tidur miring mengurangi tekanan dari rahim pada vena yang membawa darah dari tungkai sehingga terjadi perbaikan aliran darah yang selanjutnya akan meningkatkan aktivitas ginjal dan curah jantung.

### 4) Sistem Gastrointestinal

Rahim yang semakin membesar akan menekan rektum dan usus bagian bawah, sehingga terjadi sembelit atau konstipasi. Sembelit semakin berat karena

gerakan otot didalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesteron. Wanita hamil sering mengalami rasa panas di dada (heartburn) dan sendawa, yang kemungkinan terjadi karena makanan lebih lama lebih lama berada di dalam lambung dan karena relaksasi sfingter di kerongkongan bagian bawah yang memungkinkan isi lambung mengalir kembali ke kerongkongan. Ulkus gastrikum jarang ditemukan pada wanita hamil dan jika sebelumnya menderita ulkus gastrikum biasanya akan membaik karena asam lambung yang dihasilkan lebih sedikit.

#### 5) Sistem Metabolisme

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

Kebutuhan zat besi wanita hamil kurang lebih 1.000 mg, 500 mg dibutuhkan untuk meningkatkan massa sel darah merah dan 300 mg untuk transportasi ke fetus ketika kehamilan memasuki usia 12 minggu, 200 mg sisanya untuk menggantikan cairan yang keluar dari tubuh. Wanita hamil membutuhkan zat besi rata-rata 3,5 mg/hari.

Pada metabolisme lemak terjadi peningkatan kadar kolesterol sampai 350 mg atau lebih per 100 cc. Hormon somatotropin mempunyai peranan dalam pembentukan lemak pada payudara. Deposit lemak lainnya tersimpan di badan, perut, paha dan lengan. Pada metabolisme mineral yang terjadi adalah sebagai berikut : (1) Kalsium. Dibutuhkan rata-rata 1,5 gram sehari, sedangkan untuk pembentukan tulang terutama di trimester akhir dibutuhkan 30-40 gram,(2) Fosfor. Dibutuhkan rata-rata 2 gr/hari, (3) Air. Wanita hamil cenderung mengalami retensi air.

#### 6) Sistem Muskuloskeletal

Estrogen dan progesteron memberi efek maksimal pada relaksasi otot dan ligament pelvis pada akhir kehamilan. Relaksasi ini digunakan oleh pelvis untuk meningkatkan kemampuannya menguatkan posisi janin pada akhir kehamilan dan pada saat kelahiran. Ligament pada simfisis pubis dan sakroiliaka akan menghilang karena berelaksasi sebagai efek dari estrogen. Simfisis pubis melebar sampai 4 mm

pada usia kehamilan 32 minggu dan sakrokoksigeus tidak teraba, diikuti terabanya koksigis sebagai pengganti bagian belakang. Adanya sakit punggung dan ligament pada kehamilan tua disebabkan oleh meningkatnya pergerakan pelvis akibat pembesaran uterus. Bentuk tubuh selalu berubah menyesuaikan dengan pembesaran uterus ke depan karena tidak adanya otot abdomen.

Bagi wanita yang kurus lekukan lumbalnya lebih dari normal dan menyebabkan lordosis dan gaya beratnya berpusat pada kaki bagian belakang. Hal ini menyebabkan rasa sakit yang berkurang terutama di bagian punggung. Oleh karena rasa sakit ini membutuhkan waktu yang cukup lama untuk relaksasi, biasanya wanita hamil menganggap apa yang ia rasakan adalah suatu penderitaan yang kadang memengaruhi suasana psikologisnya. Selain sikap tubuh yang lordosis, gaya berjalan juga menjadi berbeda dibandingkan ketika tidak hamil, yang kelihatan seperti akan jatuh dan tertatih-tatih.

#### 7) Kulit

Topeng kehamilan (*cloasma gravidarum*) adalah bintik-bintik pigmen kecoklatan yang tampak di kulit kening dan pipi. Peningkatan pigmentasi juga terjadi di sekeliling puting susu, sedangkan di perut bawah bagian tengah biasanya tampak garis gelap, yaitu spider angioma (pembuluh darah kecil yang memberi gambaran seperti laba-laba) bisa muncul di kulit, dan biasanya di atas pinggang. Pelebaran pembuluh darah kecil yang berdinding tipis sering kali tampak di tungkai bawah.

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastis dibawah kulit, sehingga menimbulkan *striae gravidarum/striae lividae*. Bila terjadi peregangan yang hebat, misalnya pada hidramnion dan gemeli, dapat terjadi diastasis rekti bahkan hernia. Kulit perut pada *linea alba* bertambah pigmentasinya dan disebut sebagai *linea nigra*. Adanya vasodilatasi kulit menyebabkan ibu mudak berkeringat.

#### 8) Payudara

Payudara sebagai organ target untuk proses laktasi mengalami banyak perubahan sebagai persiapan setelah jalan lahir. Beberapa perubahan yang dapat diamati oleh ibu adalah sebagai berikut : (1) Selama kehamilan payudara bertambah besar, tegang, dan berat, (2) Dapat teraba nodul-nodul, akibat hipertropi kelenjar alveoli, (3) Bayangan vena-vena lebih membiru, (4) Hiperpigmentasi pada areola dan puting susu, (5) Kalau diperas akan keluar kolostrum berwarna kuning.

9) Sistem Endokrin

Selama siklus menstruasi normal, hipofisis anterior memproduksi LH dan FSH. Follicle stimulating hormon (FSH) merangsang folikel de graaf untuk menjadi matang dan berpindah ke permukaan ovarium dimana ia dilepaskan. Folikel yang kosong dikenal sebagai korpus luteum dirangsang oleh LH untuk memproduksi progesteron. Progesteron dan estrogen merangsang proliferasi dari desidua (lapisan dalam uterus) dalam upaya mempersiapkan implantasi jika kehamilan terjadi. Plasenta, yang terbentuk secara sempurna dan berfungsi 10 minggu setelah pembuahan terjadi, akan mengambil alih tugas korpus luteum untuk memproduksi estrogen dan progesteron. Karakteristik estrogen dan progesteron dapat dicermati dalam tabel berikut :

Tabel 2.4 Karakteristik Hormon Estrogen dan Progesteron

<b>Estrogen</b>	<b>Progesteron</b>
<b>Pengaruh Umum</b>	
Menyebabkan pertumbuhan, baik ukuran maupun jumlah sel.	Peningkatan sekresi. Mengendurkan (relaksasi) otot-otot polos.
<b>Pengaruh-pengaruh Khusus</b>	
Menyebabkan penebalan dari endometrium sehingga ovum yang sudah di buahi dapat berimplantasi.	Menyebabkan penebalan dari endometrium sehingga sel telur yang sudah di buahi dapat berimplantasi dan menyebabkan relaksasi
Menyebabkan hipertropi dari dinding uterus dan peningkatan ukuran pembuluh-pembuluh darah dan limfatik yang mengakibatkan vaskularisasi, kongesti, dan odema. Perubahan-perubahan ini mengakibatkan munculnya : <i>Tanda Chadwick</i> (serviks, vulva dan vagina berubah menjadi berwarna biru/ungu); <i>Tanda goodell</i> (serviks menjadi lembut pada perabaan);	Mengistirahatkan otot-otot polos yang berakibat pada : Meningkatnya waktu pengosongan lambung dan peristaltik usus; Meningkatnya gastrik refluk karena relaksasi kardiak sfingter sehingga menyebabkan rasa panas dalam perut ( <i>heartburn</i> ); Penurunan motilitas gastrointestinal, sehingga menyebabkan konstipasi. Pembuluh arteri dan dinding vena relaksasi dan dilatasi sehingga meningkatkan kapasitas vena dan venule yang menyebabkan hemoroid (wasir).

<i>Tanda hegar</i> (isthmus-segmen bawah rahim, menjadi lembut pada perabaan).	
Hipertropi dan hiperplasi otot-otot uterus	Menjaga peningkatan suhu basal ibu
Hipertropi dan hiperplasi jaringan payudara, termasuk sistem pembuluh/pipa	Merangsang perkembangan sistem alveolar payudara
	Dengan hormon relaksin melembutkan/mengendurkan jaringan ikat, ligament-ligamen, otot-otot sehingga dapat mengurangi sakit punggung dan nyeri ligament

Sumber : Sulistiyawati, 2011

#### 10) Indeks Masa Tubuh (IMT)

Menurut Sulistiyawati (2011) Cara yang dipakai untuk menentukan berat badan menurut tinggi badan adalah dengan menggunakan indeks masa tubuh (IMT) dengan rumus berat badan (kg) dibagi tinggi badan (m) pangkat 2. Contoh, wanita dengan berat badan sebelum hamil 51 kg dan tinggi badan 1,57 meter. Maka IMT nya adalah  $51/(1,57)^2 = 20,7$ . Rumus :

$$IMT = \frac{BB(kg)}{TB(m)^2}$$

Nilai IMT mempunyai rentang sebagai berikut : (1) 19,8-26,6 : Normal, (2) < 19,8 : Underweight, (3) 26,6-29,0 : Overweight, (4) > 29,0 : Obese

Pertambahan berat badan ibu hamil menggambarkan status gizi selama hamil, oleh karena itu perlu dipantau setiap bulan. Jika terdapat kelambatan dalam penambahan berat badan ibu, ini dapat mengindikasikan adanya malnutrisi sehingga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan janin intra-uteri (*Intra-Uterin Growth Retardation - IUGR*).

Disarankan pada ibu primigravida untuk tidak menaikkan berat badannya lebih dari 1 kg/bulan. Perkiraan peningkatan berat badan yang dianjurkan adalah 4 kg pada kehamilan trimester I, 0,5 kg/minggu pada kehamilan trimester II dan III, totalnya



sekitar 15-16 kg (Sulistiyawati, 2011). Berikut adalah tabel peningkatan BB yg diharapkan selama kehamilan :

Nilai IMT	Penilaian BB	Total Peningkatan BB Yg Diharapkan Selama Kehamilan
>30	Obesitas-kegemukan	6-9 kg
25-29,9	BB berlebih	6-11 kg
18,5-24,9	BB ideal	11-15 kg
<18,5	BB kurang	12-18 kg

Tabel 2.5 Komponen Pertambahan Berat Badan Ibu selama Kehamilan

Komponen	Jumlah (dalam kg)
Jaringan ekstrauterin	1
Janin	3-3,8
Cairan amnion	1
Plasenta	1-1,1
Payudara	0,5-2
Tambahan darah	2-2,5
Tambahan jaringan cairan	1,5-2,5
Tambahan jaringan lemak	2-2,5
Total	11,5-16

Sumber : Sulistiyawati, 2011

#### 11) Sistem Pernafasan

Ruang abdomen yang membesar oleh karena meningkatnya ruang rahim dan pembentukan hormon progesteron menyebabkan paru-paru berfungsi sedikit berbeda dari biasanya. Wanita hamil bernafas lebih cepat dan lebih dalam karena memerlukan lebih banyak oksigen untuk janin dan untuk dirinya. Lingkar dada wanita hamil agak membesar. Lapisan saluran pernapasan menerima lebih banyak darah dan menjadi agak tersumbat oleh penumpukan darah (kongesti). Kadang hidung dan tenggorokan mengalami penyumbatan parsial akibat kongesti ini. Tekanan dan kualitas suara wanita hamil agak berubah (Sulistiyawati, 2011)

## 2. Perubahan Psikologis Kehamilan

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

- 1) Tahap antisipasi : dalam tahap ini wanita akan mengawali adaptasi dengan merubah peran sosialnya melalui latihan formal (misalnya kelas-kelas khusus kehamilan) dan informasi melalui model peran (*role model*).
  - 2) Tahap honeymoon (menerima peran, mencoba menyesuaikan diri) : pada tahap ini wanita sudah mulai menerima peran barunya dengan cara mencoba menyesuaikan diri. Secara interna wanita akan mengubah posisinya sebagai penerima kasih sayang dari ibunya menjadi pemberi kasih sayang terhadap bayinya.
  - 3) Tahap stabil (bagaimana mereka melihat penampilan dalam perut) : tahap sebelumnya mengalami peningkatan sampai ia mengalami suatu titik stabil dalam penerimaan peran barunya.
  - 4) Tahap akhir (perjanjian) : pada masa ini ibu sudah cukup stabil dalam menerima perannya, namun ibu tetap mengadakan “perjanjian” dengan dirinya sendiri untuk dapat mungkin menepati janjinya mengenai kesempatan-kesempatan internal yang telah ia buat berkaitan dengan apa yang akan ia perankan sejak saat ini sampai bayinya lahir kelak.
- (1) Perubahan Psikologis Trimester I (Periode Penyesuaian) : ibu merasa tidak sehat dan kadang kadang merasa benci dengan kehamilannya, kadang muncul penolakan, kecemasan, dan kesedihan, bahkan kadang ibu berharap agar dirinya tidak hamil saja, ibu akan terus mencari tanda-tanda apakah dia benar-benar hamil. Hal ini dilakukan sekedar untuk meyakinkan dirinya, setiap perubahan yang terjadi pada dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan seksama, oleh karena masih kecil kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin akan diberitahukan kepada orang lain atau malah mungkin dirahasiakannya, hasrat untuk melakukan hubungan seks pada setiap wanita berbeda-beda, tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan.
- (2) Perubahan Psikologis Trimester II (Perubahan Kesehatan Yang Baik) : ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi, ibu sudah bisa menerima kehamilan, merasakan gerakan janin, merasa terlepas dari ketidaknyamanan, kekhawatiran, libido meningkat, menuntut perhatian dan cinta, merasa bahwa bayi sebagai individu yang merupakan bagian dari dirinya,

hubungan sosial meningkat dengan wanita hamil lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu, ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran, dan persiapan untuk peran baru.

- (3) Perubahan Psikologis Trimester III (Periode Penantian Penuh Kewaspadaan) :  
rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik, merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu, takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatan, khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya, merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya, merasa kehilangan perhatian, perasaan mudah terluka (sensitif), libido menurun (Sulistiyawati, 2011).

### **2.1.5 Tanda dan Gejala Kehamilan**

#### **1. Tanda Pasti Kehamilan**

Menurut (Manuaba, 2010: H: 74) tanda pasti kehamilan antara lain yaitu: 1) Adanya gerakan janin sejak usia kehamilan 16 minggu 2) Terdengar denyut jantung jain pada usia kehamilan 12 minggu dengan fetal electrocardiograph dan pada usia kehamilan 18 sampai 20 minggu dengan stethoscope Leannec3) Teraba bagian-bagian janin) Terlihat kerangka janin saat dilakukan pemeriksaan USGS) Terlihat kantong janin saat pemeriksaan USG

#### **2. Tanda Kemungkinan Hamil**

##### **1) Tanda dugaan kehamilan**

Tanda tidak pasti atau dicurigai hamil adalah perubahan anatomic dan fisiologik selain dari tanda presumtif yang dapat dideteksi atau dikenali oleh pemeriksa (Prawirohardjo, 2014: H: 2014) antara lain: (1) Amenorea. Pada wanita hamil terjadi konsepsi dan nidasi yang menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de graff dan ovulasi. Hal ini menyebabkan terjadinya amenorea pada seseorang yang sedang hamil. Dengan mengetahui hari pertama haid terakhir (HPHT) dengan perhitungan neagle dapat ditentukan hari perkiraan lahir (HPL) itu dengan menambah tujuh pada hari, mengurangi tiga pada bulan dan menambah satu pada tahun. (2) Mual dan muntah, Pengaruh estrogen dan progesterone menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual muntah pada pagi hari disebut morning sickness. Dalam batas yang normal fisiologis keadaan ini dapat diatasi, akibat mual muntah nafsu makan menjadi berkurang. (3) Ngidam, Wanita hamil

sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam (4) Sinkope atau pingsan, Terjadinya gangguan sirkulasi ke darah kepala sentral menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkope atau pingsan, Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu. (5) Payudara tegang Pengaruh hormon estrogen dan progesterone dan somatomamotrofin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara sehingga payudara menjadi besar dan tegang Ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama. (6) Sering miksi (sering BAK), Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi Pada triwulan kedua gejala ini sudah menghilang (7) Konstipasi atau obstipasi, Pengaruh hormon progesterone dapat menghambat peristalties sehingga menyebabkan kesulitan untuk buang air besar (8) Pigmentasi kulit Terdapat pigmentasi kulit disekitar pipi (cloasma grvidaum), pada dinding perut terdapat striae albican, striae nigra dan linca nigra semakin menghitam. Pada sekitar payudara terdapat hiperpigmentasi pada putting susu terutama pada bagian arreola dan putting menonjol (9) Epulis, Hipertrofi gusi yang disebut epulis dapat terjadi saat kehamilan yang dipergaruhi oleh hormon estrogen dan progesterone (10) Varises. Karena pengaruh hormon estrogen dan progesterone terjadi penampakan pembuluh darah vena. Penampakan pembuluh darah terjadi pada sekitar genetalia, kaki, betis, dan payudara. Penampakan pembuluh darah ini akan menghilang saat persalinan (Manuaba, 2010:H: 73)

### 3. Tanda Tidak Pasti Hamil

- 1) Perut membesar, pada pemeriksaan dalam akan ditemui beberapa tanda antara lain:
  - a) Tanda hegar, yaitu perubahan pada rahim menjadi lebih panjang dan lunak sehingga seolah-olah kedua jari dapat saling bersentuhan.
  - b) Tanda chadwick yaitu perubahan warna pada vagina dan vulva sehingga tampak lebih berwarna kebiru-biruan yang disebabkan karena pengaruh hormon estrogen
  - c) Tanda piscaceks, yaitu adanya pelunakan dan pembesaran pada unilateral pada tempat implantasi rahim Tanda Braxton hicks, yaitu adanya kontraksi pada rahim yang disebabkan karena adanya rangsangan pada uterus

### 2.1.6 Diagnosis kehamilan

Menurut Sulitiyawati (2011) Pertimbangan untuk menegakkan diagnosa kehamilan meliputi:

1. Hamil atau Tidak Hamil dengan mencari tanda dugaan hamil, tanda tidak pasti hamil, dan tanda pasti hamil.

2. Tanda kemungkinan hamil	Tanda pasti hamil	Tanda tidak pasti hamil
Pembesaran perut Tanda hegar Tanda goodel Tanda <i>Chadwick</i> Tanda <i>Piscaseck</i> Kontraksi <i>Braxton hicks</i> Teraba <i>ballotement</i> Pemeriksaan tes biologis kehamilan (planotest) positif Pembesaran perut Tanda hegar Tanda goodel Tanda <i>Chadwick</i> Tanda <i>Piscaseck</i> Kontraksi <i>Braxton hicks</i> Teraba <i>ballotement</i> Pemeriksaan tes biologis kehamilan (planotest) positif	Terdapat gerak janin Terdengar DJJ Teraba bagian janin	Amenorea (berhenti menstruasi) Mual (nausea) dan muntah (emesis) Ngidam Syncope (pingsan) Kelelahan Payudara tegang Sering miksi Konstipasi atau obstipasi Pigmentasi kulit Epulis Varises

3. Primigravida (Nulipra) atau Multigravida (Multipara) terdapat perbedaan dalam perawatan kehamilan sampai dengan pertolongan persalinan antara primigravida dan multigravida. Dalam proses pengkajian, bidan perlu mencocokkan hasil anamnesa dengan pemeriksaan fisik agar data sebagai dasar pertimbangan diagnosa valid dan dapat dipertanggungjawabkan.

Tabel 2.1 Perbedaan Fisik Nulipara dengan Multipara.

No	Nulipara	Multipara
1	Perut menonjol	Tidak begitu menonjol
2	Rahim tegang	Agak lunak
3	Perut tegang	Perut longgar, perut menggantung, banyak striae
4	Labia mayora tampak bersatu	Labia mayora terbuka
5	Hymen koyak pada beberapa tempat	Karunkula himenalis
6	Payudara tegang	Kurang tegang dan tergantung pada striae
7	Vagina sempit dan rugae yang utuh	Lebih besar rugae kurang menonjol
8	Serviks licin, bulat, dan tidak dapat dilalui oleh satu jari	Bias terbuka satu jari, kadang ada bekas robekan persalinan yang lalu
9	Perineum utuh dan baik	Ada bekas robekan/ episiotomy
10	Pembukaan serviks, diawali dengan mendatar serviks setelah itu membuka, pembukaan 1-2 cm	Serviks mendatar sekaligus membuka, pembukaan 2 cm dalam 1 jari
11	Bagian bawah janin turun 4-6 minggu sebelum persalinan	Biasanya tidak terfiksasi pada PAP sampai persalinan dimulai

#### 4. Tuanya kehamilan

Usia kehamilan dapat ditentukan berdasarkan lama amenore, hari pertama haid terakhir (PHT), tinggi fundus uteri (TFU), mulai merasakan pergerakan mulai terdengar DJJ pada usia 12 minggu menggunakan dopler. 16 minggu dengan menggunakan funduskop, masuknya kepala ke dalam panggul (Sulistiyawiti, 2011),

##### 1) Rumus Naegle

Usia kehamilan diukur dari 280 hari, patokan HPHT atau TP (taksiran persalinan), HPHT adalah hari pertama haid terakhir seorang wanita sebelum hamil. Cara menentukan HPHT adalah dengan melakukan anamnesa pada ibu secara tepat karena apabila terjadi kesalahan, maka penentuan usia kehamilan juga menjadi tidak tepat. Haid terakhir tersebut harus normal, baik dari lamanya

maupun dari banyaknya. Jadi beberapa pertanyaan yang bisa diajukan adalah sebagai berikut:

- (1) Kapan ibu mengeluarkan haid terakhir sebelum hamil.
- (2) Apakah pada tanggal tersebut sudah bersih atau masih baru keluar darah haidnya:
- (3) Berapa lama menstruasiya
- (4) Berapa banyak menstruasinya (jika hanya sedikit maka kemungkinan sudah terjadi nidasi).

HPHT yang tepat adalah tanggal dimana ibu baru mengeluarkan darah menstruasi dengan frekuensi dan lama seperti menstruasi yang seperti biasa

TP adalah tanggal taksiran perkiraan persalinan ibu, bisa ditentukan setelah HPHT didapatkan. Berikut rumus yang digunakan

TP: Tanggal HPHT ditambahkan 7

Bulan HPHT dikurangi 3

Tahun HPHT ditambahkan 1 (jika bulan lebih dari 4-12)

Jika dari HPHT:

Dihitung secara rinci hari-hari yang sudah dilalui dimulai dari HPHT sampai tanggal waktu penghitungan (Hani dkk, 2011),

- 2) Gerakan pertama fetus.

Diperkirakan terjadinya gerakan pertama fetus pada usia kehamilan 16 minggu terdapat perbedaan. Namun, perkiraan ini tidak tepat karena perbedaan merasakan gerakan antara primigravida dengan multigravida. Pada primigravida biasanya dirasakan pada usia 18 minggu, sedangkan pada multigravida sekitar 16 minggu (Hani dick, 2010),

- 3) Perkiraan tinggi fundus uteri

Perkiraan dengan TFU ini merupakan perkiraan yang diketahui oleh bidan. Perkiraan dengan TFU akan lebih tepat pada kehamilan pertama, tetapi kurang tepat pada kehamilan berikutnya.

Tabel 2.7 Perkiraan TFU terhadap usia kehamilan

Usia Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12	3 jari diatas simfisis
16	Pertengahan simfisis-pusat
20	3 jari di bawah pusat

24	Setinggi pusat
28	3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus(px)
36	3 jari di bawah prosesus xiphoideus(px)
40	Pertengahan pusat-prosesus xiphoideus(px)

Sumber: Sulistiyawati, 2011

#### 4) USG

Perkiraan dengan USG ini dapat dilakukan melalui perhitungan dari beberapa hal sebagai berikut ini.

##### (1) Diameter kanton gestasi/KG.

UK (minggu):  $(\text{diameter KG} + 2,543)/0,702$

UK (hari):  $(\text{diameter KG} + 30)$

##### (2) Jarak kepala-bokong JKB (Crown-Rump Length CRL)

UK (minggu) JKB (cm) + 6,5

##### (3) Diameter biparietal dan femur, untuk UK >9 minggu

###### a. DPB

<u>DPB (cm)</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>
Faktor	x4	x4	x4	x4	x4	x4	x4	x4
<u>Koreksi</u>	<u>+5</u>	<u>+3</u>	<u>+2</u>	<u>+1</u>				
UK (mgg)	13	15	18	21	24	28	32	36

###### b. Femur

<u>Femur (cm)</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>
Faktor	x5	x5	x5	x5	x5	x5	x5	x5
<u>Koreksi</u>	<u>+6</u>	<u>+4</u>	<u>+3</u>	<u>+2</u>	<u>+1</u>			
UK (mgg)	16	19	23	27	31	35	40	

#### 5. Janin hidup atau mati

Dalam menegakkan diagnosis janin dalam keadaan hidup atau mati, ada beberapa hal yang dapat kita jadikan sebagian dasar meliputi pada tabel di bawah ini:



Tabel 2.3 Perbedaan Ciri Janin Hidup dan Mati

No	Janin Hidup	Janin Mati
1	DJJ terdengar	DJJ tidak terdengar
2	Rahim membesar seiring dengan bertumbuhnya TFU	Rahim tidak membesar/ TFU menurun
3	Pada palpasi teraba jelas bagian-bagian janin	Palpasi tidak jelas
4	Ibu merasa ada gerakan janin	Ibu tidak merasa gerakan janin pada pemeriksaan rotgen terdapat tanda spalding (tulang tengkorak, ada gelembung gas dalam janin. Reaksi biologis akan muncul setelah 10 hari janin mati

*Sumber: sulistiyawati,2011*

6. Janin tunggal atau kembar

Selain kesejahteraan janin, banyaknya janin dalam uterus dipastikan agar dapat diprediksi gambaran persalinan yang akan dilalui. Untuk memastikan janin tunggal atau ganda dapat dibedakan dari beberapa hal, seperti dalam tabel berikut ini. (Sulistiyawati, 2011).

Tabel 2.4 Perbedaan Janin Tunggal atau Kembar

No	Janin Tunggal	Janin Kembar
1	Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan	Pembesaran perut tidak sesuai dengan usi kehamilan
2	Palpasi teraba dua bagian besar (kepala, bokong)	Retaba 3 bagian besar (kepala, bokong). Meraba bagian besar berdampingan
3	Teraba bagian-bagian kecil hanya di sisi pihak (kanan/kiri)	Meraba banyak bagian kecil
4	DJJ terdengar hanya di satu tempat	Terdengar DJJ pada 2 tempat dengan perbedaan 10 denyutan lebih

*Sumber: sulistiyawati,2011*

## 7. Postur janin dalam rahim

1) Situs atau letak: letak janin adalah letak sumbu panjang anak terhadap sumbu panjang ibu, misalnya memanjang atau melintang. Jenis-jenis letak janin dalam rahim adalah sebagai berikut:

### (1) Letak membujur (longitudinal)

Letak membujur (longitudinal) adalah letak memanjang dalam rahim, kepala berada di fundus dan bokong di bawah. Letak kepala terdiri dari letak fleksi atau letak belakang kepala, letak dahi, letak muka. Letak sungsang atau bokong terdiri dari letak bokong sempurna (complete breech), letak bokong, letak bokong tidak sempurna

### (2) Letak lintang (transversal)

Letak lintang adalah bila dalam kehamilan atau dalam persalinan sumbu panjang janin melintang terhadap sumbu panjang ibu (termasuk didalamnya bila janin dalam posisi oblique)

### (3) Letak miring (oblik)

Oblik adalah posisi janin di rahim dengan keadaan miring atau melintang, sedangkan posisi normal adalah posisi janin berada di bagian bawah tepatnya di pintu rahim sang ibu.

2) Sikap (habitus): menunjukkan hubungan bagian-bagian janin terhadap sumbunya, khususnya terhadap tulang punggungnya, misalnya fleksi atau defleksi. Umumnya janin dalam keadaan fleksi dimana kepala, tulang punggung, dan kaki dalam keadaan fleksi beserta kedua lengan bersilang di dada

3) Posisi position); dipakai untuk menetapkan untuk menetapkan apakah bagian janin yang ada dibagian bawah uterus beraa disebelah kanan, kiri, belakang atau depan terdapat sumbu tubuh ibu (ubun-ubun kini depan).

4) Presentasi/presentation): ditentukan untuk menentukan bagian janin yang ada dibagian uterus, seperti persentasi kepala atau bokong. Cara menentukan Presentasi Janin

(1) Inspeksi: gambaran bentuk perut ibu secara umum. Apakah memanjang secara sejajar atau tegak lurus terhadap sumbu panjang ibu.







(2) Palpasi: Adapun temuan manuver Leopold. pada kehamilan normal digambarkan sebagai berikut :

Leopold I: Perabaan fundus uteri, menentukan tinggi fundus (guna menilai usia kehamilan) dan menentukan bagian janin yang teraba pada fundus (keras kepala, lembut = bokong)

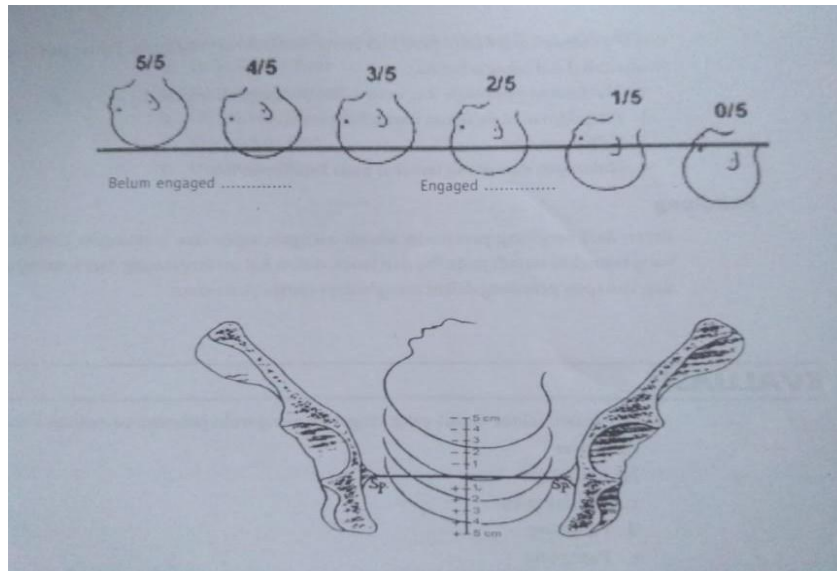
Leopold II: Perabaan lateral abdomen ibu untuk menentukan posisi punggung (rata, luas, simultan) dan ekstremitas (berongga, teraba bagian keci-kecil)

Leopold III: Perabaan bagian segmen bawah rahim (jika teraba keras kepala, lunak = bokong) dengan sedikit diguncang (bila terdapat lentingan = janin belum masuk PAP)

Leopold IV: Perabaan bagian bawah segmen rahim dengan mencoba mempertemukan kedua tangan (bila bertemu atau membentuk sudut konvergen janin belum masuk PAP, bila tidak bertemu atau membentuk sudut divergen = janin sudah masuk PAP)  
Perabaan dilanjutkan dengan meraba kepala janin dengan jari, untuk menentukan kisaran derajat pemasukan janin ke PAP (sulistiyawati, 2011)

Perlinaan	Hodge	Keterangan
5/5 		Kepala di atas PAP mudah digerakkan
4/5 	HI-HII	Sulit di gerakkan, bagian terbesar kepala belum masuk panggul
3/5 	HII-HIII	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
2/5 	HIII +	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
1/5 	H IV	Kepala di dasar panggul
0/5 	H IV	Di Perineum

Gambar Penurunan Kepala Janin menurut Sistem Perlimaian (Saifuddin, 2011)



Gambar 2.3 Penurunan Kepala Janin Menurut Sistem Perlimaian (Rohani, 2011)

8. Janin intrauteri atau ektrauteri

Kepastian janin berada di luar atau didalam uteri sangat diperlukan. Ini berkaitan dengan tindakan yang akan dilakukan karena menyangka kondisi kegawatdaruratan, meskipun diagnosa ini sebenarnya jika kembali kita cermati. Dalam tabel berikut ini

Tabel 2 5 Perbedaan janin Intrautern Dan Ekstrauteri

No	Intrauteri	Ekstrauteri
1	Ibu tidak merasakan adanya nyeri jika ada Pergerakan janin	pergerakan janin dirasa nyeri sekali
2	Janin tidak begitu mudah dirubah	Janin lebih mudah dirabah
3	Ada kemajuan persalinan Pembukaan persalinan Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus bertambah sering dengan berjalannya waktu persalinan Penurunan kepala bertambah	Tidak ada kemajuan persalinan

Sumber Sulistiyawati,2011

## 9. Keadaan jalan lahir

Adanya tanda Chadwick adanya tanda hegar, tidak adanya kemungkinan panggul sempit melalui pemeriksaan)

### 2.1.7 Perubahan Pada Ibu Hamil

#### 1. Perubahan Fisiologis Pada Kehamilan

Dengan terjadinya kehamilan maka seluruh sistem genitalia wanita mengalami perubahan yang mendasar sehingga dapat menunjang perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim (Munuaba, 2010: H: 85). Plasenta dan perkembangannya mengeluarkan hormon somatotropin, estrogen dan progesteron yang menyebabkan perubahan pada bagian tubuh dibawah ini: uterus, Rahim atau uterus yang semula ukurannya sebesar jempol dan beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hyperplasia sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan: Otot rahim mengalami hyperplasia dan hipertropi menjadi lebih besar. Lebih lunak dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin. Perabaan uterus pada perabaan tinggi fundus uteri ibu hamil yaitu tidak hamil/normal sebesar telur ayam ( $\pm 30$  gram). 8 minggu: telur bebek, 12 minggu: telur angsa, 16 minggu pertengahan simpisis ke pusat, 20 minggu pinggir bawah pusat, 24 minggu setinggi pusat, 28 minggu 3 jari bawah px, 32 minggu pertengahan pusat dari px 36:40 minggu: 3 jari bawah px (Serri Hutahean, 2013: H: 45)

Perubahan persistem meliputi:

##### 1) Vagina

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak makin berwarna merah dan kebiru-biruan yang lebih dikenal dengan tanda Chadwick (Manuaba, 2010: H: 92).

##### 2) Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia kehamilan 16 minggu (Manusha, 2010: H: 92).

##### 3) Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada waktu laktasi Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormon estrogen, kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat, puting payudara

membesar, kehitaman dan tegak. Bulan pertama cairan berwarna kuning keluar disebut colostrum (Manauaba, 2010: H: 92).

4) Sirkulasi Darah Ibu

Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah sehingga terjadi pengenceran darah (hemodilusi) dengan puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu (Manuaba, 2010: H: 92)

5) Sistem Pernafasan

Pada kehamilan terjadi juga perubahan sistem pernafasan untuk dapat memenuhi kebutuhan oksigen, disamping itu desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada umur 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan oksigen yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20% sampai 25% dari pada biasanya (Prawirohardjo, 2010, H:184-185)

6) Traktus Urinarius

Karena pengaruh desakan hamil muda dan turunnya kepala bayi pada hamil tua terjadi gangguan dalam bentuk sering BAK (Prawirohardjo, 2010: H:185)

7) Perubahan pada kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh MSH lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi terjadi pada striae gravidarum, linea alba, linea nigra, areola payudara, papilla payudara, pipi (cloasma gravidarum) setelah persalinan hiperpigmentasi akan hilang dengan sendirinya (Prawirohardjo, 2010:H: 179-186).

8) Metabolisme

Dengan terjadinya kemilauan metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, dimana kebutuhan nutrisi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan memberikan ASI (Prawirohardjo, 2010: H: 179-186)

2. Perubahan Psikologis kehamilan

1) Perubahan Psikologis Kehamilan trimester 1 (0-12 minggu)

Menurut kusmiyati, dkk (2009) perubahan psikologis pada masa kehamilan trimester pertama sering disebut masa penentuan bahwa ia hamil. Pada kehamilan trimester pertama segera setelah konsepsi, kadar hormon progesterone dan estrogen dalam tubuh akan meningkat ini menyebabkan mual dan muntah (Morning sickness), lemah, lelah dan membesarnya payudara Ibu merasa tidak sehat dan seringkali membenci kehamilannya. Banyak ibu yang

merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan Seringkali pada awal masa kehamilan ibu berharap untuk tidak hamil

2) Perubahan Psikologis kehamilan Trimester II (12-28 minggu)

Trimester II biasanya ibu sudah merasa sehat dan sering disebut dengan periode pancaran kesehatan Tubuh ibu telah terbiasa dengan kadar hormon yang lebih tinggi dan rasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang Ibu telah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi serta pikirannya secara lebih konstruktif, pada trimester ini ibu mampu merasakan gerakan janinnya, banyak ibu yang merasa terlepas dari kecemasan dan rasa tidak nyaman, seperti yang dirasakannya pada trimester pertama dan merasakan naiknya libido.

3) Perubahan Psikologis Kehamilan Trimester III (28-40 minggu)

Trimester ketiga serikali disebut periode penatian untuk kelahiran bagi bayi dan kebahagiaan dalam menanti seperti apa wajah bayi nantinya dan pada saat itu ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Terkadang ibu merasa khawatir bila bayinya lahir sewaktu-waktu. Ibu sering merasa khawatir kalau bayinya lahir tidak tumal, kebanyakan ibu akan bersikap melindungi bayinya dan cenderung menghindari orang atau benda apa saja yang dianggap membahayakan bayi. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu merasakan aneh atau jelek. Ibu juga mulai merasa sedih karena akan berpisah dan bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima semasa hamil.

### **2.1.7 Standar Asuhan Kehamilan (10T)**

Menurut Kemenkes RI (2015) dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil, melakukan intervensi secara adekuat sehingga ibu hamil siap untuk menjalani persalinan normal. Setiap kehamilan dalam perkembangannya mempunyai resiko mengalami penyulit atau komplikasi. Oleh karena itu pelayanan antenatal harus dilakukan secara rutin sesuai standard and terpadu untuk pelayanan antenatal yang berkualitas.

Pelayanan antenatal terpadu merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui pemberian pelayanan dan konseling kesehatan termasuk stimulasi dan gizi agar kehamilan berlangsung sehat dan janinnya lahir sehat

dan cerdas, deteksi dini masalah penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan. penyiapan persalinan yang bersih dan aman perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika penyulit komplikasi, penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan. melibatkan ibu hamil suami dan keluarga dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit komplikasi.

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar terdiri dari:

1. Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya factor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145cm meningkatkan resiko untuk terjadinya Cephalo Pelvic Disproportion (CPD)

2. Ukur Tekanan Darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah  $\geq$  140/90mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai odema wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinuria

### **SKRINING PRE EKLAMPSIA**

- 1) Skrining melalui anamnesa yang lengkap tentang riwayat kesehatan ibu hamil.

Bidan maupun dokter harus melakukan anamnesa yang lengkap untuk dapat menentukan apakah ibu hamil memiliki faktor risiko terjadinya pre eklampsia atau tidak. Faktor risiko ini dibedakan menjadi 2 (dua) yaitu faktor risiko yang kuat dan sedang. Faktor risiko yang kuat antara lain: mengalami pre eklampsia / hipertensi pada kehamilan sebelumnya, adanya penyakit ginjal kronis, hipertensi, diabetes tipe 1 atau 2, gangguan auto imun termasuk lupus eritematosus atau sindrom antifosfolipid. Sedangkan faktor risiko sedang antara lain kehamilan pertama, usia 40 tahun keatas, jarak kehamilan  $>$  10 tahun, indeks massa tubuh  $\geq$  35 kg/m<sup>2</sup>,



polycystic ovarium syndrome, adanya riwayat keluarga yang mengalami PE (ibu kandung/saudara kandung) dan kehamilan kembar, penggunaan teknologi reproduksi, pasangan baru.

## 2) Skrining biofisik/Maternal Biophysical Marker

Terdapat 2 metode skrining biofisik yang diulas dalam kajian ini antara lain:

### (1) Doppler Velocymetry arteri uterine

Metode ini merupakan salah satu metode non invasif untuk menilai sirkulasi uteroplasenta. Adanya gangguan perfusi plasenta direfleksikan dengan adanya peningkatan Indeks Pulsasi (IP) dari arteri uterine yang berkaitan dengan perkembangan pre eklampsia. IP arteri uterine pada trimester pertama dipengaruhi oleh usia kehamilan saat dilakukan skrining, berat badan ibu, ras, riwayat diabetes. IP arteri uterine secara signifikan meningkat pada usia kehamilan 11-13 minggu pada kelompok ibu yang mengalami PE dan adanya korelasi linear negative yang signifikan antara IP arteri uterine dengan usia kehamilan saat melahirkan.<sup>4</sup>

### (2) Pemeriksaan Tekanan Darah

Pada pre eklampsia, hipertensi terjadi sebagai akibat dari terjadinya vasokonstriksi dan penurunan tekanan vaskuler perifer. Meskipun hipertensi sebagai tanda kedua dari PE, ini juga penting sebagai indikasi dini terjadinya PE. Pemeriksaan tekanan darah yang akurat diperlukan, selain itu perlu juga diperhatikan hal –hal sebagai berikut: a) pemeriksaan tekanan darah yang pertama biasanya yang paling tinggi, biasanya akan menurun setelah pasien beradaptasi dengan prosedur dan lingkungan; b) penggunaan spigmomanometer raksa merupakan gold standar; 3) penggunaan ukuran cuff yang tepat; 4) posisi lengan dan postur tubuh saat diperiksa.<sup>7</sup> Penggunaan spigmomanometer otomatis dapat digunakan karena simple, terstandarisasi dan dapat digunakan untuk pemeriksaan berulang kali. Posisi pasien yang tepat saat pengukuran adalah: posisi duduk dengan punggung bersandar, kaki tidak menyilang, lengan ditopang setinggi jantung. Dua kali pemeriksaan harus dilakukan pada masing – masing lengan. Mean Arterial Pressure (MAP) didapatkan dari rata-rata 4

(empat) pengukuran yang telah dilakukan. Penelitian menunjukkan hasil yang serupa dengan IP arteri uterine bahwa terjadi peningkatan MAP secara signifikan pada usia kehamilan 11-13 minggu pada wanita yang mengalami PE demikian juga terdapat korelasi linear negatif yang signifikan antara MAP dengan usia kehamilan saat melahirkan.

### 3) Skrining biokimia/Maternal Biochemical Marker

Begitu banyak biochemical marker yang telah ditemukan dapat digunakan untuk memprediksi PE. Terdapat banyak marker yang dapat mengukur manifestasi dari kerusakan plasentasi yang disebabkan karena invasi trofoblas yang tidak adekuat dari arteri spiral maternal dan penurunan perfusi plasenta yang menyebabkan iskemia plasenta yang menandakan terjadinya kerusakan. Hal ini memicu keluarnya faktor inflamasi, aktivasi platelet, disfungsi endothelial, disfungsi renal maternal atau adanya oksidatif stress yang abnormal. Marker yang paling banyak diteliti sebagai penanda kerusakan plasenta adalah maternal serum PAPP-A (*pregnancy associated plasma protein-A*) dan PIGF (*placental growth Factor*). PAPP-A berkaitan dengan *the insulin-like growth factor* yang diyakini memiliki peranan yang sangat penting dalam pertumbuhan dan perkembangan plasenta. Rendahnya kadar serum PAPP-A berhubungan dengan meningkatnya insiden PE. PIGF merupakan anggota dari *vascular endothelial growth factor*. Berikatan dengan *vascular endothelial growth factor receptor-1* dimana telah diketahui kadarnya akan meningkat saat kehamilan. PE dikaitkan dengan penurunan produksi PIGF oleh plasenta. Penurunan produksi dari PIGF ini berhubungan dengan terjadinya PE. Kebalikan dari skrining biofisik, konsentrasi PAPP-A dan PIGF ini menurun pada usia kehamilan 11-13 minggu pada wanita yang mengalami PE. Terdapat pula korelasi linear yang positif antara kadar dari kedua marker ini dengan umur kehamilan saat melahirkan. Deteksi dini dengan menggunakan pendekatan antenatal care melalui anamnesa untuk mengetahui karakteristik dan riwayat maternal dan dikombinasi dengan serangkaian pemeriksaan biofisik dan biokimia yang efektif dilakukan adalah pada onset awal dari penyakit PE yaitu pada trimester pertama kehamilan terutama pada umur kehamilan 11-13 minggu karena kondisi

potensial ini dapat dicegah dengan terapi profilaksis menggunakan aspirin dosis rendah yang dimulai sejak umur kehamilan 16 minggu. Sedangkan skrining tahap kedua yang dilakukan pada usia kehamilan 30-33 minggu bertujuan untuk menentukan waktu kelahiran apakah pada umur kehamilan 34 minggu atau setelah itu. Dengan monitoring ketat ini melalui diagnosis dini dari tanda klinis penyakit ini secara potensial dapat meningkatkan kondisi perinatal dimana akan dapat ditentukan apakah ibu hamil tersebut perlu diberikan obat antihipertensi atau segera dilakukan terminasi.

3. Nilai Status Gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas/LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil beresiko Kurang Energi Kronis (KEK) Karang energi kronis disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan atau tahun) dimana ukuran LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

4. Ukur Tinggi Fundus Uteri

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. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu

5. Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Menentukan presentasi Janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak. panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ Tambat kurang dari 1200 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat.

6. Skrining Status imunisasi Tetanus dan Berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriminasi status imunisasi T nya Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi T ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus.

### **Cara Menentukan Status TT**

Penentuan status imunisasi WUS dibedakan oleh kelahiran WUS pada tahun 1979 sampai dengan tahun 1993 dan WUS yang lahir setelah tahun 1993, dimana tahun 1979 adalah tahun dimulainya program imunisasi dasar lengkap dan tahun 1993 adalah tahun dimulainya Bulan Imunisasi Anak Sekolah.

Untuk WUS yang lahir pada tahun 1979 sampai dengan tahun 1993 dan ingat jika pada saat sekolah SD dilakukan imunisasi, maka status imunisasinya:

- a. TT I adalah waktu imunisasi di kelas I SD;
- b. TT II adalah waktu imunisasi di kelas II SD;
- c. TT III adalah waktu imunisasi calon pengantin (caten);
- d. TT IV adalah waktu imunisasi pertama kali pada saat hamil; dan
- e. TT V adalah waktu imunisasi kedua pada saat hamil.

WUS yang lahir pada tahun 1979 sampai dengan tahun 1993 namun tidak ingat waktu sekolah SD dilakukan imunisasi, maka status imunisasinya:

- a. TT I adalah waktu imunisasi caten pertama;
- b. TT II adalah satu bulan setelah TT I;
- c. TT III adalah waktu imunisasi pertama kali pada saat hamil; dan
- d. TT IV adalah waktu imunisasi kedua pada saat hamil.

WUS yang lahir setelah tahun 1993 yang tidak mempunyai KMS Balita dan kartu TT di SD, maka status imunisasinya:

- a. TT I adalah waktu imunisasi caten pertama;

- b. TT II adalah satu bulan setelah TT I;
- c. TT III adalah waktu imunisasi pertama kali pada saat hamil; dan
- d. TT IV adalah waktu imunisasi kedua pada saat hamil.

WUS yang lahir setelah tahun 1993 yang tidak mempunyai KMS Balita namun mempunyai kartu TT di SD, maka status imunisasinya:

- a. TT I adalah waktu imunisasi di klas I SD;
- b. TT II adalah waktu imunisasi di klas II SD;
- c. TT III adalah waktu imunisasi caten yang pertama;
- d. TT IV adalah waktu imunisasi pertama kali pada saat hamil; dan
- e. TT V adalah waktu imunisasi kedua pada saat hamil.

WUS yang lahir setelah tahun 1993, mempunyai KMS Balita dan mempunyai kartu TT di SD, maka status imunisasinya:

- a. TT I sampai dengan TT IV dapat dilihat di KMS dan kartu TT; dan
- b. TT V adalah waktu imunisasi pertama kali pada saat hamil.

Ibu hamil dengan status imunisasi TS (TT Long Life) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi. Pemberian imunisasi TT tidak mempunyai interval maksimal, hanya terdapat interval minimal. Interval minimal pemberian imunisasi TT dan lama perlindungannya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2.6 Imunisasi TT

Imunisasi TT	Selang waktu minimal pemberian imunisasi	Lama Perlindungan
TT1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus

TT2	1 bulan setelah TTI	3 Tahun
TT3	6 bulan setelah TT 2	5 Tahun
TT4	12 bulan setelah TT 3	10 Tahun
TT5	12 bulan setelah TT 4	>25 Tahun

*Sumber Sulistiyawati, 2011*

#### 7. Beri Tablet Tambah Darah (Tablet Besi)

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

#### 8. Pemeriksaan Laboratorium (Rutin dan Khusus)

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah dan pemeriksaan spesifik darah edemis/epidemis (malaria, HIV dan lain-lain). Sementara pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal. Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi

##### 1) Pemeriksaan golongan darah

pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan. Pemeriksaan diperlukan apabila ibu hamil belum diketahui golongannya.

##### 2) Pemeriksaan kadar Hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil pada trimester kedua dilakukan atas indikasi.

### 3) Pemeriksaan Protein Dalam Urin

Pemeriksaan protein dalam urin pada ibu hamil dilakukan pada trimester ke II dan trimester III atas indikasi. Pemeriksaan ini ditunjukkan untuk mengetahui adanya protein urin pada ibu hamil. Protein urin merupakan salah satu indikator terjadinya preeklamsia pada ibu hamil.

### 4) Pemeriksaan Kadar Gula Darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes mellitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama sekali pada trimester kedua dan sekali pada trimester ketiga.

### 5) Pemeriksaan darah Malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis Malaria (endemis satang dan tingal) dilakukan pemeriksaan darah Malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama. Ibu hamil di daerah non endemis Malaria (endemis rendah) dilakukan pemeriksaan darah Malaria apabila ada indikasi.

### 6) Pemeriksaan tes Sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan di daerah dengan resiko tinggi dan ibu hamil yang diduga menderita sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan.

### 7) Pemeriksaan HIV

Di daerah epidemie HIV meluas dan terkonsentrasi, tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan wajib menawarkan tes HIV kepada semua ibu hamil secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan. Di daerah epidemic HIV rendah, penawaran Tes HIV oleh tenaga kesehatan diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan angkatan atau menjelang persalinan. Teknik penawaran ini disebut provider Initiated Testing and Counseling (PITC) atau Tes HIV atas inisiatif pemberi pelayanan Kesehatan dan Konseling (TIPK).

#### 8) Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai tuberculosis sebagai pencegahan agar infeksi tuberculosis tidak mempengaruhi kesehatan Janin. Selain pemeriksaan tersebut diatas, apabila diperlukan dapat dilakukan pemeriksaan penunjang lainnya di fasilitas rujukan. Mengingat kasus pendarahan dan preeklamsi/eklamsi merupakan penyebab utama kematian ibu, maka diperlukan pemeriksaan dengan menggunakan alat deteksi resiko ibu hamil oleh bidan termasuk bidan desa meliputi alat pemeriksaan laboratorium rutin (golongan darah HB) alat pemeriksaan laboratorium khusus (gluko-protein urin) dan tes kehamilan.

#### 9) Tatalaksana Penanganan Kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal diatas dan hasil pemeriksaan laboratorium setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standart dan kewenangan tenaga kesehatan Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan system rujukan.

#### 10) Temu Wicara (Konseling)

Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi

##### 1. kesehatan ibu

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan dan mengajarkan ibu hamil agar beristirahat yang cukup selama kehamilannya (sekitar 9-10 jam) dan tidak bekerja berat.

##### 2. Perilaku hidup bersih dan sehat

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan selama kehamilan misalnya mencuci tangan sebelum makan, mandi 2 kali sehari dengan menggunakan sabun menggosok gigi setelah sarapan dan sebelum tidur serta melakukan olahraga ringan.

##### 3. Peran suami keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan



Setiap ibu hamil perlu mendapatin dukungan dari keluarga terutama suami dalam kehamilannya suami, keluarga ataumasyarakat perlu menyiapkan biaya persalinan, kebutuhan bayi, transportasi rujukan dan calon donor darah. Hal ini penting apabila terjadi komplikasi kehamilan, persalinan, dan iths agar segera dibawa ke fasilitas kesehatan.

4. Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan

Menghadapi komplikasi Setiap ibu hamil diperkenalkan mengenal tanda-tanda bahaya baik selama kehamilan, persalinan dan nifas misalnya perdarahan pada hamil muda maupun hamil tua, keluar cairan berbau pada jalan lahir sant nifas, dsb. Mengetahui tanda- tanda bahaya ini penting agar ibu hamil segera mencari pertolongan ketenaga kesehatan.

5. Asupan gizi seimbang

Selama hamil ibu dianjurkan untuk mendapatkan asupan makanan yang cukup dengan pola gizi seimbang karena hal ini penting untuk proses tumbuh kembang janin dan derajat kesehatan ibu. Misalnya ibu hamil disarankan minum tablet tambah darah secara rutin untuk mencegah anemia pada kehamilannya

6. Gejala penyakit menular dan tidak menular

Setiap ibu hamil harus tau mengenai gejala-gejala penyakit menular dan penyakit tidak menular karena dapat mempengaruhi pada kesehatan ibu danjaninnya.

7. Penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah epidemie meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB di daerah epidemic rendah

Setiap ibu hamil ditawarkan untuk dilakukan tes HIV dan segera diberikan informasi mengenai resiko penularan HIV dari ibu ke janinya. Apabila ibu hamil tersebut HIV positif maka dilakukan konseling Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA). Bagi ibu hamil yang negative selama hamil, menyusui, dan seterusnya.

#### 8. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan Pemberian ASI Eksklusif

Setiap ibu hamil dianjurkan untuk memberikan ASI kepada bayinya segera setelah bayi lahir karena ASI mengandung zat kekebalan tubuh yang penting untuk kesehatan bayi. Pemberian ASI dilanjutkan sampai bayi berusia 6 bulan.

#### 9. KB Paska Persalinan

Ibu hamil diberikan pengarahan tentang pentingnya ikut KB setelah persalinan untuk menjarangkan kehamilan dan agar ibu punya waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak dan keluarga.

#### 10. Imunisasi

Setiap ibu hamil harus mempunyai status imunisasi (T) yang masih memberikan perlindungan untuk mencegah ibu dan bayi mengalami tetanus neonatorum.

#### 11. Peningkatan kesehatan intelengensia pada kehamilan (Brain Booster)

Untuk meningkatkan intelegensia bayi yang akan dilahirkan, ibu hamil dianjurkan untuk memberikan stimulasi auditori dan pemenuhan nutrisi pengungkit otak (brain booster) secara bersamaan pada periode kehamilan.

### **2.1.8 Kebutuhan Ibu Hamil**

Menurut Jannah, Nurul (2012) kebutuhan ibu hamil meliputi:

#### 1. Kebutuhan Fisik

- 1) Diet makanan: Kebutuhan makanan pada ibu hamil mutlak harus dipenuhi. Kekurangan nutrisi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia, abortus, IUGR, inersia uteri, perdarahan pasca persalinan, sepsis puerpuralis, dan lain-lain. Sedangkan kelebihan makanan karena beranggapan pemenuhan makanan untuk dua orang, akan berakibat kegemukan, pre-eklamsia, janin terlalu besar, dan sebagainya. Hal penting yang harus diperhatikan adalah cara mengatur menu makan dan pengolahan menu tersebut dengan berpedoman pada pedoman gizi seimbang. Status gizi ibu yang kurang baiksebelum dan selama hamil merupakan penyebab utama

dari berbagai personal kesehatan yang serius pada ibu dan bayi, berakibat bayi lahir dengan berat badan rendah, kelahiran prematur, serta kematian neonatal dan prenatal. Berat badan sebelum hamil, penambahan berat badan hamil (PBBH), dan Indeks masa tubuh (IMT) masih merupakan indikator yang banyak dipakai untuk menentukan status gizi ibu. Rendahnya PBBH yang diperburuk oleh rendahnya berat badan sebelum hamil dan otomatis rendahnya IMT ditengarai akan meningkatkan gizi resiko kehamilan seperti BBLR, kelahiran, dan komplikasi pada saat melahirkan. PBBH yang terlalu tinggi beresiko terhadap komplikasi kehamilan seperti hipertensi, diabetes, dan pre-eklamsia, dan komplikasi saat melahirkan, serta makrosomi. Untuk menghindari resiko tersebut ibu hamil harus memperhatikan asupan gizi sebelum, ketika, dan setelah kehamilan, karena rerata PBBH yang dianjurkan di negara berkembang adalah 12,5 kg (Sulistiyawati,2011). Kebutuhan nutrisi ibu hamil yang harus dipenuhi diantara lain yaitu :

- (1) Kebutuhan Energi: Widya Karya Pangan Dan Gizi Nasional menganjurkan pada ibu hamil untuk meningkatkan asupan kebutuhan energy sebesar 285 kkal perhari. Tambahan energi bertujuan untuk memasok kebutuhan ibu dalam memenuhi kebutuhan janin. Pada trimester satu kebutuhan energi meningkat untuk organogenesis atau pembentukan organ-organ penting janin, dan jumlah tambahan energi ini terus meningkat pada trimester dua dan tiga untuk pertumbuhan janin.
- (2) Kebutuhan Protein : Ibu hamil mengalami peningkatan kebutuhan protein sebanyak 68 %. Widya karya pangan dan gizi nasional menganjurkan untuk menambah asupan protein menjadi 12 % perhari atau 75-100 gram. Bahan pangan yang dijadikan sebagai sumber protein sebaiknya bahan pangan dengan nilai biologi yang tinggi, seperti daging tak berlemak, ikan, telur, susu dan hasil olahannya.
- (3) Kebutuhan zat besi : Anemia sebagian besar disebabkan oleh defisiensi zat besi, oleh karena itu perlu ditekankan pada ibu hamil untuk mengkonsumsi zat besi selama hamil dan setelah

melahirkan. Kebutuhan zat besi selama hamil meningkat sebesar 300 % (1.040 mg selama hamil) dan peningkatan ini tidak dapat mencukupi hanya dari makanan sang ibu selama hamil melainkan perlu ditunjang dengan suplemen zat besi. Pemberian suplemen zat besi dapat diberikan sejak minggu ke-12 kehamilan sebesar 30-60 gram setiap hari selama kehamilan dan enam minggu setelah kelahiran untuk mencegah anemia postpartum. Disamping itu harus dilakukan pemantauan cara meminum yang benar karena berpengaruh terhadap efektivitas penyerapan zat besi. Vitamin C dan protein hewani merupakan elemen yang sangat membantu dalam penyerapan zat besi, sedangkan kopi, teh, garam kalsium, magnesium akan menghambat penyerapan zat besi. Namun demikian bukan berarti zat makanan yang menghambat penyerapan zat besi tidak bermanfaat bagi tubuh. Zat-zat ini tetap dikonsumsi namun jangan diminum bersamaan dengan tablet zat besi. Berilah jarak waktu kurang lebih dua jam dari pemberian zat besi (Sulistyawati, 2011).

Anemia adalah keadaan tubuh yang kekurangan hemoglobin. Kadar Hb normal adalah 12-16% dari sel darah merah, jumlah sel darah merah normal 5 juta/mm<sup>3</sup> (Soebroto, 2009). Seseorang dikatakan menderita anemia apabila kadar hemoglobin dalam darah kurang dari 12 g/100ml (Hudono, 2009). Penyebab anemi pada kehamilan disebabkan kekurangan zat besi mencapai kurang lebih 95%. Terjadinya peningkatan volume darah mengakibatkan hemodilusi atau pengenceran darah sehingga kadar Hb mengalami penurunan dan terjadi anemi (Varney, H., 2010). Kebanyakan anemi dalam kehamilan disebabkan oleh defisiensi besi dan perdarahan akut bahkan tidak jarang keduanya saling berinteraksi. Kebutuhan ibu selama kehamilan adalah 800 mg besi, diantaranya 300 mg untuk janin plasenta dan 500 mg untuk penambahan eritrosit ibu. Dengan demikian ibu membutuhkan tambahan sekitar 2-3mg besi/hari (Saifuddin, 2010).

Klasifikasi anemi kehamilan secara umum menurut Proverawati (2009) adalah:

- a. Anemia defisiensi besi sebanyak 62,3% adalah anemia yang terjadi akibat kekurangan zat besi dalam darah. Pengobatannya adalah pemberian tablet besi yaitu keperluan zat besi untuk wanita hamil, tidak hamil dan dalam laktasi yang dianjurkan.
- b. Anemia hipoplastik dan Aplastik sebanyak 8% adalah anemia disebabkan karena sum-sum tulang belakang kurang mampu membuat sel-sel darah baru.
- c. Anemia hemolitik sebanyak 0,7% adalah anemia disebabkan karena penghancuran sel darah merah berlangsung lebih cepat daripada pembuatannya.

Tanda dan gejala anemi pada ibu hamil menurut Varney, H., (2010) adalah letih, sering mengantuk, malaise, pusing, lemah, nyeri kepala, luka pada lidah, kulit pucat, membrane mukosa pucat (misalnya konjungtiva), bantalan kuku pucat, tidak ada nafsu makan, mual dan muntah.

Diagnosis anemia pada kehamilan menurut Manuaba (2010) bahwa pemeriksaan dan pengawasan Hb dapat dilakukan dengan menggunakan alat cyanmet. Hasil pemeriksaan Hb dengan Cyanmet dapat digolongkan sebagai berikut : a. Hb 11gr% : tidak anemia, b. Hb 9-10gr% : anemia ringan, c. Hb 7-8gr% : anemia sedang, d. Hb <7gr% : anemia berat.

Tingkatan anemia adalah:

- a. Stadium 1 adalah kehilangan zat besi melebihi asupannya, sehingga menghabiskan cadangan dalam tubuh, terutama sum-sum belakang. Kadar Ferritin (protein yang menampung zat besi) dalam darah berkurang secara progresif.
- b. Stadium 2 adalah cadangan zat besi yang telah berkurang tidak dapat memenuhi kebutuhan untuk pembentukan sel darah merah, sehingga sel darah merah yang dihasilkan jumlahnya lebih sedikit.
- c. Stadium 3 adalah mulai terjadi anemia. Pada awal stadium ini, sel darah merah tampak normal, tetapi jumlahnya lebih

sedikit. Kadar hemoglobin dan hematokrit menurun.

- d. Stadium 4 adalah sum-sum tulang berusaha untuk menggantikan kekurangan zat besi dengan mempercepat pembelahan sel dan menghasilkan sel darah merah dengan ukuran yang sangat kecil (mikrositik), yang khas untuk anemia karena kekurangan zat besi.
- e. Stadium 5 adalah semakin memburuknya kekurangan zat besi dan anemia maka akan timbul gejala-gejala karena kekurangan zat besi dan gejala-gejala karena anemia semakin memburuk.

Akibat anemia pada kehamilan menurut Proverawati (2009) adalah:

- a. Hamil muda (trimester pertama) : abortus, missed abortion, dan kelainan congenital
- b. Trimester kedua : persalinan premature, perdarahan antepartum, gangguan pertumbuhan janin dalam rahim, asfiksia intrauterine sampai kematian, BBLR, gestosis dan mudah terkena infeksi, IQ rendah, dekompensatio kordis kematian ibu
- c. Saat inpartu : gangguan his primer dan sekunder, janin lahir dengan anemia, persalinan dengan tindakan tinggi, ibu cepat lelah, gangguan perjalanan persalinan perlu tindakan operatif

(4) Kebutuhan Asam folat: Merupakan satu-satunya vitamin yang kebutuhannya mengikat dua kali lipat selama hamil. Asamfolat sangat berperan dalam metabolisme normal makanan menjadi energi, pematangan sel darah merah, sintesis DNA, pertumbuhan sel, dan pembentukan heme. Jika kekurangan asam folat maka ibu dapat menderita anemia megaloplastik dengan gejala diare, depresi, lelah berat, dan selalu mengantuk. Jenis makanan yang banyak mengandung asam folat adalah ragi, hati, brokoli, sayur berdaun hijau dan kacang-kacangan. Sumber lain yaitu ikan, daging, buah jeruk dan telur. (Sulistyawati, 2011).

(5) Kebutuhan kalsium: Metabolisme kalsium selama hamil mengalami perubahan yang sangat berarti. Kadar kalsium dalam

darah ibu hamil turun drastis sebanyak 5 %. Oleh karena itu, asupan yang optimal perlu dipertimbangkan. Sumber utama kalsium adalah susu, udang, sayuran warna hijau tua dan lain-lain. (Sulistyawati, 2011).

- 2) Obat-Obatan: Sebenarnya jika kondisi ibu hamil tidak dalam keadaan yang benar-benar berindikasi untuk diberikan obat-obatan, sebaiknya pemberian obat dihindari. Penatalaksanaan keluhan dan ketidaknyamanan yang dialami lebih dianjurkan kepada pencegahan dan perawatan saja. Dalam pemberian terapi, dokter biasanya akan sangat memperhatikan reaksi obat terhadap kehamilan, karena ada obat tertentu yang kadang bersifat kontra terhadap kehamilan. (Sulistyawati, 2011)
- 3) Lingkungan Yang Bersih: Salah satu pendukung untuk keberlangsungan kehamilan yang sehat dan aman adalah adanya lingkungan yang bersih, karena kemungkinan terpapar kuman dan zat toksik yang berbahaya bagi ibu dan janin akan terminimalisasi. Lingkungan yang bersih disini adalah termasuk dari polusi udara seperti asap rokok. Selain udara perilaku hidup bersih dan sehat juga perlu dilaksanakan, seperti menjaga kebersihan diri, makanan yang dimakan, buang air besar di jamban.
- 4) Senam Hamil : Kegunaan senam hamil adalah melancarkan sirkulasi darah, nafsu makan bertambah, pencernaan menjadi lebih baik, dan tidur menjadi lebih nyenyak. Ibu hamil melakukan masing-masing gerakan sebanyak dua kali pada awal latihan dan dilanjutkan dengan kecepatan dan frekuensi menurut kemampuan dan kehendak mereka sendiri minimal lima kali tiap gerakan. (Sulistyawati, 2011).

Senam hamil merupakan terapi latihan gerakan untuk menjaga stamina dan kebugaran ibu selama kehamilan dan mempersiapkan ibu secara fisik maupun mental untuk menghadapi persalinan dengan optimal. Senam hamil menjadi anjuran wanita hamil agar mempersiapkan baik fisik maupun mental menuju persalinan yang lancar. Menurut *Canadian Society for Exercise Physiology* (CSEP), prinsip pelaksanaan senam pada ibu hamil yang aman dikenal dengan istilah FITT, yaitu : *Frequency* (F) : Senam hamil dilakukan 3-4 kali

dalam seminggu. Intensity (I) : Diukur dengan melihat denyut jantung ibu disesuaikan dengan umur, intensitas ini bisa juga diobservasi melalui “talk test”. Jika ibu berbicara dengan nafas terengah-engah, maka intensitas senam harus diturunkan. Time (T) : Durasi senam hamil dimulai dari 15 menit, kemudian dinaikkan 2 menit perminggu hingga dipertahankan pada durasi 30 menit. Setiap kegiatan senam, disertai dengan pemanasan dan pendinginan masing-masing 5-10 menit. *Type* (T) : pemilihan jenis gerakan harus beresiko minimal dan tidak membahayakan. Senam hamil dapat dimulai pada usia kehamilan 22 minggu dan dilakukan atas nasihat dokter atau bidan. Terdapat beberapa hal yang harus dipertimbangkan sebelum seorang ibu melakukan senam hamil, yaitu apakah ibu termasuk dalam kelompok resiko rendah, resiko tinggi atau kontraindikasi (kontra indikasi relatif dan spesifik) untuk melakukan senam hamil. Ibu yang aman untuk melakukan senam hamil ialah kelompok resiko rendah. Pada ibu kelompok resiko tinggi diperlukan pengawasan dan perhatian kemungkinan terdapat faktor resiko. Sedangkan pada kelompok dengan kontraindikasi, jika kontraindikasi yang masih relatif maka ibu masih memungkinkan untuk melakukan senam hamil apabila kondisi ibu membaik. Namun jika kelompok kontraindikasi yang spesifik melakukan senam hamil akan membahayakan kondisinya maupun janin yang dikandung. (Irianti, 2013)

- 5) Pakaian : Meskipun pakaian tidak berkaitan secara langsung dengan kesejahteraan ibu dan janin, namun tetap perlu dipertimbangkan karena pakaian dan kelengkapannya yang kurang tepat akan mengakibatkan beberapa ketidaknyamanan yang akan mengganggu fisik dan psikologis ibu. Pakaian yang baik digunakan pada ibu hamil yaitu diantara lain pakaian harus longgar, bersih dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut, bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat, pakailah bra yang menyokong payudara, memakai sepatu dengan hak yang rendah dan pakaian dalam yang selalu bersih. (Sulistyawati, 2009)
- 6) Istirahat : Dengan adanya perubahan fisik pada ibu hamil, salah satunya beban berat pada perut sehingga terjadi perubahan sikap



tubuh, tidak jarang ibu akan mengalami kelelahan, oleh karena itu istirahat dan tidur sangat penting untuk ibu hamil. Pada trimester akhir kehamilan sering diiringi dengan bertambahnya ukuran janin, sehingga terkadang ibu kesulitan untuk menentukan posisi yang paling baik dan nyaman untuk tidur. Posisi yang dianjurkan untuk ibu hamil adalah posisi miring ke kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal dengan bantal pada perut bawah sebelah kiri.

- 7) Kebersihan Tubuh : Kebersihan tubuh ibu hamil perlu diperhatikan karena dengan pertambahan sistem metabolisme mengakibatkan peningkatan pengeluaran keringat. Keringat yang menempel dikulit meningkatkan kelembapan kulit dan meningkatkan menjadi tempat pertumbuhan mikroorganisme. Jika tidak dibersihkan dengan mandi, maka ibu hamil tersebut akan sangat mudah terkena penyakit kulit. Bagian yang lain yang perlu diperhatikan dan perlu mendapatkan perawatan kebersihan adalah alat vital, karena saat hamil terjadi pengeluaran secret vagina yang berlebihan selain dengan mandi, mengganti celana dalam minimal dua kali sehari sangat dianjurkan. (Sulistyawati, 2011)
- 8) Perawatan Payudara : Payudara merupakan aset paling penting sebagai persiapan penyambutan kelahiran sang bayi dalam proses menyusui. Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam perawatan payudara adalah sebagai berikut : (1) Hindari pemakaian bra dengan ukuran yang terlalu ketat dan yang menggunakan busa, karena akan mengganggu penyerapan keringat payudara. (2) Gunakan bra yang dapat menyangga payudara. (3) Hindari membersihkan puting dengan sabun mandi karena akan menyebabkan iritasi. Bersihkan puting susu dengan minyak kelapa atau baby oil lalu bilas dengan air hangat. (4) Jika ditemukan pengeluaran cairan yang berwarna kekuningan dari payudara berarti produksi ASI sudah dimulai. (Sulistyawati, 2011)
- 9) Eliminasi : Keluhan yang sering muncul pada hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kemih. Konstipasi sering terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus.

Selain itu, desakan usus oleh pembesaran janin juga menyebabkan bertambahnya konstipasi. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat, dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong. Minum air putih hangat dapat merangsang gerakan peristaltik pada usus. Jika ibu sudah mengalami dorongan, maka segeralah untuk buang air besar agar tidak terjadi konstipasi. Sering buang air kecil merupakan keluhan yang umum dirasakan oleh ibu hamil, terutama pada trimester I dan III. Hal tersebut adalah fisiologis. Ini terjadi karena pada awal kehamilan terjadi pembesaran uterus yang mendesak kantong kemih sehingga kapasitasnya berkurang. Sedangkan pada trimester III terjadi pembesaran janin yang juga menyebabkan desakan pada kantong kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan ini sangat tidak dianjurkan karena akan menyebabkan dehidrasi. (Sulistyawati, 2011)

- 10) Seksual : Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti berikut : (1) Sering abortus dan kelahiran prematur. (2) Perdarahan pervaginam. (3) Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan. (4) Bila ketuban telah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin intrauterine. (Sulistyawati, 2011)
- 11) Sikap Tubuh yang Baik : Seiring dengan bertambahnya usia kehamilan, tubuh akan mengadakan penyesuaian fisik dengan bertambah ukuran janin. Perubahan tubuh yang paling jelas adalah tulang punggung bertambah lordosis karena perempuan tubuh bergeser lebih kebelakang dibandingkan sikap tubuh ketika tidak hamil. Keluhan yang sering muncul dari perubahan ini ialah rasa pegal di punggung dan kram di kaki pada malam hari. Untuk mencegah dan mengurangi keluhan ini perlu adanya sikap tubuh yang baik. Beberapa hal yang perlu diperhatikan sebagai berikut : (1) Pakailah sepatu dengan hak yang rendah/tanpa hak dan jangan terlalu sempit. (2) Posisi tubuh saat mengangkat beban, yaitu dalam keadaan tegak dan pastikan beban terfokus pada lengan. (3) Tidur dengan posisi kaki agak ditinggikan. (4) Duduk dengan

posisi punggung tegak. (5) Hindari duduk/berdiri terlalu lama (ganti posisi secara bergantian untuk mengurangi ketegangan otot). (Sulistyawati, 2011)

12) Imunisasi : Imunisasi selama hamil sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah *tetanus toxid* (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Imunisasi TT pada ibu harus terlebih dahulu ditentukan status kekebalan/imunisasinya. Walaupun tidak hamil maka bila wanita usia subur belum mencapai status T5 diharapkan mendapatkan dosis TT hingga tercapai status T5 dengan interval yang ditentukan. Hal ini penting untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi yang akan dilahirkan dan keuntungan bagi wanita untuk kekebalan aktif terhadap tetanus long life card (LLC).

## 2. Kebutuhan Psikologis

- 1) Persiapan saudara kandung (*sibling*) : *Sibling rivalry* adalah persaingan diantara saudara kandung akibat kelahiran anak berikutnya. Biasanya terjadi pada anak usia 2-3 tahun. *Sibling rivalry* ini biasanya ditunjukkan dengan penolakan terhadap kelahiran adiknya, menangis, menarik diri dari lingkungannya, menjauh dari ibunya atau melakukan kekerasan terhadap adiknya. Untuk mencegah *sibling rivalry* yaitu jelaskan pada anak tentang posisinya (meskipun ada adiknya, ia tetap disayang oleh ayah dan ibu), libatkan anak dalam mempersiapkan kelahiran adiknya, dan ajak anak untuk berkomunikasi dengan bayi sejak masih dalam kandungan. (Sulistyawati, 2011)
- 2) Dukungan Keluarga : ibu sangat membutuhkan dukungan dan ungkapan kasih sayang dari orang-orang terdekatnya, terutama suami. Kadang ibu dihadapkan pada situasi yang ia sendiri mengalami ketakutan dan kesendirian, terutama pada trimester akhir. Kekhawatiran tidak disayang setelah bayi lahir kadang juga muncul, sehingga diharapkan bagi keluarga terdekat agar selalu memberikan dukungan dan kasih sayang. Bidan sangat berperan dalam memberikan pengertian ini pada suami dan keluarga. (Sulistyawati, 2011).
- 3) Perasaan aman dan nyaman selama kehamilan : Selama kehamilan ibu banyak mengalami ketidaknyamanan fisik dan psikologis. Bidan bekerja

sama dengan keluarga diharapkan berusaha dan secara antusias memberikan perhatian serta mengupayakan untuk mengatasi ketidaknyamanan dan ketidakamanan yang dialami oleh ibu. Kondisi psikologis yang dialami ibu akan sangat berpengaruh terhadap perkembangan bayi. Tingkat kepercayaan ibu terhadap bidan dan keluarga juga sangat memengaruhi kelancaran proses persalinan. (Sulistyawati, 2011)

- 4) Persiapan menjadi orangtua : Ini sangat penting dipersiapkan karena setelah bayi lahir akan banyak perubahan peran yang terjadi, mulai dari ibu, ayah dan keluarga. Bagi pasangan yang baru pertama punya anak, persiapan dapat dilakukan dengan banyak berkonsultasi dengan orang yang mampu untuk membagi pengalamannya dan memberikan nasehat mengenai persiapan menjadi orang tua. (Sulistyawati, 2011)
- 5) Dukungan dari tenaga kesehatan : bidan harus dapat dijadikan sebagai teman terdekat dimana ia dapat mencurahkan isi hati dan kesulitannya dalam menghadapi kehamilan dan persalinan. Adanya hubungan saling percaya akan memudahkan bidan dalam memberikan penyuluhan kesehatan. (Sulistyawati, 2011)

### 2.1.9 Klasifikasi Kehamilan

Tabel 2.13 Klasifikasi Kehamilan

Kategori	Gambaran
Kehamilan Normal	1) Keadaan umum ibu baik <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah &lt;140/90 mmHg</li> <li>- Bertambahnya berat badan sesuai minimal 8 kg selama kehamilan (1kg tiap bulan) atau sesuai IMT ibu.</li> <li>- Edema hanya pada ekstremitas</li> <li>- Denyut jantung janin 120-160 kali/menit</li> </ul>
Kehamilan dengan masalah khusus	2) Gerakan janin dapat dirasakan setelah usia kehamilan 18-20 minggu hingga melahirkan <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada kelainan riwayat obstetric</li> <li>- Ukuran uterus sesuai dengan usia kehamilan</li> <li>- Pemeriksaan fisik dan laboratorium dalam batas normal</li> </ul>

	<p>1) Seperti masalah keluarga atau psikososial, kekerasan dalam rumah tangga, kebutuhan finansial, dll</p> <p>2) Riwayat pada kehamilan sebelumnya janin atau neonatus mati, keguguran <math>\geq 3x</math>, bayi <math>&lt; 2500g</math> atau <math>&gt; 4500g</math>, hipertensi, pembedahan pada organ reproduksi</p>
Kehamilan dengan masalah kesehatan yang membutuhkan rujukan untuk konsultasi dan atau kerjasama penanganannya	Kehamilan saat ini: kehamilan ganda, usia ibu $< 16$ atau $40$ , Rh(-), hipertensi, masa pelvis, penyakit jantung, penyakit ginjal, DM, malaria, HIV, sifilis, TBC, anemia berat, penyalahgunaan obat-obatan dan alcohol, LILA $< 23,5$ cm, tinggi badan $< 145$ cm, kenaikan berat badan $< 1kg$ atau $> 2kg$ tiap bulan atau tidak sesuai IMT, TFU tidak sesuai usia kehamilan, pertumbuhan janin terhambat, infeksi saluran kemih, penyakit kelamin, malposisi/malpresentasi, gangguan kejiwaan, dan kondisi-kondisi lain yang dapat memburuk kehamilan.
Kehamilan dengan kondisi kegawatdaruratan yang membutuhkan rujukan segera	Perdarahan, pre-eklamsia, eklamsia, ketuban pecah dini, gawat janin, atau kondisi-kondisi kegawatdaruratan lain yang mengancam nyawa ibu dan bayi.

Sumber: Kemenkes RI, 2015

### 2.1.10 Ketidaknyamanan, Cara Mengatasinya dan Penyebab.

Dalam proses kehamilan terjadi perubahan sistem dalam tubuh ibu yang semuanya membutuhkan suatu adaptasi, baik fisik maupun psikologis. dalam proses adaptasi ibu akan mengalami ketidaknyamanan yang meskipun hal itu adalah fisiologis namun tetap perlu diberikan suatu pencegahan dan perawatan. Beberapa ketidaknyamanan dan cara mengatasinya adalah sebagai berikut :

Tabel 2.14 Ketidaknyamanan Masa Hamil, Cara Mengatasinya dan Penyebab

No	Ketidaknyamanan	Cara Mengatasi	Penyebab
1	Sering buang air kecil Trimester I dan III	1) Penjelasan mengenai sebab terjadinya. 2) Kosongkan saat ada dorongan untuk kencing.	1) Uterus membesar akibat pelunakan istmus menyebabkan kandung kemih tertekan. 2) Pada akhir kehamilan, turunnya

		<p>3) Perbanyak minum pada siang hari.</p> <p>4) Jangan kurangi minum untuk mencegah nukturia, kecuali nukturia sangat mengganggu tidur malam hari.</p> <p>5) Batasi minum kopi, teh, dan soda</p> <p>6) Jelaskan bahaya tentang infeksi saluran kemih dengan menjaga posisi tidur, yaitu dengan berbaring iring ke kiri dan kaki ditinggikan mencegah deurisis</p>	<p>bagian presentasi janin, kandung kemih kembali mendapat tekanan.</p> <p>3) Karena wanita berada dalam posisi rekumben dan kekuatan yang lebih kecil menekan vena cava inferior, yang menambah aliran darah ke ginjal dan meningkatkan kecepatan filtrasi glomerulus.</p>
2	Hemorid timbul pada trimester II dan III	<p>1) Hindari konstipasi</p> <p>2) makan makanan yang berserat dan perbanyak minum air putih.</p> <p>3) Gunakan kompres hangat atau air es.</p> <p>4) Dengan perlahan masukkan kembali anus dengan perlahan setiap selesai BAB.</p>	<p>1) Relaksasi-diperantarai progesteron pada dinding vena berat uterus, kongesti vena pelvis, dan tegangan konstipasi.</p>
3	Kelelahan pada trimester I	<p>1) Yakinkan bahwa ini normal pada masa kehamilan.</p> <p>2) Dorong ibu untuk sering beristirahat.</p>	<p>1) Peningkatan kecepatan metabolik basal.</p> <p>2) Karena janin yang tumbuh menjadi berat</p>

		3) Hindari istirahat yang berlebihan.	
4	Keputihan terjadi di trimester I,II, dan III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari.</li> <li>2) Memakai pakaian dalam seperti katun dan yang mudah menyerap keringat.</li> <li>3) Tingkatkan daya tahan tubuh dengan mengkonsumsi sayur dan buah.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Perubahan hormonal yang terjadi atau karena hal lain seperti virus, parasit dan jamur.</li> <li>2) Pengaruh hormon pada umumnya akibat aliran darah pada daerah kewanitaan meningkat sehingga cairan organ intim wanita pun meningkat.</li> </ol>
5	Keringat menambah. Secara perlahan terus meningkat sampai akhir kehamilan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pakailah pakaian yang tipis dan longgar</li> <li>2) Tingkatkan asupan cairan</li> <li>3) Mandi secara teratur</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Peningkatan hormon progesteron yang memicu terbukanya pembuluh darah kulit.</li> <li>2) Meningkatnya aliran darah di area kulit</li> <li>3) Pertumbuhan janin yang menyebabkan rasa lelah pada ibu hamil saat beraktifitas</li> </ol>
6	Sembelit trimester II dan III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tingkatkan diet asupan cairan.</li> <li>2) Buah frem dan juz frem.</li> <li>3) Istirahat cukup.</li> <li>4) Senam hamil.</li> <li>5) Buang air besar segera setelah ada Dorongan.</li> <li>6) Minum air dingin atau air hangat terutama saat perut kosong.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Penurunan kecepatan kerja peristaltis.</li> <li>2) Disebabkan oleh progesteron</li> <li>3) Pergeseran usus akibat pertumbuhan uterus atau suplementasi zat besi.</li> </ol>

7	Kram pada kaki setelah kehamilan 24 minggu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kurangi konsumsi susu (kandungan fosfor tinggi)</li> <li>2) Latihan dorsofleksi pada kaki dan meregangkan pada otot yang terkena</li> <li>3) Gunakan penghangat otot</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Diet rendah kalsium atau melakukan aktifitas yang sama sekali baru.</li> <li>2) Tekanan pada uterus mengganggu sirkulasi ke ekstremitas bawah dan dapat memberi tekanan pada saraf yang berjalan melewati foramen obturator.</li> </ol>
8	Ngidam trimester I	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tidak perlu dikhawatirkan selama diet memenuhi kebutuhan.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Cara tubuh memberikan signal apa yang dibutuhkannya. Indera perasa dan penciuman wanita hamil biasanya memainkan peranan penting dalam menginterpretasikan kebutuhan tubuh.</li> <li>2) Dengan aktifnya beberapa hormon pada masa kehamilan. Diantaranya hormon chorionic gonadotropin (HCG). Aktifnya hormon-hormon ini membuat indra penciuman lebih kuat sehingga mengakibatkan ibu menginginkan makanan tertentu.</li> </ol>
9	Nafas sesak terjadi pada trimester II dan III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan penyebab fisiologisnya</li> <li>2) Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernafasan pada kecepatan normal yang terjadi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Peningkatan kadar progesteron berpengaruh secara langsung pada pusat pernafasan untuk menurunkan kadar CO<sub>2</sub> serta meningkatkan kadar CO<sub>2</sub>, meningkatkan aktifitas metabolik, meningkatkan kadar CO<sub>2</sub>, hiperventilasi yang lebih</li> </ol>



		<p>3) Merentangkan tangan diatas kepalaserta menarik nafas panjang.</p> <p>4) Mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernafasan interkostal.</p>	<p>ringan ini adalah SOB</p> <p>2) Uterus membesar dan menekan pada diafragma.</p>
10	Nyeri ligament rotundom trimester II dan III	<p>1) Berikan penjelasan penyebab nyeri.</p> <p>2) Tekuk lutut kearah abdomen</p> <p>3) Mandi air hangat.</p> <p>4) Gunakan pemanas pada area yang akit hanya jika tidak terdapat kontraindikasi.</p> <p>5) Gunakan sebaiaian bantal untuk menopang uterus dan bantal lainnya letakkan di antara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring</p>	<p>1) Peregangan dan hipertrofi ligament tersebut seiring pembesaran uterus.</p> <p>2) Sering kali, nyeri memburuk sesuai paritas karena tonus uterus, dan abdomen menurun, yang menimbulkan lebih banyak ketegangan pada ligamen.</p>
13	Pusing/sinkop terjadi pada trimester II dan III	<p>1) Bangun secara perlahan dari posisi istirahat</p> <p>2) Hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang hangat dan sesak</p> <p>3) Hindari berbaring dalam posisi</p>	<p>1) Hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan hemodinamis</p> <p>2) Pengumpulan darah didalam pembuluh tungkai,yang mengurangi aliran balik vena dan menurunkan output cardiac serta tekanan darah dengan</p>

		terlentang.	tegangan othostatis yang meningkat. Mungkin dihubungkan dengan hipoglikemia 3) Sakit kepala pada triwulan terakhir dapat merupakan gejala preeklamsi berat
14	Sakit punggung atas dan bawah pada trimester II dan III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gunakan posisi tubuh yang baik.</li> <li>2) Gunakan bra yang menopang dengan ukuran yang tepat</li> <li>3) Gunakan kasur yang keras</li> <li>4) Gunakan bantal ketika tidur guna untuk meluruskan bantal</li> </ol>	1) Kadar relaksin, kenaikan berat badan, dan derajat tekukan anterior pada pelvis tidak berkorelasi dengan nyeri punggung. Nyeri yang terjadi hanya pada malam hari, yang tidak terkait dengan perubahan posisi dapat diakibatkan oleh hypervolemia dan tekanan pada vena cava inferior pada posisi terlentang.
15	Varises pada kaki, pada trimester II dan III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tinggikan kaki sewaktu berbaring.</li> <li>2) Jaga kaki agar kaki tidak bersilang.</li> <li>3) Hindari berdiri atau duduk terlalu lama.</li> <li>4) Senam untuk melancarkan peredaran darah.</li> <li>5) Hindari pakaian atau korset yang ketat.</li> </ol>	1) Selama masa hamil progesteron merelaksasi dinding vena, dan aliran balik vena dari ekstremitas bawah terganggu oleh uterus yang terus membesar sehingga sistem vena mendapat tekanan semakin besar dan akibatnya timbul varises.
16	Mual muntah trimester I	1) Hindari bau atau faktor yang menyebabkan mual muntah.	1) Mual dan muntah dikaitkan dengan hasil-akhir kehamilan positif-peningkatan risiko abortus spontan, kelahiran

		<p>2) Makan sedikit tapi sering.</p> <p>3) Duduk tegak setiap kali makan</p> <p>4) Hindari Makanan yang berminyak dan berbumbu</p> <p>5) Minum minuman berkarbonat.</p> <p>6) Hindari menggosok gigi setelah makan.</p> <p>7) Istirahat sesuai kebutuhan.</p>	<p>prematurn, IUGR, dan kematian perinatal. Asupan energi yang rendah menstimulasi pertumbuhan plasenta pada kehamilan dini dan gejala mual dan muntah ini dapat merupakan mekanisme yang membantu pertumbuhan plasenta. Kadar gula rendah, beban lambung berlebihan, peristaltis yang lambat, pembesaran uterus, faktor-faktor hormonal (khususnya HCG), kebiasaan diet, dan faktor-faktor emosional juga berpengaruh.</p>
--	--	---	---

Sumber : Sulistyawati, 2011

### 2.1.11 Tanda Bahaya Kehamilan

Tanda bahaya pada kehamilan muda meliputi: Abortus, Kehamilan mola, Kehamilan Ektopi.

#### 1. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan muda kemungkinan mengindikasikan abortus, kehamilan mola, kehamilan ektopi, pengkajian yang perlu dilakukan meliputi :

##### 1) Abortus

(1) Abortus imminens. Sering juga disebut dengan keguguran membakat dan akan terjadi jika ditemukan perdarahan pada kehamilan muda, namun pada tes kehamilan masih menunjukkan hasil yang positif. Dalam kasus ini keluarnya janin masih dapat dicegah dengan memberikan terapi hormonal dan antispasmodic serta istirahat. Jika setelah beberapa minggu ternyata masih perdarahan dan dalam dua kali tes kehamilan menunjukkan hasil yang negatif, maka harus dilakukan kuretase karena hal tersebut menandakan abortus sudah terjadi

Tatalaksana khusus: a) pertahankan kehamilan, b) tidak perlu pengobatan khusus, c) jangan melakukan aktivitas fisik berlebihan atau hubungan seksual, d)

jika perdarahan berhenti pantau kondisi ibu selanjutnya pada pemeriksaan antenatal termasuk pemantauan kadar Hbdan USG panggul serial setiap 4 minggu lakukan penilaian ulang bila perdarahan terjadi lagi, e) jika perdarahan tidak berhenti nilai kondisi janin dengan USG nilai kemungkinan adanya penyebab lain (Kemenkes RI, 2015).

- (2) Abortus insipiens (keguguran sedang berlangsung). Terjadi apabila ditemukan adanya perdarahan pada kehamilan muda disertai dengan membukanya ostium uteri dan terabanya selaput ketuban.

Tatalaksana khusus : a) lakukan konseling untuk menjelaskan kemungkinan resiko dan rasa tidak nyaman selama tindakan evakuasi, serta memberikan informasi mengenai kontrasepsi pascakeguguran, b) Jika usia kehamilan < 16 minggu, lakukan evakuasi isi uterus, jika evakuasi tidak dilakukan segera : berikan ergometrin 0,2 mg IM (dapat diulang 15 menit kemudian bila perlu), rencanakan evakuasi segera. c) Jika usia kehamilan > 16 minggu, tunggu pengeluaran hasil konsepsi secara spontan dan evakuasi hasil sisa konsepsi dari dalam uterus, bila perlu berikan infus 40 IU oksitosin dalam 10 liter NaCl 0,9% atau RL dengan kecepatan 40 tetes per menit untuk membantu pengeluaran hasil konsepsi. d) lakukan pemantauan pasca tindakan setiap 30 menit selama 2 jam, bila kondisi ibu baik, pindahkan ibu ke ruang rawat. Lakukan pemeriksaan jangan makroskopik dan kirimkan untuk pemeriksaan patologi kelaboratorium. Lakukan evaluasi tanda vital perdarahan pervaginam tanda akut abdomen dan produksi urin setiap 6 jam, periksa kadar hemoglobin setelah 24 jam. Bila hasil pemantauan baik dan kadar Hb >8g/dl, ibu dapat diperbolehkan pulang (Kemenkes RI, 2015).

- (3) Abortus inkompletus (keguguran bersisa). Jika terjadi perdarahan pervaginam disertai pengeluaran janin tanpa pengeluaran desidua atau plasenta. Gejala yang menyertai adalah amenore, sakit perut karena kontraksi, perdarahan yang keluar bisa banyak atau sedikit. Pada pemeriksaan dalam ditemukan ostiom yang terbuka dan kadang masih teraba jaringan, serta ukuran uterus yang lebih kecil dari usia kehamilannya. Jika terdapat tanda-tanda syok, maka atasi dengan pemberian transfusi darah dan cairan, kemudian keluarkan jaringan secepatnya dengan menggunakan dua jari atau kuretase dan selanjutnya berikan obat-obatan uterotonika dan antibiotik.

Tatalaksanan Khusus : a) Lakukan konseling, b) jika perdarahan ringan atau sedang dan kehamilan usia <16 minggu, gunakan jari atau forcep cincin untuk

mengeluarkan hasil konsepsi yang mencuat dari serviks. c) jika perdarahan berat dan usia kehamilan <16 minggu : lakukan evakuasi isi uterus, aspirasi vakum manual adalah metode yang dianjurkan, kuret tajam sebaiknya hanya dilakukan bila AVM tidak tersedia, jika evakuasi tidak segera dilakukan, berikan ergometrin 0,2mg IM (dapat diulang 15 menit kemudian bila perlu). d) jika usia kehamilan lebih dari 16 minggu, berikan infus 40 IU oksitosin dalam 1 liter NaCl 0,9% atau RL dengan kecepatan 40 tetes permenit untuk membantu pengeluaran hasil konsepsi. e) lakukan evakuasi tanda vital pasca tindakan setiap 30 menit selama 2 jam bila kondisi ibu baik, pindahkan ibu ke ruang rawat. f) lakukan pemeriksaan jaringan secara makroskopik dan kirimkan untuk pemeriksaan patologi ke laboratorium. g) lakukan evaluasi tanda vital, perdarahan pervaginam, tanda akut abdomen, dan produksi urin setiap 6 jam selama 24 jam, periksa kadar hemoglobin setelah 24 jam, bila hasil pemantauan baik dan kadar Hb >8g/dl ibu dapat diperbolehkan pulang (Kemenkes RI, 2015).

- (4) Abortus kompletus (keguguran lengkap) abortus dengan perdarahan pervaginam disertai dengan pengeluaran seluruh hasil konsepsi (janin dan desidua) sehingga rahim dalam keadaan kosong.

Tatalaksana Khusus : tidak diperlukan evakuasi lagi, a) lakukan konseling untuk memberikan dukungan emosional dan menawarkan kontrasepsi pasca keguguran. b) apabila terdapat anemia sedang, berikan tablet sulfas ferosus 600mg/hari selama 2 minggu, jika anemia berat berikan tranfusi darah. c) evaluasi keadaan ibu setelah 2 minggu.

## 2) Kehamilan Mola

Disebut juga kehamilan anggur yaitu adanya jonjotkorion yang tumbuh ganda berupa gelembung-gelembung kecil yang mengandung banyak cairan sehingga menyerupai anggur atau mata ikan.

Tatalaksana Umum : (1) kasus ini tidak boleh ditatalaksanakan pada fasilitas dasar, ibu harus dirujuk kefasilitas kesehatan yang lebih lengkap, (2) jika serviks tertutup pasang batang laminaria selama 24 jam untuk mendilatasi serviks. (3) siapkan darah untuk tranfusi terutama pada mola berukuran besar.

Tatalaksana Khusus : (1) lakukan evakuasi dengan menggunakan aspirasi vakum manual, dan kosongkan isi uterus secara cepat pastikan tersedia 3 tabung AVM yang siap dipakai karena banyak jaringan yang dievakuasi, aspirasi vakum elektrik lebih diutamakan bila tersedia. (2) sementara proses evakuasi berlangsung, pasang

infus oksitosin 10 unit dalam 500 ml NaCl 0,9% atau RL dengan kecepatan 40-60 tetes per menit untuk mencegah perdarahan. (3) ibu dianjurkan menggunakan kontrasepsi hormonal bila masih ingin memiliki anak atau tubektomi bila ingin menghentikan kesuburan. (4) selanjutnya ibu dipantau pemeriksaan HCG serum terus menetap atau naik dalam 2x pemeriksaan berturut-turut, ibu dirujuk ke rumah sakit rujukan tersier yang mempunyai fasilitas kemoterapi. HCG urin yang belum memberi hasil negatif setelah 8 minggu juga mengindikasikan ibu perlu dirujuk ke rumah sakit rujukan tersier.

### 3) Kehamilan ektopik

Kehamilan dengan hasil konsepsi tidak berada di dalam endometrium uterus. Keadaan ini akan meningkat menjadi kehamilan ektopik terganggu (KET) pada usia kehamilan lebih dari 10 minggu. Sebagian besar KET terjadi pada kehamilan yang terletak di tuba.

Tatalaksana umum : (1) Restorasi cairan tubuh dengan cairan kristaloid NaCl 0,9 % atau RL (500 ml dalam 15 menit pertama) atau 2 liter dalam 2 jam pertama. 2) Segera rujuk ibu ke rumah sakit.

Tatalaksana khusus : (1) Segera uji silang darah dan persiapan laparotomi. (2) Saat laparotomy lakukan eksplorasi kedua ovarium dan tuba falopii : jika terjadi kerusakan berat pada tuba lakukan salpingektomi (eksisi bagian tuba yang mengandung hasil konsepsi), jika terjadi kerusakan ringan pada tuba usahakan melakukan selingostomi untuk mempertahankan tuba (hasil konsepsi dikeluarkan, tuba dipertahankan). (3) Sebelum memulangkan pasien berikan konseling untuk penggunaan kontrasepsi, jadwalkan kunjungan ulang setelah 4 minggu. Atasi anemia dengan pemberian tablet besi sulfas ferosus 60 mg per hari selama 6 bulan.

## 2. Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum adalah mual muntah berlebihan sehingga menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari dan bahkan dapat membahayakan kehidupan. Faktor-faktor yang dapat menimbulkan hiperemesis antara lain kemungkinan villi kariolis masuk ke dalam darah, adanya faktor alergi, adanya faktor predisposisi seperti primigravida dan overdistensi rahim, adanya faktor psikologis seperti ketidaksiapan untuk memiliki anak (takut untuk hamil). Gejala hiperemesis gravidarum berdasarkan tingkat keparahannya.

Tingkat I : 1) mual muntah terus menerus sehingga mempengaruhi keadaan umum, terjadi dehidrasi : 2) tekanan darah menurun, denyut nadi meningkat, dan dapat disertai dengan naiknya suhu tubuh; 3) nyeri epigastrium.

Tingkat II : 1) dehidrasi bertambah, yang ditandai dengan turgor kulit makin berkurang, lidah kering dan kotor, berat badan menurun, mata cekung 2) gangguan sirkulasi darah, yang ditandai dengan nadi cepat dan tekanan darah menurun, hemokonsentrasi, oliguria, obtipasi; 3) gangguan metabolisme, yang ditandai dengan terjadinya metabolisme anaerob dalam pemecahan lemak yang menyebabkan adanya badan keton, dijumpai dalam urin dan nafas (bau keton), gangguan fungsi liver terjadi ikterus.

Tingkat III : Dehidrasi makin berat, mual muntah berhenti, terjadi perdarahan dari esophagus dan retina, gangguan fungsi liver (ikterus) yang terus meningkat, penurunan kesadaran samnolen sampai koma, gangguan syaraf berupa ensefalopati wernickle, yang ditandai dengan nistagmus, diplopia, dan perubahan mental.

Tatalaksana umum : 1) Sedapat mungkin pertahankan kecukupan nutrisi ibu, termasuk suplementasi vitamin dan asam folat diawal kehamilan. 2) Anjurkan istirahat yang cukup dan hindari kelelahan.

Tatalaksana khusus : 1) bila perlu berikan 10 mg doksilamin dikombinasikan dengan 10 mg vitamin B6 hingga 4 tablet per hari (misalnya 2 tablet saat akan tidur, 1 tablet saat pagi, dan 1 tablet saat siang). 2) Bila masih belum teratasi tambahkan dimenhidrinat 50-100 mg per oral atau supositoria, 4-6 kali sehari (maksimal 200 mg per hari bila meminum 4 tablet doksilamin per piridoksin), atau prometazin 5-10 mg 3-4 kali sehari per oral atau supositoria. 3) Bila masih belum teratasi, tapi tidak terjadi dehidrasi berikan salah satu obat dibawah ini : klorpomazin 10-25 mg per oral atau 50-100 mg IM setiap 4-6 jam, proklorperazin 5-10 mg per oral atau IM atau supositoria setiap 6-8 jam, prometazin 12,5-25 mg per oral atau IM tiap 4-6 jam, metoklopramid 5-10 mg per oral atau IM tiap 8 jam, ondansentron 8 mg per oral tiap 12 jam. 4) Bila masih belum teratasi pasang kanula intravena dan cairan sesuai dengan derajat dehidrasi dan kebutuhan cairannya lalu : berikan suplemen multivitamin IV, berikan dimenhidrinat 50 mg dalam 50 ml NaCl 0,9 % IV selama 20 menit setiap 4-6 jam sekali, bila perlu tambahkan salah satu obat berikut : klorpomazin 25- 50 mg IV setiap 4-6 jam, proklorperazin 5-10 mg per IV tiap 6-8 jam, prometazin 12,5-25 mg IV tiap 4-6 jam, metoklopramid 5-10 mg tiap 8 jam per oral, bila perlu tambahkan metil predmisolon 15-20 mg IV tiap 8 jam atau ondancetron 8 mg selama 15 menit IV tiap 12 jam atau 1 mg per jam terus menerus selama 24 jam.

Selanjutnya pada kehamilan lanjut, meliputi: perdarahan pervaginam, sakit kepala yang hebat, penglihatan kabur, bengkak pada wajah dan jari-jari tangan, gerakan janin tidak terasa, nyeri perut yang hebat.

### 3. Perdarahan pervaginam

Adapun perdarahan pervaginam kehamilan lanjut kemungkinan mengindikasikan plasenta previa, solusio plasenta.

#### 1) Plasenta previa

Keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh jalan lahir. Plasenta previa terdiri dari tiga klasifikasi yaitu sebagai berikut : (1) plasenta previa totalis (sentralis) yaitu seluruh ostium ditutupi plasenta; (2) plasenta previa parsialis (lateralis) yaitu sebagian ostium ditutupi plasenta; (3) plasenta previa letak rendah (marginalis) yaitu tepi plasenta berada 3-4 cm di atas pinggir pembukaan, pada pemeriksaan dalam tidak teraba.

Tatalaksana umum : (1) Tidak dianjurkan melakukan pemeriksaan dalam sebelum tersedia kesiapan untuk SC. Pemeriksaan inspekulo dilakukan secara hati-hati, untuk menentukan sumber perdarahan. (2) Perbaiki kekurangan cairan atau darah dengan infus cairan intravena (NaCl 0,9% atau RL). (3) lakukan penilaian jumlah perdarahan. Jika perdarahan banyak dan berlangsung, persiapkan SC tanpa memperhitungkan usia kehamilan, jika perdarahan sedikit dan berhenti dan janin hidup tapi prematur pertimbangan terapi ekspektatif.

Tatalaksana khusus : Terapi konservatif (agar janin tidak prematur dan upaya diagnosis dilakukan secara non invasive) : (1) syarat terapi ekspektatif : kehamilan preterm dengan perdarahan sedikit yang kemudian berhenti dengan atau tanpa pengobatan topolitik, belum ada tanda inpartu, keadaan ibu cukup baik (kadar Hb dalam batas normal), janin masih hidup dan kondisi janin baik (2) rawat inap, tirah baring dan berikan antibiotik profilaksis. (3) lakukan pemeriksaan USG untuk memastikan letak plasenta. 4) berikan Tokolitik bila perlu ada kontraksi: MgSO<sub>4</sub> 4 g IV dosis awal, dilanjutkan 4 gr setiap 6 jam, atau nifedipin 3x20 mg per hari, pemberian tokolitik dikombinasikan dengan betamethasone 12 mg IV dosis tunggal untuk pematangan paru janin. (5) perbaiki anemia dengan sulfas ferrous atau ferrous fumarat per oral 60 mg selama 1 bulan. (6) pastikan tersedianya sarana transfusi. (7) jika perdarahan berhenti dan waktu untuk mencapai waktu 37 minggu masih lama ibu dapat dirawat jalan dengan pesan segera kembali ke rumah sakit jika terjadi perdarahan. Terapi Aktif meliputi : (1) rencana terminasi kehamilan jika : usia kehamilan cukup bulan, janin mati atau menderita anomaly atau keadaan yang



mengurangi kelangsungan hidupnya (misalnya anencefali), pada perdarahan aktif dan banyak segera dilakukan terapi aktif tanpa memandang usia kehamilan. (2) jika terdapat plasenta letak rendah perdarahan sedikit dan persentasi kepala maka dapat dilakukan pemecahan selaput ketuban dan persalinan pervaginam masih dimungkinkan jika tidak lahirkan dengan SC. (3) jika persalinan dilakukan dengan SC dan terjadi perdarahan dari tempat plasenta: jahit lokasi perdarahan dengan benang, pasang infus oksitosi 10 unit 500 ml secara IV (NaCl 0,9% atau RL) dengan kecepatan 60 tetes per menit, jika perdarahan terjadi pasca salin segera lakukan penanganan yang sesuai seperti ligasi arteri dan histerektomi.

## 2) Solusio Plasenta

Suatu keadaan dimana plasenta yang letaknya normal terlepas sebagian atau seluruhnya sebelum janin lahir, biasanya dihitung sejak usia kehamilan lebih dari 28 minggu. Solusio plasenta diklasifikasikan menjadi tiga menurut derajat lepasnya plasenta adalah sebagai berikut : (1) solusio plasenta lateralis/parsialis yaitu bila hanya sebagian dari plasenta yang terlepas dari tempat perlekatannya; (2) solusio plasenta totalis yaitu bila seluruh bagian plasenta sudah terlepas dari perlekatannya; (3) prolapsus plasenta yaitu kadang-kadang plasenta ini turun kebawah dan dapat teraba pada pemeriksaan dalam.

Tatalaksana umum : (1) kasus ini tidak boleh ditatalaksana pada fasilitas kesehatan dasar harus dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap, tatalaksana berikut ini hanya boleh dilakukan di fasilitas kesehatan yang lengkap. (2) jika terjadi perdarahan yang hebat (nyata atau tersembunyi) dengan tanda-tanda awal syok pada ibu lakukan persalinan segera : jika pembukaan servik lengkap lakukan persalinan dengan ekstraksi vakum, jika pembukaan servik belum lengkap lakukan persalinan dengan SC. (3) waspadalah terhadap kemungkinan perdarahan pasca salin. (4) jika perdarahan ringan atau sedang dan belum terdapat tanda-tanda syok tindakan bergantung pada DJJ: DJJ normal lakukan SC, DJJ tidak terdengar namun nadi dan tekanan darah ibu normal pertimbangkan persalinan pervagina, DJJ tidak terdengar dan nadi serta tekanan darah ibu bermasalah pecahkan ketuban ibu dengan Kocher: jika kontraksi jelek perbaiki dengan pemberian oksitosin, jika servik kenyal dan tertutup lakukan SC, DJJ abnormal kurang dari 100 atau lebih dari 180/menit: lakukan persalinan pervaginam segera atau SC bila persalinan pervaginam tidak memungkinkan (5) lakukan uji pembekuan darah sederhana: ambil 2 ml darah vena ke dalam tabung reaksi kaca yang bersih dan kering (kira-kira 10 mm x 75mm), pegang tabung tersebut

dalam genggamannya untuk menjaganya tetap hangat, setelah 4 menit ketuk tabung secara perlahan untuk melihat apakah pembekuan sudah terbentuk ketuk setiap 5 menit sampai darah membeku dan tabung dapat dibalik, kegagalan terbentuknya pembekuan setelah 7 menit atau adanya bekuan lunak yang dapat pecah dengan mudah menunjukkan koagulapati, jika dijumpai koagulapati berikan darah lengkap segar atau bila tidak tersedia berikan salah satu dibawah ini berdasarkan ketersediannya: *fresh frozen plasma, packed red cell, rioresipitad*, konsentrasi trombosit.

### 3. Sakit Kepala Yang Hebat

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan, dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan masalah serius adalah sakit kepala yang hebat yang menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu mungkin merasa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklamsi.

### 4. Penglihatan Kabur

Oleh karena pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah selama proses kehamilan. Perubahan ringan (minor) adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan visual yang mendadak, misalnya pandangan yang kabur atau berbayang secara mendadak. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat dan mungkin merupakan gejala dari pre-eklamsi.

### 5. Bengkak di Wajah dan Jari-Jari Tangan

Hampir dari separuh ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat dengan meninggikan kaki. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau pre-eklamsi.

### 6. Gerakan Janin Tidak Terasa

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.

### 7. Nyeri perut yang hebat

Pada kehamilan lanjut, jika ibu merasakan nyeri yang hebat, tidak berhenti setelah beristirahat, disertai dengan tanda-tanda syok yang membuat keadaan umum ibu makin lama makin memburuk, dan disertai perdarahan yang tidak sesuai dengan beratnya syok, maka kita harus waspada akan kemungkinan terjadinya solusio plasenta.

## **1.2 DETEKSI DINI KEHAMILAN RESIKO TINGGI**

### **1. Pengertian**

Menurut Poedji Rochjati (2011) deteksi dini (*skrining*) adalah suatu kegiatan deteksi proaktif pada semua ibu hamil untuk menemukan faktor resiko yang belum memberikan gejala atau keluhan dengan menggunakan alat skrining. Resiko adalah suatu ukuran statistik dari peluang atau kemungkinan untuk terjadinya sesuatu keadaan gawat darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang, yaitu kemungkinan terjadinya komplikasi *obstetric* pada saat persalinan yang dapat menyebabkan kematian, kesakitan, kecacatan, ketidaknyamanan atau ketidakpuasan pada ibu atau bayi.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa deteksi dini ibu hamil resiko tinggi adalah suatu kegiatan yang mendeteksi semua ibu hamil untuk menemukan faktor resiko yang belum memberikan faktor gejala sehingga meminimalisir terjadinya keadaan gawat darurat yang tidak diinginkan pada masa mendatang.

### **2. Ciri-ciri faktor resiko**

Menurut Poedji Rochyati (2011) beberapa ciri dari faktor resiko pada ibu hamil, meliputi: 1) faktor resiko atau masalah mempunyai hubungan dengan kemungkinan terjadinya komplikasi tertentu pada persalinan. 2) faktor resiko dapat ditemukan dan diamati atau dipantau selama kehamilan sebelum peristiwa yang diperkirakan terjadi. 3) pada seorang ibu hamil dapat mempunyai faktor resiko atau masalah tunggal atau ganda yaitu dua atau lebih yang bersifat sinergistik dan kumulatif.

### **3. Kelompok faktor resiko, meliputi:**

- 1) Kelompok faktor resiko 1 (kehamilan yang perlu diwaspadai), kelompok 1 ditemukan dengan mudah melalui pemeriksaan sederhana yaitu wawancara oleh tenaga kesehatan maupun tenaga non kesehatan pada kehamilan muda saat kontak pertama. Ibu resiko tinggi dengan faktor resiko kelompok 1 tidak mempunyai keluhan selama kehamilan ibu dalam keadaan sehat dan merasa sehat. Adapun

masalah atau faktor resiko yang masuk dalam kelompok 1 antara lain : (1) terlalu muda, ibu hamil pertama pada umur kurang dari 16 tahun. Rahim dan panggul ibu belum tumbuh mencapai ukuran dewasa, akibatnya diragukan keselamatan dan kesehatan janin dalam kandungan. Selain itu mental ibu belum cukup dewasa sehingga diragukan keterampilan perawatan diri dan bayinya. Bahaya yang dapat terjadi antara lain : bayi lahir belum cukup bulan, perdarahan dapat terjadi sebelum dan sesudah bayi lahir, (2) terlalu lambat hamil dan terlalu tua untuk hamil. Terlalu lambat hamil merupakan ibu hamil pertama setelah kawin 4 tahun atau lebih dengan kehidupan perkawinan biasa, sedangkan terlalu tua untuk hamil merupakan ibu yang hamil pada umur >35 tahun. Pada usia tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu dan organ kandungan menua. Adapun komplikasi kehamilan yang bisa terjadi antara lain : hipertensi, pre-eklamsi, ketuban pecah dini, persalinan lama, perdarahan setelah bayi lahir dan BBLR, (3) terlalu cepat hamil lagi (anak terkecil umur <2 tahun), ibu hamil yang jarak kelahirannya dengan anak terkecil <2 tahun. Kesehatan fisik dan rahim ibu masih butuh cukup istirahat. Ada kemungkinan ibu masih menyusui. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil antara lain : perdarahan pasca bayi lahir, bayi lahir prematur, bayi berat lahir rendah, (4) terlalu lama hamil lagi, ibu hamil dengan persalin terakhir <10 tahun yang lalu. Ibu dalam kehamilan dan persalinan ini seolah-olah menghadapi kehamilan dan persalinan yang pertama lagi. Kehamilan ini bisa terjadi pada : anak pertama mati, anak terkecil hidup umur 10 tahun lebih dan ibu tidak ber-KB. Bahaya yang dapat terjadi pada ibu primi tua sekunder : persalinan dapat berjalan tidak lancar, perdarahan pasca persalinan, penyakit hipertensi, diabetes dan lain-lain, (5) terlalu banyak anak (4 atau lebih), ibu pernah hamil atau melahirkan anak 4 kali atau lebih. Karena ibu sering melahirkan maka kemungkinan akan banyak ditemui keadaan : anemia, kurang gizi, kekendoran pada dinding perut, tampak ibu dengan perut menggantung. Bahaya yang terjadi pada kelompok ini antara lain: persalinan letak lintang, ruptur uteri, persalinan lama, perdarahan pasca persalinan, (6) terlalu tua (Umur >35 tahun), ibu hamil berumur 35 tahun atau lebih dimana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat-alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Bahaya yang dapat terjadi pada kelompok ini : tekanan darah tinggi dan pre-eklampsia, ketuban pecah dini, persalinan macet, perdarahan setelah bayi lahir, (7) terlalu pendek  $\leq 145$  cm, terdapat tiga batasan pada kelompok resiko ini, yaitu : a) Ibu hamil pertama sangat membutuhkan perhatian khusus. Luas panggul ibu dan

besar kepala janin mungkin tidak proposional. Dalam hal ini, ada 2 kemungkinan yang mungkin terjadi: panggul ibu sebagai jalan lahir ternyata sempit dan kepala janin tidak besar atau ukuran normal tetapi ukuran kepala janin besar. b) Ibu hamil kedua dengan kehamilan lalu bayi lahir mati. c) Ibu hamil, kehamilan sebelumnya belum pernah melahirkan cukup bulan, meningkatkan resiko bayi berat lahir rendah, (8) pernah gagal hamil (riwayat obstetri jelek), dapat terjadi pada ibu hamil dengan: a) Kehamilan kedua, dimana kehamilan yang pertama mengalami keguguran, lahir belum cukup bulan, lahir mati, lahir hidup lalu mati umur <7 tahun. Kehamilan ketiga atau lebih, kehamilan yang lalu pernah mengalami keguguran > 2 kali. b) kehamilan kedua atau lebih, kehamilan terakhir janin mati dalam kandungan. Bahaya yang dapat terjadi pada kelompok resiko ini antara lain: a) kegagalan kehamilan dapat berulang dan terjadi lagi, dengan tanda-tanda pengeluaran buah kehamilan sebelum waktunya keluar darah, perut kencang. b) Penyakit dari ibu yang menyebabkan kegagalan kehamilan, misalnya kencing manis, radang saluran kencing dan lain-lain, (9) persalinan yang lalu dengan tindakan, persalinan yang ditolong dengan alat atau jalan lahir biasa atau pervaginam : a) Tindakan dengan tarikan cuman/vorsep atau vacuum, bahaya yang terjadi akibat tindakan dantaran: robekan jalan lahir dan perdarahan pasca persalinan. b) manual plasenta yaitu tindakan pengeluaran plasenta dari rongga rahim dengan menggunakan tangan, bahaya yang dapat terjadi adalah radang bila penolong tidak steril, perforasi dan perdarahan. c) ibu diberi transfusi pada persalinan lalu, persalinan yang lalu mengalami perdarahan pasca persalinan yang banyak lebih dari 500 cc, sehingga ibu menjadi syok dan membutuhkan infus serta transfusi darah, (10) pernah operasi sesar, ibu hamil pada persalinan lalu dilakukan operasi sesar. Oleh karena itu pada dinding rahim ibu terdapat cacat bekas luka operasi.

- 2) Kelompok II. Pada kelompok ini terdapat gawat *obstetric* atau AGO dan merupakan tanda bahaya pada saat kehamilan, persalinan dan nifas. Pada ibu hamil kelompok faktor resiko II kebanyakan terjadi pada usia kehamilan 6 bulan atau lebih. Faktor resiko yang masuk dalam kelompok II antara lain : (1) penyakit pada ibu hamil, diantaranya adalah anemia, malaria, tuberkulosa paru, payah jantung, *diabetes militus*, *HIV/AIDS*, dan *toksoplasmosis*, (2) bengkak pada muka dan tungkai *pre-eklamsia* ringan, kondisi ibu yang disebabkan oleh kehamilan, disebut keracunan kehamilan, dengan tanda-tanda edema (pembengkakan), terutama tampak pada tungkai dapat pada muka. Edema disebabkan ada penumpukan cairan

yang berlebihan disela-sela jaringan tubuh, (3) tekanan darah tinggi, (4) dalam air seni terdapat zat putih telur (pemeriksaan urine dari laboratorium), (5) *gemelli* hamil kembar atau lebih, ibu hamil dengan dua janin (*gemeli*) atau tiga (*triplet*) atau lebih dalam rahim. Pada hamil kembar perut tampak membesar lebih besar dari biasanya. Rahim juga ikut membesar yang menekan organ tubuh disekitarnya dan menyebabkan keluhan-keluhan : napas tidak longgar seolah-olah sesak napas, pembengkakan dua bibir kemaluan dan tungkai, pemekaran urat-urat (*varises*), haemoroid, kadang-kadang keluar darah dari dubur. Bahaya yang dapat terjadi pada kehamilan kembar yaitu : keracunan kehamilan, polihidramnion, anemia, persalinan prematur, kelainan letak, persalinan sukar, perdarahan pasaca persalinan, (6) hidramnion, kehamilan dengan jumlah air ketuban lebih dari dua liter keadaan ini mulai tampak pada trimester tiga, dapat terjadi perlahan-lahan atau sangat cepat. Pada kehamilan normal, jumlah air ketuban setengah sampai satu liter karena rahim sangat membesar. Menekan pada organ tubuh sekitarnya yang menyebabkan keluhan-keluhan sebagai berikut : sesak napas, perut membesar, nyeri perut, pembengkakan pada labia mayora dan minora serta tungkai. Bahaya yang dapat terjadi pada kehamilan kembar yaitu: keracunan kehamilan, polihidramnion, anemia, persalinan prematur, kelainan letak, persalinan sukar, perdarahan pasaca persalinan, (7) janin mati dalam kandungan, keluhan-keluhan ibu hamil dengan janin mati dalam kandungan/rahim: tidak terasa gerakan anak, perut terasa mengecil, payudara mengecil. Pada kehamilan normal gerakan janin dapat dirasakan ibu pertama kali pada umur kehamilan empat sampai lima bulan. Sejak saat itu gerakan janin sering dirasakan ibu. Bila gerakan janin berkurang, melemah, atau tidak bergerak sama sekali dalam 12 jam, kehidupan bayi mungkin terancam, sehingga ibu perlu segera mencari pertolongan, (8) *post date* atau hamil lebih bulan, ibu dengan umur kehamilan/hamil lebih bulan  $\geq 42$  minggu, pada hamil lebih bulan, plasenta sebagai alat penyalur makanan dan zat asam dari ibu ke janin mengalami proses menjadi tua, sehingga fungsi dari jaringan plasenta dan pembuluh darah menurun, dampak bagi janin adalah, tubuh mengecil, kulit mengkerut, lahir dengan berat lahir rendah, janin dapat mati mendadak, (9) letak sungsang, pada kehamilan tua (hamil 8-9 bulan), letak janin dalam rahim dengan kepala diatas dan bokong atau kaki dibawah. Bayi letak sungsang lebih sukar lahir karena kepala lahir terakhir. Bahaya yang dapat timbul pada kelainan letak sungsang : persalinan dapat macet pada bahu, kepala sangat sukar dilahirkan, (10)

letak lintang. Merupakan kelainan letak janin didalam rahim pada kehamilan tua (hamil 8-9 bulan) : kepala ada disamping kanan atau kiri dalam rahim. Bahaya yang dapat terjadi pada kelainan letak lintang : persalinan ditangani secara operasi, terjadi robekan rahim yang mengakibatkan perdarahan anemia berat, infeksi, ibu syok atau mati.

- 3) Kelompok III, mudah ditemukan dengan tanda-tanda perdarahan dan kejang-kejang. Keadaan ini merupakan kondisi ibu yang langsung mengancam nyawa ibu dan janin. Ibu dengan faktor resiko ini harus segera dirujuk ke rumah sakit sebelum kondisi ibu dan janin bertambah jelek, yang membutuhkan penanganan atau tindakan pada saat itu juga dalam upaya menyelamatkan nyawa ibu dan bayinya yang terancam. Faktor resiko pada kelompok III adalah : (1) perdarahan *antepartum* atau perdarahan sebelum bayi lahir, adalah tiap perdarahan keluar dari liang senggama pada ibu hamil setelah 28 minggu. Perdarahan antepartum harus mendapat perhatian penuh karena merupakan tanda bahaya yang dapat mengancam nyawa ibu dan janinya. Perdarahan dapat keluar sedikit-sedikit tetapi terus menerus lama-lama ibu mengalami anemia berat. Sekaligus banyak yang menyebabkan ibu syok, lemas/nadi kecil dan tekanan darah menurun. Bahaya yang dapat terjadi akibat perdarahan sebelum bayi lahir : a) bayi terpaksa dilahirkan sebelum cukup bulan. b) dapat membahayakan ibu, kehilangan darah, timbul anemia berat dan syok. Ibu dapat meninggal. c) Dapat membahayakan janinya yaitu mati dalam kandungan, (2) *pre-eklamsia* berat atau *eklamsia*. Pre-eklamsia berat terjadi bila ibu dengan pre-eklamsia ringan tidak dirawat, ditangani, dan diobati dengan benar. Pre-eklamsia berat, bila tidak ditangani dengan benar akan terjadi kejang-kejang, menjadi eklamsia. Pada waktu kejang-kejang, sudip lidah dimasukkan ke dalam mulut ibu diantara kedua rahang supaya lidah tidak tergigit. Bahaya yang dapat terjadi, yaitu : a) Bahaya bagi ibu, dapat tidak sadar atau koma sampai meninggal. b) Bahaya bagi janin : dalam kehamilan ada gangguan pertumbuhan janin dan bayi lahir kecil, mati dalam kandungan.

4. **Alat deteksi dini ibu hamil resiko tinggi**, salah satu alat yang digunakan dalam mendeteksi ibu hamil adalah kartu skor Poedji Rochjati, alat ini pertama kali digunakan di Jawa Timur pada tahun 1994 sampai sekarang yang dikembangkan oleh Poedji Rochjati (2011). Berikut adalah penjelasan tentang kartu skor Poedji Rochjati:

- 1) Pengertian : Kartu skor digunakan sebagai alat rekam kesehatan ibu hamil berbasis keluarga. Format KSPR disusun sebagai kombinasi antara checklist dan sistem

skor. Checklist dalam faktor resiko ada 20 : kelompok 1 terdiri atas 10 faktor resiko, kelompok 2 terdiri dari 8 resiko dan kelompok 3 terdiri atas 3 resiko.

- 2) Fungsi : Kartu skor mempunyai 5 fungsi, yaitu : (1) skrining antenatal atau deteksi dini faktor resiko pada ibu hamil resiko tinggi, (2) pemantauan dan pengendalian ibu hamil selama kehamilan, (3) pencatat kondisi ibu selama kehamilan, persalinan, nifas, mengenai ibu dan bayi, (4) pedoman untuk pemberi penyuluhan, validasi data kehamilan, persalinan, nifas dan perencanaan KB.
- 3) Tampilan kartu : Kartu skor dibuat dalam satu helai dengan halaman depan dan belakang, dapat dilipat dua, tiap halaman menjadi : (1) Bagian kiri dan kanan, disusun dengan praktis untuk mudah dimengerti, digunakan oleh tenaga kesehatan dan non-kesehatan PKK, dukun, serta mudah dibawa dan disimpan. Dengan warna hijau agar mudah dikenal dan mudah ditemukan.



4) Deteksi Dini Ibu Risiko Tinggi

**SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI  
OLEH  
PKK DAN PETUGAS KESEHATAN**

Nama : ..... Umur Ibu : ..... Th.  
 Hamil ke ..... Haid Terakhir tgl : ..... Perkiraan Persalinan tgl : ..... bl  
 Pendidikan : Ibu ..... Suami .....  
 Pekerjaan : Ibu ..... Suami .....

I KEL. F.R.	II NO.	III Masalah / Faktor Risiko	SKOR	IV Tribulan			
				I	II	III	IV
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil I < 16 th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4th b. Terlalu tua, hamil I > 35 th	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 tahun	4				
	7	Terlalu pendek < 145 Cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan : a. Tanikan tang / vakum b. Uri dirogoh c. Diberi infus/Transfusi	4				
	10	Pernah Operasi Sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil : a. Kurang darah b. Malaria c. TBC Paru d. Payah jantung e. Kencing Manis (Diabetes) f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Latak Sungsang	8				
	18	Latak Lintang	8				
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia Berat / Kejang-2	8				
JUMLAH SKOR							

**PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA**

KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO				
JML. SKOR RISIKO	KEL. PERA WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PEND LONG	RUJUKAN		
					RDB	RDR	RTW
2	KPR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN		
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM-RS	BIDAN DOKTER		
> 12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER		

Kematian Ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. Lain-lain

**KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'  
PERENCANAAN PERSALINAN AMAN**

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Posyandu 2. Polindes 3. Rumah Bidan  
 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal : ..... / ..... / .....

**RUJUKAN DARI :** 1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas  
**RUJUKAN KE :** 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit

**RUJUKAN :**  
 1. Rujukan Dini Berencana (RDB) / Rujukan Dalam Rahim (RDR)  
 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW) 3. Rujukan Terlambat (RTit)

**Gawat Obstetrik :** Kel. Faktor Risiko I & II  
 1. ....  
 2. ....  
 3. ....  
 4. ....  
 5. ....  
 6. ....  
 7. ....

**Gawat Darurat Obstetrik :** Kel. Faktor Risiko III  
 • Kel. Faktor Risiko III  
 1. Perdarahan antepartum  
 2. Eklampsia  
 • **Komplikasi Obstetrik**  
 3. Perdarahan postpartum  
 4. Uri Tertinggal  
 5. Persalinan Lama  
 6. Panas Tinggi

**TEMPAT :** 1. Rumah Ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan  
**PENOLONG :** 1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4 Lain-2  
**MACAM PERSALINAN :** 1. Normal 2. Tindakan pervaginam 3. Operasi Sesar

**PASCA PERSALINAN :**  
**IBU :** 1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab : a. Perdarahan b. PreeklampsiaEklampsia c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2 .....  
**TEMPAT KEMATIAN IBU :** 1. Rumah ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan  
**BAYI :** 1. Berat lahir : .... gram, Laki-2/Perempuan 2. Lahir hidup : Apgar Skor : ..... 3. Lahir mati, penyebab .....  
 4. Mati kemudian, umur .... hr, penyebab ..... 5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada

**KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)**  
 1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab .....  
 Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

**Keluarga Berencana :** 1. Ya, ..... / Sterilisasi .....  
 2. Belum Tahu

**Kategori Keluarga Miskin :** 1. Ya 2. Tidak  
**Sumber Biaya :** Mandiri / Bantuan : .....

Gambar 2.1 Halaman depan lembar skrining dan skor Poedji Rochjati

- (3) Kiri atas : Identitas ibu hamil, diisi pada kontak pertama : a) Nama, b) Umur, c) Pendidikan, d) Pekerjaan, e) Kehamilan keberapa, f) Riwayat kehamilan yang lalu, tanggal hari pertama dari hari haid, tanggal dan bulan dari perkiraan persalinan, identitas suami : a) pendidikan dan b) pekerjaan, (3) Kiri tengah : Isi yang digunakan untuk melakukan skrining atau deteksi dini masalah atau faktor resiko, skor dari faktor resiko yang ditemukan dan jumlah skor. Bagian ini terbagi dalam 4 kolom, yaitu : kolom 1 (kelompok faktor resiko 1, 2, 3), kolom 2 (nomor urut dari masalah atau faktor resiko 1-20), kolom 3 (skor awal

ibu hamil macam masalah atau faktor resiko pada ibu hamil, ada 20), (4) Nomor urut 1-10 : kelompok I, ada potensi gawat obsetri/APGO, 7 terlalu dan 3 pernah. Kondisi ibu hamil/faktor yang berhubungan dengan umur, paritas dan riwayat persalinan yang lalu, yaitu: primi muda (terlalu muda, hamil  $\leq 16$  th), primi tua (terlalu tua, hamil  $\geq 35$  th dan terlalu lambat hamil I, kawin  $\geq 4$  th ), terlalu cepat hamil lagi ( $< 2$  th), primi tua sekunder (terlalu lama hamil lagi  $\geq 10$  th), grande multi (terlalu banyak anak, 4 atau lebih), terlalu tua umur ibu  $\geq 35$ th, tinggi badan terlalu pendek  $\leq 145$  cm, riwayat obsetri jelek (penah gagal hamil yang lalu), pernah melahirkan dengan tindakan bukan operasi (tarikan tang/vacuum, uri dirogoh, diberi infuse/tranfusi), pernah operasi sesar. Faktor resiko yang ditemukan dicocokkan dengan gambar pada nomor yang sesuai dengan faktor resiko diberi skor 4 dan khusus untuk bekas seksio diberi skor 8. Faktor resiko no. 1-10 mudah ditemukan melalui tanya jawab dan periksa pandang terhadap ibu hamil pada kontak 1 pada kehamilan muda oleh ibu hamil, suami, keluarga, PKK, dukun, tenaga kesehatan, bidan desa, (5) Nomor urut 11-18 : kelompok II, ada gawat obsetri /AGO, 8 faktor resiko. Penyakit pada ibu hamil bengkak pada tungkai muka dan tekanan darah tinggi, hamil kembar, hidramnion, bayi mati dalam kandungan, kehamilan lebih bulan, letak sungsang dan letak lintang. Skor diberi 4, kecuali letak sungsang dan letak lintang diberi skor 8. Bila tenaga non kesehatan, PKK, atau dukun menduga adanya faktor resiko misalnya hamil kembar, dirujuk ke bidan, kemudian bidan memeriksa, bila betul baru diberi skor bersama-sama dengan bidan, (6) Nomor urut 19-20 : kelompok III, ada gawat darurat obsetri (AGDO) perdarahan antepartum dan pre-eklamsia skor 8. Faktor resiko ini langsung mengancam jiwa ibu, (7) Kolom IV : a) Pemantauan terhadap ibu hamil selama kehamilan : tanggal dan bulan pada tiap kontak ditulis diatas umur kehamilan yang sesuai : kontak pada tribulan I, tribulan II, dan dua kali Tribulan III, b) Tanggal dari rencana kontak berikutnya juga segera tertulis pada kolom umur kehamilan berikutnya. Tanggal ini ditulis juga dalam buku catatan ibu hamil untuk membantu memudahkan mengingat kapan kontak berikutnya harus dilaksanakan,

c) Berisi nilai skor awal 2 untuk semua ibu hamil. Skor untuk masing-masing faktor resiko adalah 4 atau 8, d) Untuk pemberian dan pencatatan skor pada tiap kontak. Terdapat 4 kolom kecil untuk pengisian skor dari faktor resiko yang ditemukan pada tiap kontak dengan ibu hamil oleh petugas.

Jumlah skor; mengisi jumlah skor pada tiap kontak, jumlahkan skor awal ibu hamil dan skor dari faktor resiko yang ada pada waktu kontak yang sama.

Halaman Kiri bawah : penyuluhan/komunikasi informasi edukasi-KIE. Penyuluhan untuk kehamilan/persalinan aman dan rujukan terencana. Jumlah skor, kelompok resiko dengan kode warnanya akan memudahkan pemberian penyuluhan kepada ibu hamil, suami dan keluarga dalam bentuk komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) mengenai kehamilan/persalinan aman. Berikut adalah tindakan perawatan yang dilakukan setelah mengetahui hasil skor yang didapat : (1) Perawatan kehamilan, menggunakan buku KIA dan rujukan kehamilan bagi ibu resiko tinggi ke puskesmas atau rumah sakit. Berikut tindakan yang dilakukan setelah mengkaji skor, yaitu : a) Skor 2 : perawatan kehamilan ke bidan di desa, baik di posyandu, polindes, puskesmas, tidak perlu dirujuk, b) Skor 6-10 : diberi nasehat periksa kehamilan dan rujukan kehamilan ke bidan atau puskesmas untuk menetapkan dugaan faktor resiko yang ditemukan, misalnya pada gemeli, letak sungsang, janin mati atau IUFD, c) Skor  $\geq 12$  : Ibu hamil dengan faktor resiko ganda (2 atau lebih) dinasehatkan untuk periksa kehamilannya, dan bila perlu dirujuk ke rumah sakit untuk pemeriksaan lebih intensif, (2) Persalinan, ibu hamil resiko tinggi KRT, ibu resiko sangat tinggi KRST: a) KIE mengenai tempat menolong persalinan yang sesuai dengan kelompok resiko dan macam faktor resiko, b) Rujukan persalinan dengan pola rujukan terencana : (a) Rujukan pada ibu APGO dan ibu AGO. Ibu hamil dirujuk dalam kondisi sehat, walaupun ada faktor resiko ibu dapat berjalan, naik kendaraan umum ke rumah sakit. (b) Rujukan dalam rahim (RDR), dilakukan pada janin resiko tinggi dengan upaya penyelamatan janin dalam rahim, agar setelah dilahirkan dapat langsung ditangani oleh

dokter spesialis anak. Misalnya pada ibu hamil riwayat obstetrik jelek dengan penyakit diabetes mellitus. (c) Rujukan Tepat Waktu (RTW) pada : ibu AGDO dengan perdarahan antepartum dan pre-eklampsia, komplikasi pada komplikasi persalinan dini.

Penggunaan ceklist dari kondisi ibu hamil faktor resiko dan perhitungan skor. Ada 3 hal yang perlu diperhatikan yaitu : (1) Deteksi adanya faktor resiko pada setiap kontak. (2) Cara pemberian skor dan cara pencatatan skor dalam kolom IV dan dengan kolom 4 kolom kecil pada umur kehamilan pada waktu kontak. (3) Penghitungan jumlah skor dari skor awal dan skor kondisi ibu hamil/ faktor resiko.

Cara pengisian kolom IV tempat menulis skor : (1) Bila salah satu ibu hamil dengan faktor resiko nomor 1-20 maka skor ditulis pada kolom umur kehamilan yang sesuai saat itu. (2) jumlah skor adalah jumlah dari skor awal dan skor pada faktor resiko nomor 1-20 ditulis pada baris jumlah skor.

Halaman depan kanan : (1) Tempat perawatan kehamilan : posyandu, polindes, rumah bidan, puskesmas, rumah sakit, pilih dan tandai dengan melingkari tempat perawatan dari ibu hamil. (2) Data persalinan ibu dan bayi : a) Tanggal dari persalinan. b) Rujukan persalinan, Jika dilakukan rujukan, asal rujukan dan tujuan dari rujukan. Beri lingkaran sesuai jawaban yang didapat. c) Komplikasi obstetri jika dalam kehamilan atau persalinan terdapat komplikasi obstetri tandai jawaban yang sesuai. d) Tempat bersalin, tiap persalinan membutuhkan tempat tandai pada salah satu jawaban yang tersedia dimana tempat ibu melahirkan. e) Penolong persalinan, tiap persalinan pasti membutuhkan penolong persalinan. Pilih dan tandai macam persalinan sesuai dengan yang dialami ibu. f) Macam persalinan, dari penolong persalinan dapat diketahui jenis/macam persalinan. Pilih dan tandai salah satu jawaban yang tersedia. g) Keadaan ibu dan bayi pasca persalinan harus dicatat. Jika ibu dalam keadaan sehat dan selamat, tandai pada pilihan hidup, jika terjadi kematian tanyakan apa penyebabnya dan dimana tempat kematian ibu. h) Keadaan ibu selama nifas yaitu 42 hari setelah persalinan, tanyakan pada ibu apakah keadaan sehat atau sakit pada masa nifas. Tanyakan



pada ibu apakah ia memberikan ASI pada bayinya. Jika ibu memberikan makanan tambahan tanya apa jenisnya. Jika ibu meninggal tanyakan kepada suami atau keluarganya apa penyebab kematian. i) Perencanaan KB, Tanyakan pada ibu atau suami tentang perencanaan KB. Jika ya, jenis KB apa yang dipilih. Tandai jawaban tersebut pada kartu skor. Setelah persalinan, apakah pada ibu langsung dilakukan sterilisasi.

Halaman Belakang pada kartu skor Poedji Rohjati, yaitu :







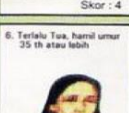

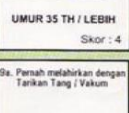
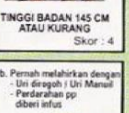

KAB / KOTA ..... Kec. / Puskesmas : ..... / .....

**• Semua Ibu Hamil Mempunyai Risiko**









• Kehamilan Risiko Rendah (KRR) Ibu Hamil Tanpa Masalah      • Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) Ibu Hamil dengan Masalah / Faktor Risiko Tunggal / Ganda

**• Semua Persalinan : KRR, KRT dan KRST dapat terjadi komplikasi**

Kel. FR. I Ada Potensi Risiko / Potensi Gawat

1. Terlalu muda, hamil Pertama umur 16 Th. Atau kurang  <b>PRIMI MUDA</b> Skor : 4	2a. Terlalu lambat hamil I setelah kawin 4 tahun lebih  <b>PRIMI TUA</b> Skor : 4	2b. Terlalu tua, hamil pertama umur 35 Th. Ke atas  <b>PRIMI TUA</b> Skor : 4
3. Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil < 2th  <b>ANAK TERKECIL &lt; 2 TH</b> Skor : 4	4. Terlalu lermo punya anak lagi, terkecil 10 th lebih  <b>PRIMI TUA SEKUNDER</b> Skor : 4	5. Terlalu banyak punya anak 4 atau lebih  <b>GRANDE MULTI</b> Skor : 4
6. Terlalu Tua, hamil umur 35 th atau lebih  <b>UMUR 35 TH / LEBIH</b> Skor : 4	7. Terlalu pendek : Hamil pertama Hamil kedua atau lebih belum pernah melahirkan normal, cukup bulan hidup.  <b>TINGGI BADAN 145 CM ATAU KURANG</b> Skor : 4	8. Pernah gagal kehamilan Hamil ke II yang I Gagal, hamil ke III atau lebih gagal 2 kali / Terakhir lahir mati  <b>RIWAYAT OBSTETRIK JELEK</b> Skor : 4
9a. Pernah melahirkan dengan Tarikan Tang / Vakum  Skor : 4	9b. Pernah melahirkan dengan Uti drogoh / Uti Manuil -Pendarahan pp- diberi infus  Skor : 4	10. Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum ini  <b>BEKAS OPERASI SESAR</b> Skor : 8

Kel. FR. II Ada Risiko / Ada Gawat / ada Tanda bahaya

11a. ANEMIA  Pucat, lemas badan, lekas lelah, lesu Skor : 4	11b. MALARIA  Panas tinggi menggigil, keluar keringat, sakit kepala, muntah-muntah Skor : 4	11c. TUBERKULOSA PAKU  Batuk lama tidak sembuh-2 batuk darah, badan lemas, kurus Skor : 4
12. KERACUNAN KEHAMILAN PRE-EKLAMPSIA  Bengkak pada Muka dan Tangan; Tekanan Darah Tinggi; Albumin terdapat dalam air seni Skor : 4	13. HAMIL KEMBAR  Perut ibu sangat membesar, Gerakan anak terasa di banyak tempat Skor : 4	14. HYDRAMNION / KEMBAR AIR  Perut ibu sangat membesar, Gerakan dari anak tidak lagitu terasa Skor : 4
15. JANIN MATI DLM KANDUNGAN  Ibu Hamil tidak merasa gerakan anak lagi Skor : 4	16. HAMIL LEBIH BULAN (POST DATE / SEROTINUS)  Ibu Hamil 9 bulan lebih 2 minggu belum melahirkan Skor : 4	17. LETAK SUNGSANG  Skor : 8
18. LETAK LINTANG  Skor : 8	19. PERDARAHAN  Mengeluarkan darah pada waktu hamil ini Skor : 8	20. EKLAMPSIA  Terjadi kejang kejang pada hamil 7 bulan lebih pada ibu dengan keracunan kehamilan Skor : 8

**PUSAT SAFE MOTHERHOOD  
RSUD Dr. SOETOMO / FK. UNAIR SURABAYA**

Gambar 2.2 Halaman Belakang Kartu Skor Poedji Rohjati

Kiri dan kanan : Terdapat gambar faktor resiko 1-20 kelompok I, II, dan III dengan urutan pada ceklis. Pada masing-masing nomor ada penjelasan batasan dari faktor resiko dan skornya. Pada pojok kanan bawah : Identitas instansi/organisasi yang memberi bantuan biaya untuk pengandaan kartu skor.

Cara pemberian skor pada halaman belakang yaitu : tiap kondisi ibu hamil (umur dan paritas) dan faktor resiko diberi nilai 2,4,8. Umur

dan paritas pada semua ibu hamil diberi skor 2 sebagai skor awal. Tiap faktor resiko skornya 4, kecuali bekas operasi sesar, letak sungsang, letak lintang, perdarahan ante partum dan pre-eklamsia berat/eklamsi diberi skor 8. Tiga faktor resiko dapat dilihat pada gambar yang ada dalam kartu skor Poedji Rochjati (KSPR).

Cara pemberian skor : (1) Skor awal X, yaitu skor dari umur dan paritas yang merupakan karakteristik pada setiap ibu hamil. (2) skor awal X+Y, nilai Y adalah skor dari faktor resiko yang mungkin sudah ditemukan pada kontak pertama. (3) jumlah skor dapat tetap atau bertambah disesuaikan dengan faktor resiko yang kemudian hari timbul. (4) jumlah skor tidak akan berkurang walaupun gejalanya tidak ada lagi, misalnya : edema tungkai pada pre-eklamsia ringan karena resiko tetap ada dan gejala X dari faktor resiko tersebut sewaktu-waktu dapat timbul kembali. (5) dengan pengertian bahaya dari pre-kelamsia dan eklamsia tetap masih ada persalinan dan nifas selesai, yaitu samai 42 hari pasca persalinan.

Tabel 2.15 Cara Perhitungan Jumlah Scor dan Kode Warna

<b>Kasus Kehamilan</b>	<b>Kontak</b>	<b>Pemberian Skor</b>	<b>Jumlah Skor</b>	<b>Kode Warna</b>
Ibu hamil berumur 30 tahun sedang hamil 3 bulan kehamilan yang ke-3 Anak kedua lahir dengan operasi sesar	I	2  8	10	Kuning
Keadaan tetap	II, III	Tetap	10	Kuning
Pada umur kehamilan 8 bulan, terjadi perdarahan. Oleh ibu PKK di Rujuk dan dirawat di Rumah Sakit. Setelah perdarahan berhenti dipulangkan.	IV	8	18	Merah

Dirumah tidak ada perdarahan ibu PKK melakukan kontak.	V	Tetap	18	Merah
Mendadak perdarahan banyak ibu PKK segera merujuk ke Rumah Sakit.	-	Tetap	18	Merah

*Sumber : Rochjati, 2011*

Pada tiap kontak jumlah skor dihitung jumlah skor 2, 6-10, dan 12 atau lebih, berdasarkan jumlah skor, ibu hamil dapat ditentukan termasuk dalam 3 kelompok resiko (KRR, KRT, dan KRST), dengan kode warna (hijau, kuning dan merah) : (1) Jumlah skor 2: Kehamilan resiko rendah (KRR), warna hijau, (2) Jumlah 6-10 : Kehamilan resiko tinggi (KRT), warna kuning, (3) Jumlah > 12: Kehamilan resiko sangat tinggi (KRST), kode warna merah. Jumlah skor pada tiap kontak, menentukan kelompok resiko yang menjadi petunjuk pemberia KIE, penanganan ibu hamil seterusnya, yaitu rujukan kehamilan dan perencanaan persalinan, baik tempat dan penolong persalinan, bila perlu rujukan sudah dapat direncanakan sebagai rujukan terencana.

#### **2.1.14 Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan menurut**

Menurut Hani, dkk (2011) konsep dasar manajemen asuhan kebidanan dibagi dalam :

##### **1. Pengkajian Data**

Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Pengkajian data wanita hamil terdiri atas anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang Anamnesis/Data Subjektif.

##### 1) Anamnesis

Prinsip-prinsip melakukan anamnesis.

- (1) Memperkenalkan diri untuk menggali informasi.
- (2) Menggunakan teknik wawancara, meliputi : mengajukan pertanyaan yang bersifat terbuka, klarifikasi kebiasaan atau pola hidup sehari-hari, menggunakan bahasa yang dapat dipahami klien.
- (3) Menghargai atau menghormati hak pribadi klien.
- (4) Dengarkan dengan minat yang tinggi, perhatian, serta bereaksi dengan hal-hal yang diceritakan klien. Sebagai contoh : bila klien menceritakan mengenai kesulitan masa lalunya berikan respons yang menunjukkan anda simpati.

- (5) Lebih responsif untuk permintaan penjelasan atau informasi.
- (6) Berikan informasi secara tepat dan terperinci.
- (7) Tidak perlu mencatat materi yang tidak relevan.
- (8) Beri waktu klien untuk menjawab pertanyaan, jangan memotong jawaban klien kecuali klien mulai memberi jawaban ke arah yang lain, atau perlu diklarifikasi.
- (9) Dengarkan klien dengan baik. Jangan ulangi pertanyaan akhir, juga tidak perlu memintanya mengulang jawaban sebab hal itu menandakan anda kurang memperhatikan.
- (10) Beri bantuan terhadap jawaban atau informasi yang masih tidak jelas, meskipun tidak berhubungan langsung dengan pertanyaan.
- (11) Pastikan bidan mengerti apa yang dikatakan klien, meskipun aksen dan ekspresinya berbeda antara suatu daerah dengan yang lainnya. Jangan ragu untuk meminta klien mengeja atau menjelaskan maksud yang dikatakannya.
- (12) Hindari memberi kesan negatif yang dapat terlihat di wajah, bahasa tubuh, atau tekanan suara.
- (13) Usahakan membuat suasana pribadi dan tidak didengar oleh orang lain.
- (14) Berbicara dengan menanyakan, menjelaskan, dan dengan tekanan suara yang lembut.
- (15) Pastikan selalu menatap mata, jangan selalu membaca dari formulir riwayat, mencatat respons, atau lain-lain.
- (16) Hindari mengajukan pertanyaan kecuali anda dapat menerangkan kepada klien alasan anda menanyakan hal tersebut. Beberapa dari klien ada yang beranggapan bahwa kondisi sosial, seksual, ekonomi, pendidikan, pekerjaan, dan rumah merupakan informasi penting. Anda harus mendapatkan informasi penting tanpa mengajukan pertanyaan yang seolah mengorek kehidupan pribadinya.

Data-data yang dikumpulkan antara lain sebagai berikut :

- (1) Identitas klien : nama, umur, ras/suku, gravida/para, alamat dan nomor telepon, agama, status perkawinan, pekerjaan, dan tanggal anamnesis. Maksud pertanyaan ini adalah untuk identifikasi (mengenal) penderita dan menentukan status sosial ekonominya yang harus kita ketahui; misalnya untuk anjuran apa atau pengobatan apa yang akan diberikan. Umur juga hal yang penting karena ikut menentukan prognosis kehamilan. Kalau umur terlalu lanjut atau terlalu muda, maka persalinan lebih banyak risikonya.
- (2) Alasan datang: alasan wanita datang ke tempat bidan/klinik, yang diungkapkan dengan kata-katanya sendiri.
- (3) Riwayat pernikahan : a) Nikah atau tidak, b) Berapa kali nikah, c) Berapa lama nikah.



Kalau orang hamil yang sudah lama menikah, nilai anak tentu besar sekali dan ini harus diperhitungkan dalam pimpinan persalinan (anak mahal).

- (4) Riwayat penyakit sekarang (berhubungan dengan masalah atau alasan datang) : a) Tanggal dan jam terjadinya serangan, b) Bentuk serangan, c) Faktor pencetus terjadinya serangan, d) Alur penyakit sejak serangan, termasuk durasi dan serangan ulang, e) Lokasi spesifik, f) Tipe nyeri atau ketidaknyamanan dan intensitasnya, g) Gejala lain yang berhubungan, h) Hubungan fungsi tubuh dengan aktivitas, i) Penjelasan kualitas (warna, konsisten) dan kuantitas (banyaknya, volume, atau jumlah), j) Bantuan kesehatan yang dilakukan dan dari siapa, k) Efektivitas perawatan dan pengobatan.
- (5) Riwayat kesehatan lalu.
  - a. Penyakit waktu kecil dan imunisasi (misal measles, mumps, chickenpox).
  - b. Tes laboratorium akhir-akhir ini terhadap penyakit infeksi (misal hepatitis, TB, HIV), tanggal dan hasilnya.
  - c. Penyakit berat, misalnya pneumonia, hepatitis, demam rematik, difteri, dan polio.
  - d. dl
- (6) Riwayat keluarga : a) Usia ayah dan ibu, juga statusnya (hidup atau mati), b) Kanker, c) Penyakit jantung, d) Hipertensi, e) Diabetes, f) Penyakit ginjal, g) dll.
- (7) Riwayat menstruasi.

Anamnesis haid memberikan kesan tentang faal alat reproduksi/ kandungan, meliputi hal-hal berikut ini : a) Umur menarche, b) Frekuensi, jarak/siklus jika normal, c) Lamanya, d) Jumlah darah yang keluar, e) Karakteristik darah (misal bergumpal), f) HPHT, lam dan jumlahnya normal, g) Disminorea, dll.
- (8) Riwayat obstetri : a) Gravida/para, b) Tipe golongan darah (ABO dan Rh), c) Kehamilan yang lalu, d) Tanggal terminasi, e) Usia gestasi, f) Tempat lahir, g) Bentuk persalinan (spontan, SC, forcep, atau vakum ekstrasi), h) Masalah obstetrik, medis dan sosial yang lain, dalam kehamilan (pre-eklamsia dan lain-lain), dalam persalinan (mal presentasi, drip oksitosin, dan lain-lain), berat lahir bayi, jenis kelamin bayi, kelainan kongenital bayi dan komplikasi yang lain seperti ikterus, status bayi saat lahir (hidup atau mati), status kehidupan bayi, jika meninggal apa penyebabnya.
- (9) Riwayat ginekologi : a) Infertilitas, b) Infeksi vagina, c) Penyakit menular seksual, d) Servitis kronik, e) Endometritis, dll.
- (10) Riwayat seksual  
Pola hubungan seksual, frekuensi berhubungan, kelainan dan masalah seksual dan lain-lain.

(11) Riwayat KB/kontrasepsi

KB terakhir yang digunakan jika pada kehamilan perlu juga ditanyakan rencana KB setelah melahirkan.

2) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik lengkap dilakukan pada kunjungan awal wanita hamil untuk memastikan apakah wanita hamil tersebut mempunyai abnormalitas muda atau penyakit.

(1) Prinsip melakukan pemeriksaan fisik.

(2) Cuci tangan sesaat sebelum pemeriksaan

(3) Yakinkan jari-jari kita bersih dan kuku pendek agar tidak melukai

(4) Hangatkan tangan sebelum menyentuh klien dengan menggunakan air hangat atau dengan menggosok-gosokan kedua tangan atau dengan mendekatkan pada lampu.

(5) Jelaskan klien secara umum tentang apa yang akan kita lakukan, dan secara spesifik jika akan melakukan. Biarkan klien mengetahui bagian mana yang disentuh, apa yang ingin dilakukan, apakah pemeriksaan ini membuat perasaan tidak nyaman.

(6) Gunakan sentuhan yang lembut, tetapi tidak menggelitik klien dan cukup kuat untuk memperoleh informasi

(7) Buka hanya daerah yang diperiksa, dan tutup daerah yang lain.

(8) Atur pemeriksaan sesuai ketentuan berikut ini.

a. Mulai dari kepala baru kaki.

b. Batasi gerakan pasien (misal ketika pasien dalam posisi duduk bidan dapat memeriksa payudara juga dapat mendengarkan suara paru-paru dari punggung, lihat dan raba tulang belakang yang salah bentuk).

c. Tunggu sampai akhir pemeriksaan untuk menyentuh bagian tubuh yang akan mengharuskan bidan harus mencuci tangan kembali (misal telapak kaki pasien).

d. Pastikan bahwa pemeriksaan selalu memperhatikan prinsip pencegahan infeksi dan menggunakan cara yang sama pada setiap pasien. Hal ini membantu bidan mengingat langkah-langkah.

e. Pada pemeriksaan fisik waspadai ketidaksesuaian antara cerita klien dan hasil pemeriksaan fisik.

f. Disesuaikan dengan klien tentang hasil temuan. Jika didapatkan normal beritahu bahwa normal, jika ada kelainan beritahu bahwa ada kelainan.

Berikut adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan.

a. Pengukuran fisik/tanda-tanda vital

(a) Tekanan darah

Tekanan darah pada ibu hamil tidak boleh mencapai 140 mmHg sistolik atau 90 mmHg diastolic. Perubahan 30 mmHg sistolik dan 15 mmHg diastolic di atas tensi sebelum hamil, menandakan *toxaemia gravidarum* (keracunan kehamilan).

(b) Suhu, Nadi, Pernafasan

(c) TB (Tinggi badan), BB sebelum hamil dan pada saat pemeriksaan

Walaupun prognosis kehamilan dan persalinan bagi orang gemuk kurang baik dibandingkan dengan orang yang normal beratnya, dalam menimbang seseorang bukan beratnya saja yang penting, tapi lebih penting lagi perubahan berat badan setiap kali ibu memeriksakan diri. Berat badan dalam triwulan ke III tidak boleh tambah lebih dari 1 kg seminggu atau 3 kg gram sebulan. Penambahan yang lebih dari batas-batas tersebut diatas disebabkan oleh penimbunan (retensi) air disebut *Preodema*.

3) Pemeriksaan umum

- (1) Kesesuaian penampakan usia, Status gizi umum, Penampakan status kesehatan
- (2) Tingkat emosi, kesesuaian mood (ansietas depresi), orientasi waktu, tempat, orang, ingatan, proses logika, perilaku umum (seperti bersahabat, kooperatif, menolak)
- (3) Temuan kegagalan sistem, seperti sianosis, disetres pernafasan, batuk persisten, abnormalitas suara dan bicara, wajah asimetris, abnormalitas tulang
- (4) Postur tubuh, gaya berjalan dan gerakan tubuh

4) Kepala dan leher

- (1) Apakah ada edema pada wajah, adakah *chloasma gravidarum*.
- (2) Pada mata : adakah pucat pada kelopak mata bawah, adakah kuning ikterus pada sclera.
- (3) Hidung adakah pernafasan cuping hidung, adakah pengeluaran secret.
- (4) Apakah wajah pucat, keadaan lidah, adakah gigi yang berlubang.
- (5) Telinga : ketajaman pendengaran secara umum, luka, dan pengeluaran dari saluran telinga (bentuk dan warna).
- (6) Leher : adakah pembesaran kelenjar tiroid, adakah pembesaran pembuluh limfe.

5) Payudara

- (1) Memeriksa bentuk, ukuran, dan simetris atau tidak.
- (2) Puting payudara menonjol, datar atau masuk ke dalam.
- (3) Ada kolostrum atau cairan lain dari puting susu.
- (4) Pada saat klien mengangkat tangan keatas kepala, periksa payudara untuk mengetahui

adanya retraksi atau dimpling.

(5) Pada saat klien berbaring, lakukan palpasi secara sistematis dari arah payudara dan aksila, kemungkinan terdapat : masa atau pembesaran pembuluh limfe.

6) Abdomen.

(1) Bentuk pembesaran perut (perut membesar ke depan atau ke samping, keadaan pusat, tampakkah gerakan anak atau kontraksi rahim).

(2) Adakah bekas operasi.

(3) Linea nigra, striae abdomen.

(4) Ukur TFU. Hitung TBJ.

(5) Letak presentasi, posisi dan penurunan kepala janin.

(6) DJJ dan gerakan janin.

(Catatan : teknik palpasi dan auskultasi abdomen dibahas sendiri di lampiran pada halaman belakang)

7) Tangan dan kaki/ekstremitas

(1) Edema

Edema seharusnya tidak ada pada pengkajian awal, tetapi dapat terjadi ketika kehamilan berlanjut. Edema fisiologis terjadi setelah bangun pagi dan makin parah pada siang hari. Ini sering dikaitkan dengan aktivitas fisik dan cuaca panas. Edema pada kehamilan dapat disebabkan oleh toxemia gravidarum/ keracunan kehamilan atau oleh tekanan rahim yang membesar pada vena-vena dalam panggul yang mengalirkan darah dari kaki, tetapi juga oleh hipovitaminose B1, hipoproteinaemia, dan penyakit jantung.

(2) Apakah kuku jari pucat

(3) Varises

Varises ini umum terjadi pada kehamilan dan merupakan predisposisi untuk menyebabkan thrombosis vena profunda. Ibu harus ditanya kemungkinan adanya sakit pada kaki. Area kemerahan pada betis mungkin terjadi karena varises, flebitis, atau thrombosis vena profunda.

(4) Suhu/kehangatan

(5) Reflek patella

8) Genetalia eksterna

(1) Lihat adanya tuka/luka, varises, cairan (warna, konsistensi, jumlah, bau).

(2) Dengan mengurut uretra dan skene : adakah cairan atau nanah.

(3) Kelenjar Bartholini adakah : pembengkakan, massa atau kista, dan cairan.

- 9) Genetalia interna
  - (1) Dinding vagina : cairan atau darah, luka
  - (2) Serviks : adakah cairan atau darah, luka/lesi, serviks sudah membuka atau belum, nyeri goyang atau tidak
  - (3) Uterus: ukuran, bentuk dan posisi, mobilitas, rasa nyeri, massa

10) Pemeriksaan panggul

Keadaan panggul terutama penting pada primigravida, karena panggulnya belum pernah diuji dalam persalinan, sebaliknya pada multigravida anamnesis mengenai persalinan yang gampang dapat memberikan keterangan yang berharga mengenai keadaan panggul.

Tujuan :

Mengetahui diagnosis prognosis jalannya persalinan dan keadaan panggul.

Indikasi :

- (1) Primigravida kepala belum masuk pada bulan terakhir (usia 36 minggu)
- (2) Multigravida jika persalinan yang lalu riwayat obstetrik jelek (ROJ)
- (3) Ada kelainan letak padahamil tua
- (4) Jika ada kelainan misalnya kifosis, skoliosis, jalan pincang atau cebol.

11) Pemeriksaan panggul dengan cara pandang

- (1) Pasien sangat pendek
- (2) Berjalan pincang
- (3) Terdapat kelainan punggung seperti kifosis dan lain-lain.

12) Pemeriksaan panggul dengan periksa raba

- (1) Pada primigravida kehamilan 36 minggu kepala belum masuk
- (2) Primigravida kehamilan aterm ada kelainan letak.
- (3) Perasat Osborn positif

13) Pengukuran panggul luar.

Pengukuran panggul luar dilakukan pada sibu dengan paritas yang pertama untuk mengetahui panggul dalam keadaan normal atau ada kelainan. Pengukuran ini menggunakan alat berupa jangka panggul Martin (Hani, 2011)

Tabel 2.16 Pengukuran panggul luar

<b>Nama ukuran panggul</b>	<b>Cara ukur</b>	<b>Ukuran normal</b>
Distansia spinarum	Jarak antara spina iliaca anterior superior (SIAS) kanan dan kiri	23-26 cm

Distania cristarum (DC)	Jarak terjauh antara crista iliaka kanan dan kiri, terletak kira-kira 5 cm dibelakang SIAS	26-29 cm
Conjugata eksterna/ Boudeloque (CE)	Jarak antara tepi atas simpisis pubis dan ujung procesus spinosus vertebra lumbal V.	18-20 cm
Distania tubernum	Ukuran melintang dari pintu bawah panggul atau jarak antara tuberiskhiadikum kanan dan kiri	10,5-11 cm
Lingkar panggul	Menggunakan pita pengukur, diukur dari tepi atas simpisis pubis, dikelilingkan ke belakang melalui pertengahan antara SIAS dan trochanter mayor kanan, ke ruas lumbal V dan kembali sepihak.	80-90 cm

Sumber : Hani, 2011

#### 14) Pengukuran panggul dalam

Memeriksa dan mengukur panggul sekali dalam kehamilan ialah dengan *toucher* karena ukuran-ukuran dalamlah yang menentukan luasnya jalan lahir. Biasanya dilakukan pada kehamilan 8 bulan.

- (1) Persiapan alat : Alat-alat untuk vulva hygiene, Alat-alat untuk periksa dalam, Minyak steril, Pita pengukur, dan Bengkok untuk tempat kotoran
- (2) Persiapan pasien : Pasien diberitahu dan mengatur posisi litotomi atau dorsalrecumbent, Kandung kemih dikosongkan, dan Memberikan rasa aman dan nyaman, serta menjaga privasi

- 15) Langkah-langkah : Vulva dibersihkan dengan kapas DTT, Memakai sarung tangan, Tangan masuk secara obstetric, Tangan luar diletakkan diatas simfisis, Memeriksa keadaan panggul (dapat dilihat pada tabel dibawah ini), dan Merapikan pasien dari mencuci tangan.

Tabel 2.17 Batas normal temuan pada pemeriksaan dalam

Bagian panggul	Temuan normal
Promontorium	Tidak tercapai
Linea innominate	Teraba sepetiga bagian

Sacrum	Konkaf atau cekung dalam arah atas bawah kiri dan kanan
Spina isiadika	Tidak menonjol
Dinding samping panggul	Konvergen
Conjugate diagonalis (diukur dari tepi bawah simfisis ke promontorium)	12,5 cm
Conjugate vera (ukuran dari tepi atas simfisis ke promontorium)	Conjugata diagonalis – 1,5 cm = 12,5 cm
Arcus pubis	90 derajat
Diantara tuberum (jarak antar tuberosis ischi)	10,5-11 cm

## 16) Pemeriksaan Obstetrik

### (1) Pemeriksan Leopold

Leopold I : Bertujuan untuk mengetahui TFU dan bagian janin yang ada di fundus.

Leopold II : Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada disebelah kanan atau kiri ibu.

Leopold III : Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah uterus.

Leopold IV : Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah dan untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk panggul atau belum.

TBJ menurut Johnson-Thousack :

Bagian terendah belum masuk PAP (*Floating*) :  $TFU (cm) - 13 \times 155 =$

Bagian terendah janin sudah memasuki PAP atau HII :  $TFU (cm) - 12 \times 155 =$

Bagian terendah janin sudah memasuki PAP atau lebih dari HIII :

$TFU (cm) - 11 \times 155 =$

- a. Auskultasi : normal denyut jantung dibawah pusat ibu (baik dibagian kiri atau dibagian kanan). Mendengarkan DJJ meliputi frekuensi dan keteraturannya. DJJ dihitung selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal 120-160 x/menit. (Hani, 2011)
- b. Perkusi patella (reflek lutut) : normal tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda pre-eklamsia. Bila reflek patella negatif kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1. (Hani, 2011)
- c. Inspekullo : bertujuan untuk mengidentifikasi adanya penyakit vaginitis pada trimester

2 atau 3. Cara: Labia dipisahkan dengan dua jari pemeriksa, alat speculum fusco (cocor bebek) dimasukkan ke vagina dengan bilah vertical kemudian di dalam liang vagina diputar 90° sehingga horizontal, lalu dibuka. Deskripsi keadaan porsio cervik (permukaan, warna) keadaan ostium, ada atau tidaknya darah atau cairan atau discharge di forniks, dilihat keadaan dinding dalam vagina, ada atau tidaknya tumor, tanda radang atau kelainan lainnya. Spekulum ditutup horizontal, diputar vertikal dan dikeluarkan dari vagina (Manuaba, 2007).

#### 17) Pemeriksaan penunjang

##### (1) Pemeriksaan laboratorium

Pada tempat berbeda, pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada wanita hamil berbeda. Di banyak tempat di Indonesia wanita hamil diperiksa urinenya untuk mengetahui kadar protein dan glukosanya, diperiksa darahnya untuk mengetahui faktor rhesus, golongan darah, Hb dan penyakit rubella. Jenis tes dalam daftar berikut yang dicetak tebal adalah tes yang paling penting.

Tabel 2.18 Nilai batas normal pemeriksaan darah pada ibu hamil

<b>Tes Lab</b>	<b>Nilai normal</b>	<b>Nilai tidak normal</b>	<b>Diagnosis/ masalah terkait</b>
Hemoglobin	10,5-14,0	< 10,5	Anemia
Protein urine	Terlacak/ negatif Bening/negatif	>atau = 2 + Keruh (positif)	Protein urine
Glukosa dalam urine	Warna hijau	Kuning, oranye, coklat	Diabetes
VDLR/RPR	Negatif	Positif	Sypilis
Faktor rhesus	Rh +	Rh -	Rh sensitization
Golongan darah	A B O AB	-	Ketidakcocokan ABO
HIV	-	+	AIDS
Rubella	Negatif	Positif	Anomali pada janin jika ibu terinfeksi
Feses untuk ova/telur cacing dan parasite	Negatif	Positif	Anemia akibat cacing (cacing tambang)



## 18) Pemeriksaan Rontgen

Pemeriksaan rontgen baiknya dilakukan pada kehamilan yang sudah agak lanjut karena sebelum bulan ke-IV rangka janin belum tampak dan pada hamil muda pengaruh sinar rontgen terhadap janin lebih besar.

Pemeriksaan rontgen dilakukan pada kondisi-kondisi sebagai berikut :

- (1) Diperlukan tanda pasti hamil
- (2) Letak anak tidak dapat ditentukan dengan jelas dengan palpasi
- (3) Mencari sebab dari hidramnion (gamily anenchepal)
- (4) Untuk menentukan hamil kembar
- (5) Untuk menentukan kematian anak dalam rahim
- (6) Untuk menentukan kelainan anak (hidrocephalus, anencephalus)
- (7) Untuk menentukan bentuk dan ukuran panggul

## 19) Pemeriksaan USG

Kegunaan utama USG adalah sebagai berikut :

- (1) Diagnosis dan konfirmasi awal kehamilan
- (2) Penentuan umur gestasi dan penafsiran ukuran fetal
- (3) Diagnosis dari malformasi janin
- (4) Perdarahan pervaginam dengan penyebab yang tidak jelas
- (5) Mengetahui posisi plasenta
- (6) Mengetahui adanya kehamilan ganda
- (7) Mengetahui adanya hidramnion dan oligohidramnion
- (8) Mengetahui adanya IUFD
- (9) Mengetahui presentasi janin pada kasus yang tidak jelas
- (10) Mengevaluasi pergerakan janin dan detak jantung janin
- (11) Mendiagnosis adanya keabnormalan pada uterus dan pelvis selama kehamilan.

## 2. Identifikasi Diagnosis dan Masalah

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosis.

Diagnosis Kebidanan

*Diagnosis Kebidanan* adalah diagnosis yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosis kebidanan. Standar nomenklatur diagnosis kebidanan adalah sebagai berikut :

- 1) Diakui dan telah disahkan oleh profesi.
- 2) Berhubungan langsung dengan praktik kebidanan
- 3) Memiliki ciri khas kebidanan.
- 4) Didukung oleh penilaian klinik (*clinical judgement*) dalam praktik kebidanan.
- 5) Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

Penentuan diagnosis telah dibahas pada materi sebelumnya mengenai diagnosis kebidanan. Dalam kunjungan awal, yang paling penting adalah memastikan seorang wanita itu hamil dan berapa usia kehamilannya, serta adanya kelainan yang menyertai. Selain itu juga perlu diketahui tentang cara penulisan diagnosis (status obstetric) seorang wanita hamil berdasarkan kelaziman di suatu tempat tertentu.

Beberapa cara penulisan diagnosis kehamilan.

G□P □□□ Ab□□□□ dengan (kehamilan normal/dengan penyulit dan komplikasi)

G (Gravida) : jumlah kehamilan yang dialami wanita, diikuti dengan jumlah seluruh kehamilan termasuk kehamilan ini.

P (Para) : jumlah kehamilan yang diakhiri dengan kelahiran janin yang memenuhi syarat untuk melangsungkan kehidupan (28 minggu atau 1000 gram)

P digit pertama : jumlah kelahiran prematur (8 sampai 36 minggu atau > 2500 gram) berisi jumlah seluruh persalinan aterm yang pernah dialami.

P digit kedua : jumlah kelahiran prematur (28 sampai 36 minggu atau 1000 sampai 2499 gram, berisi jumlah seluruh persalinan prematur yang pernah dialami.

P digit ketiga : jumlah kelahiran imatur, (21 sampai 28 minggu atau 500 sampai 1000 gram), berisi jumlah seluruh persalinan immature yang pernah dialami.

P digit keempat : jumlah anak yang hingga kini masih hidup, berisi jumlah seluruh anak yang masih hidup sampai saat dilakukan anamnesis.

Ab (abortus) : jumlah kelahiran yang di akhiri dengan aborsi spontan. atau terinduksi pada usia kehamilan sebelum 20 minggu atau memiliki berat kurang dari 500 gram.

Ab digit pertama : berisi jumlah seluruh abortus yang pernah dialami.

Ab digit kedua : berisi jumlah seluruh kehamilan mola yang pernah dialami.

Ab digit ketiga : berisi jumlah seluruh kehamilan ektopik yang pernah dialami.

G P dengan... (kehamilan normal/dengan penyulit dan komplikasi)

- G (Gravida) : jumlah kehamilan yang dialami wanita, diikuti dengan jumlah seluruh kehamilan termasuk kehamilan ini.
- P (Para) : jumlah kehamilan yang diakhiri dengan kelahiran janin yang memenuhi syarat untuk melangsungkan kehidupan (28 minggu atau 1000 gram)
- P digit pertama : jumlah kelahiran bayi cukup bulan (> 36 minggu atau > 500 gram), berisi jumlah seluruh persalinan aterm yang pernah dialami.
- P digit kedua : jumlah kelahiran prematur (28 sampai 36 minggu atau 499 gram berisi jumlah seluruh persalinan prematur yang pernah dialami).
- P digit ketiga : jumlah kelahiran immature, (21 sampai 28 minggu atau 500 sampai 1000 gram), berisi jumlah seluruh persalinan imatur yang pernah dialami.
- P digit keempat : berisi jumlah seluruh abortus, mola dan kehamilan ektopik yang pernah dialami.
- P digit kelima : jumlah anak yang hingga kini masih hidup, berisi jumlah seluruh anak yang masih hidup sampai saat dilakukan anamnesis.

### **Masalah**

*Masalah* adalah hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian atau yang menyertai diagnosis.

### **Kebutuhan**

Kebutuhan adalah hal-hal yang dibutuhkan oleh klien dan belum teridentifikasi dalam diagnosis dan masalah yang didapatkan dengan melakukan analisis data.

Contoh kebutuhan :

Ibu menyenangi binatang

Dasar : ibu mengatakan sekeluarganya menyayangi binatang.

Kebutuhannya : - penyuluhan bahaya binatang terhadap kehamilan.  
- Pemeriksaan TORCH

### **3. Identifikasi Diagnosis dan Masalah Potensial**

Pada langkah ini, kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. bidan diharapkan waspada dan bersiap-

siap mencegah diagnosis/masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini sangat penting dalam melakukan asuhan yang aman.

#### **4. Identifikasi Kebutuhan Segera**

Pada langkah ini, bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan dan berdasarkan kondisi klien. Selain itu, jika mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

Langkah ke-4 mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita hamil tersebut dalam persalinan.

Bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah/kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosis/masalah potensial pada langkah sebelumnya. Bidan juga harus merumuskan tindakan segera (emergensi) untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Dalam rumusan ini, termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri atau bersifat rujukan. Kaji ulang apakah tindakan segera ini benar-benar dibutuhkan.

#### **5. Menyusun Rencana Asuhan Menyeluruh (Intervensi)**

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut, apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi, kultural atau masalah psikologis.

Dalam menyusun rencana asuhan pada wanita hamil, sebenarnya harus disesuaikan dengan hasil temuan dalam pengkajian data agar lebih tepat sasaran. Tetapi secara umum dapat dilakukan hal-hal di bawah ini.

- 1) Jelaskan pada klien dan keluarga tentang keadaan wanita hamil, baik normal maupun tidak normal.
- 2) Beri KIE tentang cara hidup yang baik dalam kehamilan.
- 3) Beri KIE tentang kecukupan istirahat bagi wanita hamil.
- 4) Beri penjelasan tentang makanan yang diperlukan dalam kehamilan.
- 5) Beri penjelasan tentang peningkatan menjaga kebersihan.
- 6) Pada suami juga beri penjelasan untuk hidup yang harmonis, menjaga fisik dan mental

wanita hamil.

- 7) Lakukan pemeriksaan laboratorium yang spesifik terhadap keluhan.
- 8) Rencanakan tindakan sesuai dengan kebutuhan spesifik individu.

## **6. Pelaksanaan Rencana Asuhan (Implementasi)**

Pada langkah ini, dilakukan pelaksanaan asuhan langsung secara efisien dan aman. Pada langkah ke-6 ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan, pada langkah ke-5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan, sebagian lagi oleh klien atau anggota tim lainnya. Walau bidan tidak melakukan sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk melaksanakan rencana asuhannya (misal memastikan langkah tersebut benar-benar terlaksana).

## **7. Mengevaluasi**

Pada langkah ke-7 ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan. Hal yang dievaluasi meliputi apakah kebutuhan telah terpenuhi dan mengatasi diagnosis dan masalah yang telah diidentifikasi. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar-benar efektif dalam pelaksanaannya.

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif, sedangkan sebagian lain belum efektif. Mengingat proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan, maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen yang mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif, serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut (Hani, 2011).

## **2.2 Konsep Dasar Persalinan**

### **2.3.1 Pengertian**

Definisi persalinan normal menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah pada awal kehamilan dan tetap demikian selama proses persalinan. Bayi dilahirkan secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 hingga 42 minggu lengkap setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat (Retno HeruSetyorini, 2013).

Menurut Manuaba (2010) Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan ari) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir dengan bantuan atau kekuatan sendiri. Sedangkan menurut JNPK-KR (2014) persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu.

Jadi, persalinan adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah pada awal kehamilan dan tetap demikian selama proses persalinan sampai proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan ari) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir dengan bantuan atau kekuatan sendiri.

### **2.3.2 Klasifikasi Persalinan**

Menurut Ambar Dwi Erawati (2010), klasifikasi persalinan ada 3 jenis yaitu sebagai berikut : 1. Persalinan spontan : jika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir ibu tersebut. 2. Persalinan Buatan : jika persalinan dibantu tenaga dari luar, misalnya ekstraksi forcep atau *sectio caesarea*. 3. Persalinan Anjuran : persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya, tetapi berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitosin atau prostaglandin.

### **2.3.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan**

Menurut Retno Heru Setyorini (2013) terdapat 5 faktor yang mempengaruhi persalinan yaitu sebagai berikut : 1) Power (kekuatan) : Kekuatan terdiri dari kemampuan ibu melakukan kontraksi involuter dan voluter secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi involunter disebut juga kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha volenter dimulai untuk mendorong yang disebut kekuatan sekunder, dimana kekuatan ini memperbesar kekuatan kontraksi involunter. 2) Passage (jalan Lahir) : Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus menyesuaikan dirinya terhadap jalan yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. 3) Passenger (janin dan plasenta) : Passenger atau jalan bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dia juga dianggap sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin, namun plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal. 4) Psikologi : perasaan yang nyaman dan tenang atas dukungan yang didapatkan dari orang terdekat. 5) Penolong : merupakan bantuan pertolongan dari tenaga kesehatan.

### **2.3.4 Teori Mulainya Persalinan**

Menurut Wirakusumah (2012) sebab-sebab dimulainya persalinan masih belum diketahui dengan jelas. Banyak faktor yang memegang peranan dan bekerja sama sehingga terjadi persalinan. Beberapa teori yang dikemukakan ialah sebagai berikut : 1) Penurunan kadar progesteron. Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerenggangan otot rahim. Selama kehamilan, terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. 2) Teori oksitosin. Pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah. Oleh karena itu, timbul kontraksi otot-otot rahim. 3) Kereganggan otot. Apabila dinding kandung kencing dan lambung teregang karena isinya bertambah, timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim. Seiring dengan majunya kehamilan, otot-otot rahim makin teregang dan rentan. 4) Pengaruh janin. Hipofisis dan kelenjar suprarenal janin rupanya juga memegang peranan. Hal ini tampak pada kehamilan dengan janin anensefalus dan hipoplasia adrenal sehingga kehamilan sering lebih lama dari biasanya. 5) Teori prostaglandin. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin E atau F yang diberikan secara intravena, intra dan ekstraamniotik menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga disokong dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi, baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

### **2.3.5 Tanda Permulaan Persalinan**

Sebelum terjadi persalinan, beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki kala pendahuluan, dengan tanda-tanda sebagai berikut : 1) *Lightening* yaitu terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk PAP 2) terjadinya his permulaan 3) perut kelihatan lebih melebar, fundus uter turun 4) Perasaan seolah sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan bagian bawah janin 5) Serviks menjadi lembek, mendatar dan mengeluarkan sekresi lendir, darah dari vagina (*bloody show*). (Rohani, 2011)

### **2.3.6 Tanda dan Gejala Inpartu**

Menurut Sondakh (2013) Tanda dan gejala inpartu : 1) Terjadinya his persalinan. Sifat his persalinan adalah pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar, makin beraktivitas (jalan), kekuatan akan makin bertambah. 2) Pengeluaran lendir dengan darah. Terjadinya his persalinan mengakibatkan

terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan pendataran dan pembukaan serviks, pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah. 3) Pengeluaran cairan. Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam. 4) Hasil yang didapatkan pada pemeriksaan dalam, yaitu perlunakan serviks, pendataran serviks dan pembukaan serviks.

### **2.3.7 Pembagian Kala Dalam Persalinan**

Menurut Sarwono Prawirohadjo (2014) terdapat 4 pembagian kala dalam persalinan yaitu sebagai berikut:

1. Kala I : Dimulai dari saat persalinan sampai pembukaan lengkap (10 cm). proses ini berlangsung antara 18-24 jam, terbagi dalam 2 fase yaitu : 1) Fase laten: berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm, 2) Fase aktif, dibagi dalam 3 fase yaitu : (1) Fase akselerasi: dalam waktu 3 jam pembukaan 3 cm tersebut menjadi 4cm, (2) Fase dilatasi maksimal : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm, (3) Fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian akan tetapi fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Mekanisme membukanya servik berbeda antara primigravida dan multigravida, pada yang pertama ostium uteri internum akan membuka terlebih dahulu, sehingga servik akan mendatar dan menipis. Baru kemudian ostium uteri eksternum membuka. Pada multigravida ostium uteri eksternum sudah sedikit terbuka. Ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam saat yang sama. Kala I selesai apabila pembukaan servik uteri telah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam dan multigravida kira-kira 7 jam.

2. Kala II : Pada kala II his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Karena biasanya dalam hal ini janin sudah masuk ruang panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengedan. Wanita merasa pula tekanan pada rektum dan hendak buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka, labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his. Bila dasar panggul sudah lebih berelaksasi, kepala tidak masuk lagi di luar his, dengan his dan kekuatan mengedan



maksimal kepala janin dilahirkan dengan sub oksiput dibawah simfisis dan dahi, muka, dan dagu melewati perineum. Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota bayi. Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan multipara rata-rata 0,5 jam.

3. Kala III : Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus kontraksi lagi untuk melepas plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah.

4. Kala IV : Dimulai saat plasenta lahir sampai 2 jam pertama post partum. Keduanya baru saja mengalami perubahan fisik yang luar biasa. Rata-rata perdarahan normal adalah 250 cc. Perdarahan persalinan yang lebih dari 500 cc adalah perdarahan abnormal

### **2.3.8 Standar pertolongan persalinan**

1. Asuhan persalinan kala satu : tujuannya untuk memberikan pelayanan jkebidanan yang memadai dalam mendukung pertolongan persalinan yang bersih dan aman untuk ibu dan bayi
2. Persalinan kala dua yang aman : tujuannya untuk memastikan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayi
3. Penatalaksanaan aktif persalinan kala tiga : tujuannya membantu secara aktif pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap untuk mengurangi kejadian perdarahan pasca persalinan kala tiga, mencegah terjadinya antonia uteri dan retensio plasenta.
4. penanganan kala dua dengan gawat janin melalui episiotomi : tujuannya untuk mempercepat persalinan dengan melakukan episiotomi jika ada tanda-tanda gawat janin pada saat kepa janin meregangkan perineum.

### **2.3.9 Mekanisme Persalinan Normal**

Menurut Debbie Holmes (2011) mekanisme persalinan yaitu sebagai berikut : 1) *Engagement* : *Engagement* dikatakan terjadi ketika bagian terluas dari bagian presentasi janin berhasil masuk ke pintu atas panggul. *Engagement* terjadi pada sebagian besar wanita nulipara sebelum persalinan, namun tidak terjadi pada sebagian besar wanita multipara. 2) Penurunan : Selama kala 1 persalinan, kontraksi dan relaksasi otot uterus memberikan tekanan pada janin untuk turun. Proses ini dipercepat dengan pecah ketuban dan upaya untuk ibu mengejan. 3) Fleksi : Ketika kepala janin turun menuju rongga tengah panggul yang lebih sempit, fleksi meningkat. Fleksi ini mungkin gerakan pasif, sebagian karena struktur disekitarnya, dan

penting dalam meminimalkan diameter presentasi kepala janin untuk memfasilitasi perjalanannya melalui jalan lahir. Tekanan pada aksis janin akan lebih cepat disalurkan ke oksiput sehingga meningkatkan fleksi. 4) Rotasi Internal : Jika kepala fleksi dengan baik, oksiput akan menjadi titik utama dan saat mencapai alur yang miring pada otot levator ani, kepala akan didorong untuk berotasi secara anterior sehingga sutura sagittal kini terletak di diameter anterior-posterior pintu bawah panggul yaitu diameter terluas. 5) Ekstensi : Setelah rotasi internal selesai, oksiput berada dibawah simfisis pubis dan bregma berada dekat batas bawah sacrum. Jaringan lunak perineum masih memberikan resistansi, dan dapat mengalami trauma dalam proses ini. Kepala yang fleksi sempurna kini mengalami ekstensi, dengan oksiput keluar dari bawah simfisis pubis dan mulai mendistensi vulva. Hal ini disebut sebagai *crowning* kepala. Kepala mengalami ekstensi lebih lanjut dan oksiput yang berada dibawah simfisis pubis hampir bertindak sebagai titik tumpu ketika bregma, wajah dan dagu tampak secara berturut-turut pada lubang vagina posterior dan badan perineum. 6) Restitusi: Restitusi adalah lepasnya putaran kepala janin, yang terjadi akibat rotasi internal. Restitusi adalah sedikit rotasi oksiput melalui seperdelapan lingkaran. Saat kepala dilahirkan, oksiput secara langsung berada di bagian depan. Segera setelah kepala keluar dari vulva, kepala mensejajarkan dirinya sendiri dengan bahu, yang memasuki panggul dalam posisi *obliqu* (miring). 7) Rotasi eksternal : Agar dapat dilahirkan, bahu harus berotasi ke bidang anterior-posterior, diameter terluas pada pintu bawah panggul. Saat ini terjadi, oksiput berotasi melalui seperdelapan lingkaran lebih lanjut ke posisi transversal. Ini disebut rotasi eksternal. 8) Ekspulsi : Ketika restitusi dan rotasi eksternal terjadi, bahu akan berada dalam bidang anterior-posterior. Bahu anterior berada dibawah simfisis pubis dan lahir pertama kali, dan bahu posterior lahir berikutnya. Normalnya, sisa tubuh janin lahir dengan mudah dengan bahu posterior dipandu ke atas, pada perineum dengan melakukan traksi kearah yang berlawanan sehingga mengayun bayi ke abdomen ibu.

### **2.3.10 Asuhan Sayang Ibu**

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

Asuhan sayang ibu dalam proses persalinan : 1) Panggil ibu sesuai namanya, dan perlakukan ibu sesuai martabatnya. 2) Jelaskan asuhan dan perawatan yang akan diberikan pada ibu sebelum memulai asuhan tersebut. 3) Jelaskan proses persalinan pada ibu dan keluarganya. 4) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir. 5) Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu. 6) Berikan dukungan, besarkan hatinya, dan

tentramkan perasaan ibu beserta anggota keluarga lainnya. 7) Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan anggota keluarga yang lain. 8) Ajarkan kepada suami dan anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya. 9) Lakukan praktik-praktik pencegahan infeksi yang baik dan konsisten. 10) Hargai privasi ibu. 11) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi. 12) Anjurkan ibu untuk minum cairan dan makanan ringan bila ia menginginkannya. 13) Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak memberi pengaruh merugikan. 14) Hindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan seperti episiotomi, pencukuran dan klisma. 15) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya segera setelah lahir. 16) Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah kelahiran bayi. 17) Siapkan rencana rujukan. 18) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik serta bahan-bahan, perlengkapan, dan obat-obatan yang diperlukan. Siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi. (Prawirohardjo, 2014)

### **2.3.11 Penapisan Awal Pada Kala I Persalinan Normal**

Ibu yang akan melahirkan harus memenuhi beberapa persyaratan yang disebut penapisan awal. Tujuan penapisan awal adalah untuk menentukan apakah ibu tersebut boleh bersalin di PMB atau harus dirujuk, diantaranya : 1) riwayat bedah Caesar, 2) perdarahan pervaginam, 3) persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu), 4) ketuban pecah dengan mekonium kental, 5) ketuban pecah lama, 6) ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu), 7) ikterus, 8) anemia berat, 9) tanda/gejala infeksi, 10) pre-eklamsi/hipertensi dalam kehamilan, 11) TFU 40 cm atau lebih, 12) gawat janin, 13) primipara dalam kala I fase aktif persalinan dengan palpasi masih 5/5, 14) presentasi bukan kepala, 15) presentasi majemuk, 16) kehamilan gemeli, 17) tali pusat menumbing, 18) syok, 19) bumil KTI, 20) bumil dengan suami pelayaran, 21) suami/bumil bertato, 22) HIV/AIDS, 23) PMS, 24) anak mahal.

### **2.3.12 Partograf**

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan fisiologis atau patologi dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama penggunaan partograf adalah untuk : 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan, 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian, juga dapat dilaksanakan deteksi secara dini, setiap kemungkinan terjadinya partus lama, 3) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa

yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir. (Sarwono, 2014).

WHO (2000) dalam Sarwono (2014) penggunaan partograf telah memodifikasi partograf agar lebih sederhana dan lebih mudah digunakan. Fase laten telah dihilangkan, dan pencatatan partograf dimulai dari fase aktif ketika pembukaan serviks 4 cm. Partograf harus digunakan untuk : 1) semua ibu dalam fase aktif kala 1 persalinan sampai dengan kelahiran bayi, sebagai elemen penting asuhan persalinan, 2) semua tempat pelayanan persalinan (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dan lain-lain). 3) Semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran. Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi yang dimulai pada fase aktif persalinan, dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, termasuk : 1) Informasi tentang ibu : nama, umur, gravid, para, abortus; Nomor catatan medik/nomor puskesmas; tanggal dan waktu mulai dirawat. 2) Waktu pecahnya selaput ketuban, 3) Kondisi janin; DJJ (Denyut jantung janin) setiap ½ jam; warna dan adanya air ketuban; penyusupan (molase) kepala janin, 4) Kemajuan persalinan; pembukaan serviks setiap 4 jam, penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin setiap 4 jam; garis waspada dan garis bertindak, 5) Jam dan waktu; waktu mulainya fase aktif persalinan; waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian, 6) Kontraksi uterus; frekuensi dan lamanya setiap ½ jam, 7) obat-obatan dan cairan yang diberikan : oksitosin; obat-obatan lain dan cairan IV yang diberikan, 8) Kondisi ibu : nadi setiap ½ jam, tekanan darah setiap 4 jam, dan temperatur : urine, (volume, aseton, atau protein urine) setiap 2 sampai 4 jam, 9) Asuhan pengamatan, dan kepuasan klinik lainnya (dicatat dalam kolom tersedia di sisi partograf atau dicatat kemajuan persalinan).

### **2.3.13 Persiapan Asuhan Persalinan**

1. Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi.

Persalinan dan kelahiran bayi mungkin terjadi di rumah (rumah ibu atau rumah kerabat), di Bidan Praktik, Puskesmas, Polindes atau Rumah Sakit. Pastikan ketersediaan bahan-bahan dan sarana yang memadai. Laksanakan upaya pencegahan infeksi (PI) sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

Dimanapun persalinan dan kelahiran yang terjadi, diperlukan hal-hal pokok seperti berikut:

1) Ruang yang hangat dan bersih, memiliki sirkulasi udara yang baik dan terlindung dari tiupan angin.

- 2) Sumber air bersih yang mengalir untuk cuci tangan dan memandikan ibu sebelum dan sesudah melahirkan.
  - 3) Air disinfeksi tingkat tinggi (air yang dididihkan dan didinginkan) untuk membersihkan vulva dan perineum sebelum dilakukan periksa dalam dan membersihkan perineum ibu setelah bayi lahir.
  - 4) Kecukupan air bersih, klorin, deterjen, kain pembersih, kain pel atau sarung tangan karet untuk membersihkan ruangan, lantai, perabotan, dekontaminasi dan proses peralatan (lihat Bab 1).
  - 5) Kamar mandi yang bersih untuk kebersihan pribadi ibu dan penolong persalinan. Pastikan bahwa kamar kecil dan kamar mandi telah didekontaminasi dengan larutan klorin 0,5%, dibersihkan dengan deterjen dan air sebelum persalinan dimulai (untuk melindungi ibu dari resiko infeksi), dan setelah bayi lahir (untuk melindungi keluarga dari resiko infeksi melalui darah dan sekresi tubuh ibu).
  - 6) Tempat yang lapang untuk ibu berjalan-jalan dan menunggu saat persalinan, melahirkan bayi dan untuk pemberian asuhan bagi ibu dan bayinya setelah persalinan. Pastikan bahwa ibu mendapatkan privasi yang diinginkannya.
  - 7) Penerangan yang cukup, baik siang maupun malam hari.
  - 8) Tempat tidur yang bersih untuk ibu. Tutupi kasur dengan plastik atau lembaran yang mudah dibersihkan jika terkontaminasi selama persalinan atau kelahiran bayi.
  - 9) Tempat yang bersih untuk memberikan asuhan bayi baru lahir.
  - 10) Meja yang bersih atau tempat untuk menaruh peralatan persalinan.
  - 11) Meja untuk tindakan resusitasi bayi baru lahir.
2. Persiapan Perlengkapan Bahan-bahan dan Obat-obatan yang diperlukan.

Daftar perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obatan yang diperlukan untuk asuhan persalinan dan kelahiran bayi. Jika tempat persalinan dan kelahiran akan terjadi jauh dari fasilitas kesehatan, bawalah semua keperluan tersebut ke lokasi persalinan. Ketidakmampuan untuk menyediakan semua perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obat esensial pada saat diperlukan akan meningkatkan resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi baru lahir sehingga keadaan ini dapat membahayakan keselamatan jiwa mereka. Pada setiap persalinan dan kelahiran bayi :

- 1) Periksa semua peralatan sebelum dan setelah memberikan asuhan. Segera ganti peralatan yang hilang atau rusak.
- 2) Periksa semua obat-obatan dan bahan-bahan sebelum dan setelah menolong ibu bersalin dan melahirkan bayinya. Segera ganti obat apapun yang telah digunakan atau hilang.

Pastikan wadah perlengkapan dan bahan-bahan sudah bersih dan siap pakai. Partus set, peralatan untuk melakukan penjahitan, dan peralatan untuk resusitasi bayi baru lahir sudah dalam keadaan desinfeksi tingkat tinggi atau steril.

### **2.3.14 Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan Pada Persalinan**

#### **1. Penatalaksanaan pada Kala I**

Selama kala I persalinan, rencana penatalaksanaan bidan termasuk memonitor kemajuan persalinan dengan partograf, memonitor keadaan ibu dan bayi, menenangkan posisi dan tindakan yang menyenangkan ibu dan menganjurkan keluarga untuk terlibat dalam mendukung proses persalinan ibu. Selama persalinan berlangsung normal sesuai dengan partograf, bidan akan memanfaatkan rencana penatalaksanaan sepanjang kala. Dalam menentukan bahwa persalinan berjalan normal, bidan harus mengerti temuan apa saja yang normal dan temuan yang abnormal. Jika terdapat beberapa temuan yang abnormal, maka bidan harus segera membuat rujukan. Penatalaksanaan asuhan kebidanan kala I :

- 1) Penggunaan partograf untuk mencatat informasi berdasarkan observasi, anamnesis dan pemeriksaan fisik ibu dalam persalinan.
- 2) Dukungan Persalinan : lima kebutuhan seorang wanita dalam persalinan adalah asuhan fisik dan psikologis, kehadiran seorang pendamping secara terus menerus, pengurangan rasa sakit, penerimaan atas sikap dan perilakunya, informasi dan kepastian tentang hasil persalinan yang aman.
- 3) Perawatan Fisik : kebersihan dan kenyamanan, posisi.
- 4) Pengurangan Rasa sakit : adanya seseorang yang dapat mendukung dalam persalinan, pengaturan posisi, relaksasi dan latihan pernafasan, istirahat dan privasi, penjelasan mengenai proses, kemajuan dan prosedur yang akan dilakukan, Asuhan diri dan sentuhan.

#### **2. Penatalaksanaan pada Kala II**

Penatalaksanaan asuhan kala II persalinan merupakan kelanjutan tanggung jawab bidan pada waktu penatalaksanaan asuhan kala I persalinan, yaitu sebagai berikut : 1) Pemantauan Maternal : Tanda-tanda vital, pengosongan kandung kemih, hidrasi dan kondisi umum ibu, evaluasi kemajuan persalinan, upaya meneran pada ibu, integritas perineum, kebutuhan episiotomi. 2) Pemantauan Fetal : Kenormalan letak, presentasi dan variasi janin, adaptasi janin terhadap pelvis, Frekuensi dan pola DJJ, Evaluasi kenormalan mekanisme persalinan. 3) Menolong sesuai APN : persiapan penolong persalinan (pencegahan infeksi, sarung tangan, perlengkapan pelindung pribadi, persiapan tempat dan lingkungan untuk kelahiran bayi, persiapan ibu dan keluarga.

### 3. Penatalaksanaan Kala III

Langkah manajemen aktif kala III : 1) Pemberian suntikan okitosin, 2) penegangan tali pusat terkendali 3) Rangsangan taktil (masase) fundus uteri, 4) Memeriksa plasenta, selaput ketuban dan tali pusat, 5) pemantauan kontraksi, robekan jalan lahir dan perineum serta tanda-tanda vital termasuk higene, 6) pendokumentasian pada kala III

### 4. Penatalaksanaan Kala IV

1) Evaluasi uterus, konsistensi dan atonia 2) pemeriksaan servik, vagina dan perineum 3) pemantauan dan evaluasi lanjut (tanda vital ibu, kontraksi uterus, pengeluaran lokia, kandung kemih, perineum terutama kebersihannya juga perkiraan kehilangan darah. (Rohani, 2011)

#### **2.3.15 Paradigma Dalam Asuhan Persalinan Normal**

Fokus asuhan persalinan normal adalah persalinan bersih dan aman serta mencegah terjadinya komplikasi. Hal ini merupakan pergeseran paradigma dari menunggu terjadinya dan menangani komplikasi menjadi proaktif dalam persiapan persalinan dan mencegah komplikasi. Hal ini terbukti mampu mengurangi kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir.

Contoh paradigma pencegahan : 1) Mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan, 2) Mencegah terjadinya laserasi/episiotomi, 3) Mencegah terjadinya retensio plasenta. 4) Mencegah terjadinya Partus lama. 5) Mencegah terjadinya Asfiksia bayi baru lahir.

#### **2.3.16 Inisiasi Menyusu Dini**

Menurut Buku KIA (2017) inisiasi menyusu dini (early initiation) adalah proses menyusu sendiri, minimal satu jam pertama pada bayi baru lahir atau segera meletakkan bayi di dada ibu (ada kontak kulit ibu dengan bayi sekurang-kurangnya 1 jam untuk memberikan kesempatan kepada bayi menyusu sesegera mungkin).

Bayi yang diberikan kesempatan untuk inisiasi menyusu dini akan lebih cepat mendapatkan kolostrum daripada yang tidak diberi kesempatan untuk melakukan inisiasi menyusu dini.

Kolostrum merupakan cairan yang pertama kali disekresi oleh payudara yang dinamakan the gift of life. Klostrum berupa cairan dengan viscosital kental berwarna kekuning-kuningan, lebih kuning dibandingkan dengan susu matur. Kolostrum merupakan sel darah putih dan antibodi yang mengandung immunoglobulin A (IgA) yang membantu melapisi usus bayi yang masih rentan dan mencegah kuman memasuki bayi. (Saleha, 2009)

### **2.3.17 Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Persalinan**

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan, dalam rangkaian logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien.

Tujuan dilakukan asuhan kebidanan adalah memberikan asuhan kebidanan yang adekuat, komprehensif dan terstandar pada ibu intranatal dengan memperhatikan riwayat ibu selama kehamilan, kebutuhan dan respon ibu serta mengantisipasi resiko-resiko yang terjadi selama persalinan.

Hasil yang diharapkan yaitu terlaksananya asuhan segera/rutin pada saat ibu intrapartum (kala I-IV) termasuk melakukan pengkajian, membuat diagnosa kebidanan, mengidentifikasi masalah dan kebutuhan terhadap tindakan segera baik oleh bidan maupun oleh dokter atau melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain serta menyusun rencana asuhan dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah sebelumnya.

#### **1. Langkah I : Pengkajian (Tahap Pengumpulan Data)**

Data diperoleh melalui: 1) Anamnesa : (1) Biodata, data demografi. (2) Riwayat kesehatan. Termasuk faktor herediter dan kecelakaan. (3) Riwayat menstruasi. (4) Riwayat obstetri dan ginekologi, termasuk nifas dan laktasi. (5) Biopsikospiritual. (6) Pengetahuan klien. 2) Pemeriksaan Fisik, sesuai kebutuhan dan tanda-tanda vital. 3) Pemeriksaan Khusus : (1) Inspeksi. (2) Palpasi. (3) Auskultasi. (4) Perkusi. 4) Pemeriksaan Penunjang : (1) Laboratorium. (2) Diagnosa lain : USG, radiologi. (3) catatan terbaru dan sebelumnya.

Data yang terkumpul ini sebagai data dasar untuk interpretasi kondisi klien untuk menentukan langkah berikutnya.

#### **2. Langkah II: Interpretasi Data Dasar**

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap masalah atau diagnosa berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Dirumuskan diagnosa yang spesifik. Masalah psikososial berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami oleh wanita tersebut.

Contoh :

Diagnosa : G2 P1001, hamil 37 minggu, janin tunggal, hidup.

Masalah : 1) Wanita tersebut tidak menginginkan kehamilan ini atau 2) Wanita tersebut takut menghadapi proses persalinan.

Kebutuhan : konseling, atau rujukan konseling



Perasaan takut dan tidak menginginkan kehamilan tidak termasuk dalam “nomenklatur standar diagnosa kebidanan”, tetapi perlu pengkajian lebih lanjut dan memerlukan penanganan khusus dan perencanaan yang terarah sehingga wanita ini dapat ditolong dan mendapatkan pelayanan yang memang ia butuhkan. Sehingga masalahnya tidak berlarut-larut.

### 3. Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah teridentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosa/masalah potensial ini agar tidak terjadi, kalau dimungkinkan dan bersiap-siap menghadapinya bila diagnosa/ masalah potensial ini benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

Contoh : Seorang wanita masuk kamar bersalin dengan pemuaihan uterus yang berlebihan. Bidan harus mempertimbangkan kemungkinan penyebab pemuaihan uterus yang berlebihan ini, misalnya mungkin hidramnion, macrosomi, kehamilan ganda, ibu diabetes, dll.

Pada kasus diatas, bidan harus melakukan perencanaan dalam mengantisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan terjadi perdarahan post partum karena atonia uteri karena pemuaihan uterus yang berlebihan, dan mencegahnya dengan infus pitocin atau uterotonika atau adanya bayi prematur atau BBLR.

Pada bayi besar/macrosomia, perlu mengantisipasi adanya bahu macet, bayi asfiksi dan perlunya persiapan resusitasi dan kemungkinan adanya perlukaan jalan lahir dan perdarahan karena atonia uteri. Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi, tetapi juga merumuskan tindakan antisipatif agar masalah/diagnosa potensial tidak terjadi. Andaikan tidak terhindarkan, sudah terantisipasi tindakan penanganan yang tepat sehingga pasien dapat ditolong secara tepat dan cepat. Sehingga langkah ini benar-benar merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional dan logis.

### 4. Langkah IV : Menetapkan Kebutuhan terhadap Tindakan Segera Baik oleh Bidan maupun Dokter, dan atau untuk melakukan Konsultasi, Kolaborasi dengan Tenaga Kesehatan Lain Berdasarkan Kondisi Klien.

Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses Manajemen Kebidanan. Manajemen ini berlaku baik asuhan primer periodik dan pada antenatal, juga selama wanita tersebut bersama bidan, misalnya pada masa intranatal. Data baru harus terus menerus dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mengindikasikan bidan harus segera bertindak untuk keselamatan ibu dan bayi (misalnya perdarahan antepartum, perdarahan post partum,

distosia bahu atau pada bayi yang lahir dengan Apgar rendah). Beberapa kasus mengindikasikan situasi yang membutuhkan tindakan segera sambil menunggu tindakan dokter, misalnya pada kasus prolaps tali pusat. Sedang pada kasus lainnya tidak memerlukan tindakan darurat tetapi perlu konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Misalnya pada kasus preeklamsi berat atau pada situasi lain yang memerlukan profesi kesehatan lain, misalnya *social worker*, ahli gizi, psikolog, dan lain-lain. Bidan yang mengkaji kondisi pasien dan menentukan tindakan yang paling tepat dan penting untuk wanita tersebut.

#### 5. Langkah V: Menyusun Rencana Asuhan yang Komprehensif

Pada langkah ini direncanakan asuhan menyeluruh yang ditentukan oleh hasil kajian pada langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan lanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi/data yang kurang lengkap dapat dilengkapi.

Rencana Asuhan menyeluruh tidak hanya meliputi yang sudah teridentifikasi atau setiap masalah yang berkaitan juga dapat dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang akan terjadi berikutnya, apakah dia membutuhkan penyuluhan, konseling, atau rujukan bila ada masalah yang berkaitan dengan aspek sosio-kultural, ekonomi atau psikologi. Setiap rencana asuhan harus disetujui oleh kedua belah pihak sehingga asuhan yang diberikan dapat efektif, karena sebagian dari asuhan akan dilaksanakan oleh pasien.

Rencana Asuhan Pada Kala I :

- 1) Mengevaluasi kesejahteraan ibu, termasuk diantaranya : (1) Mengukur tekanan darah, suhu, nadi, pernafasan, setiap 2-4 jam apabila ketuban masih utuh, setiap 1-2 jam apabila ketuban sudah pecah. (2) Mengevaluasi kandung kemih minimal setiap 2 jam. (3) Apabila diperlukan melakukan pemeriksaan urine terhadap protein, keton. (4) Mengevaluasi hidrasi (turgor kulit). (5) Mengevaluasi kondisi umum : kelelahan dan kehabisan tenaga, perilaku dan respon terhadap persalinan, rasa sakit dan kemampuan koping.
- 2) Mengevaluasi kesejahteraan janin, termasuk diantaranya : (1) Letak janin, presentasi, gerak, dan posisi. (2) Adaptasi janin terhadap panggul apakah ada CPD. (3) Mengukur DJJ dan bagaimana polanya, dapat dievaluasi setiap 30' pada fase aktif, dan perlu dilakukan pengukuran DJJ pada saat : ketuban pecah, sesudah dilakukan enema (klisma), apabila tiba-tiba ada perubahan kontraksi selama proses persalinan, sesudah pemberian obat dan apabila ada indikasi terjadi komplikasi medik & obstetrik.
- 3) Mengevaluasi kemajuan persalinan, termasuk melakukan observasi : penipisan, pembukaan, turunnya bagian terendah, pola kontraksi (frekuensi, durasi, intensitas), perubahan perilaku ibu, tanda dan gejala dari masa transisi dan mulainya kala II, serta posisi dari punctum

maksimum.

- 4) Melaksanakan perawatan fisik ibu : menjaga kebersihan dan kenyamanan, perawatan mulut.
- 5) Memberikan dukungan pada ibu dan keluarga : (1) Bantulah ibu dalam persalinan jika ia tampak gelisah, ketakutan dan kesakitan : berilah dukungan dan yakinkan dirinya, berilah informasi mengenai proses kemajuan persalinan, dengarkan keluhannya dan cobalah lebih sensitif terhadap perasaannya. (2) Jika ibu tampak kesakitan, dukungan/asuhan yang dapat diberikan: Lakukan perubahan posisi sesuai keinginan ibu, sarankan ibu untuk berjalan, ajaklah orang yang menemaninya (suami atau ibunya) untuk memijat atau menggosok punggung atau membasuh muka diantara kontraksi, ajarkan tehnik bernafas. (3) Penolong tetap menjaga hak dan privasi ibu dalam persalinan. (4) Menjelaskan kemajuan persalinan dan perubahan yang terjadi serta prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil-hasil pemeriksaan.
- 6) Melakukan skrening untuk mengantisipasi komplikasi pada ibu dan janin.
- 7) Menentukan apakah ibu memerlukan manajemen dasar, yaitu : (1) Apakah ibu perlu diklisma, (2) Apakah ibu perlu dicukur, kalau ya variasi cukurannya bagaimana, (3) Apakah ibu perlu dipasang infus, (4) Apakah ibu perlu diberi posisi tertentu atau pembatasan gerak, apabila ya sampai dimana batasannya, (5) Apakah ibu perlu diberi makan, atau minum melalui oral, apabila ya, makanan atau minuman apa saja yang diperbolehkan, (6) Apakah ibu perlu diberi obat, apabila ya : obat apa, berapa banyak dan kapan pemberiannya, (7) Frekuensi dari pemeriksaan TTV (tensi, nadi, temperatur), (8) Frekuensi dari pemeriksaan DJJ dan dengan alat apa pemeriksaan dilakukan. (9) Frekuensi dari pemeriksaan dalam. (10) Identifikasi siapa yang akan mendampingi ibu dan perannya apa bagi si ibu. (11) Apakah ketuban perlu dipecahkan, kapan? (12) Menentukan kapan perlu untuk konsultasi kepada obgyn (13) Kapan persalinan perlu dipersiapkan.

#### Rencana Asuhan pada kala II

Data dasar untuk menentukan kesejahteraan ibu dan janin selama kala II persalinan adalah kelanjutan dari data dasar yang dikumpulkan dan evaluasi dari Kala I : melanjutkan evaluasi setiap tanda yang ditemukan dari riwayat pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan panggul dan pemeriksaan laboratorium yang dilakukan terhadap ibu dan bayi selama proses persalinan, melanjutkan evaluasi kemajuan persalinan, rata-rata lama partus kala II (menurut Friedman) 1 jam pada primi para dan 15 menit pada multi para. Pada umumnya kala II tidak lebih dari 2 jam pada primi para dan 1 jam pada multi para, kontraksi selama kala II biasanya lebih sering kuat, lebih lama, kira-kira setiap 2 menit lamanya 60-90'.

Manajemen pada kala II termasuk bertanggung jawab terhadap : 1) persiapan untuk persalinan. 2) Manajemen persalinan. 3) Membuat manajemen keputusan untuk partus kala II.

Menentukan manajemen keputusan untuk partus kala II termasuk hal-hal dibawah ini : 1) Frekuensi untuk memeriksa TTV (tensi, nadi, suhu). 2) Frekuensi dari memeriksa DJJ. 3) Kapan ibu dipimpin meneran. 4) Kapan melakukan persiapan persalinan. 5) Posisi ibu waktu bersalin. 6) Kapan ibu perlu dikateter. 7) Kapan menyokong perineum. 8) Apakah perlu dilakukan episiotomi, dan tipe dari episiotomi. 9) kapan melahirkan kepala bayi, apakah pada saat kontraksi atau diantara kontraksi. 10) Kapan mengklem dan memotong tali pusat. 11) Apakah perlu dikonsulkan atau kolaborasi dengan dokter ahli. Keputusan yang diambil bermacam-macam tergantung pada ibu, harapannya, kondisinya dan situasi.

Melanjutkan evaluasi janin : 1) Evaluasi presentasi, dan gerakan bayi. 2) Adaptasi bayi terhadap panggul (synclitismus atau asynclitismus, molase dan adanya caput succedaneum). 3) DJJ dan polanya : Melanjutkan evaluasi ibu, Melanjutkan skrining tanda dan gejala komplikasi obstetri dan fetal distres.

#### Rencana Asuhan pada Kala III

Rencana asuhan pada kala III meliputi : 1) Melanjutkan evaluasi setiap tanda-tanda bahaya yang ditemukan. 2) Melanjutkan evaluasi kemajuan dari persalinan (pelepasan placenta dan pengeluaran placenta). 3) Melanjutkan evaluasi ibu termasuk mengukur Tekanan Darah, nadi, suhu, pernafasan, dan aktivitas gastrointestinal. 4) Memperhatikan tanda dan gejala perdarahan.

#### Rencana Asuhan pada Kala IV

Rencana asuhan pada kala IV meliputi : 1) Melakukan evaluasi terhadap uterus. 2) Inspeksi dan evaluasi servik, vagina dan perineum. 3) Inspeksi dan evaluasi terhadap placenta, selaput placenta dan tali pusat. 4) Menjahit luka jalan lahir akibat episiotomi atau laserasi.

#### 6. Langkah ke VI: Pelaksanaan Langsung Asuhan yang Efisien dan Aman

Melaksanakan asuhan menyeluruh yang telah direncanakan. Pelaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidan sebagian oleh klien sendiri atau oleh petugas kesehatan lainnya, walau bidan tidak melaksanakan asuhan sendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya memantau rencananya benar-benar terlaksana).

Bila perlu berkolaborasi dengan dokter misalnya karena adanya komplikasi. Manajemen yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya serta peningkatan mutu asuhan. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan.

#### 7. Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosa maupun masalah. Pelaksanaan rencana asuhan tersebut dapat dianggap efektif bilamana memang benar-benar efektif. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut terlaksana dengan efektif dan mungkin sebagian belum. Karena proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu dievaluasi, kenapa asuhan yang diberikan belum efektif.

Manajemen kebidanan (7) langkah ini merupakan proses berfikir dalam mengambil keputusan klinis dalam memberikan asuhan kebidanan yang dapat diaplikasikan/diterapkan dalam setiap situasi. Untuk pendokumentasian/ pencatatan asuhan dapat diterapkan dalam bentuk SOAP yaitu :

- S : Subyektif data, menurut perspektif klien. Data ini diperoleh dari anamnesa.
- O : Obyektif data, yaitu hasil pemeriksaan fisik klien, serta pemeriksaan diagnostik dan pendukung lain. Data ini termasuk catatan medik pasien yang lalu.
- A : Analisis, atau interpretasi berdasarkan data yang terkumpul, dibuat kesimpulan berdasarkan segala sesuatu yang dapat diidentifikasi : 1) Diagnosa masalah. 2) Antisipasi diagnosa/masalah potensial. 3) Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi/kolaborasi dan rujukan (sebagai langkah 2,3,4 dalam Manajemen Varney)
- P : Planning/Perencanaan

Merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan (implementasi) dan evaluasi rencana (E) berdasarkan pada langkah 5,6,7 pada manajemen Varney, ini termasuk hasil observasi dan evaluasi dari flowsheet. Palnning termasuk : 1) Asuhan mandiri oleh bidan. 2) Kolaborasi/konsultasi dengan dokter/nakes lain. 3) Tes diagnostik/laboratorium. 4) Konseling/ penyuluhan. 5) Follow up: Ini semua termasuk keputusan klinis dalam prosedur tindakan, aktifitas, diet, kebutuhan hidrasi, pendampingan, dll.

## 2.4 Konsep Dasar Sectio Secarea

### 1. Pengertian

Seksio secarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim.

### 2. Indikasi seksio sesarea

Tabel 2.19 Indikasi Seksio Sesarea

Indikasi ibu	Indikasi janin
--------------	----------------

Disproporsi sefalopelvik	Janin sangat besar
Pelvis kecil atau malformasi	Gawat janin
Bekas SC dengan indikasi CPD	Letak lintang
Disfungsi uterus	Presentasi bokong pada primigravida
Distosia jaringan lunak	Double footling breech
Plasenta previa	

### 3. Jenis SC

- 1) SC klasik
- 2) SC transperitoneal profunda
- 3) SC diikuti dengan histerektomi
- 4) SC ekstraperitoneal

Tabel 2.20 Perbedaan SC Klasik dan SC transperitoneal profunda

	SC Klasik	SC transperitoneal profunda
Karakteristik	Insisi uterus berupa insisi vertikal pada korpus uteri hingga mencapai fundus uteri	Insisi uterus transversal pada segmen bawah uterus
Kelebihan	Lebih dianjurkan pada keadaan seperti : Perlekatan segmen bawah rahim pada bekas SC Kembar siam Tumor disegmen bawah uterus Hipervaskularisasi segmen bawah uterus (pada plasenta previa) Karsinoma servik	Penutupan luka sayatan lebih mudah Insisi terletak pada lokasi yang amat kecil kemungkinan untuk ruptur sehingga akan memungkinkan untuk proses persalinan spontan pada persalinan berikutnya Tidak memicu perlengketan antara letk insisi dengan usus atau omentum
Kekurangan	Tidak memungkinkan proses persalinan spontan pada persalinan berikutnya.	Tidak dapat dilakukan bila terdapat kesulitan membuka atau memasuki segmen bawah uterus secara aman

## **2.5 Konsep Dasar Nifas Fisiologis**

### **2.5.1 Pengertian Nifas**

Masa nifas atau puerperium adalah dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Prawirohardjo, 2014). Menurut Bahiyatun (2009)

Menurut Yusari Asih dkk (2016) masa nifas adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil.

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

Jadi, masa nifas adalah masa setelah kelahiran plasenta sampai enam minggu berikutnya disertai dengan pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan.

### **2.5.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas**

Semua kegiatan yang dilakukan, baik dalam bidang kebidanan maupun di bidang lain selalu mempunyai tujuan agar kegiatan tersebut terarah dan diadakan evaluasi dan penilaian. Asuhan masa nifas diperlukan karena pada periode nifas merupakan masa kritis baik bagi ibu maupun bayinya. Diperkirakan bahwa 60 % kematian ibu yang terjadi setelah persalinan dan 50 % kematian nifas terjadi pada 24 jam pertama. Tujuan dari perawatan nifas ini adalah : 1) Memulihkan kesehatan klien: (1) Menyediakan makanan sesuai kebutuhan, (2) Mengatasi anemia, (3) Mencegah infeksi dengan memerhatikan kebersihan dari sterilisasi, (4) Mengembalikan kesehatan umum dengan pergerakan otot untuk memperlancar peredaran darah, 2) Mempertahankan kesehatan psikologis, 3) mencegah infeksi dan komplikasi, 4) memperlancar pembentukan dan pemberian ASI Susu Ibu (ASI), 5) mengajarkan ibu untuk melaksanakan perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan memelihara bayi dengan baik, sehingga bayi dapat mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang optimal, 6) memberikan pendidikan kesehatan dan memastikan pemahaman serta kepentingan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehat pada ibu dan keluarganya melalui KIE, 7) memberikan pelayanan keluarga berencana. (Yusari Asih dkk 2016)

### **2.5.3 Tahapan Masa Nifas**

Menurut Kemenkes RI (2015) dalam Yusari Asih dkk (2016) tahapan Masa nifas dibagi menjadi 3 periode antara lain :

1. Periode pasca salin segera (immediate postpartum) 0-24 jam. Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya

perdarahan karena atonia uteri. Oleh sebab itu tenaga kesehatan harus dengan teratur melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah dan suhu.

2. Periode pasca salin awal (early post partum) 24 jam-1 minggu. Pada periode ini tenaga kesehatan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak ada demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui bayinya dengan baik.

3. Periode pasca salin lanjut (late postpartum) 1 minggu-6 minggu. Pada periode ini tenaga kesehatan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB (saleha, 2009).

Sedangkan menurut Astutik Yuli (2015) tahapan masa nifas dibagi menjadi 3 periode antara lain :

1. Puerperium dini : puerperium dini adalah masa kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berjalan. Pada masa tidak dianggap perlu lagi menahan ibu setelah persalinan telentang pada tempat tidurnya selama 7-14 hari setelah persalinan. Ibu nifas sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya dalam 24-48 jam setelah persalinan. Keuntungan dari puerperium dini adalah ibu merasa lebih sehat dan kuat, faal usus dan kandung kemih lebih baik, ibu dapat segera belajar merawat bayinya (Mochtar,2012).

2. Puerperium Intermedia : adalah kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia eksterna dan interna yang lamanya 6-8 minggu. Alat genitalia tersebut meliputi uterus, bekas implantasi plasenta, luka jalan lahir, servix, endometrium dan ligamen-ligamen.

3. Remote Puerperium : adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bagi ibu selama hamil atau melahirkan mempunyai komplikasi. Waktu sehat sempurna bisa berminggu-minggu, berbulan-bulan dan tahunan. (Mochtar,2012)

#### **2.5.4 Standar Pelayanan Nifas**

1. Perawatan BBL : tujuannya untuk menilai kondisi BBL dan membantu dimulainya pernafasan serta mencegah hipotermi, hipoglikemi, dan infeksi.

2. Penanganan pada dua jam pertama setelah persalinan : tujuannya untuk mempromosikan perawatan ibu dan bayi yang bersih dan aman selama persalinan kala empat untuk memulihkan kesehatan ibu dan bayi. Meningkatkan asuhan sayang ibu dan sayang bayi, memulai pemberian ASI dalam waktu 1 jam pertama setelah kelahiran, serta mendukung terjadinya ikatan batin antara ibu dan bayi.



3. Pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas : tujuannya untuk memberia pelayanan kepada ibu dan bayi sampai 42 hari setelah persalinan dan memberikan penyuluhan ASI Eksklusif.

### 2.5.5 Perubahan Fisiologis yang Terjadi Pada Masa Nifas

Menurut Yusari Asih dkk 2016 perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas yaitu:

#### 2.5.5.1 Perubahan Sistem Reproduksi

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

Uterus adalah organ yang mengalami banyak perubahan besar karena telah mengalami perubahan besar selama masa kehamilan dan persalinan. Pembesaran uterus tidak akan terjadi secara terus menerus, sehingga adanya janin dalam uterus tidak akan terlalu lama. Bila adanya janin tersebut melebihi waktu yang seharusnya, maka akan terjadi kerusakan serabut otot jika tidak dikehendaki. Proses katabolisme akan bermanfaat untuk mencegah terjadinya masalah tersebut.

Proses katabolisme sebagian besar disebabkan oleh dua faktor, yaitu :

##### 1) *Ischemia Myometrium*

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

##### 2) *Autolysis*

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik yang makrofag akan memendekan jaringan otot yang sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan 5 kali lebar semula selama kehamilan.

Perubahan uterus pada 6 minggu akhir pertama persalinan yaitu perubahan berat uterus berubah dari 1000 gram menjadi 60 gram, ukuran uterus berubah dari 15 x 12 x 8 cm menjadi 8 x 6 x 4 cm dan uterus secara berangsur-angsur akan menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali pada keadaan seperti sebelum hamil.

Tinggi fundus uteri dan berat uterus menurut masa involusi terlihat pada tabel berikut :

Tabel 2.21 Proses Involusi Uteri

No	Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter uterus	Palpasi serviks

1.	Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm	Lunak
2.	Uri/palsenta- lahir	2 jari bawah pusat	750 gram	12,5 cm	Lunak
3.	1 minggu	Pertengahan pusat-sympisis	500 gram	7,5 cm	2cm
4.	2 minggu	Tidak teraba di atas sympisis	300 gram	5cm	1cm
5.	6 minggu	Bertambah kecil	60 gram	2,5 cm	Menyempit

Berdasarkan tabel 2.21 dijelaskan bahwa Fundus uteri kira-kira sepusat dalam hari pertama bersalin. Penyusutan antara 1-1,5 cm atau sekitar 1 jari perhari. Dalam 10-12 hari uterus tidak teraba lagi di abdomen karena sudah masuk dibawah simfisis. Pada buku keperawatan maternitas pada hari ke-9 uterus sudah tidak teraba. Involusi ligament uterus berangsur-angsur pada awalnya cenderung miring ke belakang. Kembali normal antefleksi dan posisi anteverted pada akhir minggu keenam.

## 2. Afterpains

Pada primipara, tonus uterus meningkat sehingga fundus pada umumnya tetap kencang. Relaksasi dan kontraksi yang periodik sering dialami multipara dan biasa menimbulkan nyeri yang bertahan sepanjang masa awal puerperium. Rasa nyeri setelah melahirkan ini lebih nyata setelah ibu melahirkan, di tempat uterus terlalu teregang (misalnya pada bayi, pada bayi besar, dan kembar). Menyusui dan oksitosin tambahan biasanya meningkatkan nyeri ini karena keduanya merangsang kontraksi uterus.

## 3. Lochea

Pelepasan plasenta dan selaput janin dari dinding rahim terjadi pada stratum spongiosum bagian atas. Setelah 2-3 hari tampak lapisan atas stratum yang tinggal menjadi nekrotis, sedangkan lapisan bawah yang berhubungan dengan lapisan otot terpelihara dengan baik dan menjadi lapisan endometrium yang baru. Bagian yang nekrotis akan keluar menjadi *lochea*.

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat. Lochea mempunyai bau amis (anyir), meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda pada setiap wanita.

Lochea juga mengalami perubahan karena proses involusi. Perubahan *lochea* tersebut adalah :

### 1) *Lochea rubra (Cruenta)*

Muncul pada hari pertama sampai hari kedua post partum, warnanya merah mengandung darah dari luka pada plasenta dan serabut dari decidua dan choricon.

2) *Lochea Sanguilenta*

Berwarna merah kuning, berisi darah lendir, hari 3-7 paska persalinan.

3) *Lochea Serosa*

Muncul pada hari ke 7-14, berwarna kecoklatan mengandung lebih banyak serum, lebih sedikit darah juga leukosit dan laserasi plasenta.

4) *Lochea Alba*

Sejak 2-6 minggu setelah persalinan, warnanya putih kekuningan mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

Sedangkan menurut Astutik Yuli (2015) lochea adalah cairan atau secret yang berasal dari kavum uteri atau vagina dalam masa nifas. Macam-macam lochea ; (1) *Lochea Rubra* (cruenta) : berisi darah segar dan sisa selaput ketuban, sel desidua, verniks caseosa, lanugo dan mekonium, selama 2 hari masa nifas, (2) *Lochea sanguinolenta* yaitu berwarna kuning berisi darah dan lendir, hari 3-7 nifas, (3) *Lochea serosa* yaitu berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 nifas, (4) *Lochea alba* yaitu cairan putih, keluar setelah 2 minggu masa nifas.

Selain lochea diatas ada beberapa jenis *lochea* yang tidak normal yaitu ; (1) *Lochea purulenta* yaitu terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk, (2) *Lochea stasis* yaitu *lochea* tidak lancar keluarnya.

#### **4. Tempat Tertanamnya Plasenta**

Saat plasenta keluar normalnya uterus berkontraksi dan relaksasi/retraksi sehingga volume/ruang tempat plasenta berkurang atau berubah cepat dan 1 hari setelah persalinan berkerut sampai diameter 7,5 cm.

Kira-kira 10 hari setelah persalinan, diameter tempat plasenta  $\pm$  2,5 cm. Segera setelah akhir minggu ke 5-6 epitelial menutup dan meregenerasi sempurna akibat dari ketidakseimbangan volume darah, plasma dan sel darah merah.

#### **5. Perineum, Vagina, Vulva Dan Anus**

Berkurangnya sirkulasi progesteron membantu pemulihan otot panggul, perineum, vagina, dan vulva kearah elastisitas dari ligamentum otot rahim. Merupakan proses yang bertahap akan berguna jika ibu melakukan ambulasi dini dan senam nifas.

Involusi serviks terjadi bersamaan dengan uterus kira-kira 2-3 minggu serviks menjadi seperti celah. Ostium eksternum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggirannya tidak rata, tetapi retak-

retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama dilalui oleh satu jari. Karena hiperplasia dan retraksi dari serviks, robekan serviks menjadi sembuh.

Pada awal masa nifas, vagina dan muara vagina membentuk suatu lorong luas ber dinding licin yang berangsur-angsur mengecil ukurannya tapi jarang kembali ke bentuk nulipara. Rugae mulai tampak pada minggu ketiga. Himen muncul kembali sebagai kepingan-kepingan kecil jaringan, yang setelah mengalami sikatrisasi akan berubah menjadi caruncule mirtiformis. Estrogen pascapartum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae.

Mukosa vagina tetap atrofi pada wanita yang menyusui sekurang-kurangnya sampai menstruasi dimulai kembali. Penebalan mukosa vagina terjadi seiring pemulihan fungsi ovarium. Kekurangan estrogen menyebabkan penurunan jumlah pelumas vagina dan penipisan mukosa vagina. Kekeringan lokal dan rasa tidak nyaman saat koitus (dispareunia) menetap sampai fungsi ovarium kembali normal dan menstruasi dimulai lagi. Mukosa vagina memakan waktu 2-3 minggu untuk sembuh tetapi pemulihan luka sub-mukosa lebih lama yaitu 4-6 minggu. Beberapa laserasi superficial yang dapat terjadi akan sembuh relatif lebih cepat. Laserasi perineum sembuh pada hari ke-7 dan otot perineum akan pulih pada hari ke 5-6.

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

#### **2.5.5.2 Perubahan Sistem Pencernaan**

Ibu menjadi lapar dan siap untuk makan pada 1-2 jam setelah bersalin. Konstipasi dapat menjadi masalah pada awal puerperium akibat dari kurangnya makanan dan pengendalian diri terhadap BAB karena kurang pengetahuan dan kekhawatiran lukanya akan terbuka bila BAB.

Selama proses persalinan dan pada awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, kurang makan, atau dehidrasi. Ibu seringkali sudah menduga nyeri saat defekasi karena nyeri yang dirasakannya di perineum akibat episiotomi, laserasi, atau hemoroid. Kebiasaan buang air teratur perlu dicapai kembali setelah tonus usus kembali ke normal

#### **2.5.5.3 Perubahan Sistem Perkemihan**

Terjadi diuresis yang sangat banyak dalam hari-hari pertama puerperium. Diuresis yang banyak mulai segera setelah persalinan sampai 5 hari postpartum. 40% ibu post partum tidak mempunyai proteinuri yang patologi dari segera setelah lahir sampai hari kedua post partum, kecuali ada gejala infeksi dan preeklamsi.

#### 2.5.5.4 Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu yang terjadi mencakup hal-hal yang dapat membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat berat ibu akibat pembesaran uterus. Stabilisasi sendi lengkap akan terjadi pada minggu ke-6 sampai ke-8 setelah wanita melahirkan.

#### 2.5.5.5 Perubahan Sistem Endokrin

##### 1. Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh glandula pituitary posterior dan bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Oksitosin di dalam sirkulasi darah menyebabkan kontraksi otot uterus pada waktu yang sama membantu proses involusi uterus.

##### 2. Prolaktin

Penurunan estrogen menjadikan prolaktin yang dikeluarkan oleh glandula pituitary anterior bereaksi terhadap alveoli dan payudara sehingga menstimulasi produksi ASI. Pada ibu yang menyusui kadar prolaktin tetap tinggi dan merupakan permulaan stimulasi folikel di dalam ovarium ditekan.

##### 3. HCG, HPL, Estrogen dan Progesteron

Ketika plasenta lepas dari dinding uterus dan lahir, tingkat hormon HCG, HPL, estrogen, dan progesteron di dalam darah ibu menurun dengan cepat, normalnya setelah 7 hari.

##### 4. Pemulihan Ovulasi dan Menstruasi

Pada ibu yang menyusui bayinya, ovulasi jarang sekali terjadi sebelum 20 minggu, dan tidak terjadi di atas 28 minggu pada ibu yang melanjutkan menyusui untuk 6 bulan. Pada ibu yang tidak menyusui ovulasi dan menstruasi biasanya mulai antara 7-10 minggu.

#### 2.5.5.6 Perubahan Tanda-Tanda Vital.

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

Tabel 2.22 Perubahan Tanda-Tanda Vital

No.	Tanda Vital
1.	Temperatur Selama 24 jam pertama dapat meningkat sampai 38 derajat selsius sebagai akibat efek dehidrasi persalinan. Setelah 24 jam wanita tidak harus demam.
2.	Denyut Nadi

	Denyut nadi dan volume sekuncup serta curah jantung tetap tinggi selama jam pertama setelah bayi lahir. Kemudian mulai menurun dengan frekuensi yang tidak diketahui. Pada minggu ke-8 sampai ke-10 setelah melahirkan, denyut nadi kembali ke frekuensi sebelum hamil.
3.	Pernafasan Pernafasan harus berada dalam rentang normal sebelum melahirkan.
4.	Tekanan Darah Sedikit berubah atau menetap.

### 2.5.5.7 Perubahan Sistem Kardiovaskuler

*Cardiac output* meningkat selama persalinan dan peningkatan lebih lanjut setelah kala III, ketika besarnya volume darah dari uterus terjepit di dalam sirkulasi. Penurunan setelah hari pertama puerperium dan kembali normal pada akhir minggu ketiga.

### 2.5.5.8 Perubahan Sistem Hematologi

*Lekositosis* meningkat, sel darah putih sampai berjumlah 15.000 selama persalinan, tetap meningkat pada beberapa hal pertama post partum. Jumlah sel darah putih dapat meningkat lebih lanjut sampai 25.000- 30.000 di luar keadaan patologi ibu mengalami partus lama. Hb, Ht dan eritrosit jumlahnya berubah di awal puerperium.

### 2.5.5.9 Perubahan Berat Badan

Ibu nifas kehilangan 5 sampai 6 kg pada waktu melahirkan, dan 3 sampai 5 kg selama minggu pertama masa nifas. Faktor-faktor yang mempercepat penurunan berat badan pada masa nifas diantaranya adalah peningkatan berat badan selama kehamilan, primiparitas, segera kembali bekerja diluar rumah, dan merokok. Usia atau status pernikahan tidak mempengaruhi penurunan berat badan. Kehilangan cairan melalui keringat dan peningkatan jumlah urine menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa pascapartum.

### 2.5.5.10 Perubahan Kulit

Pada waktu hamil terjadi pigmentasi kulit pada beberapa tempat karena proses hormonal. Pigmentasi ini berupa kloasma gravidarum pada pipi, hiperpigmentasi kulit dinding perut (*striae gravidarum*). Setelah persalinan, hormonal berkurang dan hiperpigmentasi pun menghilang. Pada dinding perut akan menjadi putih mengkilap yaitu “*striae albikan*”.

## 2.5.6 Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

### 1. Nutrisi dan Cairan

Ibu diharuskan mendapat nutrisi yang lengkap dengan tambahan kalori sejak sebelum hamil (200-500kal) yang akan mempercepat pemulihan kesehatan dan kekuatan, meningkatkan

kualitas dan kuantitas ASI serta mencegah terjadinya infeksi. Ibu nifas memerlukan dituntut mempertahankan tubuh terhadap infeksi, mencegah konstipasi, dan untuk memulai proses pemberian ASI eksklusif (Bahiyatun, 2009).

#### 1) Kalori

Kebutuhan kalori pada masa menyusui bertambah sekitar 400-500 kalori. Pada wanita dewasa memerlukan 1800 kalori perhari.

#### 2) Protein

Kebutuhan protein adalah 3 porsi perhari. Satu porsi protein setara dengan 3 gelas susu, dan butir telur, lima putih telur, 120 gram keju, 1  $\frac{3}{4}$  gelas yoghurt, 120-140 gram ikan/daging/unggas, 200-240 gram tahu atau 5-6 sendok selai kacang. Ibu menyusui memerlukan tambahan 20 gram protein untuk pertumbuhan dan penggantian sel-sel yang rusak atau mati.

#### 3) Kalsium dan Vitamin D

Kalsium dan Vitamin D berguna untuk membentuk tulang dan gigi. Kalsium dan vit D dapat diperoleh dari susu rendah kalori atau berjemur dipagi hari. Konsumsi kalsium pada masa menyusui meningkat menjadi 5 porsi perhari. 1 porsi setara dengan 50-60 gram keju, 1 cangkir susu krim, 160 gram ikan salmon, 120 gram ikan sarden, atau 280 gram tahu kalsium.

#### 4) Magnesium

Magnesium dibutuhkan sel tubuh untuk membantu gerak otot, fungsi saraf dan memperkuat tulang. Sumber magnesium adalah gandum dan kacang-kacangan.

#### 5) Sayuran hijau dan buah

Kebutuhan sayuran hijau dan buah yang diperlukan pada masa nifas dan menyusui sedikitnya 3 porsi sehari. 1 porsi setara dengan 1/8 semangka, 1/4 mangga, 3/4 cangkir brokoli, 1/2 wortel, 1/4 - 1/2 cangkir sayuran hijau yang telah dimasak, 1 tomat.

#### 6) Karbohidrat Kompleks

Selama menyusui, diperlukan 6 porsi perhari karbohidrat kompleks. 1 porsi karbohidrat kompleks setara 1/2 cangkir nasi, 1/4 cangkir jagung pipil, 1 porsi sereal atau oat, 1 iris roti dari bijian utuh, 1/2 kue muffin dari bijian utuh, 2-6 biskuit kering atau crackers, 1/2 cangkir kacang-kacangan, 2/3 cangkir kacang koro, atau 40 gram mie atau pasta dari biji-bijian utuh.

#### 7) Lemak

Rata-rata kebutuhan lemak dewasa adalah 4 1/2 porsi lemak (14gr per porsi) perhari. 1 porsi lemak = 80 gram keju, 3 sendok makan kacang tanah atau kenari, 4 sendok makan krim, secangkir es krim, 1/2 buah alpukat, 2 sendok makan selai kacang, 12-140 gram daging tanpa

lemak, sembilan kentang goreng, 2 iris cake, 1 sendok makan mayonize atau mentega, atau 2 sendok makan saos salad.

#### 8) Garam

Selama periode masa nifas, sebaiknya menghindari konsumsi garam berlebihan. Hindari makanan asin seperti kacang asin, kripik kentang atau acar.

#### 9) Cairan

Pada masa nifas konsumsi cairan sebanyak 8 gelas per hari. Minum sedikitnya 3 liter perhari. Kebutuhan cairan dapat diperoleh dari air putih, sari buah, susu dan sup.

#### 10) DHA

DHA penting untuk perkembangan penglihatan dan mental bayi. Asupan DHA berpengaruh langsung pada kandungan dalam ASI. Sumber DHA ada pada telur, otak, hati dan ikan.

#### 11) Vitamin

Selama menyusui kebutuhan vitamin meningkat vitamin yang diperlukan antara lain : Vitamin A 200.000 unit sebanyak 2 kali yaitu pada 1 jam setelah melahirkan dan 24 jam setelah melahirkan. Agar dapat memberikan vitamin A pada bayinya melalui ASI. Sumber vitamin A terdapat dalam telur, hati dan keju. Vitamin B6 sebanyak 2,0 mg perhari untuk membantu penyerapan protein dan meningkatkan fungsi saraf dan bisa dikonsumsi dari daging, hati, padi-padian, kacang polong dan kentang ; Vitamin E berfungsi sebagai antioksidan, meningkatkan stamina dan daya tahan tubuh yang terdapat dalam makanan yang berserat, kacang-kacangan, minyak nabati dan gandum.

#### 12) Zinc (Seng)

Berfungsi untuk kekebalan tubuh, penyembuhan luka dan pertumbuhan. Kebutuhan zinc didapat dalam daging, telur dan gandum. Enzim dalam pencernaan dan metabolisme memerlukan zinc. Kebutuhan zinc setiap hari sekitar 12 mg. Sumber zinc terdapat pada seafood, hati dan daging.

#### 13) Tablet Besi (Fe)

Tablet Fe harus diminum selama 40 hari masa nifas untuk menghindari terjadinya resiko kurang darah pada nifas.

Asupan kalori perhari ditingkatkan sampai 2700 kalori. Asupan cairan perhari ditingkatkan sampai 3000 ml (susu 1000ml). Suplemen zat besi dapat diberikan kepada ibu nifas selama 4 minggu pertama setelah kelahiran. Kebutuhan gizi yang perlu diperhatikan yaitu makanan dianjurkan seimbang antara jumlah dan mutunya, banyak minum setiap hari harus minum lebih dari 6 gelas, makan makanan yang tidak merangsang, baik secara termis, mekanis,



atau kimia untuk menjaga kelancaran pencernaan, batasi makanan yang berbau keras, gunakan bahan makanan yang dapat merangsang produksi ASI, misalnya sayuran hijau (Bahiyatun, 2009)

Tabel 2.23 Contoh Menu Makanan Sehat

No	Menu makan pagi	Makan siang	Makan malam
1	nasi, urap sayur, ikan bandeng goreng, kudapan (donat dan yoghurt),	nasi, ayam goreng, rempeyek, rebon, sayur nangka, jeruk, kudapan (kolak pisang)	nasi, semur daging, pepes tahu, cap jay, pepaya, kudapan (ubi merah goreng)

## 2. Ambulasi

Ambulasi sedini mungkin sangat dianjurkan, kecuali ada kontraindikasi. Ambulasi ini akan meningkatkan *sirkulasi* dan mencegah risiko *tromboflebitis*, meningkatkan fungsi kerja *peristaltik* dan kandung kemih, sehingga mencegah distensi *abdominal* dan konstipasi. Ambulasi ini dilakukan secara bertahap sesuai kekuatan ibu. Ibu nifas yang enggan melakukan ambulasi dini ini terancam mengalami *trombosis vena* (Bahiyatun, 2009).

Sebaiknya, ibu nifas turun dari tempat tidur sedini mungkin setelah persalinan. Ambulasi dini dapat mengurangi kejadian komplikasi kandung kemih, konstipasi, trombosis vena puerpuralis, dan emboli pulmonal. Disamping itu, ibu merasa lebih sehat dan kuat serta dapat segera merawat bayinya (Bahiyatun, 2009). Mobilisasi dini dilakukan secara bertahap berikut ini akan dijelaskan tahap mobilisasi dini pada ibu pasca seksio sesarea : Setelah operasi, pada 6 jam pertama ibu pasca seksio sesarea harus tirah baring dulu. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki, mengangkat tumit, menenangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki. Setelah 6-10 jam, ibu diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan mencegah thrombosis dan trombo emboli. Setelah 24 jam ibu dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk. Setelah ibu dapat duduk, dianjurkan ibu belajar berjalan.

## 3. Eliminasi

Bidan harus mengobservasi adanya distensi abdomen dengan memalpasi dan mengauskultasi abdomen, terutama pada post-seksio sesaria. Berkemih harus terjadi dalam 4-8 jam pertama dan minimal sebanyak 200cc. Anjurkan ibu untuk minum banyak cairan dan ambulasi. Rangsangan untuk berkemih dapat diberikan dengan rendam duduk untuk mengurangi edema dan relaksasi sfingter, lalu kompres hangat/dingin (Bahiyatun, 2009).

#### 4. Higiene

Ibu postpartum sering membersihkan area perineum akan meningkatkan kenyamanan dan mencegah infeksi. Setelah ibu mampu mandi sendiri (dua kali sehari), biasanya daerah perineum dicuci sendiri. Penggantian pembalut juga hendaknya sering dilakukan, setidaknya setelah membersihkan perineum atau setelah berkemih atau defekasi agar higiene ibu postpartum tetap terjaga (Bahiyatun, 2009). Payudara juga harus diperhatikan kebersihannya. Jika puting terbenam, lakukan masase payudara secara perlahan dan tarik keluar secara hati-hati. Pada masa postpartum, seorang ibu akan rentan terhadap infeksi. Pada waktu mencuci luka (episiotomi), ibu harus mencucinya dari arah depan ke belakang dan mencuci daerah anus yang terakhir. Ibu harus mengganti pembalut sedikitnya 2 kali sehari. Jika ibu menyusui bayinya, anjurkan untuk menjaga kebersihan payudaranya. Infeksi dapat terjadi, tetapi sangat kecil kemungkinannya jika luka perineum dirawat dengan baik. Selama di rumah sakit, dokter akan memeriksa perineum setidaknya sekali sehari untuk memastikan tidak terjadi peradangan atau tanda infeksi lainnya.

#### 5. Istirahat

Ibu nifas membutuhkan banyak istirahat dan tidur yang cukup. Istirahat sangat penting untuk ibu menyusui. Selama sembilan bulan ibu mengalami kehamilan dengan beban kandungan yang begitu berat, banyak keadaan yang mengganggu lainnya, dan proses persalinan yang melelahkan, ibu membutuhkan waktu istirahat yang cukup untuk memulihkan keadaannya. Istirahat ini dapat dilakukan dengan tidur siang atau tidur malam dan ibu dianjurkan istirahat saat bayi sedang tertidur. Jika ibu kurang istirahat akan mengakibatkan berkurangnya jumlah produksi ASI, proses *invulasi*, memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi, dan menimbulkan rasa ketidakmampuan merawat bayi (Bahiyatun, 2009).

#### 6. Seksualitas Masa Nifas

Menurut Bahiyatun (2009), seksualitas ibu nifas dipengaruhi oleh derajat *ruptur perineum* dan penurunan hormon *steroid* setelah persalinan. Keinginan seksual ibu menurun karena kadar hormon rendah, adaptasi peran baru, dan kelelahan. Hal-hal yang mempengaruhi seksual pada masa nifas : 1) Intensitas respon seksual berkurang karena perubahan *faal* tubuh, tubuh menjadi tidak atau belum sensitif, 2) Rasa lelah akibat mengurus bayi mengalahkan minat untuk bermesraan, 3) Bounding dengan bayi mengurus cinta kasih, sehingga waktu tidak tersisa untuk pasangan, 4) Kehadiran bayi dikamar yang sama membuat ibu secara psikologis tidak nyaman berhubungan intim, 5) Pada minggu pertama setelah persalinan. Hormon *estrogen* menurun yang mempengaruhi sel-sel penyekresi cairan pelumas vagina alamiah yang berkurang. Hal ini menimbulkan rasa sakit bila berhubungan seksual, 6) Ibu mengalami *let*

*down* ASI, sehingga respons terhadap orgasme yang dirasakan sebagai rangsangan seksual pada saat menyusui. Respons fisiologis ini dapat menekan ibu, kecuali mereka memahami bahwa hal tersebut normal.

Hubungan seks aman setelah darah merah berhenti, dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri (Suherni, dkk, 2009).

## 7. Health Education (HE)

### 1) Perawatan payudara

Tujuan dilakukannya perawatan payudara adalah : (1) Memperlancar sirkulasi darah dan mencegah tersumbatnya saluran susu sehingga memperlancar pengeluaran ASI dengan cara menjaga payudara senantiasa bersih dan terawat (puting susu) karena saat menyusui payudara ibu akan kontak langsung dengan mulut bayi. (2) Menghindari puting susu yang sakit dan infeksi payudara, serta menjaga keindahan bentuk payudara.

Waktu perawatan payudara tidak hanya dilakukan pada saat hamil saja yaitu sejak kehamilan tujuh bulan, tetapi juga dilakukan setelah melahirkan. Perawatan payudara hendaknya dimulai sedini mungkin yaitu 1-2 hari setelah bayi lahir dan dilakukan dua kali sehari sebelum mandi. Prinsip perawatan payudara yaitu: (1) Menjaga payudara agar bersih dan kering terutama puting susu. (2) Menggunakan bra/BH yang menopang. (3) Apabila terjadi puting susu lecet, oleskan kolostrum/ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui. (4) Menyusui tetap dilakukan dengan mendahulukan puting susu yang tidak lecet. (5) Jika lecet puting termasuk kategori berat, maka bagian yang sakit dapat diistirahatkan, ASI dikeluarkan, dan diminumkan dengan sendok.

Alat yang diperlukan untuk perawatan payudara antara lain : (1) Handuk untuk mengeringkan payudara yang basah. (2) Kapas digunakan untuk mengompres puting susu. (3) Minyak kelapa/*baby oil* sebagai pelicin. (4) Waskom yang berisi air hangat untuk kompres hangat. (5) Waskom yang berisi air dingin untuk kompres dingin. (6) Waslap digunakan untuk merangsang erektilitas puting susu.

Langkah-langkah perawatan payudara

- (1) Siapkan alat bahan yang diperlukan
- (2) Cuci tangan di bawah air mengalir dengan sabun
- (3) Kompres puting susu dengan kapas yang dibasahi minyak/*baby oil* ± 2 menit
- (4) Bila puting susu masuk ke dalam, lakukan gerakan Hoffman atau gunakan pompa puting
  - a. Gerakan Hoffman : (a) Tarik telunjuk sesuai dengan arah tanda panah pada gambar. Gerakan ini akan meregangkan kulit kalang payudara dan jaringan yang ada di bawahnya. Lakukan 5-10 kali. (b) Gerakan diulang dengan letak telunjuk dipindah

berputar di sekeliling puting sambil menarik puting susu yang masuk. Lakukan gerakan 5-10 kali.

- b. Penggunaan pompa puting : (a) bila pompa puting tidak tersedia, dapat dibuat dari modifikasi spuit 10 ml. Bagian ujung dekat jarum dipotong dan kemudian pendorong dimasukkan dari arah potongan tersebut. (b) cara penggunaannya yaitu dengan menempelkan ujung pompa (spuit injeksi) pada payudara sehingga puting berada di dalam pompa. (c) Kemudian tarik perlahan hingga terasa ada tahanan dan dipertahankan selama  $\frac{1}{2}$  - 1 menit. (d) Bila terasa sakit, tarikan dikendorkan. Prosedur ini diulangi terus hingga beberapa kali dalam sehari.

(5) Prosedur Perawatan payudara

- a. Kompres kedua puting menggunakan minyak kelapa/*baby oil* selama  $\pm$  3-5 menit. Kemudian angkat kapas sambil membersihkan kotoran yang menempel di puting. Jika kurang bersih, diulangi lagi. Oleskan minyak kelapa/*baby oil* ke payudara.
- b. Kedua telapak tangan diletakkan ditengah diantara kedua payudara dengan ujung-ujung jari menghadap ke bawah. Kemudian telapak tangan ditarik ke atas melingkari payudara sambil menyangga payudara tersebut lalu tangan dilepaskan dengan gerakan cepat ke arah depan. Lakukan gerakan ini  $\pm$  20 kali dengan tujuan untuk menjaga kekenyalan dan kekencangan payudara.
- c. Mengurut payudara dari pangkal payudara kearah puting memakai genggam tangan menyeluruh atau ruas-ruas jari. Lakukan gerakan ini  $\pm$  20 kali.
- d. Tangan kanan menyangga payudara kanan, kemudian sisi luar tangan kiri mengurut payudara ke arah puting susu. Tujuan dilakukan pengurutan payudara agar ASI dapat keluar dengan lancar. Lakukan gerakan ini  $\pm$  20 kali.
- e. Basuh payudara dengan air hangat dan air dingin secara bergantian dan dikerjakan berulang-ulang lalu dikeringkan dengan handuk.
- f. Puting susu dirangsang dengan waslap/handuk kering yang digerakkan ke atas dan bawah beberapa kali dengan tujuan meningkatkan erektilitas puting susu dan mengurangi insiden puting lecet.
- g. Pakailah BH untuk menyusui yang menyangga dan ukuran yang sesuai dengan pertumbuhan payudara.

2) Senam nifas

Menurut Bahiyatun (2019), Pada ibu post sectio caesarea, ambulasi dini dimulai pada 24 sampai 36 jam setelah melahirkan. Tujuan latihan pasca melahirkan adalah : (1) Menguatkan otot-perut sehingga menghasilkan bentuk tubuh yang baik. (2) Mengencangkan

dasar panggul sehingga mencegah atau memperbaiki inkontinensia stress. (3) Membantu memperbaiki sirkulasi darah di seluruh tubuh.

Postur tubuh yang baik dianjurkan sejak awal untuk membantu mencegah nyeri punggung. Latihan yang dilakukan pasca persalinan normal, meliputi : (1) Berbaring terlentang, kedua lutut ditekuk. Letakkan kedua belah tangan pada perut dibawah tulang iga. Tarik nafas perlahan dan dalam melalui hidung, keluarkan melalui mulut sambil mengencangkan dinding perut untuk membantu mengosongkan paru. (2) Berbaring terlentang, kedua lengan diluruskan diatas kepala dengan telapak tangan menghadap ke atas. Kendurkan sedikit lengan kiri dan kencangkan lengan kanan. Pada saat yang sama lemaskan tungkai kiri dan kencangkan tungkai kanan, sehingga seluruh sisi tubuh yang kiri menjadi kencang sepenuhnya. Ulangi pada sisi tubuh yang kanan. (3) Kontraksi vagina. Berbaring terlentang, kedua tungkai sedikit dijauhkan. Kencangkan dasar panggul, pertahankan hingga 2 detik dan kemudian lemaskan. Teruskan gerakan ini dengan berdiri dan duduk. (4) Miringkan panggul. Berbaring terlentang dengan kedua lutut ditekuk. Kontraksikan otot-otot perut untuk membuat tulang belakang menjadi datar dan otot-otot bokong menjadi kencang, pertahankan selama 3 detik, kemudian lemaskan. (5) Sesudah hari ke-3, berbaring terlentang, kedua lutut ditekuk dan kedua lengan direntangkan. Angkat kepala dan bahu hingga sudut sekitar 45<sup>o</sup>, pertahankan selama 3 detik dan lemaskan perlahan. (6) Posisi yang sama seperti diatas. Letakkan kedua lengan di sebelah luar lutut kiri dan ulangi disebelah luar lutut kanan.

Senam nifas berupa gerakan-gerakan yang berguna untuk mengencangkan otot, terutama otot-otot perut yang menjadi longgar setelah kehamilan.

Latihan kegel untuk membantu penyembuhan luka perineum, meredakan hemoroid dan varises vulva, meningkatkan pengendalian urine, meringankan perasaan bahwa “segalanya sudah berantakan”, membangkitkan kembali pengendalian atas otot-otot sfingter, dan memperbaiki respon seksual. Senam sederhana pada hari ke 2 setelah persalinan, yaitu : (1) Ibu tidur terlentang, kaki diangkat perlahan setinggi yang dapat dicapai, bergantian antara kaki kiri dan kanan. (2) Kaki diturunkan dan kaki diputar-putar ke arah luar tempat tidur, tumit ditekan pada tempat tidur. (3) Dengan posisi terlentang dan tangan disamping, ibu menarik nafas panjang melalui perut atau jangan mengembungkan dada dan hitung sampai 15, dagu ditundukkan hingga mengenai dada tanpa menggunakan bagian lainnya. (4) Dengan tidur terlentang lengan dilipatkan pada dada atau menekan tempat tidur lalu perlahan hanya duduk dengan kaki diluruskan dan rapat.

Tujuan senam nifas adalah mengurangi rasa sakit pada otot, memperbaiki peredaran darah, mengencangkan otot-otot perut dan perineum, melancarkan pengeluaran lochea,

mempercepat involusi, menghindarkan kelainan atau emboli, trombosis, dll, Untuk mempercepat penyembuhan, mencegah komplikasi dan meningkatkan otot-otot punggung, pelvis dan abdomen.

Persiapan ibu untuk memulai senam post partum yaitu tingkat kebugaran tubuhnya sebelum kelahiran bayi, apakah ibu telah mengalami persalinan yang lama dan sulit atau tidak, apakah mudah dilayani atau rewel dalam meminta asuhan, penyesuaian post partum yang sulit.

Pada hari ke-3 dan seterusnya, angkat kedua kaki sekaligus tegak lurus setinggi yang dapat dicapai. Urutkan gerakan lainnya sama. Pada waktu senam tidak menggunakan bantal. Bila keadaan ibu baik, senam ini dapat dilakukan 3 sampai 4 kali sehari, misalnya pada waktu pagi bangun tidur, siang dan malam, tiap hari ditambah 1 kali hingga akhirnya sampai 10 kali sehari. Ibu memerlukan persiapan sebelum melakukan senam ini, sebagaimana yang sudah dijelaskan diatas.

Latihan senam pasca persalinan yaitu:

- (1) Memperkuat dasar panggul. Senam yang pertama paling baik dan paling aman untuk memperkuat dasar panggul ialah senam kegel. Segera lakukan senam kegel pada hari pertama post partum bila memungkinkan. Meskipun kadang-kadang sulit untuk mengaktifkan otot-otot dasar panggul ini selama hari pertama atau kedua anjurkan ibu untuk mencobanya.
- (2) Mengencangkan otot-otot abdomen. Otot-otot abdomen setelah melahirkan memerlukan perhatian yang paling jelas. Pengembalian tonus otot-otot abdomen merupakan tujuan pertama dari senam post partum. otot-otot abdomen yang telah dituliskan sangat penting untuk menompang punggung bagian bawah, yang merupakan mata rantai terlemah dari kerangka tubuh manusia. Penting sekali untuk memeriksa apakah ada pemisahan otot-otot perut sebelum memulai senam abdomen. Pindah penengkukan dan pengangkatan kaki jika terdapat pemisahan otot-otot abdomen yang parah.

Fase 1 atau hari pertama post partum :

- (1) Senam kegel untuk dasar panggul. Lakukan senam ini kapan saja dan dimana saja. Tidak akan ada orang yang tahu atau melihat anda melakukannya. Lakukan 1 sampai 100 kali dalam sehari. Untuk mengkontraksikan otot-otot ini, bayangkan bahwa anda sedang berkemih dan anda tiba-tiba menahannya atau bayangkan bahwa dasar panggul merupakan sebuah elevator, secara perlahan anda menjalankannya sampai lantai 2 lalu ke lantai 3, selanjutnya, kembali turun setelah perlahan. Dengan menggunakan visualisasi dan berkonsentrasi pada otot, angkat dan tarik masuk, tekan dan tahan, kemudian secara perlahan turunkan dan lepaskan.
- (2) Pengencangan abdomen ketika menghembuskan napas. Berbaring atau berbaring miring,

lutut di tekuk ke arah abdomen, tangan di bagian perut. Pada saat menghembuskan napas hitung sebanyak 3 kali hitungan yang panjang, kemudian lepaskan. Hirup napas perlahan dan dalam sampai merasakan abdomen naik.

(3) Miringkan panggul untuk punggung bagian bawah. Berbaring dengan lutut ditekuk ke arah abdomen. Tarik perut ke dalam sehingga otot abdomen berkontraksi pada saat menghembuskan napas dan kencangkan bokong. Angkat pinggul ke atas, tahan selama 3 hitungan panjang kemudian lepaskan.

(4) Lingkaran pergelangan kaki untuk sirkulasi dan kenyamanan. Dengan kaki dinaikkan atau telapak kaki diangkat keatas, bengkokkan pergelangan kaki, jari kaki mendongak ke atas, kemudian menunjuk ke bawah sambil menekukkan kaki. Selanjutnya lakukan gerakan pergelangan kaki yang memutar dalam satu arah kemudian ke arah sebaliknya.

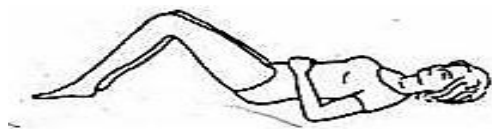
Fase 2 atau tambahkan senam ini bila terasa nyaman, biasanya pada hari ke 2 sampai 7 :

(1) Putar bahu untuk postur dan peredaan regangan punggung bagian atas. Selagi ibu duduk angkat lengan dengan siku dibengkokkan di bahu. Putar ke kanan dan ke kiri. Setelah itu, angkat kedua lengan ke atas kepala secara bergantian, lalu angkat salah satunya lebih tinggi dari yang lain atau seakan sedang memetik buah apel dari pohonnya. Latihan ini dapat dilakukan sambil berdiri.

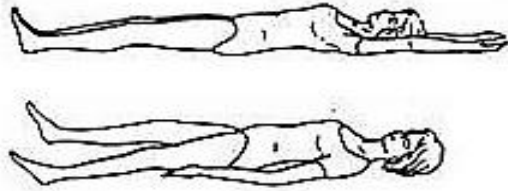
(2) Tidur terlentang untuk postur abdomen dan kenyamanan. Berbaring di lantai dengan kaki dinaikkan sedikit diatas bangku pendek atau tepi tempat tidur. Tarik perut ke dalam sehingga otot abdomen berkontraksi dan angkat bokong secara perlahan dan naikkan pinggul menjauh dari lantai hingga tubuh dan kaki berada dalam satu garis lurus. Jangan bengkokkan punggung.

Gambar 2.3 Langkah-Langkah Senam Nifas, menurut Nurul (2013) :

(1) Berbaring dengan lutut ditekuk. Tempatkan tangan diatas perut dibawah area iga-iga. Napas dalam dan lambat melalui hidung dan kemudian keluarkan melalui mulut, kencangkan dinding abdomen untuk membantu mengosongkan paru-paru.



(2) Berbaring telentang, lengan dikeataskan diatas kepala, telapak terbuka keatas. Kendurkan lengan kiri sedikit dan regangkan lengan kanan. Pada waktu yang bersamaan rilekskan kaki kiri dan regangkan kaki kanan sehingga ada regangan penuh pada seluruh bagian kanan tubuh.



(3) Kontraksi vagina. Berbaring telentang. Kedua kaki sedikit diregangkan. Tarik dasar panggul, tahan selama tiga detik dan kemudian rileks.



(4) Memiringkan panggul. Berbaring, lutut ditekuk. Kontraksikan/kencangkan otot-otot perut sampai tulang punggung mendatar dan kencangkan otot-otot bokong tahan 3 detik kemudian rileks.



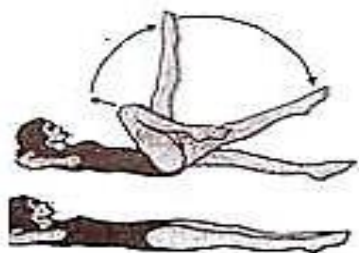
(5) Berbaring telentang, lutut ditekuk, lengan dijulurkan ke lutut. Angkat kepala dan bahu kira-kira 45 derajat, tahan 3 detik dan rilekskan dengan perlahan.



(6) Posisi yang sama seperti diatas. Tempatkan lengan lurus di bagian luar lutut kiri.

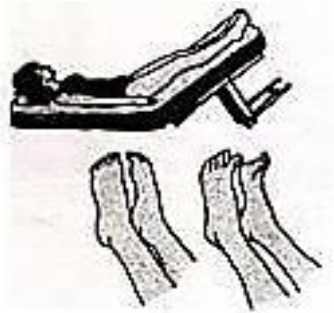


(7) Tidur telentang, kedua lengan di bawah kepala dan kedua kaki diluruskan. angkat kedua kaki sehingga pinggul dan lutut mendekati badan semaksimal mungkin. Lalu luruskan dan angkat kaki kiri dan kanan vertical dan perlahan-lahan turunkan kembali ke lantai.





(8) Tidur telentang dengan kaki terangkat ke atas, dengan jalan meletakkan kursi di ujung kasur, badan agak melengkung dengan letak pada dan kaki bawah lebih atas. Lakukan gerakan pada jari-jari kaki seperti mencakar dan meregangkan. Lakukan ini selama setengah menit.



(9) Gerakan ujung kaki secara teratur seperti lingkaran dari luar ke dalam dan dari dalam keluar. Lakukan gerakan ini selama setengah menit.



(10) Lakukan gerakan telapak kaki kiri dan kanan keatas dan kebawah seperti gerakan menggergaji. Lakukan selama setengah menit.

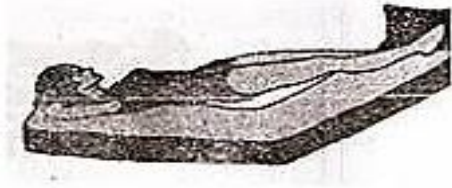


(11) Tidur telentang kedua tangan bebas bergerak. Lakukan gerakan dimana lutut mendekati badan, bergantian kaki kiri dan kaki kanan, sedangkan tangan memegang ujung kaki, dan urutlah mulai dari ujung kaki sampai batas betis, lutut dan paha. Lakukan gerakan ini 8 sampai 10 setiap hari.



(12) Berbaring telentang, kaki terangkan ke atas, kedua tangan dibawah kepala. Jepitlah bantal diantara kedua kaki dan tekanlah sekuat-kuatnya. Pada waktu bersamaan angkatlah pantat dari

kasur dengan melengkungkan badan. Lakukan sebanyak 4 sampai 6 kali selama setengah menit.



(13) Tidur telentang, kaki terangkat ke atas, kedua lengan di samping badan. Kaki kanan disilangkan di atas kaki kiri dan tekan yang kuat. Pada saat yang sama tegangkan kaki dan kendorkan lagi perlahan-lahan dalam gerakan selama 4 detik. Lakukanlah ini 4 sampai 6 kali selama setengah menit.



### 3) Tanda bahaya masa nifas

Menurut Bahiyatun (2009), macam-macam tanda bahaya nifas, antara lain:

(1) Perdarahan pervaginam. Perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah bersalin didefinisikan sebagai perdarahan pascapersalinan. Terdapat beberapa masalah mengenai definisi ini, yaitu : a) Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak sebanyak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah dari biasanya. Darah tersebut bercampur cairan amnion atau urine. Darah tersebar pada spon, handuk, dan kain di dalam ember dan lantai. b) Volume darah yang hilang juga bervariasi. Kekurangan darah dapat diketahui dari kadar hemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar Hb normal dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan darah yang mungkin dapat menyebabkan anemia. Seorang ibu yang sehat dan tidak anemia pun dapat mengalami akibat fatal dari kehilangan darah. c) Perdarahan dapat terjadi secara lambat dalam jangka waktu beberapa jam dan kondisi ini mungkin tidak dikenali sampai terjadi syok. Penilaian resiko pada saat antenatal tidak dapat memperkirakan terjadinya perdarahan pascapersalinan. Penanganan aktif kala III sebaiknya dilakukan pada semua wanita yang bersalin. Hal ini dapat menurunkan insiden perdarahan pascapersalinan akibat atonia uteri. Semua ibu pascapersaliann harus dipantau dengan ketat untuk kemungkinan perdarahan fase persalinan.

(2) Infeksi Masa nifas. Beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi pascapersalinan. Infeksi masa nifas masih merupakan penyebab tertinggi angka kematian ibu (AKI). Infeksi alat genital merupakan komplikasi masa nifas. Infeksi yang meluas ke saluran urinari payudara dan

pembedahan merupakan penyebab terjadinya AKI tinggi. Gejala umum infeksi dapat dilihat dari suhu pembengkakan takikardia dan malaise. Ibu berisiko infeksi postpartum karena adanya luka pada bekas pelepasan plasenta, laserasi pada saluran genital, termasuk episiotomi pada perineum, dinding vagina, dan serviks. Infeksi pascaseksio sesaria mungkin terjadi. Penyebab infeksi adalah bakteri endogen dan eksogen. Faktor predisposisi meliputi nutrisi yang buruk, defisiensi zat besi, persalinan laman, ruptur membran, episiotomi dan seksio sesarea.

(3) Sakit kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan kabur. Wanita yang baru melahirkan sering mengeluh sakit kepala hebat atau penglihatan kabur. Penanganan terhadap gangguan ini meliputi : Jika ibu sadar, periksa nadi, tekanan darah, dan pernafasan. Jika ibu tidak bernafas, periksa dan lakukan ventilasi dengan masker dan balon. Lakukan intubasi jika perlu. Dan jika pernafasan dangkal, periksa dan bebaskan jalan nafas serta beri oksigen 4-6 liter per menit. Jika pasien tidak sadar atau koma, bebaskan jalan napas, baringkan miring, ukur suhu, periksa apakah ada kaku tengkuk. Pembengkakan wajah atau ekstremitas, bila terjadi gejala ini, periksa adanya varises, periksa kemerahan pada betis, dan periksa apakah tulang kering, pergelangan kaki, atau kaki mengalami edema (perhatikan adanya edema puting, jika ada).

(4) Demam, muntah, dan nyeri berkemih. Organisme yang menyebabkan infeksi saluran kemih berasal dari flora normal perineum. Telah terdapat bukti bahwa beberapa galur *Escherichia coli* memiliki pili yang meningkatkan virulensinya (Svanborg-Eden, 1982). Pada masa nifas dini, sensitivitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih didalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan atau analgesia epidural atau spinal. Sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin berkurang akibat rasa tidak nyaman yang ditimbulkan oleh episiotomi yang lebar, laserasi periuretra, atau hematoma dinding vagina. Setelah melahirkan, terutama saat infus oksitosin dihentikan, terjadi diuresis yang disertai peningkatan produksi urine dan distensi kandung kemih. Overdistensi yang disertai kateterisasi untuk mengeluarkan air kemih sering menyebabkan infeksi saluran kemih.

(5) Payudara bengkak. Payudara bengkak yang tidak disusu secara adekuat dapat menyebabkan payudara menjadi merah, panas, terasa sakit dan akhirnya terjadi mastitis. Puting lecet akan memudahkan masuknya kuman dan terjadinya payudara bengkak. BH/bra yang terlalu ketat mengakibatkan engorgement segmental. Ibu yang dietnya buruk, kurang istirahat, dan anemia mudah mengalami infeksi. Gejala gangguan ini meliputi : Bengkak dan nyeri pada seluruh payudara atau lokal. Kemerahan pada seluruh payudara atau hanya lokal. Payudara keras dan berbenjol-benjol (*merongkol*). Panas badan dan rasa sakit umum. Gangguan ini dapat diatasi dengan : menyusui tetap dilanjutkan. Pertama, bayi disusukan pada payudara yang sakit selama dan sesering mungkin. Hal ini dilakukan agar payudara kosong. Selanjutnya, susukan

bayi pada payudara yang normal. Beri kompres panas. Hal ini dapat dilakukan dengan menggunakan shower hangat atau lap basah panas pada payudara yang terkena. Pakai BH longgar. Istirahat yang cukup dan makanan yang bergizi. Banyak minum (2 liter per hari). Pada penatalaksanaan tersebut, biasanya peradangan akan menghilang setelah 48 jam, dan jarang sekali menjadi abses. Tetapi bila dengan cara-cara tersebut tidak ada perbaikan setelah 12 jam, ibu perlu diberi antibiotik selama 5-10 hari dan analgesik.

(6) Kehilangan nafsu makan yang lama. Sesudah bayi lahir, ibu akan merasa lelah dan mungkin juga lemas karena kehabisan tenaga. Hendaknya ibu lekas diberi minuman hangat, susu, kopi atau teh yang bergula. Apabila ibu menghendaki makanan, berikan makanan yang sifatnya ringan. Walaupun lambung dan alat pencernaan tidak terlibat langsung dalam proses persalinan, tetapi fungsi pencernaan dipengaruhi proses persalinan. Organ pencernaan memerlukan waktu istirahat untuk memulihkan keadaannya. Oleh karena itu, tidak benar bila ibu diberi makanan yang terlalu banyak. Walaupun ibu menginginkannya. Akan tetapi, biasanya disebabkan oleh adanya kelelahan yang amat berat, nafsu makan terganggu, sehingga ibu tidak ingin makan sampai kelelahan hilang.

(7) Trombus vena. Selama masa nifas, dapat terbentuk trombus pada vena-vena yang terdapat di pelvis yang mengalami dilatasi. Faktor predisposisi gangguan ini meliputi : a) Obesitas. b) Peningkatan umur maternal dan tingginya paritas. c) Riwayat sebelumnya. d) Anestesi dan pembedahan dengan kemungkinan trauma yang lama pada pembuluh vena. e) Anemia maternal. f) Hipotermia atau penyakit jantung. g) Endomitritis. h) Varikostitis.

(8) Perasaan sedih ibu nifas. Pada beberapa minggu awal setelah persalinan sampai kurang lebih 1 tahun, ibu postpartum cenderung mengalami perasaan yang tidak lazim dialaminya, seperti masa sedih, tidak mampu mengasuh dirinya sendiri dan bayinya. Faktor penyebab keadaan ini meliputi : a) Kekecewaan emosional bercampur rasa takut yang dialami oleh kebanyakan wanita selama hamil dan melahirkan, b) Rasa nyeri pada awal masa nifas, c) Kelelahan akibat kurang tidur selama persalinan, d) Kecemasan tentang kemampuannya untuk merawat bayi setelah meninggalkan rumah sakit, e) Ketakutan akan menjadi tidak menarik lagi.

### **2.5.7 Fisiologi Laktasi**

Air Susu Ibu adalah suatu emulsi lemak dalam larutan protein, laktose dan garam organik yang disekresi oleh kedua belah kelenjar payudara ibu, sebagai makanan utama bayi (Kristiyansari, 2010).

ASI dalam istilah kesehatan adalah dimulai dari proses laktasi. Laktasi adalah keseluruhan proses menyusui mulai dari ASI diproduksi sampai proses bayi menghisap dan

menelan ASI. 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 pascapersalinan, kadar estrogen dan progesteron turun drastis, sehingga pengaruh prolaktin lebih dominan dan pada saat inilah mulai terjadi sekresi ASI. Dengan menyusukan lebih dini terjadi perangsangan puting susu, terbentuklah prolaktin oleh hipofisis, sehingga sekresi ASI semakin lancar. Dua refleksi pada ibu yang sangat penting dalam proses laktasi yaitu refleksi aliran timbul akibat perangsangan puting susu oleh hisapan bayi.

1. Refleksi Prolaktin. Sewaktu bayi menyusui, ujung saraf peraba yang terdapat pada puting susu terangsang. Rangsangan tersebut oleh serabut afferent dibawa ke hipotalamus di dasar otak, lalu memacu hipofise anterior untuk mengeluarkan hormon prolaktin ke dalam darah. Melalui sirkulasi prolaktin memacu sel kelenjar (alveoli) untuk memproduksi air susu. Jumlah prolaktin yang disekresi dan jumlah susu yang diproduksi berkaitan dengan stimulus isapan, yaitu frekuensi intensitas dan lamanya bayi mengisap.

2. Refleksi Aliran (Let Down Refleksi). Rangsangan yang ditimbulkan oleh bayi saat menyusui selain mempengaruhi hipofise anterior mengeluarkan hormon prolaktin juga mempengaruhi hipofise posterior mengeluarkan hormon oksitosin. Dimana setelah oksitosin dilepas ke dalam darah akan memacu otot-otot polos yang mengelilingi alveoli dan duktulus, dan sinus menuju puting susu. Beberapa refleksi yang memungkinkan bayi baru lahir untuk memperoleh ASI adalah : 1) Refleksi menangkap (rooting refleksi), Refleksi ini memungkinkan bayi baru lahir untuk menemukan puting susu apabila ia diletakkan di payudara. 2) Refleksi mengisap, yaitu saat bayi mengisi mulutnya dengan puting susu atau pengganti puting susu sampai ke langit keras dan punggung lidah. Refleksi ini melibatkan lidah, dan pipi. 3) Refleksi menelan, yaitu gerakan pipi dan gusi dalam menekan areola, sehingga refleksi ini merangsang pembentukan rahang bayi. (Ambarwati, 2009)

ASI adalah suatu emulsi lemak dalam larutan protein, laktose dan garam organik yang disekresi oleh kedua belah kelenjar payudara ibu, sebagai makanan utama bagi bayi. Komposisi ASI tidak sama dari waktu ke waktu hal ini berdasarkan stadium laktasi. Komposisi ASI dibedakan menjadi 3 macam :

1. Kolostrum, yaitu ASI yang dihasilkan pada hari pertama sampai hari ketiga setelah bayi lahir. Kolostrum merupakan cairan yang agak kental yang berwarna kekuning-kuningan, lebih kuning dibanding dengan ASI mature, bentuknya agak kasar karena mengandung butiran lemak dan sel-sel epitel, dengan khasiat kolostrum sebagai berikut : 1) Sebagai pembersih selaput usus BBL sehingga saluran pencernaan siap untuk menerima makanan. 2) Mengandung kadar protein yang tinggi terutama gama globulin sehingga dapat memberikan perlindungan tubuh

terhadap infeksi. 3) Mengandung zat antibodi sehingga mampu melindungi tubuh bayi dari berbagai penyakit infeksi untuk jangka waktu sampai dengan 6 bulan.

2. ASI masa transisi, yaitu ASI yang dihasilkan mulai hari keempat sampai hari kesepuluh.

3. ASI mature, yaitu ASI yang dihasilkan mulai hari kesepuluh sampai seterusnya (Ambarwati, 2009).

#### **2.5.7.1 Teknik Menyusui Meliputi**

Letakkan bayi baru lahir menghadap kearah mammae secepat mungkin, posisikan bayi sehingga seluruh tubuhnya menghadap kearah mammae, arahkan puting lurus ke dalam mulut bayi, hingga sebanyak mungkin areola ikut masuk ke dalam mulut bayi, sehingga saat ada isapan bayi, rahang menekan saluran dibawah areola, tempat susu tersimpan. Untuk melakukan hal ini, ibu memegang mammae dengan ibu jari diletakkan pada bagian atas, dan jari-jari yang tersisa menutupi mammae, kemudian ibu dengan lembut menyentuh bibir bayi dengan puting, hindari menggoda bayi menggunakan pelindung puting, tindakan menggoda ini akan membuat bingung bayi, sehingga membuat bayi lebih sulit untuk belajar menyusui, hindari jadwal waktu menyusui yang dibatasi, pembatasan ini dapat menyebabkan butuh waktu 3 menit timbul reflek pengeluaran.

Dengan demikian, anjurkan ibu untuk membiarkan bayinya menyusui pada satu mammae selama bayi dapat mengisap dengan baik, dan benar. Untuk menghindari trauma pada mammae, ibu seharusnya tidak membiarkan bayi tidur dengan puting masih di dalam mulut bayi. Ketika bayi telah mengosongkan isi mammae pertama lalu ia disendawakan dan dipindahkan pada mammae kedua. Ketika bayi sudah selesai menyusui dia harus disendawakan lagi. Bayi cenderung mengisap paling kuat pada awal menyusui. Untuk mencegah trauma tersebut, ibu sebaiknya perlu mengganti-ganti posisi menyusui, dari posisi menyusui yang pertama kali. Bayi sebaiknya bernapas melalui hidung. Untuk menghindari tersumbatnya lubang hidung karena tertutup mammae, ibu juga harus mengangkat mammae sedikit serta menekan jaringan mammae menjauhi hidung bayi. Untuk mencegah trauma terhadap puting, ibu harus menghentikan pengisapan, dengan cara memasukkan jarinya ke dalam mulut bayi, baru kemudian mulut bayi dipindahkan ke puting lainnya. Ketika pemberian susu selesai, ibu harus membersihkan puting dengan air hangat, untuk mencegah pengeringan susu, dan harus menginspeksi mammae terhadap adanya trauma. Menyusukan dengan sering dapat membantu pengeluaran susu yang lancar, dan mencegah trauma puting dari gerakan pengisapan bayi yang terlampau kuat pada bayi yang terlalu lapar. Dengan demikian, selama beberapa hari pertama ibu harus menyusukan dengan sering (setiap 1 ½ hingga 3 jam) (Ledewig, 2006).

1. Cara Menyusui yang benar, menurut susanti (2013) :



Gambar 2.4 Cara Menyusui yang Benar

2. Produksi Air Susu Sejak Kehamilan

Tabel 2.24 Produksi Air Susu Sejak Kehamilan

Usia bayi	Volume setiap hari		Volume setiap menyusui	Acuan
	Kisaran	Rata-rata	Rata-rata	
Hari ke-1 (0-24 jam)	7-123 ml	37 ml	7 ml	1,3,5
Hari ke-2 (24-48 jam)	44-335 ml	84 ml	14 ml	3
Hari ke-3 (48 jam-72 jam)	98-775 ml;	408 ml	38 ml	1,2,3
Hari ke-4 (72-96 jam)	375-876 ml	625 ml	58 ml	1,3
Hari ke-5 (96-120 jam)	452-876 ml	700 ml	70 ml	1,3
3 bulan	609-837 ml	750 ml	-	4
6 bulan		800 ml	-	-

3. Protokol Meningkatkan Produksi ASI/ Relaktasi

Sebenarnya, setiap wanita dapat menghasilkan ASI yang cukup bagi bayinya. Jika memiliki produksi ASI yang rendah, ibu mungkin ingin meningkatkan jumlah ASI yang dihasilkannya. Protokol berikut merupakan salah satu protokol yang digunakan di *Center for Breastfeeding* untuk mengatasi produksi ASI yang rendah (Cadwell, Karin, 2011).

1) Identifikasi penyebab produksi ASI yang rendah

Produksi ASI yang rendah dapat terjadi jika : Menyusui dibiarkan menjadi kurang optimal (menyusui tidak dilakukan dengan sering memompa selama beberapa minggu bagi bayi prematur, penggunaan dot yang terlalu sering). Ibu memilih untuk tidak menyusui dan

kemudian mengubah pikirannya. Ibu merokok, Ibu mengonsumsi obat-obatan tertentu, termasuk dekongestan yang mengandung pseudoefedrin. Ibu memiliki masalah fisiologis yang merupakan penyebab yang mendasari produksi ASI yang rendah, seperti : Jaringan payudara yang tidak adekuat, Inversi puting derajat 3. Perdarahan pascapartum (yang menyebabkan gangguan hipofisis). Operasi/cedera payudara. Kadar tiroid yang tinggi atau rendah (jika/saat hal ini diperbaiki, produksi ASI dapat meningkat). Retensi fragmen plasenta. Pertimbangan kemungkinan perubahan kondisi yang turut menyebabkan tidak dihasilkannya/rendahnya produksi ASI : Pengkajian yang realistik mengenai penyebab rendahnya produksi ASI harus dilakukan sebelum fase perencanaan : jika ibu menyusui sesuai rencana hanya enam kali sehari atau mengalami hipotiroid (saat ini normal karena medikasi), rencana untuk meningkatkan produksi dan asupan ASI untuk bayi. Jika ibu memiliki masalah yang tidak dapat dimodifikasi atau sebagian saja yang dapat dimodifikasi seperti jaringan payudara yang tidak adekuat, operasi reduksi payudara berat, atau inversi puting derajat 3, mungkin secara fisiologis mustahil untuk meningkatkan produksi ASI guna memenuhi kebutuhan total bayi.

## 2) Mengkaji produksi/asupan ASI saat ini

Dengan memperkirakan berapa banyak ASI yang tersedia saat ini melalui ASI pompa atau ASI yang disusui langsung kepada bayi, akan memungkinkan untuk memantau peningkatan jumlah ASI : Jika ibu hanya memberi ASI, catat seluruh volume ASI yang dipompa. Jika ibu menyusui, perkirakan jumlah ASI yang diisap menggunakan protokol di Apendiks E.

### **2.5.7.2 Masalah Menyusui**

Setiap wanita pasti menginginkan untuk hidup bahagia. Satu hal lagi yang akan menyempurnakan kebahagiaan itu jika bisa memberikan ASI secara eksklusif selama enam bulan dan diteruskan sampai usia anak dua tahun. Dengan begitu, seorang ibu telah memberikan yang terbaik untuk buah hati bagi masa depannya kelak. Namun, tidak sedikit ibu yang kecewa keinginannya untuk memberikan ASI eksklusif tidak berhasil dikarenakan mempunyai masalah dalam pemberian ASI eksklusif. Masalah dalam pemberiaan ASI eksklusif diantaranya adalah sebagai berikut :

#### 1. Bendungan Payudara

Menurut Saifuddin (2010) Bendungan payudara adalah peningkatan aliran vena dan limfe pada payudara dalam rangka mempersiapkan diri untuk laktasi. Hal ini bukan disebabkan over distensi dari saluran sistem laktasi. Tanda dan Gejala diantaranya : 1) Payudara bengkak, 2) payudara terasa panas, dan 3) payudara terasa nyeri.

#### 2. Mastitis



Menurut Anggraini (2010 : 105) mastitis adalah peradangan payudara yang dapat disertai atau tidak disertai infeksi. Penyakit ini biasanya menyertai laktasi, sehingga disebut juga mastitis laktisional atau mastitis puerperalis. Sedangkan mastitis yang menyertai kehamilan disebut mastitis gravidarum. Penyebab diantaranya ; 1) payudara bengkak yang tidak disusui secara adekuat dan akhirnya terjadi mastitis, 2) puting lecet akan memudahkan masuknya kuman dan terjadinya payudara bengkak, 3) bra yang terlalu ketat, mengakibatkan segmental engorgement. Kalau tidak disusu dengan adekuat bisa terjadi mastitis, 4) ibu yang mempunyai gizi yang kurang baik atau buruk, 5) ibu dengan istirahat yang kurang, 6) tekhnik menyusui yang salah, sehingga pengosongan payudara tidak dapat sempurna, 7) ibu dengan anemi akan mudah terkena infeksi. Tanda dan Gejala diantaranya ; 1) bengkak, nyeri seluruh payudara atau nyeri lokal, 2) kemerahan pada seluruh payudara tau hanya lokal, 3) payudara keras dan benjol-benjol (merongkol), 4) badan terasa panas dan rasa sakit umum. Pencegahan menurut Varney (2010) dalam Yulianti, Reni (2015) diantaranya ; 1) bra yang cukup menyangga tetapi tidak ketat, 2) perhatikan yang cermat saat mencuci tangan dan perawatan payudara, 3) kompres hangat pada area yang terkena, 4) masase area saat menyusui untuk memfasilitasi aliran air susu, 5) peningkatan asupan cairan, 6) istirahat, 7) membantu ibu menentukan prioritas untuk mengurangi stress dan kelelahan dalam kehidupannya, 8) supportif, pemeliharaan perawatan ibu.

Masalah menyusui pada ibu yaitu : 1) Puting susu lecet atau pecah-pecah. Biasanya keadaan ini terjadi dalam minggu pertama setelah bayi lahir dengan insiden sekitar 23% ibu primipara dan 31% ibu multipara. Penyebab puting susu lecet antara lain adalah posisi dan klekatan bayi yang buruk pada payudara, adanya pembengkakan, penyebab fisiologis (bayi dengan lidah pendek), infeksi sariawan dan memompa terlalu kuat dengan pompa payudara. 2) Payudara bengkak. Pada payudara bengkak atau edema, ada rasa sakit, puting kencang, kulit mengkilat walau tidak merah dan bila diperiksa atau dihisap ASI tidak keluar. Badan bisa demam setelah 24 jam. Hal ini dapat terjadi karena produksi ASI yang berlebihan sementara kebutuhan bayi pada hari pertama setelah lahir masih sedikit, bayi menyusui secara terjadwal, bayi tidak menyusui dengan kuat, posisi menyusui yang salah dan puting susu datar atau terbenam. 3) Saluran susu tersumbat, keadaan ini dapat timbul akibat tekanan jari pada waktu menyusui, pemakaian penyokong payudara yang terlalu ketat, dan adanya komplikasi payudara bengkak yang tidak segera diatasi. 4) Mastitis atau abses payudara yaitu peradangan pada payudara. Payudara menjadi merah, bengkak, dan kadang kala diikuti rasa nyeri, panas, serta suhu tubuh meningkat. Dalam payudara terasa ada massa padat (lump) dan diluarnya kulit menjadi merah. 5) Keadaan Khusus diantaranya yaitu ibu melahirkan dengan bedah sesar dapat

menimbulkan masalah menyusui baik terhadap ibu maupun bayi. Ibu sakit bukan alasan untuk menghentikan menyusui, tetapi ibu memerlukan bantuan orang lain untuk mengurus bayi dan keperluan rumah tangga karena membutuhkan istirahat yang cukup. Ibu dengan HIV, penularan HIV dari ibu ke anak dapat terjadi selama menyusui, WHO menyarankan agar ibu hamil yang terinfeksi HIV harus mempertimbangkan pilihan pemberian susu formula untuk bayinya. Ibu yang memerlukan pengobatan, seringkali ibu menghentikan penyusuan bila meminum obat-obatan karena takut obat tersebut dapat mengganggu bayi.

Masalah menyusui pada bayi yaitu : 1) Bayi sering menangis. 2) Bayi bingung puting. 3) Bayi prematur dan bayi kecil (BBLR). 4) Bayi kuning (ikterik). 5) Bayi sakit. 6) Bayi Sumbing. 7) Bayi kembar. 8) Bayi dengan lidah pendek (lingual frenulum) dan 9) Bayi yang memerlukan perawatan(Astutik, 2014).

### 2.5.8 Kunjungan Masa Nifas

Tabel 2.25 Kunjungan Masa Nifas Menurut Bahiyatun (2009)

No	Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	1	6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri,</li> <li>2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut</li> <li>3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri</li> <li>4) Pemberian Asi awal</li> <li>5) Melakukan hubungan antara ibu dan BBL</li> <li>6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia,</li> <li>7) Petugas kesehatan yang menolong persalinan harus mendampingi ibu dan bayi lahir 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil</li> </ol>
2	2	6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Memastikan involusi uteri berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah</li> </ol>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau</li> <li>2) Menilai adanya tanda-tanda demam</li> <li>3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat</li> <li>4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit,</li> <li>5) Memberikan konseling pada ibu tentang asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari</li> </ul>
3	3	2 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Memastikan involusi uteri berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau</li> <li>2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal</li> <li>3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat</li> <li>4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit</li> <li>5) Memberikan konseling pada ibu tentang asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari</li> </ul>
4	4	6 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Mengkaji tentang kemungkinan penyulit pada ibu,</li> <li>2) Memberikan konseling untuk KB secara dini.</li> </ul>

## 2.5.9 Komplikasi Masa Nifas

### 2.5.9.1 Pendarahan Postpartum

#### 1. Pengertian

Menurut Prawirohardjo dalam Astutik, Yuli (2015). Pendarahan masa nifas adalah pendarahan yang melebihi 500 ml setelah bayi lahir. Pada umumnya bila terdapat perdarahan yang lebih dari normal, apalagi telah menyebabkan perubahan tanda vital (seperti kesadaran

menurun, pucat, limbung, berkeringat dingin, sesak nafas serta tensi <90 mmHg nadi >100x/menit), maka penanganan harus segera dilakukan.

## 2. Macam-macam pendarahan postpartum

Menurut Anggraini (2010) dalam Astutik, Yuli (2015) Pendarahan post partum dibagi menjadi 2 yaitu postpartum primer dan postpartum sekunder. Pendarahan postpartum primer adalah perdarahan postpartum yang terjadi dalam 24 jam pertama. Perdarahan postpartum sekunder adalah perdarahan postpartum yang terjadi setelah 24 jam pertama.

## 3. Penyebab

Penyebab terjadinya pendarahan postpartum primer diantaranya adalah :

- 1) Uterus atoni (biasanya terjadi karena plasenta atau selaput ketuban tertahan).
- 2) Trauma genital meliputi penyebab spontan dan trauma akibat penatalaksanaan atau gangguan.

Penyebab terjadinya pendarahan postpartum sekunder adalah :

- 1) Fragman plasenta atau selaput ketuban tertahan.
- 2) Pelepasan jaringan mati setelah persalinan macet.
- 3) Terbukanya luka pada uterus (setelah sectio caesaria, rupture uterus) Suherni, dkk (2009 : 128-129) dalam astutik, yuli (2015).

## 4. Tanda dan gejala perdarahan postpartum :

- 1) Uterus tidak berkontraksi dan lembek serta perdarahan segera setelah bayi lahir (atonia uteri).
- 2) Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir, uterus berkontraksi dengan baik, dan plasenta lengkap (robekan jalan lahir).
- 3) Plasenta belum lahir setelah 30 menit, perdarahan segera, uterus berkontraksi dengan baik (retensio plasenta).
- 4) Uterus tidak teraba, lumen vagina berisi massa, tampak tali pusat (jika plasenta belum lahir), perdarahan segera, nyeri sedikit atau berat (inversion uterus).

### **2.5.9.2 Infeksi Masa Nifas**

#### 1. Pengertian

Menurut Saleha (2009:96) dalam Astutik, Yuli (2015) Infeksi masa nifas atau infeksi puerperalis adalah infeksi pada traktus genitalia setelah persalinan, biasanya dari endometrium bekas insersi plasenta.

Sedangkan menurut Varney (2007:1005) dalam Astutik, Yuli (2015) Infeksi puerperium adalah infeksi yang berasal dari saluran reproduksi selama persalinan atau puerperium.

2. Macam-macam infeksi nifas diantaranya adalah : vulvitis, vaginitis, servisitis,

endometritis, septicemia dan piemia, parametritis (cellulitis pelvic), serta peritonitis.

3. Penyebab Perdisposisi Infeksi Nifas diantaranya : a) Persalinan lami, khususnya dengan pecah ketuban, b) Pecah ketuban yang lama setelah persalinan, c) Berbagai macam pemeriksaan vagina selama persalinan, khususnya pecah ketuban, d) Teknik aseptik tidak sempurna, e) Tidak mempertahankan teknik mencuci tangan, f) Manipulasi intrauteri (misal eksplorasi uteri, plasenta manual), g) Trauma jaringan yang luas atau luka terbuka, seperti laserasi yang tidak diperbaiki, h) Hematoma, i) Hemorag, khususnya jika kehilangan darah lebih dari 1000 ml, j) Melahirkan secara operatif misalnya section caesaria, k) Retensi sisa plasenta atau membrane janin, l) Perawatan perineum yang tidak memadai, m) Infeksi vagina/servik atau penyakit menular seksual yang tidak ditangani (misal vaginosis bakteri, klamidia, gonorrhoea).

4. Mekanisme terjadinya infeksi masa nifas :

- 1) Manipulasi penolong dimana penolong terlalu sering melakukan pemeriksaan dalam, alat yang dipakai kurang steril,
- 2) Infeksi yang didapat di rumah sakit nosocomial,
- 3) Hubungan seks menjelang persalinan,
- 4) Sudah terdapat infeksi intrapartum diantaranya persalinan lama, terlantar, ketuban pecah lebih dari 6 jam terdapat pusat infeksi dalam tubuh (focal infection).

5. Bentuk-bentuk infeksi :

- 1) Bentuk Infeksi Lokal diantaranya : (1) infeksi pada luka episiotomi, (2) infeksi pada vagina, (3) infeksi pada serviks yang luka.
- 2) Bentuk Infeksi General (menyebarkan) : (1) parametritis, (2) peritonitis dan (3) sepsikomi dan piemia.
- 3) Penyebaran infeksi kala nifas dapat meliputi : (1) berkelanjutan-perkontinuitas, (2) melalui pembuluh darah (3) melalui pembuluh darah limfa dan 4) penyebaran melalui bekas tempat implantasi plasenta.

6. Gambaran Klinis

Menurut Astutik, Yuli (2015) gambaran klinis terbagi menjadi dua diantaranya : 1) Infeksi Lokal diantaranya : (1) pembengkakan luka episiotomy, (2) terjadi pernanahan, (3) perubahan warna lokal, (4) pengeluaran lochea bercampur nanah, (5) mobilisasi terbatas karena nyeri, (6) temperatur badan dapat meningkat. 2) Infeksi Umum diantaranya : (1) tampak sakit dan lemah, (2) temperatur meningkat diatas 39°C, (3) tekanan darah dapat menurun dan nadi meningkat, (4) pernafasan dapat meningkat dan terasa sesak, (5) kesadaran gelisah sampai

menurun dan koma, (6) terjadi gangguan involusi uteri, (7) lochea berbau, bernanah serta kotor (locheastatis).

Sedangkan menurut Varney dalam Astutik, Yuli (2015) tanda dan gejala infeksi umumnya adalah : 1) Adanya peningkatan suhu tubuh, 2) Malaise Umum, 3) Nyeri, 4) Lokia berbau tidak sedap, 5) peningkatan kecepatan nadi terutama pada infeksi berat.intrepetasi kultur laboratorium dan sensitifitas, pemeriksaan lebih lanjut, dan penanganan memerlukan diskusi dan kolaborasi dengan dokter.

### **2.5.9.3 Pre-eklamsia Eklamsia**

#### **1. Pengertian**

Pre-eklamsia pada masa nifas biasanya merupakan akibat timbulnya pre-eklamsia pada saat hamil ataupun bersalin, sehingga masa nifas memerlukan observasi yang ketat terhadap kemungkinan timbulnya gejala ulang pre-eklamsia.

2. Tanda Gejala diantaranya : 1) munculnya tekanan darah tinggi, 2) odema pembengkakan pada tungkai, 3) nyeri epigastric, 4) penglihatan kabur, 5) bila diperiksa di laboratorium urin terlihat mengandung protein, 6) kesadaran hilang.

3. Penyebab pre-eklamsia masih berupa saling pendapat. Ada pendapat yang mengatakan akibat stress pada ibu dan faktor emosional lainnya.

### **2.5.9.4 Depresi Post Partum**

Periode masa nifas merupakan waktu dimana ibu mengalami stress setelah persalinan karena persalinan merupakan perjuangan hidup seorang wanita, terutama pada ibu primipara.

1. Tanda dan Gejala diantaranya : 1) perasaan sedih dan kecewa, 2) sering menangis, 3) merasa gelisah dan cemas, 4) kehilangan ketertarikan terhadap hal-hal yang menyenangkan, 5) nafsu makan menurun, 6) kehilangan energi dan motivasi untuk melakukan sesuatu, 7) tidak bisa tidur, 8) perasaan bersalah dan putus harapan, 9) penurunan atau peningkatan berat badan yang tidak dapat dijelaskan, 10) mempertahankan penurunan keinginan untuk mengurus bayinya.

2. Penyebab diantaranya : 1) perubahan hormon yang cepat khususnya hormon yang terkait depresi post partum yaitu estrogen, prolaktin, steroid dan progesteron, 2) masalah medis dalam kehamilan seperti PIH (pregnancy-induced hypertension), diabetes mellitus, atau disfungsi tiroid), 3) riwayat depresi, 4) penyakit mental dan alkoholik, baik pada diri ibu maupun dalam keluarga, 5) kelemahan, gangguan tidur, ketakutan terhadap masalah, keuangan keluarga dan melahirkan anak dengan kecacatan atau penyakit.

### **2.3.9 Manajemen Askeb Nifas**

Menurut Simatupang, Erna Juliana (2019), konsep dasar asuhan kebidanan nifas meliputi

#### **1. Langkah I (Pengumpulan Data Dasar)**

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu :

- 1) Riwayat kesehatan
- 2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya
- 3) Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- 4) Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi

Pada langkah pertama ini, dikumpulkan semua data yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

##### 1) Pengkajian

Tgl/Jam MRS dan Tgl/Jam Pengkajian dan Nomer Register : Dikaji karena dibutuhkan untuk dokumentasi bagi bidan

##### (1) Data Subyektif

###### a. Identitas

###### a) Nama istri dan suami

Dikaji untuk menjalin keakraban antara bidan dan pasien, serta mengetahui status pasien.

###### b) Umur istri

Dikaji untuk mengetahui berapa usia ibu yang wajar telah melahirkan dan termasuk usia resiko atau tidak dalam melahirkan.

###### c) Pekerjaan istri dan suami

Untuk mengetahui tingkat penghasilan istri dan suami sehingga dapat diprediksi dalam pemenuhan nutrisi dan kebutuhan bayi.

###### d) Agama

Untuk mengetahui tingkat kepercayaan/tradisi dari suatu agama tentang masa nifas.

###### e) Suku bangsa

Untuk mengetahui bagaimana cara menghadapi pasien sehingga mempengaruhi HE yang diberikan terutama dalam bahasa .

###### f) Pendidikan suami dan istri

Untuk mengetahui tingkat pengetahuan seseorang pasien sehingga mempengaruhi HE yang diberikan, terutama pendidikan istri .

g) Alamat

Untuk mengetahui dimana lokasi tempat tinggal pasien sehingga dapat dipantau setiap saat dan memprediksi jauh/tidak saat kunjungan rumah yang dilakukan oleh bidan.

h) Status perkawinan

Untuk mengetahui jarak melahirkan dengan pernikahan, apakah terjadi perkawinan yang sah/tidak yang dapat mempengaruhi psikis klien. Usia saat perkawinan untuk mengetahui apakah usia saat kawin alat-alat reproduksinya sudah matang/belum mempengaruhi resiko terjadi tanda bahaya nifas.

2) Keluhan Utama :Berisikan tentang apa yang sedang dirasakan oleh ibu

3) Riwayat Keluhan Utama

P : Provokatif/Paliatif → Apa yang menyebabkan gejala dan apa saja yang dapat mengurangi atau memperbaiki gejala.

Q : Quality → Bagaimana gejala dirasakan, nampak/ terdengar sejauh mana pasien merasakannya sekarang.

R : Regional → Dimana gejala terasa.

S : Skala keadaan → Seberapa parah yang dialami klien.

T : Timing → Waktu, sejak kapan keluhan terjadinya dan sampai kapan.

4) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Bayi yang lalu

Untuk mengetahui riwayat kehamilan, persalinan, nifas, dan bayi sebelumnya yang nantinya mempengaruhi kemampuan ibu dalam perawatan bayinya.

5) Kebutuhan sehari-hari

Untuk mengetahui pola nutrisi, cairan, eliminasi, istirahat/tidur, aktivitas/senam nifas, personal hygiene, dan hubungan seksual yang nantinya berhubungan/mempengaruhi masa nifas. Untuk mempermudah petugas dalam memberikan HE pada klien tentang kebutuhan sehari-hari.

6) Riwayat Psikososial

Untuk mengetahui psikis ibu yang nantinya berhubungan dengan rasa takut untuk mengasuh dan membesarkan anak, serta ancaman pada gaya hidup yang dijalani jika menjadi orang tua dan kemampuan ibu dalam perawatan dan rencanakan membesarkan bayi/anaknya.

7) Latar Belakang Sosial Budaya

Untuk mengetahui tentang pemikiran dan tradisi yang dilakukan/dianut ibu tentang masa nifas, seperti : adakah pantangan/tidak serta bagaimana penerimaan dan dukungan keluarga dalam kehadiran bayinya yang nantinya berhubungan dengan perawatan pada bayi yang dilakukan oleh ibu serta proses penyembuhan ibu.



## 8) Pengetahuan dan Kemampuan Ibu

Untuk mengetahui kemampuan ibu dalam perawatan diri sehabis melahirkan, perawatan bayi, tali pusat, memandikan bayi, cara menyusui, perawatan perineum, hubungan seksual, kunjungan ulang, tanda-tanda bahaya nifas dan bayi serta rencana pemakaian KB. Sehingga mempermudah bidan dalam memberikan HE dan anjuran kepada klien dan klien juga lebih kooperatif dalam menangani tanda-tanda bahaya yang terjadi.

### (2) Data Obyektif

#### a. Pemeriksaan Umum

KU : Untuk mengetahui keadaan umum dan kesaran ibu.

#### Kesadaran

Komposmentis : Kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan.

Apatis : Acuh tak acuh terhadap keadaan sekitarnya.

Somnolen : Kesadaran yang lebih rendah ditandai dengan tampak mengantuk, tidak responsif terhadap rangsangan yang kuat.

Sopor : Tidak memberikan respon ringan maupun sedang tetapi masih memberikan respon sedikit terhadap rangsangan yang kuat dengan adanya reflek pupil terhadap cahaya yang masih positif

Koma : Tidak dapat bereaksi terhadap stimulus atau rangsangan apapun sehingga reflek pupil terhadap cahaya tidak ada.

Delirium : Tingkat keadaran yang paling bawah ditandai dengan disorientasi yang sangat inaktif, kacau, salah persepsi terhadap rangsangan sensorik.

#### Pemeriksaan TTV

##### a) Tekanan darah

Terkadang ditemukan hipertensi post partum, tetapi ini akan menghilang dengan sendirinya bila tidak terdapat penyakit lain yang menyertainya. N: 110/70-120/80 mmHg.

##### b) Nadi

Normal 60-80 x/mnt. Segera setelah partus, terjadi bradikardia. Nadi cepat/takhikardia terhadap pada ibu yang nervous, yang banyak kehilangan darah, atau persalinan lama.

##### c) Suhu

Setelah partus dapat naik  $0,5^{\circ}\text{C}$  dari keadaan normal, tetapi tidak melebihi  $38^{\circ}\text{C}$ . Setelah 12 jam melahirkan, umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari  $38^{\circ}\text{C}$  kemungkinan terjadi infeksi. Normal  $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ .

d) RR

Normal dewasa 16 - 24 x/mnt

Takpinea : bila pernafasan lebih dari 24 x/mnt

Bradipnea : bila pernafasan kurang dari 10 x/mnt

b. Pemeriksaan fisik

- a) Kepala : Rambut yang kering, rapuh dan kekurangan pigmen dapat menunjukkan adanya kemungkinan kekurangan gizi. Rambut yang jarang atau tumbuh kurang subur, menunjukkan adanya malnutrisi, penyakit hipotiroidisme, efek obat, dan lain-lain. Kerontokan rambut dapat terjadi akibat penyakit kulit kepala, gangguan fungsi tubuh seperti demam, pemberian anestesi atau pengobatan kemoterapi.
- b) Wajah : Cloasma gravidarium terjadi akibat peningkatan hormon pada saat hamil.
- c) Mata : Normal warna sklera adalah putih, terdapat gambaran tipis pembuluh darah, sclera berwarna coklat kemungkinan perokok, sclera kuning (ikterik) kemungkinan terjadi kelainan hepar, dan jika sclera berwarna merah kemungkinan infeksi. Normal warna kongjungtiva adalah merah muda, jika berwarna putih (pucat) kemungkinan anemia. Apabila warna kornea tampak keruh kemungkinan terdapat radang. Warna putih pada pupil menunjukkan adanya katarak.
- d) Hidung : Adakah polip, sianosis, secret/ingus.
- e) Mulut : Adakah Labioskisis (bibir sumbing), labio palatoskisis (sumbing sampai palatum) atau tidak. Bibir kering, pucat menunjukkan adanya nyeri atau kurangnya asupan cairan.
- f) Telinga : Warna membran timpani putih mengkilat, jika berwarna merah kemungkinan terdapat peradangan.
- g) Leher : Jika ada bengkak/benjolan abnormal kemungkinan terjadi kelainan/gangguan kelenjar limfe/ tiroid.
- h) Payudara : Kemerahan, bengkak menunjukkan terjadi mastitis atau bengkak ASI, mengetahui apakah kolostrum sudah keluar/belum (bermanfaat bagi kekebalan tubuh bayi), apakah ada tumor.

- i) Abdomen : Adakah riwayat pembedahan SC yang berhubungan dengan proses persalinan yang telah dilaksanakan. Setelah persalinan dinding perut longgar karena diregang begitu lama, biasanya putih dalam 6 minggu. Dinding kandung kemih memperlihatkan odema. TFU segera setelah placenta lahir kira-kira 2 jari dibawah pusat. Hari ke-5 post partum kira-kira 7 cm atas symphysis atau ½ symphysis pusat, Setelah 12 hari uterus tidak teraba lagi diatas symphysis.
  - j) Genetalia : Biasanya masih keluar Lochea, terdapat bekas jahitan episiotomy, keadaan luka jahitan episiotomi (basah, kering atau adakah tanda-tanda infeksi seperti : nyeri, rasa panas, pembengkakan, kemerahan dan perubahan fungsi jaringan)
  - k) Ekstremitas : Thromboflebitis perluasan/invasi mikroorganisme pathogen yang mengikuti aliran darah sepanjang vena dan cabang-cabangnya. Flegmasia Alba Dolens (Thromboflebitis Femoralis). Pada salah satu kaki biasanya kaki kiri. Kaki sedikit fleksi dan rotasi keluar serta sukar bergerak. Lebih panas dari kaki satunya. Paha bagian atas terasa tegang dan keras. Nyeri hebat pada paha dan lipat paha. Nyeri pada betis (tanda hofman).
- c. Pemeriksaan Penunjang
- Pemeriksaan yang dilakukan untuk mendukung penegakkan diagnose.
- a) Darah : Hemoglobin dan Hematokrit 12-24 jam post partum (jika Hb < 10 g% dibutuhkan suplemen Fe)
  - b) Air Kencing
    - (a) Terutama diperiksa glukosa, protein urine dan sedimen. Adanya glukosa dalam urine dianggap sebagai gejala penyakit diabetes kecuali kalau kita dapat membuktikan bahwa hal-hal lain yang menyebabkan.
    - (b) Pada akhir kehamilan dan dalam nifas reaksi reduksi dapat menjadi positif oleh adanya laktase dalam air kencing. Protein positif dalam air kencing pada nefritis, toxaemia gravidarum radang dari saluran kencing.
    - (c) Protein urine : Tujuan : untuk mengetahui adanya pre-eklampsia ringan.
      - Normal : Urine tidak keruh (jernih)
      - + 1 : Terjadi kekeruhan
      - + 2 : Kekeruhan mudah dilihat dan ada endapan yang lebih jelas terlihat
      - + 3 : Urine lebih keruh ada endapan yang lebih jelas terlihat.

+ 4 : Urine sangat keruh dan disertai endapan menggumpal

(d) Glukosa Urine : Tujuan : Untuk mengetahui apakah ada penyakit DM

Normal : Berwarna biru

+ 1 : Warna hijau kekuningan agak keruh

+ 2 : Warna kuning kehijauan dan keruh

+ 3 : Warna jingga dan keruh

+ 4 : Warna merah bata.

Feces : Feces diperiksa atas telur-telur cacing.

## **2. Langkah II (Interpretasi Data Dasar )**

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan, data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik.

1) Dx : Pxxxx post partum hari ke ....dengan keluhan.....

Masalah :

Kebutuhan :

2) Ds : Untuk mengetahui data-data dari klien, seperti : keluhan yang dirasakan, kelahiran, dan aktifitas yang dilakukan ibu setelah melahirkan yang dapat mendukung diagnosa.

3) Do : Berisi hasil pemeriksaan yang telah dilakukan pada ibu, meliputi : TTV, TFU, Lochea, Pemeriksaan fisik (payudara, abdomen, perineum), dll yang dapat mendukung diagnosa.

4) Kebutuhan Post Partum : Untuk mengetahui kebutuhan ibu setelah melahirkan dalam pemberian HE sehingga bidan mudah dalam memberikan HE.

## **3. Langkah III ( Mengidentifikasi Diagnosis Atau Masalah Potensial)**

Pada langkah ini, kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap diri bila diagnosis atau masalah potensial ini benar-benar terjadi : 1) Infeksi, 2)Subinvolusi uterus, 3) Perdarahan kala nifas primer dan presekunder, 4) Keadaan abnormal pada payudara : bendungan ASI, mastitis dan abses mammae

## **4. Langkah IV (Identifikasi Perlunya Penanganan Segera)**

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan untuk konsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan

kondisi klien. Langkah keempat ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi, manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan.

#### **5. Langkah V (Perencanaan Asuhan Komprehensif)**

Pada langkah ini, direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi. Pada langkah ini, informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang diidentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut, seperti apa yang diperkirakan terjadi berikutnya.

Menentukan kriteria keberhasilan yang ditentukan, yang mencakup perubahan perilaku, apa yang dilakukan oleh klien dan bagaimana kemampuan klien sebelum mencapai tujuan manifestasi terhadap respon manusia : KAPP (Kognitif, Afektif, Psikomotor, dan Perubahan fungsi tubuh) :

- 1) Kognitif : pengetahuan; berdasarkan pengulangan informasi yang telah diajarkan kepada klien.
- 2) Affektif : mengetahui bagaimana respon klien dan keluarga terhadap stress yang dihadapi (status emosional).
- 3) Psikomotor : mengidentifikasi apa yang seharusnya bisa dilaksanakan oleh klien sebagai hasil dari rencana pengajaran.
- 4) Perubahan fungsi tubuh : sejumlah manifestasi yang dapat diobservasi

#### **6. Langkah VI (Pelaksanaan Rencana)**

Pada langkah keenam ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke-5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh klien atau anggota tim kesehatan lain.

#### **7. Langkah VII (evaluasi)**

Pada langkah VII ini, dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan terhadap masalah yang telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosa. Dan dalam asuhan kebidanan format yang digunakan dalam evaluasi adalah SOAP.

- 1) S (Subyektif) : Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis langkah 1 Varney.

- 2) O (Obyektif) : Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diagnostik yang didokumentasikan dalam data fokus untuk mendukung asuhan sebagai langkah 1 Varney.
- 3) A (Assesment) : Kesimpulan dari hasil pemeriksaan.
- 4) P (Planning) : Rencana yang akan dilakukan sebagai evaluasi dari rencana yang sudah berhasil maupun belum.

## **2.6 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir**

### **2.6.1 Definisi Bayi Baru Lahir**

Bayi baru lahir (BBL) disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ektrauterin. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram (Nanny Lia Dewi, Vivian, 2012).

Neonatus dapat didefinisikan sebagai bayi (*infant*) dalam empat minggu pertama kehidupan (Williamson, Amanda, 2013).

### **2.6.2 Karakteristik Bayi Baru Lahir Fisiologis**

Menurut Jenny J. S. Sondakh (2013), bayi baru lahir dikatakan normal jika termasuk dalam kriteria sebagai berikut : 1) Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram, 2) Panjang badan bayi 48-50 cm, 3) Lingkar dada bayi 32-34 cm, 4) Lingkar kepala 33-35 cm, 5) Bunyi jantung dalam menit pertama  $\pm$  180 kali/menit, kemudian turun sampai 140-120 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit, 6) Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernapasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit, 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa, 8) Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik, 9) Kuku telah agak panjang dan lemas, 10) Genitalia : testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan), 11) Refleks isap, menelan dan moro telah terbentuk, 12) Eliminasi, urin dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

### **2.6.3 Pelayanan essensial pada BBL sehat oleh dokter/bidan/perawat**

1. Jaga bayi tetap hangat
2. Bersihkan jalan napas (bila perlu)
3. Keringkan dan jaga bayi tetap hangat
4. Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir

5. IMD, salep mata antibiotik tetrasiklin 1% pada kedua mata
6. Suntik vitamin K1 1 mg IM di paha kiri, imunisasi HBO 0,5 ml IM di paha kanan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vit. K
7. Pemberian identitas
8. Anamnesis dan pemeriksaan fisik
9. Pemulangan bayi lahir normal, konseling dan kunjungan ulang

Buku KIA (2017)

#### 2.6.4 Transisi Fisiologis Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan Ekstrauterin

##### 1) Sistem Pernafasan

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 detik sesudah kelahiran. Pernapasan ini timbul sebagai akibat aktivitas normal sistem saraf pusat dan perifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya. Semua ini menyebabkan perangsangan pusat pernapasan dalam otak yang melanjutkan rangsangan tersebut untuk menggerakkan diafragma, serta otot-otot pernapasan lainnya. Tekanan rongga dada bayi pada saat melalui jalan lahir pervaginam mengakibatkan paru-paru kehilangan 1/3 dari cairan yang terdapat di dalamnya, sehingga tersisa 80-100 mL. Setelah bayi lahir, cairan yang hilang tersebut diganti dengan udara. Perubahan pernafasan menurut Jenny J.S Sondakh (2013), adalah sebagai berikut :

- (1) Pernapasan awal dipicu oleh faktor fisik, sensorik, dan kimia.
- (2) Frekuensi pernapasan bayi baru lahir berkisar 30-60 x/ menit.
- (3) Sekresi lendir mulut dapat menyebabkan bayi batuk dan muntah, terutama selama 12-18 jam pertama.
- (4) Bayi baru lahir lazimnya bernapas melalui hidung. Respon refleks terhadap obstruksi nasal dan membuka mulut untuk mempertahankan jalan napas tidak ada pada sebagian besar bayi sampai 3 minggu setelah kelahiran.

Tabel 2.26 Respon Pernapasan Bayi yang Normal dan Abnormal

Normal	Abnormal
Frekuensi rata-rata : 40 x/ menit	-
Rentang : 30-60 x/ menit	-
Pernapasan diafragma dan abdomen	Retraksi interkosta, retraksi xifoid
Bernapas melalui hidung	Napas cuping hidung
-	Bunyi dengkuran saat ekspirasi

Sumber : Kriebs, Jan M, 2009

## 2) Kardiovaskuler

Menurut Jenny J.S Sondakh (2013), perubahan sistem kardiovaskuler bayi baru lahir adalah sebagai berikut .

- (1) Berbagai perubahan anatomi berlangsung setelah lahir. Beberapa perubahan terjadi dengan cepat dan sebagian terjadi seiring dengan waktu
- (2) Sirkulasi perifer lambat yang menyebabkan akrosianosis (pada tangan, kaki, dan sekitar mulut).
- (3) Denyut nadi berkisar 120-160 x/mnt saat bangun dan 100 x/mnt saat tidur.
- (4) Rata-rata tekanan darah adalah 80/46 mmHg dan bervariasi sesuai dengan ukuran dan tingkat aktifitas bayi.
- (5) Nilai hematologi normal pada bayi dapat dilihat pada tabel

Tabel 2.27 Perubahan Sirkulasi Janin Ketika Lahir

Struktur	Sebelum Lahir	Setelah Lahir
Vena umbilikal	Membawa darah arteri ke hati dan jantung	Menutup; menjadi ligamentum teres hepatis
Arteri umbilikal	Membawa darah Arteriovenosa ke plasenta	Menutup; menjadi ligamentum Venosum
Umbilikal	Arteriovenosakeplasenta	Venosum
Duktus venosus	Pirau darah arteri ke dalam vena cava inferior	Menutup; menjadi ligamentum arteriosum
Foramen ovale	Menghubungkan atrium kanan dan kiri	Biasanya menutup; kadang-kadang terbuka
Paru-paru	Tidak mengandung udara dan sangat sedikit mengandung darah berisi cairan	Berisi udara dan disuplai darah dengan baik
Arteri pulmonalis	Membawa sedikit ke paru	Membawa banyak darah ke paru
Aorta	Menerima darah dari kedua ventrikel	Menerima darah hanya dari ventrikel kiri
Vena cava inferior	Membawa darah vena dari tubuh dan darah arteri dari plasenta	Membawa darah hanya dari atrium kanan

Sumber : Jenny J.S Sondakh 2013



Tabel 2.28 Nilai Hematologi Normal Pada BBL

Parameter	Kisaran Normal
Hemoglobin	15-20 g/ Dl
Sel-sel darah merah	5,0-7,5 juta/ mm <sup>3</sup>
Hematokrit	43-61%
Sel-sel darah putih	10.000-30.000/ mm <sup>3</sup>
Neutropil	40-80%
Eosinofil	2-3%
Limfosit	3-10%
Monosit	6-10%
Sel-sel darah putih yang imatur	3-10%
Trombosit	100.000-280.000/ mm <sup>3</sup>
Volume darah	Pengekleman tali pusta dini: 78 mL/ kg Pengekleman tali pusat lambat: 98,6 mL/ kg Hari keti9a setelah pengekleman tali pusat dini: 82,3 mL/ kg

Sumber : Jeny J.S, Sondakh, 2013

Dengan berkembangnya paru-paru, pada alveoli akan terjadi peningkatan tekanan oksigen. Sebaliknya, tekanan karbondioksida akan mengalami penurunan. Hal ini mengakibatkan terjadinya penurunan resistensi pembuluh darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan ductus arteriosus tertutup. Setelah tali pusat dipotong, aliran darah dari plasenta terhenti dan foramen ovale tertutup (Jenny J.S Sondakh, 2013).

### 3) Suhu tubuh

Suhu ruang persalinan jauh lebih rendah dibandingkan suhu di dalam plasenta, sedangkan bayi tidak mampu menggunakan metode termoregulasi individu dewasa. Efek stres suhu dingin pada neonatus dapat membuat bayi mengalami hipotermi yang kemudian dapat mengurangi jumlah surfaktan yang di produksi (menimbulkan gangguan pernafasan) dan hipoglikemia (kadar gula darah rendah) (Williamson, A 2013).

Menurut Nanny Lia Dewi, Vivian 2012 hal.13-14 hilangnya panas tubuh dari bayi baru lahir ke lingkungannya dapat terjadi dalam beberapa mekanisme, yaitu sebagai berikut :

#### (1) Konduksi

Kehilangan panas melalui konduksi adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dan objek lain yang lebih dingin, misalnya meja, tempat tidur, atau

timbangan yang suhunya lebih rendah dari tubuh bayi. Benda-benda tersebut akan menyerap panas tubuh bayi melalui mekanisme konduksi apabila bayi diletakkan di atasnya.

## (2) Konveksi

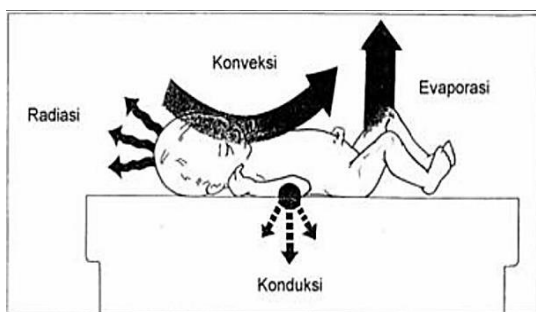
Kehilangan panas melalui konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan didalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika ada konveksi aliran udara melalui ventilasi atau pendingin ruangan. Kehilangan panas dapat terjadi misalnya karena menempatkan bayi baru lahir didekat pintu yang sering terbuka dan tertutup atau membiarkan bayi baru lahir terpapar dalam ruangan dengan kipas angin menyala.

## (3) Radiasi

Kehilangan panas melalui radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan didekat benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Bayi bisa kehilangan panas dengan cara ini karena benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung). Contohnya adalah jika bayi baru lahir diletakkan berdekatan dengan tembok yang berbatasan dengan udara terbuka.

## (4) Evaporasi

Kehilangan panas melalui evaporasi merupakan jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas dengan cara ini dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri, karena setelah lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan. Kehilangan panas juga terjadi pada bayi baru lahir yang terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.



Gambar 2.4 Mekanisme Kehilangan Panas Pada Bayi Baru Lahir

Kehilangan panas pada bayi baru lahir menurut Nanny Lia Dewi, Vivian (2012) dapat dicegah antara lain dengan cara : keringkan bayi secara seksama, selimuti bayi dengan selimut atau kain yang bersih dan hangat, tutupi bagian kepala bayi, anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya, jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir, dan tempatkan bayi dilingkungan yang hangat.

#### **4) Saluran gastrointestinal**

Semua nutrient bayi terdapat dalam bentuk yang telah dicerna via plasenta. Setelah lahir, bayi harus mengisap, menelan, mencerna, mengabsorpsi, mengekskresikan secara mandiri agar dapat bertahan hidup. Ginjal bayi relatif belum matang dan kemampuan untuk memekatkan urine belum memadai. Pada awalnya bayi hanya akan mengeluarkan antara 15-60 ml urine/hari. Jumlah tersebut akan meningkat hingga sekitar 200 ml per hari untuk bayi yang diberi ASI pada hari kesepuluh (Williamson, Amanda, 2013).

#### **5) Keseimbangan air dan fungsi ginjal**

Tubuh BBL mengandung relatif banyak air. Kadar natrium juga relatif lebih besar dibandingkan dengan kalium karena ruangan ekstraseluler yang luas. Fungsi ginjal belum sempurna karena :

- (1) Jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa
- (2) Ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal
- (3) *Renal blood flow* relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa (Nanny Lia Dewi, Vivian 2012).

#### **6) Immunoglobulin**

BBL tidak memiliki sel plasma pada sumsum tulang dan tidak memiliki lamina propria ileum dan apendiks. Plasenta merupakan sawar, sehingga fetus bebas dari antigen dan stres imunologis. Pada BBL hanya terdapat gamaglobulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat berpindah melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta (toksoplasma, herpes simpleks, dll) reaksi imunologis sapat terjadi dengan pembentukan sel plasma serta antibodi gama A, G, dan M (Nanny Lia Dewi, Vivian 2012).

#### **7) Hati**

Segera setelah lahir, hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis yang berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak serta glikogen. Sel hemopoetik juga mulai berkurang, walaupun dalam waktu yang agak lama. Enzim hati belum aktif pada BBL, daya detoksifikasi hati pada neonatus juga belum sempurna (Nanny Lia Dewi, Vivian 2012).

### **2.6.5 Pemeriksaan BBL**

#### **1) Penilaian Selintas BBL**

Penilaian Awal menurut JNPK-KR, 2014, untuk semua bayi baru lahir (BBL), lakukan penilaian awal dengan menjawab 3 pertanyaan : Sebelum bayi lahir : 1) apakah kehamilannya cukup bulan? Segera setelah bayi lahir, sambil meletakkan bayi di atas kain bersih dan kering

yang telah disiapkan pada perut bawah ibu, segera lakukan penilaian : 2) apakah bayi menangis atau bernapas/ tidak megap-megap? 3) apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

## 2) APGAR Score

Penilaian APGAR menurut Jenny J.S Sondakh, 2013, hal.158 ; Penilaian keadaan umum bayi dimulai satu menit setelah lahir dengan menggunakan nilai APGAR. Penilaian berikutnya dilakukan pada menit kelima dan kesepuluh. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak. Penilaian keadaan umum bayi berdasarkan nilai APGAR, yaitu:

Tabel 2.29 Kriteria APGAR Score pada BBL

<b>Kriteria</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<i>Appoearence</i> (warna kulit)	Pucat	Badan merah ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse rate</i> (frekuensi nadi)	Tidak ada	Kurang dari 100	Lebih dari 100
<i>Grimace</i> (reaksi rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik (grimace)	Batuk /bersin
<i>Activity</i> (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Respiraton</i> (pernafasan)	Tidak ada	Lemah /tidak teratur	Baik/menangis

Sumber : Jenny J.S Sondakh, 2013

Setiap variabel diberi nilai 0, 1, atau, 2 sehingga nilai tertinggi adalah 10. Nilai 7-10 pada menit pertama menunjukkan bahwa bayi berada dalam kondisi baik. Nilai 4-6 menunjukkan bahwa adanya depresi sedang dan membutuhkan beberapa jenis tindakan resusitasi. Bayi dengan nilai 0-3 menunjukkan depresi serius dan membutuhkan resusitasi segera dan mungkin memerlukan ventilasi. (Jenny J.S Sondakh, 2013, hal.158).

## 3) Pemeriksaan Fisik

Tabel 2.30 Pemeriksaan fisik BBL (Kemenkes RI 2010)

<b>No</b>	<b>Pemeriksaan fisik yang dilakukan</b>	<b>Keadaan normal</b>
1.	Lihat postur, tonus dan aktivitas	Posisi tungkai dan lengan fleksi Bayi sehat akan bergerak aktif

2.	Lihat kulit	Wajah, bibir dan selaput lendir, dada berwarna merah muda, tidak ada kemerahan atau bisul
3.	Hitung pernapasan dan lihat retraksi dinding dada saat bayi tidak menangis	Frekuensi napas normal 40-60 kali per menit Tidak ada retraksi dinding dada
4.	Hitung denyut jantung (stetoskop) di dada kiri setinggi apeks kordis)	Frekuensi denyut jantung normal 120-160 kali per menit
5.	Lakukan pengukuran suhu aksila	Suhu normal adalah 36,5-37,5 <sup>0</sup> C
6.	Lihat dan raba bagian kepala	Bentuk kepala terkadang asimetris karena penyesuaian pada saat proses persalinan, umumnya hilang dalam 48 jam Ubun-ubun besar rata atau tidak menonjol, dapat sedikit membonjol saat bayi menangis
7.	Lihat mata	Tidak ada kotoran/secret
8.	Lihat bagian dalam mulut Masukkan satu jari yang menggunakan sarung tangan ke dalam mulut, raba langit-langit	Bibir, gusi, langit-langit utuh dan tidak ada bagian yang terbelah Nilai kekuatan isap bayi Bayi akan mengisap kuat jari pemeriksa
9.	Lihat dan raba perut Lihat tali pusat	Perut bayi datar, teraba lemas Tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, tali pusat berbau/kemerahan sekitar tali pusat
10.	Lihat punggung dan raba tulang belakang	Kulit terlihat utuh, tidak terdapat celah/lubang dan benjolan pada tulang belakang
11.	Lihat lubang anus Hindari memasukkan alat atau jari dalam memeriksa anus Tanyakan apakah bayi sudah BAB	Terlihat lubang anus dan periksa apakah mekonium sudah keluar Biasanya mekonium keluar dalam 24 jam setelah lahir
12.	Lihat dan raba alat kelamin luar Tanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air kecil	Bayi perempuan : kadang terlihat cairan vagina berwarna putih atau kemerahan

		Bayi laki-laki : terdapat lubang uretra pada ujung penis. Teraba testis di skrotum
13.	Timbang bayi Timbang bayi (diselimuti) hasilnya dikurangi berat selimut	Berat lahir 2,5-4 kg Dalam minggu pertama, berat bayi mungkin turun dahulu baru kemudian naik kembali
14.	Mengukur panjang dan lingkar kepala bayi	Panjang lahir normal 48-52 cm. Lingkar kepala 33-37 cm.
15.	Menilai cara menyusui, minta ibu untuk menyusui bayinya	Kepala dan badan dalam garis lurus ; muka bayi menghadap payudara ; ibu mendekatkan bayi ke tubuhnya  Bibir bawah melengkung keluar, sebagian besar areola berada di dalam mulut bayi  Menghisap dalam dan pelan kadang terhenti sesaat.

#### 4) Pemeriksaan Reflek

Tabel 2.6 Pemeriksaan Refleks Bayi Baru Lahir (Aziz Alimul Hidayat, 2009)

<b>Pemeriksaan Refleks</b>	<b>Cara pengukuran</b>	<b>Kondisi normal</b>	<b>Kondisi patologis</b>
Berkedip	Sorotkan cahaya ke mata bayi	Dijumpai pada tahun pertama	Jika tidak ada, menunjukkan kebutaan
Tanda babinski	Gorek telapak kaki sepanjang tepi luar, mulai dari tumit	Jari kaki mengembang dan ibu jari kaki dorsofleksi, dijumpai sampai usia 2 tahun	Jika jari kaki mengembang dorsofleksi setelah usia 2 tahun, merupakan tanda lesi ekstrapiramidal
Merangkak	Letakkan bayi tengkurap di atas permukaan datar	Bayi membuat gerakan merangkak dengan lengan dan kaki bila ditelungkupkan	Jika gerakan tidak simetris, adanya tanda neurologi
Menari/ melangkah	Pegang bayi sehingga	Kaki akan bergerak ke atas dan ke bawah jika sedikit	Refleks menetap lebih dari 4-8 minggu

	kakinya sedikit menyentuh permukaan yang keras	disentuh kepermukaan keras, dijumpai pada 4-5 minggu pertama	merupakan keadaan abnormal
Ekstrusi	Sentuh lidah dengan ujung spatel lidah	Lidah menjulur ke arah luar jika disentuh, dijumpai pada usia 4 bulan	Lidah menjulur yang persisten merupakan tanda sindrom down
Galant	Gores punggung bayi sepanjang sisi tulang belakang dari bahu sampai bokong	Punggung bergerak ke arah samping jika distimulasi, dijumpai pada 4-8 minggu pertama	Tidak adanya refleks menunjukkan lesi medula spinalis transversa
Moro	Ubah posisi dengan tiba-tiba atau pukul meja/ tempat tidur	Lengan ekstensi, jari-jari mengembang, kepala mendongak ke belakang, tungkai sedikit ekstensi. Lengan kembali ke tengah dengan tangan menggenggam tulang belakang dan ekstremitas bawah ekstensi. Lebih kuat selama 2 bulan dan meghilang pada usia 3-4 bulan.	Refleks yang menetap lebih dari 4 bulan menunjukkan kerusakan otak, respon tidak simetris adanya hemiparesis, fraktur klavikula atau ccedera pleksus brakialis, tidak ada respons ekstremitas bawah adanya dislokasi pinggul atau cedera medula spinalis.
Neck righting	Letakkan bayi dalam posisi terlentang, coba menarik perhatian bayi dari satu sisi	Jika bayi terlentang, bahu dan badan kemudian pelvis berotasi ke arah bayi diputar dan dijumpai selama 10 bulan pertama	Tidak ada refleks atau refleks menerima lebih dari 10 bulan menunjukkan adanya

			gangguan sistem saraf pusat
Menggenggam	Letakkan jari di telapak tangan bayi dari sisi ulnar, jika refleks lemah atau tidak ada beri bayi botol atau dot karena menghisap akan menstimulasi reflex	Jari-jari bayi melengkung melingkari jari yang diletakkan di telapak tangan bayi dari sisi ulnar, refleks ini menghilang pada usia 3-4 bulan	Fleksi yang tidak simetris menunjukkan paralisis, refleks menggenggam yang menetap menunjukkan gangguan serebral
Rooting	Gores sudut mulut bayi melewati garis tengah bibir	Bayi memutas ke arah pipi yang diusap, refleks ini menghilang pada usia 3-4 bulan tetapi bisa menetap sampai usia 12 bulan, terutama selama tidur	Tidak adanya refleks menunjukkan adanya gangguan neurologi berat
Kaget (startle)	Bertepuk tangan dengan keras	Bayi mengekstensi dan memfleksis lengan dalam berspons terhadap suara keras, tangan tetap rapat, refleks ini akan menghilang setelah usia 4 bulan	Tidak adanya refleks menunjukkan adanya gangguan pendengaran
Mengisap	Beri bayi botol dan dot	Bayi mengisap dengan kuat dalam berespons terhadap stimulasi, refleksi ini menetap selama masa bayi dan mungkin terjadi selama tidur tanpa stimulasi	Refleks yang lemah atau tidak ada menunjukkan keterlambatan perkembangan atau keadaan neurologi yang abnormal



Tonic neck	Menolehkan kepala bayi ke satu sisi	Bayi melakukan perubahan posisi jika kepala ditolehkan ke satu sisi, lengan dan tungkai ekstensi ke arah sisi putaran kepala dan fleksi pada sisi yang berlawanan, normalnya refleks ini terjadi setiap kali kepala ditolehkan. Tampak kira-kira pada usia 2 bulan dan menghilang pada usia 6 bulan	Tidak normal jika respons terjadi setiap kali kepala ditolehkan, jika menetap, menunjukkan ada kerusakan serebral mayor
------------	-------------------------------------	---	---

### 2.6.6 Perawatan Segera Setelah Lahir (0-6 Jam Setelah Persalinan)

Komponen asuhan bayi baru lahir menurut JNPK-KR, 2014 :

#### 1. Pencegahan Infeksi

BBL sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir sebelum menangani BBL, pastikan penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi berikut :

##### 1) Persiapan Diri

Cuci tangan dengan seksama kemudian keringkan, sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi, serta memakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.

##### 2) Persiapan Alat

Pastikan semua dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, alat-alat resusitasi dan benang tali pusat telah di desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau sterilisasi. Gunakan bola karet penghisap yang baru dan bersih jika akan melakukan penghisapan lender dengan alat tersebut. Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi sudah dalam keadaan bersih. Demikian pula halnya timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop dan benda-benda lain yang akan bersentuhan dengan bayi, juga bersih. Dekontaminasi dan cuci semua alat setiap kali setelah digunakan.

##### 3) Persiapan Tempat

Gunakan ruangan yang hangat dan terang, siapkan tempat resusitasi yang datar, rata, cukup keras, bersih, kering dan hangat misalnya meja, dipan atau lantai beralas tikar, sebaiknya dekat pemancar panas dan terjaga dari tiupan angin (tutup jendela atau pintu).

## **2. Penilaian Segera Setelah Lahir**

Untuk semua bayi baru lahir, lakukan penilaian awal dengan menjawab 3 pertanyaan :

### **Sebelum lahir**

1) Apakah kehamilannya cukup bulan ?

Segera setelah bayi lahir, sambil meletakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang telah disiapkan pada perut bawah ibu, segera lakukan penilaian berikut :

2) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?

3) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Untuk bayi baru lahir cukup bulan dengan air ketuban jernih yang langsung menangis atau bernapas spontan dan bergerak aktif maka cukup dilakukan manajemen bayi baru lahir normal.

Jika bayi tidak cukup bulan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak menangis atau tidak bernapas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan langkah resusitasi.

Dalam asuhan bayi baru lahir normal lakukan langkah-langkah berikut : 1) jaga kehangatan, 2) bersihkan jalan napas (jika perlu), 3) keringkan, 4) pemantauan tanda bahaya, 5) klem, potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah bayi lahir, 6) lakukan inisiasi menyusu dini, 7) beri suntikan vitamin K<sub>1</sub> 1 mg intramuscular di paha kiri anterolateral setelah inisiasi menyusu dini, 8) beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata, 9) pemeriksaan fisik, 10) beri imunisasi Hepatitis B 0,5 ml intramuscular, di paha kanan anterolateral kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K<sub>1</sub>.

## **3. Pencegahan Kehilangan Panas**

Mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada bayi baru lahir belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka bayi baru lahir dapat mengalami hipotermia. Bayi hipotermia sangat beresiko tinggi untuk mengalami sakit berat atau bahkan kematian. Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat. Bayi prematur atau berat badan rendah sangat rentan untuk mengalami hipotermia (temperature tubuh lebih dari 37,5°C). Cegah terjadi kehilangan panas melalui upaya berikut : (1) keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks, (2) letakkan bayi di dada ibu agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi, (3) selimuti ibu dan bayi dan pasang topi dikepala bayi, (4) jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir.

#### **4. Asuhan Tali Pusat**

- 1) Memotong dan mengikat tali pusat. Klem dan potong tali pusat setelah dua menit setelah bayi lahir. Lakukan terlebih dahulu penyuntikan oksitosin sebelum tali pusat dipotong.
- 2) Tali pusat dijepit dengan klem DTT pada sekitar 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat) bayi. Dari titik jepitan, tekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong tali pusat ke arah ibu (agar darah tidak terpancar pada saat dilakukan pemotongan tali pusat). Kemudian jepit (dengan klem ke dua) tali pusat pada bagian yang isinya sudah dikosongkan (sisi ibu), berjarak 2 cm dari tempat jepitan pertama.
- 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 atau steril.
- 4) Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- 5) Lepaskan klem logam penjepit tali pusat dan masukkan ke dalam larutan klorin 0,5%. Kemudian letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu untuk inisiasi menyusu dini dan melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu selama 1 jam pertama setelah lahir.

Nasehat untuk merawat tali pusat :

- 1) Jangan membungkus puntung tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke putung tali pusat.
- 2) Mengoleskan alkohol atau povidin iodine masih diperkenankan, tapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembab.
- 3) Beri nasehat pada ibu dan keluarga sebelum meninggalkan bayi: lipat popok dibawah putung tali pusat, jika putung tali pusat kotor maka bersihkan dengan air DTT dan sabun dan segera keringkan secara seksama dengan menggunakan kain bersih, jelaskan pada ibu bahwa ia harus mencari bantuan petugas atau fasilitas kesehatan jika pusat menjadi merah, bernanah dan atau berbau, jika pangkal tali pusat menjadi berdarah, merah meluas atau mengeluarkan nanah dan atau berbau segera rujuk bayi ke fasilitas yang dilengkapi perawatan untuk bayi baru lahir.

#### **5. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)**

Langkah inisiasi menyusu dini antara lain :

1. Bayi harus mendapatkan kontak kulit dengan kulit ibunya segera setelah lahir

selama paling sedikit satu jam.

2. Bayi harus menggunakan naluri alaminya untuk melakukan Inisiasi Menyusu Dini dan ibu dapat mengenali bayinya siap untuk menyusu serta memberi bantuan jika diperlukan.
3. Menunda semua prosedur lainnya yang harus dilakukan kepada bayi baru lahir hingga inisiasi menyusu selesai dilakukan, prosedur tersebut seperti : menimbang, pemberian antibiotik salep mata, vitamin K1 dan lain-lain.
4. Manajemen infeksi mata; Neonatus rentan mengalami infeksi mata sewaktu melewati jalan lahir dari ibu gonorea, sebagian besar negara bagian mengharuskan terapi profilaksis.

#### **6. Pemberian Vitamin K<sub>1</sub>**

BBL harus diberi vitamin K<sub>1</sub> (Phytomenadione) injeksi 1 mg intramuskuler setelah proses IMD dan bayi selesai menyusu untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL. Cara Penyuntikan Vitamin K<sub>1</sub> :

1. Gunakan semprit sekali pakai steril 1 mL (semprit tuberculin)
2. Jika menggunakan sediaan 10 mg/mL maka masukkan vitamin K<sub>1</sub> ke dalam semprit sebanyak 0,15 mL. Suntikkan secara intramuscular di paha kiri bayi bagian anterolateral sepertiga tengah sebanyak 0,1 mL (1 mg dosis tunggal).
3. Jika menggunakan sediaan 2 mg/mL maka masukkan vitamin K<sub>1</sub> ke dalam semprit sebanyak 0,75 mL. Suntikkan secara intramuscular di paha kiri bayi bagian anterolateral sepertiga tengah sebanyak 0,5 mL (1 mg dosis tunggal).

#### **7. Pemberian Salep Mata**

Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan setelah proses IMD dan bayi selesai menyusu. Pencegahan infeksi mata tersebut mengandung tetrasiklin 1% atau antibiotika lain. Upaya pencegahan infeksi mata kurang efektif jika diberikan >1 jam setelah kelahiran. Cara pemberian salep atau tetes mata antibiotik:

- 1) Cuci tangan, menggunakan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan.
- 2) Jelaskan kepada keluarga apa yang akan dilakukan dan tujuan pemberian obat tersebut.
- 3) Berikan salep mata dalam satu garis lurus mulai dari bagian mata yang paling dekat dengan hidung bayi menuju ke bagian luar mata atau tetes mata.
- 4) Ujung tabung salep mata atau pipet tetes tidak boleh menyentuh bayi.
- 5) Jangan menghapus salep atau tetes mata dari mata bayi dan anjurkan keluarga untuk

tidak menghapus obat-obat tersebut.

## 8. Pemberian Imunisasi

Imunisasi adalah suatu proses untuk membuat sistem pertahanan tubuh kebal terhadap invasi mikroorganisme (bakteri dan virus) yang dapat menyebabkan infeksi sebelum mikroorganisme tersebut memiliki kesempatan untuk menyerang tubuh kita. Tujuan dari pemberian imunisasi adalah menurunkan angka kesakitan, kematian serta kecacatan akibat Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). pelayanan imunisasi rutin pada bayi dan anak adalah sebagai berikut:

Jenis Imunisasi	Usia Pemberian	Jumlah Pemberian	Interval Minimal
HB 0	0-7 hari	1	-
BCG	1 bulan	1	-
Polio (OPV)	1,2,3,4 bulan	4	4 minggu
DPT-Hb-Hib	2,3,4 bulan	3	4 minggu
IPV	>4 bulan	1	-
Campak	9 bulan	1	-

Jenis Imunisasi	Usia Pemberian
DPT-Hb-Hib	18 bulan
Campak Lanjutan	24 bulan

### 2.6.7 Rawat Gabung

Menurut Jenny J.S Sondakh, 2013, hal.169-170 ; Kontak kulit dengan kulit, serta mata dengan mata antara ibu dan bayi yang dapat dibina segera setelah bayi lahir harus tetap dipertahankan. Ibu sebaiknya tidak dibatasi untuk berhubungan dengan anaknya. Sistem rawat pisah adalah dimana ibu dan bayi hanya di perbolehkan mengunjungi bayinya jika diperlukan. Bila dibandingkan dengan rawat pisah, rawat gabung memiliki banyak keuntungan, seperti memperkuat hubungan ibu dan anak, bayi dapat menyusui saat membutuhkan ASI dan menyusui tanpa jadwal, sehingga dapat membangun hubungan yang lebih dekat dengan ayah maupun anggota keluarga lain.

Resiko infeksi neonatal merupakan suatu hal yang dipermasalahkan, namun kenyataannya infeksi lebih jarang terjadi di ruangan tersebut dibandingkan diruang bayi yang tertutup, dimana resiko epidemik yang luas dapat terjadi. Pentingnya rawat gabung dimana pemberian ASI dini akan dipengaruhi pada sistem kekebalan tubuh bayi. Ada beberapa bayi yang terpapar sekaligus

terlindungi dari kuman penyakit, sehingga terbentuk kekebalan aktif pada kehidupan selanjutnya.

Sebaliknya, bayi yang dirawat di ruang bayi cenderung mendapat kuman penyakit yang didapat dari petugas rumah sakit. Mikroorganisme tersebut biasanya lebih patogen dan kadang-kadang kebal terhadap antibiotika. ASI tidak mengandung zat antibodi khusus untuk mikroorganisme ini. Hal ini menjelaskan mengapa dalam lingkungan seperti ini mudah sekali terjadi epidemi penyakit kulit ISPA dan saluran cerna. Rawat gabung juga mengurangi kebutuhan keluarga untuk mengantar bayi keruangan ibu yang sering kali ruangnya letaknya sangat jauh, sehingga tenaga bisa dialihkan untuk hal-hal yang lainnya.

Ada beberapa cara untuk melakukan rawat gabung dengan perawatan ibu di rumah sakit. Prinsip utama yang penting adalah membiarkan ibu bebas dan mudah untuk mendekati serta merawat bayinya. Bayi dapat ditempatkan di tempat tidur ibunya atau di tempat tidur lain (boks bayi) di ruangan yang sama untuk mendekati pendekatan ibu dan bayinya.

### **2.6.8 Rencana Asuhan Bayi Usia 2-6 Hari**

Menurut Deslidel (2011) asuhan pada bayi antara lain :

#### **1. Nutrisi**

Pemberian makanan bayi dimulai sejak janin didalam rahim ibu. Oleh sebab itu makanan yang baik selama kehamilan sangat penting sehingga bayi akan lahir dengan gizi baik. Setelah bayi lahir usahakan kontak dini antara ibu dan bayi untuk memungkinkan pemberian ASI. Pemberian ASI adalah yang terbaik. Beberapa orang beranggapan pemberian susu formula merupakan tindakan yang baik namun anggapan itu keliru. Hal-hal yang perlu diperhatikan pada bayi baru lahir yang diberi ASI :

- (1) Beri ASI dalam jam pertama setelah lahir. Beri ASI sesering mungkin Sesuai kebutuhan bayi, jangan dibatasi 2-3 jam sekali atau 4 jam sekali.
- (2) Jangan beri empeng pada bayi yang diberi ASI, karena dapat menyebabkan bingung puting atau sehingga bayi tidak mau minum ASI lagi.
- (3) Jangan beri makanan lain sampai anak berusia 6 bulan.
- (4) Atur posisi bayi yang benar untuk perlekatan yang baik ke payudara ibu (posisi menyusui). ASI adalah yang terbaik untuk bayi karena selalu segar, sangat aman dan bebas infeksi, dibuat secara alamiah untuk bayi, mudah dicerna, suhu tepat, mengandung beberapa antibodi dan menolong bayi menerima kasih sayang ibu. ASI juga terbaik untuk ibu, karena tidak perlu biaya, menghemat waktu dan selalu siap sedia, mempercepat rahim kembali ke ukuran normal, menolong ibu untuk menyatakan kasih sayang kepada bayi.

Jika dilihat dari manfaat ASI yang beraneka ragam, adapun beberapa komposisi ASI

adalah sebagai berikut : energi, laktosa, lemak, protein, mineral, imunoglobulin (Ig A, Ig G, Ig M, lisosin, laktoferin) (Asih Yusari, 2016).

### **Cara Menyimpan ASI**

Ada perbedaan lamanya disimpan dikaitkan dengan tempat penyimpanan.

- Di temperatur ruangan= 6-8 jam
- Lemari es (4°C) = 1 – 2 hari
- Freezer dalam lemari es (-4°C) = 2 minggu – 4 bulan



Gambar 2.6 Menyimpan ASI di lemari es

ASI yang telah didinginkan tidak boleh direbus bila akan dipakai, karena kualitasnya akan menurun, yaitu unsur kekebalannya. ASI tersebut cukup didiamkan beberapa saat didalam suhu kamar, agar tidak terlalu dingin; atau dapat pula direndam di dalam wadah yang telah berisi air panas (Kemenkes 2016).

## **2. Eliminasi**

Pada masa bayi, buang air kecil/besar merupakan proses involunter tanpa kontrol. Kapan dan dimana saja dapat berkemih/defekasi. Bayi biasanya mulai berkemih dalam 48 jam pertama kehidupannya. Penting bagi bidan untuk mencatat kapan bayi berkemih pertama kali setelah kelahiran. Keluarnya urine sangat bervariasi tergantung pada usia gestasi, asupan cairan dan larutan, kemampuan ginjal dalam mengonsentrasikan dna peristiwa pranatal. Saluran urine meningkat selama periode neonatal, misal bayi yang mendapat ASI mengeluarkan urine 20 cc selam 24 jam pertama, kemudian meningkat menjadi 200 cc selama 24 jam pada hari ke-10. Biasanya urine dikeluarkan secara teratur dalam jumlah sedikit dan pada minggu kedua kehidupannya bayi dapat membasahi popok. Dalam sehari bayi biasanya buang air besar antara 1-3 kali sehari. Yang perlu diperhatikan bidan adalah setelah bayi buang air besar maupun buang air kecil bayi harus segera dibersihkan, untuk mengurangi risiko lecet dan ruam popok pada kulit.

### **3. Hygiene**

Bayi harus selalu dijaga agar tetap bersih, hangat dan kering. Beberapa cara untuk menjaga agar bayi tetap bersih adalah memandikan bayi, mengganti popok atau pakaian bayi sesuai keperluan, pastikan bayi tidak terlalu panas/dingin dan menjaga kebersihan pakainya dan hal-hal yang bersentuhan dengan bayi. Memandikan bayi sebaiknya ditunda sampai 6 jam kelahiran. Meskipun meminimalkan resiko infeksi, tetapi memandikan bayi setiap hari merupakan hal yang tidak perlu, termasuk mencuci rambut bayi setiap kali mandi. Terlalu sering memandikan bayi, khususnya dengan sabun atau losion alkalin dapat menimbulkan infeksi pada bayi. Permukaan kulit yang asam (*acid mantle*) memberi perlindungan kepada bayi terhadap infeksi, pH kulit kurang dari 5,0 bersifat bakteristatik. Pada saat lahir kulit bayi tidak begitu asam (pH 6,34) kemudian menurun sampai 4,95 dalam 4 hari. Memandikan bayi dengan sabun alkalin akan meningkatkan pH kulit sehingga keasaman kulit menurun. Oleh sebab itu dianjurkan memandikan bayi dengan air hangat saja, karena air hangat sudah cukup memadai untuk membersihkan bayi. Jika ingin memakai sabun pilih sabun yang dengan pH netral dengan sedikit bahkan tanpa parfum atau pewarna. Prinsip yang perlu diperhatikan : Jaga bayi agar tetap hangat, Jaga bayi agar tetap aman dan selamat, dan suhu air tidak boleh terlalu panas atau terlalu dingin.

Popok harus diganti sesegera mungkin bila kotor, baik karena urine atau feses. Kulit harus segera dibersihkan baik dengan air maupun dengan lap untuk mengurangi risiko lecet dan ruam popok pada kulit. Hal ini bisa terjadi bila sisa urine kontak dengan kulit, terutama bila ada organisme dari feses yang memecah urea menjadi amonia, yang biasanya menimbulkan ruam popok setelah bulan pertama. Penting bagi bidan untuk mendemonstrasikan cara mengganti popok bayi pada orang tua, dengan metode yang dipakai di rumah.

### **4. Keamanan**

Bayi harus selalu dijaga baik dari trauma atau infeksi, baik infeksi karena ketidaksterilan ataupun infeksi nosokomial. Bayi harus dijaga dari trauma dengan meletakkan bayi di tempat yang aman dan nyaman, tidak membiarkan bayi sendirian tanpa pengamatan dan tidak meletakkan barang-barang yang mungkin membahayakan di dekat bayi.

Pencegahan infeksi dilakukan dengan mencuci tangan, menggunakan sarung tangan, memastikan semua peralatan telah didesinfeksi tingkat tinggi atau steril, memastikan bahwa semua pakaian, handuk, selimut serta kain yang digunakan untuk bayi dalam keadaan bersih dan memastikan semua benda-benda yang akan bersentuhan dengan bayi dalam keadaan baik.



KIE yang harus diberikan kepada ibu sebelum bayi pulang, yakni menjaga kehangatan bayi, mencegah hipotermi, pemberian ASI, perawatan tali pusat, mengawasi tanda-tanda bahaya, perawatan bayi sehari-hari, menjaga keamanan bayi, pencegahan infeksi pada bayi, serta imunisasi pada bayi (Wafi Nur Musihatun, 2010).

Asuhan bayi baru lahir yang mungkin tidak efektif atau bahkan merugikan adalah :

- (1) Membatasi waktu menyusui hanya sampai 10 menit saja pada masing-masing payudara atau periode lain yang ditentukan
- (2) Membatasi frekuensi pemberian ASI hanya sekali dalam 3 jam atau periode lain yang ditentukan
- (3) Memberikan puting artifisial atau empeng pada bayi yang diberi ASI
- (4) Memberi tambahan minuman botol berisi air, glukosa atau susu formula sewaktu pemberian ASI sudah lancar
- (5) Pemberian kontrasepsi hormonal pada ibu dalam 6 minggu pertama pascapartum.

### **2.6.9 Asuhan Kebidanan Pada Bayi Usia >4 Minggu**

#### 1) Bounding Attachment

Bounding adalah merupakan suatu ketertarikan mutual pertama antar individu, pertemuan pertama kali antara orang tua dan anak. Sementara itu, attachment adalah suatu perasaan menyayangi atau loyalitas yang mengikat individu dengan individu lain.

Menurut marcer (1996) dalam buku Nanny Lia Dewi, Vivian 2012 prakondisi yang mempengaruhi ikatan adalah sebagai berikut.

- (1) Kesehatan emosional orang tua.
- (2) Sistem dukungan sosial yang meliputi pasangan hidup, teman, dan keluarga.
- (3) Suatu sistem ketrampilan dalam berkomunikasi dan dalam memberi asuhan yang kompeten.
- (4) Kedekatan orang tua dengan bayi.
- (5) Kecocokan antara orang tua dan bayi (termasuk keadaan, temperamen, dan jenis kelamin).

Tahap-Tahap Bonding Attachment :

- (1) Perkenalan (acquaintance), dengan melakukan kontak mata, memberikan sentuhan, mengajak berbicara, dan mengeksplorasi segera setelah mengenal bayinya.
- (2) Keterikatan (bonding)
- (3) Attachment, perasaan sayang yang mengikat individu dengan individu lain.

Elemen – Elemen Bonding Attachment :

- (1) Sentuhan

Sentuhan atau indra peraba, dipakai secara ekstensif oleh orang tua dan pengasuh lain sebagai suatu sarana untuk mengenali bayi baru lahir dengan cara mengeksplorasi tubuh bayi dengan ujung jarinya. Penelitian telah menemukan suatu pola sentuhan yang hampir sama, yakni pengasuh mulai mengeksplorasi jari tangan ke bagian kepala dan tungkai kaki. Tidak lama kemudian pengasuh memakai telapak tangannya untuk mengelus badan bayi dan akhirnya memeluk dengan tangannya.

(2) Kontak mata

Ketika bayi baru lahir mampu secara fungsional mempertahankan kontak mata, orang tua dan bayi akan menggunakan lebih banyak waktu untuk saling memandang. Beberapa ibu mengatakan dengan melakukan kontak mata mereka merasa lebih dekat dengan bayinya.

(3) Suara

Saling mendengar dan merespon suara antara orang tua dan bayinya juga penting dilakukan. Orang tua menunggu tangisan bayinya dengan tegang. Sementara itu, bayi akan menjadi tenang dan berpaling ke arah orang tua mereka saat orang tua mereka berbicara dengan suara bernada tinggi.

(4) Aroma

Perilaku lain yang terjalin antara orang tua dan bayi ialah respon terhadap aroma/bau masing-masing. Ibu mengetahui bahwa setiap anak memiliki aroma yang unik. Sementara itu, bayi belajar dengan cepat untuk membedakan aroma susu ibunya.

(5) Hiburan (entertainment)

Bayi baru lahir bergerak – gerak sesuai dengan struktur pembicaraan orang dewasa. Mereka menggoyangkan tangan, mengangkat kepala, mendendang – nendang kaki, seperti sedang berdansa mengikuti nada suara orang tuanya.

(6) Bioritme

Anak yang belum lahir atau baru lahir dapat dikatakan senada dengan ritme alamiah ibunya. Untuk itu, salah satu tugas bayi baru lahir ialah membentuk ritme personal (bioritme).

(7) Kontak dini

Saat ini tidak ada bukti-bukti alamiah yang menunjukkan bahwa kontak dini setelah lahir merupakan hal yang penting untuk hubungan orang tua dan anak. Ada beberapa keuntungan fisiologis yang dapat diperoleh dari kontak dini yaitu sebagai berikut: kadar oksitosin dan prolaktin meningkat, refleks menghisap dilakukan sedini

mungkin, pembentukan kekebalan aktif dimulai, dan mempercepat proses ikatan antara orang tua dan anak.

(8) Kehangatan tubuh (body warmth).

(9) Waktu pemberian kasih sayang.

(10) Stimulasi hormonal.

Prinsip-prinsip dan upaya meningkatkan Bonding Attachment yaitu : (1) bonding attachment dilakukan di menit pertama dan jam pertama, (2) orang tua merupakan orang yang menyentuh bayi pertama kali, (3) adanya ikatan yang baik dan sistematis, (4) orang tua ikut terlibat dalam proses persalinan, (5) persiapan (perinatal care-pnc) sebelumnya, (6) cepat melakukan proses adaptasi, (7) kontak sedini mungkin sehingga dapat membantu dalam memberi kehangatan pada bayi, menurunkan rasa sakit ibu, serta memberi rasa nyaman, (8) tersedianya fasilitas untuk kontak lebih lama, (9) penekanan pada hal-hal positif, (10) adanya perawat maternitas khusus (bidan), (11) libatkan anggota keluarga lainnya, (12) pemberian informasi bertahap mengenai bonding attachment (Nanny Lia Dewi, Vivian 2019).

#### **2.6.10 Kunjungan Neonatus**

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kepada neonatus pada masa 6 jam sampai 28 hari setelah kelahiran sesuai standrat (Kemenkes RI, 2010).

- a. kunjungan neonatus 1 (KN 1) dilakukan kurun waktu 6-48 jam (1-2 hari) setelah bayi lahir.
- b. Kunjungan neonatus 2 (KN 2) dilakukan kurun waktu 3-7 hari setelah bayi lahir.
- c. Kunjungan neonatus 3 (KN 3) dilakukan kurun waktu hari ke 8 sampai ke 28 setelah bayi lahir

#### **2.6.11 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir**

- 1) Pernafasan sulit atau lebih dari 60 x/menit
- 2) Terlalu panas atau dingin
- 3) Warna kulit kuning, biru, atau pucat
- 4) Isapan lemah (tidak mau mengisap)
- 5) Mengantuk berlebihan, banyak muntah
- 6) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
- 7) Infeksi (suhu meningkat, pernafasan sulit)
- 8) Feses/kemih (tidak berkemih dalam 24 jam, feses lembek, kering, hijau tua, ada lender atau darah)

- 9) Aktivitas : menggigil (tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak tenang, menangis terus menerus)Deslidel, 2011)

### **2.6.12 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir**

Menurut Jenny J.S Sondakh (2013, hal.161-166) konsep asuhan kebidanan pada bayi baru lahir normal meliputi:

Tanggal : ..... Jam : .....

Tempat : .....

Oleh : .....

#### **1) Data Subyektif**

##### **1. Biodata**

Nama bayi : Untuk menghindari kekeliruan

Tanggal lahir : Untuk Mengetahui usia neonatus

Anak ke- : Untuk Mengetahui struktur dari keluarga bayi

Jenis kelamin : Untuk Mengetahui jenis kelamin bayi

Umur : Untuk Mengetahui usia bayi

Alamat : Untuk Memudahkan kunjungan rumah bila diperlukan

Nama ibu : Untuk memudahkan memanggil atau menghindari kekeliruan

Umur : Mengetahui apakah ibu termasuk beresiko tinggi atau tidak

Pekerjaan : Untuk mengetahui tingkat sosial ekonomi

Pendidikan : Untuk mempermudah pemberian KIE

Agama : Mengetahui kepercayaan yang dianut ibu

Alamat : Memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah

Nama suami : Menghindari terjadinya kekeliruan

Umur : Mengetahui usia suami

Pekerjaan : untuk mengetahui tingkat sosial ekonomi

Pendidikan : untuk mempermudah pemberian KIE

Alamat : Memudahkan komunikasi dan kunjungan rumah

2. Keluhan utama; Ibu mengatakan telah melahirkan bayinya pada tanggal ..... Jam ..... WIB. Kondisi ibu dan bayi sehat.
3. Riwayat Antenatal; Anamnesa orang tua/keluarga ibu dengan penyakit diabetes militus, usia ibu terlalu tua, factor gizi, multiparitas, dari hasil pemeriksaan didapatkan TFU lebih tinggi daripada usia kehamilan, obesitas.
4. Riwayat kehamilan dan persalinan

- (1) Riwayat Prenatal : anak beberapa, riwayat kehamilan yang mempengaruhi BBL adalah kehamilan yang tidak disertai komplikasi seperti diabetes melitus (DM), hepatitis, jantung, asma, hipertensi (HT), TBC, frekuensi *antenatal care* (ANC), dimana keluhan-keluhan selama hamil. Riwayat prenatal meliputi apakah ada gangguan seperti perdarahan, muntah yang sangat, toxaemia gravidarum.
- (2) Riwayat Natal: berapa usia kehamilan, jam berapa waktu persalinan, jenis persalinan, lama kala I, lama kala II, BB bayi, PB bayi, denyut nadi, respirasi, suhu, bagaimana ketuban, ditolong oleh siapa, komplikasi persalinan dan berapa nilai APGAR untuk BBL. Riwayat natal terdiri dari apakah persalinan yang lalu spontan atau buatan, aterm atau prematur, perdarahan atau tidak, ditolong oleh siapa, bidan atau dokter.
- (3) Riwayat Post Natal : a) Observasi TTV, b) Keadaan talipusat, c) Apakah telah diberi injeksi vitamin K, d) Minum ASI/PASI, berapa cc setiap per jam Riwayat natal meliputi: apakah ada panas, perdarahan dan bagaimana laktasinya apakah ada hambatan yang mungkin akan terulang karena jalannya persalinan yang lalu adalah hasil ujian segala faktor yang mempengaruhi persalinan.

## 5. Kebutuhan dasar

- 1) Pola nutrisi, setelah bayi lahir, segera susukan pada ibunya, apakah ASI keluar sedikit, kebutuhan minum hari pertama 60 cc/kgBB, selanjutnya ditambah 30 cc/kgBB untuk hari berikutnya.
- 2) Pola eliminasi, proses pengeluaran defekasi dan urin terjadi 24 jam pertama setelah lahir, konsistensinya agak lembek, berwarna hitam kehijauan. Selain itu diperiksa juga urin yang normalnya berwarna kuning.
- 3) Pola istirahat, pola tidurnormal bayi baru lahir adalah 14-18 jam/hari.
- 4) Pola aktivitas, pada bayi seperti menangis, BAK, BAB, serta memutar kepala untuk mencari puting susu.
- 5) Riwayat psikososial, kesiapan keluarga menerima anggota baru dan kesanggupan ibu menerima dan merawat anggota baru.

## 2) Data Objektif

### 1. Pemeriksaan Fisik Umum

Kesadaran	: Composmentis
Suhu	: normal (36,5 – 37,5 <sup>0</sup> C)
Pernapasan	: normal (40 - 60 x/menit)
Denyut Jantung	: normal (120 – 160 x/menit)
Berat Badan	: normal (2500 – 4000 gram)

Panjang Badan : antara (48 – 52 cm)

## 2. Pemeriksaan Fisik

Kepala : adakah caput suscedaneum, cephal hematoma, keadaan ubun-ubun tertutup.

Muka : warna kulit merah

Mata : seklera putih, tidak ada perdarahan subconjungtiva

Hidung : lubang simetris, bersih tidak ada sekret

Mulut : refleks menghisap baik, tidak ada palato skisis

Telinga : simetris, tidak ada serumen

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran bendungan vena jugularis

Dada : simetris, tidak ada retrakso dada

Tali Pusat : bersih, tidak ada perdarahan, terbungkus kassa

Abdomen : simetris, tidak ada massa, tidak ada infeksi

Genetalia : kelamin laki-laki : testis sudah turun, penis berlubang dan berada di ujung penis. Kelamin perempuan : vagina, uretra berlubang, labia mayora sudah menutupi labia minora.

Anus : tidak terdapat atresia ani

Ekstermitas : gerakan, bentuk dan jumlah jari, tidak terdapat sindaktil polidaktil

Punggung : tidak terdapat spina bifida

## 3. Pemeriksaan Neurologis

Refleks <i>Moro</i> /Terkejut	apabila bayi diberi sentuhan mendadak terutama dengan jari dan tangan, maka akan menimbulkan gerak terkejut
Refleks Menggenggam	apabila telapak tangan bayi disentuh dengan jari pemeriksa, maka ia akan berusaha menggenggam jari pemeriksa
Refleks Rooting/Mencari	apabila pipi bayi disentuh oleh jari pemeriksa, maka ia akan menoleh dan mencari sentuhan itu
Refleks Mengisap/Sucking	apabila diberi dot/puting, maka ia berusaha untuk menghisap

Glabella Refleks	apabila bayi disentuh pada daerah os glabella dengan jari tangan pemeriksa, maka ia akan mengerutkan keningnya dan mengedipkan matanya
Gland Refleks	apabila bayi disentuh pada lipatan paha kanan dan kiri, maka ia berusaha mengangkat kedua pahanya
Tonick Neck Refleks	apabila bayi diangkat dari tempat tidur (digendong), maka ia akan berusaha mengangkat kepalanya.

#### 4. Pemeriksaan Penunjang

Adakah pemeriksaan yang dapat menunjang seperti Pemeriksaan Hb, HbsAg, bilirubin, darah lengkap (DL). Pemeriksaan penunjang biasa dilakukan atas indikasi tertentu.

#### 3) **Identifikasi Diagnosis dan Masalah (Sondakh, 2013)**

Diagnosis : bayi baru lahir normal, umur ..... jam

Data Subjektif : bayi lahir tanggal ..... jam ..... dengan normal

Data Objektif : BB, PB, HR, RR, tangisan kuat, warna kulit, tonus otot

#### 4) **Identifikasi Masalah Potensial**

Pada langkah ketiga ini bidan mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi (Wafi Nur Muslihatun, 2010, hal: 255)

#### 5) **Identifikasi Kebutuhan Segera**

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau hal yang perlu dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai kondisi bayi, contohnya adalah bayi tidak segera bernapas spontan dalam 30 detik, segera lakukan resusitasi (Wafi Nur Muslihatun, 2010, hal: 255).

#### 6) **Intervensi (Jenny J.S Sondakh, 2013)**

Diagnosis : bayi baru lahir normal umur .... jam .....

Tujuan : 1) Bayi tetap dalam keadaan normal, 2) Bayi tidak mengalami infeksi dan hipotermi

Kriteria hasil : 1) Bayi dalam keadaan sehat, 2) TTV dalam batas normal: BB, TB, HR, RR, S

Intervensi :

1) Lakukan *informed Consent*

R/ *informed consent* merupakan langkah awal melakukan tindakan lebih lanjut

2) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan

- R/ cuci tangan merupakan prosedur pencegahan kontaminasi silang
- 3) Beri identitas bayi  
R/ identitas merupakan cara yang tepat untuk menghindari kekeliruan
  - 4) Bungkus bayi dengan kain kering dan lembut  
R/ membungkus bayi merupakan cara mencegah hipotermi
  - 5) Rawat tali pusat dengan cara membungkus dengan kassa  
R/ tali pusat yang terbungkus merupakan cara mencegah infeksi
  - 6) Timbang berat badan setiap hari setelah dimandikan  
R/ deteksi dini pertumbuhan dan kelainan pada bayi
  - 7) Ukur suhu tubuh bayi, denyut jantung, dan respirasi setiap jam  
R/ deteksi dini terjadinya komplikasi
  - 8) Anjurkan ibu untuk mengganti popok bayi setelah BAB / BAK  
R/ salah satu cara untuk menghindari bayi dari kehilangan panas
  - 9) Anjurkan ibu untuk memberikan ASI Eksklusif  
R/ ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertahanan tubuh / kebutuhan bayi 60 cc/kg/hari.
  - 10) Anjurkan ibu cara menyusui yang benar, maka bayi akan merasa nyaman dan tidak tersedak  
R/ bayi akan merasa nyaman dan tidak tersedak.

7) **Implementasi / Pelaksanaan**

Menurut Sondakh (2013) Dilakukan sesuai dengan intervensi

Tanggal : ..... Jam : ..... WIB

8) **Evaluasi**

Menurut Jenny J.S Sondakh (2013) evaluasi sebagai berikut:

Tanggal : ..... Jam : ..... WIB

S : Data yang di peroleh dari pasien dan keluarga.

O : Hasil pemeriksaan fisik beserta pemeriksaan diagnostik dan penunjang / pendukung lain, serta catatan medik.

A : Kesimpulan Dari Data Subjektif Dan Objektif

P :Merupakan gambaran pendokumentasian dari tindakan evaluasi

**2.7 Konsep Dasar KB (Keluarga Berencana)**

**2.7.1 Pengertian KB**



Kontrasepsi merupakan usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan, upaya ini bersifat permanen (Prawirohardjo, 2014).

Kontrasepsi adalah merupakan usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan (Manuaba, 2010).

### **2.7.2 Macam-Macam Metode Kontrasepsi**

#### **1. Metode Keluarga Berencana Alamiyah (KBA)**

1) Metode Kalender : (1) Tidak melakukan senggama pada masa subur istri dengan menghitung waktu ovulasi (2) Dari data haid yang dicatat selama 6-12 bulan terakhir. Harus mencatat siklus haid setiap bulan. Cara ini hanya cocok bagi wanita dengan siklus haid teratur. Harus mencatat siklus haid paling sedikit 6-12 bulan. (3) Langkah-langkah menghitung masa subur: a) Mencatat tanggal hari pertama datang bulan, b) Lakukan pencatatan ini terus menerus setiap bulan, minimal 6 bulan, c) Catatlah jumlah hari dari setiap siklus haid (siklus terpendek, terpanjang) (4) Patokan menentukan masa subur wanita, yaitu: a) Ovulasi terjadi  $\pm 2$  hari sebelum haid yang akan datang, b) Sperma dapat hidup dan membuahi dalam 48 jam setelah ejakulasi, b) Ovum dapat hidup 24 jam setelah ovulasi.

2) Metode Suhu Basal : (1) Suhu yang diukur segera setelah bangun tidur dan seseorang belum melakukan kegiatan apapun. Terjadi peningkatan suhu  $0,2-0,5^{\circ}\text{C}$  pada waktu ovulasi. Peningkatan suhu basal disebabkan karena peninggian kadar hormon progesteron. Faktor yang mempengaruhi: Infeksi traktus respiratorius, Infeksi/penyakit-penyakit lain yang meninggikan suhu badan, Inflamasi lidah, mulut, anus, Minum panas/dingin sebelum pengambilan suhu, Kegagalan membaca thermometer (2) Teknik menggunakan suhu basal yaitu: a) Mengukur pada waktu yang sama dari hari kehari dan dalam keadaan istirahat mutlak, b) Periksa dulu termometer sebelum digunakan, c) Pengukuran dilakukan secara : oral (3 menit), rektal (1 menit), d) Baca termometer juga dalam keadaan berbaring, e) Pakai catatan, suhu pada kartu tersebut untuk 10 hari pertama dari siklus haid untuk menentukan suhu tertinggi dari suhu yang normal rendah, f) Tarik garis pada  $0,05-0,1^{\circ}\text{C}$  diatas suhu tertinggi dari suhu 10 hari tersebut disebut garis pelindung (Cover Line), g) Masa tak subur mulai pada sore setelah hari ketiga berturut-turut suhu berada diatas garis pelindung tersebut (3) Efek samping : Pantang terlalu lama akan menimbulkan frustasi, dapat diatasi dengan pemakaian kondom sebelum senggama (4) Kekurangan: a) Merepotkan untuk mengukur suhu badan setiap hari, b) Pencatatan tidak lagi akurat bila terjadi infeksi, gangguan tidur/stress, c) Tidak cocok untuk wanita yang kurang pendidikannya, d) Hanya dapat dipergunakan bila siklus haid teratur (28-30 hari).



kekhawatiran/ketegangan bila melakukan hubungan seks, f) Cara ini memerlukan kerjasama menahan diri secara sungguh-sungguh bagi pasangan, g) Perlu pencatatan tiap hari. (7) Wanita yang dapat menggunakan KB Alamiah, adalah a) Semua perempuan semasa reproduksi, b) Perempuan kurus/gemuk, c) Perempuan dengan alasan kesehatan tertentu, d) Pasangan dengan alasan agama untuk tidak menggunakan metode lain, e) Perempuan yang tidak dapat menggunakan metode kontrasepsi lain, f) Pasangan yang ingin/termotivasi untuk mengobservasi, mencatat, menilai gejala kesuburannya. (8) Wanita yang tidak dianjurkan menggunakan KB Alamiah, adalah: a) Perempuan yang belum mendapatkan haid (masih menyusui), b) Perempuan yang pasangannya tidak mau kerjasama/berpantang selama waktu tertentu, c) Siklus haid tidak teratur, d) Riwayat siklus haid an-ovulatoir, e) Kurva suhu badan yang tidak teratur.

## 2. Metode Amenore Laktasi (MAL)

### 1) Definisi

Metode Amenorea Laktasi (MAL) atau Lactational Amenorrhea Method (LAM) adalah metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya. Metode Amenorea Laktasi (MAL) atau Lactational Amenorrhea Method (LAM) dapat dikatakan sebagai metode keluarga berencana alamiah (KBA) atau natural family planning, apabila tidak dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain (Affandi, 2015)

### 2) Cara Kerja : Penundaan atau penekanan ovulasi (Affandi, 2015)

3) Keuntungan kontrasepsi MAL, antara lain : efektifitas tinggi, segera aktif, tidak perlu pengawasan medis, tidak mengganggu senggama tidak ada efek samping secara sistemik, tidak perlu obat atau alat, tanpa biaya.

4) Keuntungan nonkontrasepsi MAL, antara lain : Untuk bayi : a) mendapat kekebalan pasif (mendapat antibodi perlindungan lewat ASI), b) sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tubuh kembang bayi yang optimal, c) terhindar dari keterpurukan terhadap kontaminasi dari air susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai. Untuk ibu : a) mengurangi perdarahan post partum, b) mengurangi resiko anemia, c) meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi (Affandi, 2015).

5) Kekurangan dari kontrasepsi MAL adalah : a) perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan, b) mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial, c) efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid sampai dengan 6 bulan, d) tidak melindungi terhadap IMS termasuk hepatitis B/ HBV dan HIV/AIDS.

6) Indikasi : a) wanita yang menyusui secara eksklusif, b) bayi berumur kurang dari 6 bulan, c) belum mendapatkan haid setelah melahirkan.

7) Kontraindikasi : a) wanita pasca melahirkan yang sudah mendapat haid, b) wanita yang tidak menyusui secara eksklusif, c) wanita yang bekerja dan terpisah dari bayinya lebih dari 6 jam, bayi sudah berumur lebih dari 6 bulan

### 3. Senggama Terputus

#### 1. Pengertian

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi.

#### 2. Cara kerja

Alat Kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah.

#### 3. Keuntungan kontrasepsi, yaitu:

- a) efektif bila dilaksanakan dengan benar
- b) tidak mengganggu produksi ASI
- c) dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya
- d) tidak ada efek samping,
- e) dapat digunakan setiap waktu,
- f) tidak membutuhkan biaya.

#### 4. Keuntungan non kontrasepsi, yaitu:

- a) meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana
- b) untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam.

#### 5. Keterbatasan :

- a) efektivitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan setahun)
- b) efektivitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis
- c) memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual.

#### 6. Indikasi

- a) suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana,

- b) pasangan yang taat beragama atau mempunyai alasan filosofi untuk tidak memakai metode-metode lain,
- c) pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera,
- d) pasangan yang memerlukan metode sementara, sambil menunggu metode yang lain,
- e) pasangan yang membutuhkan metode pendukung,
- f) pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur.

#### 7. Kontraindikasi

- a) suami dengan pengalaman ejakulasi dini
- b) suami yang sulit sekali melakukan senggama terputus
- c) suami yang mempunyai kelainan fisik atau psikologi,
- d) Istri yang mempunyai pasangan yang sulit diajak bekerjasama
- e) Pasangan yang kurang dapat berkomunikasi
- f) Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus.

#### 8. Instruksi bagi klien, yaitu

- a) meningkatkan kerjasama dan membangun saling pengertian sebelum melakukan hubungan seksual dan pasangan harus mendiskusikan dan menyepakati penggunaan metode senggama terputus,
- b) Sebelum berhubungan pria sebaiknya terlebih dulu mengosongkan kandung kemih dan membersihkan ujung penis untuk menghilangkan spermadari ejakulasi sebelumnya,
- c) apabila merasa akan ejakulasi, pria segera mengeluarkan penisnya dari vagina pasangannya dan mengeluarkan sperma diluar vagina, d) pastikan pria tidak terlambat melaksanakannya,
- e) senggama tidak dianjurkan pada masa subur.

#### 9) Metode Barrier

##### a. Kondom

##### (1) Definisi

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Berbagai bahan telah ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektivitasnya (misalnya penambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris

aktivitas seksual, standar kondom dilihat dari ketebalan, pada umumnya setandar ketebalan adalah 0,02 mm.

(2) Tipe Kondom

Kondom biasa, kondom berkontur (bergerigi), kondom beraroma, dan kondom tidak beraroma

(3) Cara Kerja

Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tumpah ke dalam saluran reproduksi perempuan, dan mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil).

(4) Keuntungan kontrasepsi

Efektif bila digunakan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu kesehatan klien, tidak mempunyai pengaruh sistemik, murah dan dapat dibeli secara umum, tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus, metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi harus ditunda.

(5) Keuntungan non kontrasepsi

Memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber-KB, dapat mencegah penularan IMS, mencegah ejakulasi dini, membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks), saling berinteraksi sesama pasangan, mencegah imuno infertilitas.

(6) Kekurangan/Keterbatasan

Efektivitas tidak terlalu tinggi, cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi, agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung), pada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi, harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual, beberapa klien malu untuk membeli kondom ditempat umum, pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah.

(7) Indikasi dan Kontraindikasi

Tabel 2.31 Indikasi dan kontraindikasi penggunaan kondom

<b>Kondom</b>	
<b>Sesuai untuk pria yang:</b>	<b>Tidak sesuai untuk pria yang:</b>

a) Ingin berpartisipasi dalam program KB.	a) Mempunyai pasangan yang berisiko tinggi apabila terjadi kehamilan.
b) Ingin segera mendapatkan alat kontrasepsi.	b) Alergi terhadap bahan dasar kondom.
c) Ingin kontrasepsi sementara	c) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang.
d) Ingin kontrasepsi tambahan.	d) Tidak mau terganggu dengan berbagai persiapan untuk melakukan hubungan seksual.
e) Hanya ingin menggunakan alat kontrasepsi jika akan berhubungan.	e) Tidak peduli berbagai persyaratan kontrasepsi.
f) Berisiko tinggi tertular/menularkan IMS.	

(8) Cara penggunaan/instruksi bagi klien : (a) Gunakan kondom setiap akan melakukan hubungan seksual, (b) Agar efek kontrasepsinya lebih baik, tambahkan spermisida kedalam kondom, (c) Jangan menggunakan gigi, benda tajam seperti pisau, silet, gunting atau benda tajam lainnya pada 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 karetinya dengan jalan menggeser gulungan tersebut kearah pangkal penis. Pemasangan ini harus dilakukakan sebelum penetrasi penis ke vagina, (e) Bila kondom tidak mempunyai tempat penampunagsperma pada bagian ujungnya, maka saat memakai, 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 pada saat penis dicabut dan lepaskan kondom diluar vagina agar tidak terjadi tumpahan cairan sperma di sekitar vagina, (h) Gunakan kondom hanya untuk satu kali pakai, (i) Buang kondom bekas pakai pada tempat yang aman, (j) Sediakan kondom dalam jumlah cukup dirumah dan jangan disimpan ditempat yang panas karena hali ini dapat menyebabkan kondom menjadi rusak atau robek saat digunakan, (k) Jangan gunakan kondom apabila kemasannya robek atau kondom tampak rapuh/kusut, (l) Jangan gunakan minyak goreng, minyak mineral, atau pelumas dari bahan petrolatum karena akan segera merusak kondom.

(9) Efek samping dan penanganannya

Tabel 2.32 Efek samping dan penanganan masalah penggunaan kondom

Efek Samping atau Masalah	Penanganan
---------------------------	------------

Kondom rusak atau diperkirakan bocor (sebelum berhubungan).	Buang dan pakai kondom baru atau pakai spermisida digabung kondom.
Kondom bocor atau dicurigai ada curahan divagina saat berhubungan	Jika dicurigai ada kebocoran, pertimbangkan pemberian <i>Morning After Pill</i> (kontrasepsi darurat).
Dicurigai adanya reaksi alergi (spermisida).	Reaksi alergi, meskipun jarang, dapat sangat mengganggu dan bisa berbahaya. Jika keluhan menetap sesudah berhubungan dan tidak ada gejala IMS, berikan kondom alami (produk hewani: <i>lamb skin gut</i> ) atau bantu klien memilih metode lain.
Mengurangi kenikmatan hubungan seksual.	Jika penurunan kepekaan tidak bisa ditolelir biarpun dengan kondom yang lebih tipis, anjurkan pemakaian metode lain.

## 2) Diafragma

### (1) Definisi

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks (Affandi, 2015).

(2) Jenis : *flat spring (flat metal band)*, *coil spring (coiled wire)*, dan *arching spring* (kombinasi *metal spring*).

(3) Cara kerja : menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopii) dan sebagai alat tempat spermisida.

(4) Keuntungan kontrasepsi: efektif bila digunakan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu hubungan seksual karena telah terpasang sampai 6 jam sebelumnya, tidak mengganggu kesehatan klien, tidak mempunyai pengaruh sistemik.

(5) Keuntungan non kontrasepsi: salah satu perlindungan terhadap IMS/HIV/AIDS, khususnya apabila digunakan dengan spermisida, bila digunakan pada saat haid, menampung darah menstruasi.

(6) Keterbatasan : (a) efektifitas sedang (bila digunakan dengan spermisida angka kegagalan 6-16 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama), (b) keberhasilan sebagai kontrasepsi



bergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan, (c) motivasi diperlukan berkesinambungan dengan menggunakannya setiap berhubungan seksual, (d) pemeriksaan pelvik oleh petugas kesehatan terlatih diperlukan untuk memastikan ketepatan pemasangan, (e) pada beberapa pengguna menjadi penyebab infeksi saluran uretra, (f) pada 6 jam pasca hubungan seksual, alat masih harus berada di posisinya.

(7) Indikasi dan kontraindikasi

Tabel 2.33 Indikasi dan kontraindikasi penggunaan diafragma

<b>Diafragma</b>	
<b>Sesuai untuk klien yang:</b>	<b>Tidak sesuai untuk klien yang:</b>
Tidak menyukai metode kontrasepsi hormonal, seperti perokok, atau diatas usia 35 tahun.	Berdasarkan umur dan paritas serta masalah kesehatan menyebabkan kehamilan menjadi berisiko tinggi.
Tidak menyukai penggunaan AKDR.	Terinfeksi saluran uretra.
Menyusui dan perlu kontrasepsi	Tidak stabil secara psikis atau tidak suka menyentuh alat kelaminnya (vulva dan vagina).
Memerlukan proteksi terhadap IMS.	Mempunyai riwayat sindrom syok karena keracunan.
Memerlukan metode sederhana sambil menunggu metode yang lain.	Ingin metode KB efektif.

(8) Efek samping dan penanganannya

Tabel 2.34 Efek samping dan penanganan masalah penggunaan diafragma

<b>Efek Samping</b>	<b>Penanganan</b>
Infeksi saluran uretra	Pengobatan dengan antibiotika yang sesuai, apabila diafragma menjadi pilihan utama dalam ber-KB. Sarankan untuk segera mengosongkan kandung kemih setelah melakukan hubungan seksual atau sarankan memakai metode lain.
Dugaan adanya reaksi alergi diafragma atau dugaan adanya reaksi alergi spermsida.	Walaupun jarang terjadi, terasa kurang nyaman dan mungkin berbahaya. Jika ada gejala iritasi vagina, khususnya pasca senggama, dan tidak mengidap IMSA, berikan spermsida yang lain atau bantu untuk memilih metode lain.

Rasa nyeri pada tekanankandung kemih/rectum.	Pastikan ketepatan letak diafragma apabila alat terlalu besar. Cobalah dengan ukuran yang lebih kecil. Tindak lanjuti untuk menyakinkan masalah telah ditangani.
Timbul cairan vagina dan berbau jika dibiarkan lebih dari 24 jam.	Periksa adanya IMS atau benda asing dalam vagina (tampon dll). Jika tidak ada, sarankan klien untuk melepas diafragma setelah melakukan hubungan seksual. Tapi tidak kurang dari 6 jam setelah aktivitas terakhir. Setelah diangkat (diafragma harus dicuci dengan hati-hati menggunakan sabun cair dan air, jangan menggunakan bedak atau talk jika akan disimpan). Jika mengidap IMS, lakukan pemrosesan alat sesuai dengan pencegahan infeksi.

(9) Cara Penggunaan bagi Klien: (a) Gunakan diafragma setiap kali melakukan hubungan seksual, (b) Pertama kosongkan kandung kemih dan cuci tangan, (c) Pastikan diafragma tidak berlubang (tes dengan mengisi diafragma dengan air, atau melihat menembus cahaya), (d) Oleskan sedikit spermisida krim atau jelli pada kap diafragma (untuk memudahkan pemasangan tambahkan krim atau jelli, remas bersamaan dengan pinggirannya), (e) Posisi saat pemasangan diafragma: satu kaki diangkat ke atas kursi atau dudukan toilet, sambil berbaring atau sambil jongkok, (f) Lebarkan kedua bibir vagina, (g) Masukkan diafragma kedalam vagina jauh kebelakang, dorong bagian depan pinggirannya ke atas dibalik tulang pubis, (h) Masukkan jari ke dalam vagina sampai menyentuh servik, sarungkan karetanya dan pastikan servik telah terlindungi, (i) Diafragma dipasang divagina sampai 6 jam sebelum hubungan seksual. Jika hubungan seksual berlangsung diatas 6 jam setelah pemasangan, tambahkan spermisida ke dalam vagina. Diafragma berada didalam vagina paling tidak 6 jam setelah terlaksananya hubungan seksual. Jangan tinggalkan diafragma di dalam vagina lebih dari 24 jam sebelum diangkat (tidak dianjurkan mencuci vagina setiap waktu, pencucian vagina bisa dilakukan setelah ditunda 6 jam sesudah hubungan seksual). (j) Mengangkat dan mencabut diafragma dengan menggunakan jari telunjuk dan tengah kemudian cuci dengan sabun dan air, keringkan sebelum disimpan kembali di tempatnya.

### 3) Spermisida

#### (1) Definisi

Spermisida adalah bahan kimia (bisaanya non oksinol-9) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk:aerosol (busa), tablet vaginal, suppositoria, atau *dissolvablefilm*, krim (Affandi, 2015)

(2) Cara kerja : Menyebabkan sel membrane sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur.Busa (Aerosol) efektif segera setelah insersi. Tablet vagina, suppositoria, dan film penggunaannya disarankan menunggu 10-15 menit sesudah dimasukkan sebelum hubungan seksual. Jenis spermisida jelli bisaanya hanya digunakan dengan diafragma.

(3) Keuntungan Kontrasepsi : Efektif seketika (busa dan krim), tidak mengganggu produksi ASI, bisa digunakan sebagai pendukung metode lain, tidak mengganggu kesehatan klien, tidak mempunyai pengaruh sistemik, mudah digunakan, meningkatkan lubrikasi selama hubungan seksual, tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus.

(4) Keuntungan Non kontrasepsi : salah satu perlindungan terhadap IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS.

(5) Keterbatasan : Efektivitas kurang (18-29 kehamilan per 100 perempuan pertahun pertama), efektivitas sebagai kontrasepsi bergantung pada kepatuhan mengikuticara penggunaan, ketergantungan pengguna dari motivasi berkelanjutan dengan memakai setiap melakukan hubungan seksual, pengguna harus menunggu 10-15 menit setelah aplikasi sebelum melakukan hubungan seksual (tablet busa vagina, suppositoria dan film), efektivitas aplikasi hanya 1-2 jam.

(6) Indikasi dan kontraindikasi

Tabel 2.35 Indikasi dan kontraindikasi penggunaan spermisida

<b>Spermisida</b>	
<b>Sesuai untuk klien yang:</b>	<b>Tidak sesuai untuk klien yang:</b>
Tidak dianjurkan metode kontrasepsi hormonal, seperti perokok, atau di atas usia 35 tahun.	Berdasarkan umur dan paritas serta masalah kesehatan menyebabkan kehamilan dengan risiko tinggi.
Tidak menyukai penggunaan AKDR	Terinfeksi saluran uretra.
Menyusui dan perlu kontrasepsi.	Tidak stabil secara psikis atau tidak suka menyentuh alat kelaminnya (vulva dan vagina).
Memerlukan proteksi terhadap IMS.	Mempunyai riwayat sindrom syok karena keracunan.
Memerlukan metode sederhana sambil menunggu metode yang lain.	Ingin metode KB efektif.

(7) Efek samping dan penanganannya

Tabel 2.39 Efek samping dan penanganan masalah penggunaan spermisida

<b>Efek Samping dan Masalah</b>	<b>Penanganan</b>
Iritasi vagina	Periksa adanya vaginitis dan IMS. Jika penyebabnya spermisida, alihkan ke spermisida lainnya dengan komposisi kimia berbeda atau bantu klien memilih metode lain.
Iritasi penis dan tidak nyaman	Periksa IMS, jika penyebabnya spermisida, alihkan ke spermisida lainnya dengan komposisi kimia berbeda atau bantu klien memilih metode lain.
Gangguan rasa panas di vagina	Periksa reaksi alergi atau terbakar. Yakinkan bahwa rasa hangat adalah normal. Jika tidak ada perubahan, alihkan ke spermisida lainnya dengan komposisi kimia berbeda atau bantu klien memilih metode lain.
Kegagalan tablet tidak larut	Pilih spermisida lain dengan komposisi kimia berbeda atau bantu klien memilih metode lain.

(8) Cara Penggunaan/Instruksi bagi klien, yaitu: (a) Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum mengisi aplikator (busa atau krim) dan insersi spermisida, (b) Penting untuk menggunakan spermisida setiap melakukan aktifitas hubungan seksual, (c) Jarak tunggu sesudah memasukkan tablet vagina atau suppositoria adalah 10-15 menit, (d) Tidak ada jarak tunggu setelah memasukkan busa, (e) Penting untuk mengikuti anjuran dari pabrik tentang cara penggunaan dan penyimpanan dari setiap produk (misalnya kocok aerosol sebelum diisi kedalam aplikator), (f) Spermisida ditempatkan jauh di dalam vagina sehingga servik terlindungi dengan baik.

(9) Cara penggunaan spermisida bentuk aerosol (busa): (a) Kocok tempat Aerosol 20-30 menit sebelum digunakan, (b) Tempatkan container dengan posisi keatas, letakkan aplikator pada mulut container, dan tekan aplikator untuk mengisi busa, (c) Sambil berbaring lakukan insersi aplikator ke dalam vagina mendekati serviks. Dorong sampai busa keluar, (d) Aplikator segera dicuci pakai sabun dan air, tiriskan, dan keringkan. Jangan berbagi aplikator dengan orang lain.

(10) Cara penggunaan spermisida bentuk tablet vagina atau suppositoria atau film/tissue : (a) Cuci tangan sebelum membuka paket, (b) Lepaskan tablet atau suppositoria dari paket, (c) Sambil berbaring masukkan tablet vagina atau suppositoria jauh kedalam vagina, (d) Tunggu 10-15 menit sebelum mulai berhubungan seksual, (e) Sediakan selalu ekstra pengadaan tablet

vagina atau suppositoria di tempat. Beberapa busa dari tablet vagina menyebabkan rasa hangat di vagina, itu normal-normal saja.

(11) Cara penggunaan spermisida bentuk krim: (a) Inseri kontrasepsi krim setelah dikemas kedalam aplikator sampai penuh, masukkan kedalam vagina sampai mendekati serviks, (b) Tekan alat pendorong sampai krim keluar. Tidak perlu menunggu kerja krim, (c) Aplikator harus dicuci dengan sabun dan air sesuai dengan pencegahan infeksi untuk alat-alat, tiriskan dan keringkan, (d) Untuk memudahkan pembersihan alat, pisahkan bagian-bagiannya. Jangan berbagi aplikator dengan orang lain, (e) Sediakan selalu ekstra pengdaan krim trauma apabila ternyata container kosong.

#### 10) Kontrasepsi Kombinasi

##### a. Kontrasepsi Suntikan Kombinasi (Depo medroksiprogesteron Asetat)

(1) Cara Kerja : (a) Menekan ovulasi, (b) Membuat lender serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu, (c) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu, (d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

(2) Keuntungan kontrasepsi : (a) Resiko terhadap kesehatan kecil, (b) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, (c) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam, (d) Jangka panjang, (e) Efek samping sangat kecil, (f) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.

(3) Keuntungan non kombinasi : (a) Mengurangi dari jumlah perdarahan, (b) Mengurangi nyeri saat haid, (c) Mencegah anemia, (d) Khasiat pencegahan terhadap kanker ovarium dan endometrium, (e) Mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium, (f) Mencegah kehamilan ektopik, (g) Melindungi klien dari jenis-jenis tertentu penyakit radang panggul, (h) Pada keadaan tertentu dapat diberikan pada wanita usia premenopause.

(4) Kerugian : (a) Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak atau perdarahan sela sampai 10 hari, (b) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, (c) Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan, (d) Efektivitasnya berkurang apabila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsi (penitoin dan barbiturat) atau obat tuberculosis (rifampisin), (e) Dapat terjadi efek samping yang serius seperti serangan jantung, stroke, dll, (f) Penambahan Berat badan, (g) Tidak menjamin perlindungan terhadap penukaran IMS, Hepatitis B, atau HIV, 8) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah menghentikan pemakaian (Affandi, 2015).

##### (5) Indikasi dan kontraindikasi

Tabel 2.37 Indikasi dan kontraindikasi penggunaan suntik kombinasi

<b>Suntikan Kombinasi</b>
---------------------------

Sesuai untuk klien yang	Tidak sesuai untuk klien yang
Usia reproduksi	Hamil atau diduga hamil
Telah memiliki anak, ataupun belum memiliki anak	Menyusui dibawah 6 minggu pascapersalinan
Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektifitas yang tinggi	Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
Menyusui ASi pascapersalinan > 6 bulan	Penyakit hati akut (virus hepatitis)
Anemia	Usia > 35 tahun yang merokok
Paska persalinan dan tidak menyusui	Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (> 180/110 mmHg)
Nyeri haid hebat	Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan kencing manis > 20 tahun
Haid teratur	Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain
Riwayat kehamilan ektopik	

(6) Efek samping dan penanganannya

Tabel 2.38 Efek samping dan penanganan masalah penggunaan suntik kombinasi

Efek samping	Penanganan
Amenorea	Bila tidak terjadi kehamilan, dan tidak perlu diberi pengobatan khusus. Jelaskan bahwa darah haid tidak berkumpul dalam Rahim. Anjurkan klien untuk kembali ke klinik bila tidak datangnya haid masih menjadi masalah. Bila klien hamil, rujuk klien. Hentikan penyuntikan, dan jelaskan bahwa hormon progestin dan estrogen sedikit sekali pengaruhnya pada janin
Mual / pusing / muntah	Pastikan tidak ada kehamilan. Bila hamil, rujuk. Bila tidak hamil, informasikan bahwa hal ini adalah hal biasa dan akan hilang dalam waktu dekat
Perdarahan / perdarahan bercak ( <i>spotting</i> )	Bila hamil, rujuk. Bila tidak hamil cari penyebab perdarahan yang lain jelaskan bahwa perdarahan yang terjadi merupakan hal biasa. Bila perdarahan berlanjut dan mengkhawatirkan klien, metode kontrasepsi lain perlu dicari

(7) Waktu mulai menggunakan suntikan kombinasi

- a. Suntikan pertama diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid. Tidak diperlukan kontrasepsi tambahan.
- b. Bila suntikan pertama diberikan setelah 7 hari siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain untuk 7 hari.
- c. Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja dapat dipastikan ibu tersebut tidak hamil. Klien tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain selama masa waktu 7 hari.
- d. Bila klien pasca persalinan 6 bulan, menyusui, serta belum haid, suntikan pertama dapat diberikan, asal saja dapat dipastikan tidak hamil.
- e. Bila pasca persalinan > 6 bulan, menyusui, serta telah mendapat haid, suntikan pertama dapat diberikan pada siklus haid hari ke 1 dan 7.
- f. Bila pasca persalinan < 6 bulan dan menyusui, jangan diberikan suntikan kombinasi.
- g. Bila pasca persalinan 3 minggu, dan tidak menyusui, suntikan kombinasi dapat diberikan.
- h. Pasca keguguran, suntikan kombinasi dapat segera diberikan atau dalam waktu 7 hari.
- i. Ibu yang sedang menggunakan metode kontrasepsi hormonal yang lain dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal kombinasi. Selama ibu tersebut menggunakan kontrasepsi sebelumnya secara benar, suntikan kombinasi dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid. Bila ragu-ragu, perlu dilakukan uji kehamilan terlebih dahulu.
- j. Bila kontrasepsi sebelumnya juga kontrasepsi hormonal, dan ibu tersebut menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan kombinasi tersebut dapat diberikan sesuai jadwal kontrasepsi sebelumnya. Tidak diperlukan metode kontrasepsi lain.
- k. Ibu yang menggunakan metode kontrasepsi nonhormonal dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama dapat segera diberikan, asal saja diyakini ibu tersebut tidak hamil, dan pemberiannya tanpa perlu menunggu datangnya haid. Bila diberikan pada hari 1-7 siklus haid, metode kontrasepsi lain tidak diperlukan. Bila sebelumnya menggunakan AKDR, dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama diberikan 1-7 hari siklus haid. Cabut AKDR segera.

(8) Cara penggunaan

Suntikan kombinasi diberikan setiap bulan dengan suntikan intramuscular dalam. Klien diminta datang setiap 4 minggu. Suntikan ulang dapat diberikan 7 hari lebih awal, dengan kemungkinan terjadi gangguan perdarahan. Dapat juga diberikan setelah 7 hari dari jadwal yang telah diberikan, asal saja diyakini ibu tersebut tidak hamil. Tidak dibenarkan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain untuk 7 hari saja.

b. Kontrasepsi Pil Kombinasi

(1) Jenis : a) Monovasiik: pil yang tersedia dalam kemasan dalam 21 tablet mengandung hormon aktif ekstrogen atau progestin dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, b) Bifasik : pil yang tersedia dalam kemasan dalam 21 tablet mengandung hormon aktif ekstrogen atau progestin dengan 2 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, c) Trifasik : pil yang tersedia dalam kemasan dalam 21 tablet mengandung hormon aktif ekstrogen atau progestin dengan 3 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(2) Cara Kerja :a) Menekan ovulasi, b) Mencegah implantasi, c) Lender servik mengental sehingga sulit dilewati oleh sperma, d) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula.

(3) Manfaat :a) Memiliki efektifitas yang tinggi (hampir menyerupai efektifitas tubektomi), bila digunakan setiap hari (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan), b) Resiko terhadap kesehatan sangat kecil, c) Tidak mengganggu hubungan seksual, d) Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid yang berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid, e) Dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan, f) Dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause, g) Mudah dihentikan setiap saat, h) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan, i) Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat, j) Membantu mencegah kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, penyakit radang panggul, kelainan jinek pada payudara, dan disminore.

(4) Indikasi :a) Usia reproduksi, b) Telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak, c) Gemuk atau kurus, d) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektifitas tinggi, e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui, f) Setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif, g) Paska keguguran, h) Anemia karena haid berlebihan, i) Nyeri haid hebat, j) Siklus haid tidak teratur, k) Riwayat kehamilan ektopik, l) Kelainan payudara jinek, m) Kencing manis tanpa komplikasi pada daerah ginjal, pembuluh darah, mata dan saraf, n) Menderita tuberculosis, o) Menderita Varises vena.

(5) Kontraindikasi :a) hamil atau dicurigai hamil, b) Menyusui eksklusif, c) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya, d) Penyakit hati akut, e) Perokok dengan usia lebih dari 35 tahun, f) Riwayat penyakit jantung, setruk, tekanan darah > 180/110 mmHg, g) Riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis > 20 tahun, h) Kanker payudara atau dicurigai kanker payudara, i) Tidak dapat menggunakan pil secara teratur setiap hari.

(6) Efek samping dan penanganannya

Tabel 2.39 Efek samping dan penanganan penggunaan pil kombinasi



<b>Efek Samping</b>	<b>Penanganan</b>
Amenorea (tidak ada perdarahan atau <i>spotting</i> )	Periksa dalam atau tes kehamilan, bila klien tidak hamil dan klien minum pil dengan benar, tenaglah. Tidak datang haid kemungkinan besar karena kurang adekuatnya efek estrogen terhadap endometrium. Tidak perlu pengobatan khusus. Coba berikan pil dengan dosis estrogen 50 µg atau dosis estrogen tetap, tetapi dosis progestin dikurangi. Bila klien hamilintrauterin, hentikan pil dan yakinkan pasien bahwa pil yang telah diminumnya tidak punya efek pada janin.
Mual, pusing, atau muntah (akibat reaksi anafilatik)	Tes kehamilan atau perisa ginekologik. Bila tidak hamil, minum pil saat makan malam atau sebelum tidur
Perdarahan pervaginam atau <i>spotting</i>	Tes kehamilan, atau periksa ginekologik. Darankan minum pil pada waktu yang sama. Jelaskan bahwa perdarahan/ <i>spotting</i> hal yang biasa terjadi pada 3 bulan pertama, dan lambat laun akan berhenti. Bila perdarahan/ <i>spotting</i> tetap saja terjadi, ganti pil dengan dosis estrogen lebih tinggi (50 µg) samapi perdarahan teratasi, lalu kembali ke dosis awal. Bila perdarahan/ <i>spotting</i> timbul lagi, lanjutkan lagi dngan dosis 50 µgatau ganti dengan metode kontrasepsi yang lain.

(7) Keadaan yang perlu mendapat perhatian

Tabel 2.40 Keadaan yang perlu mendapat perhatian penggunaan pil kombinasi

<b>Tanda</b>	<b>Masalah yang mungkin terjadi</b>
Nyeri dada hebat, batuk, napas pendek	Serangan jantung atau bekuan darah di dalam paru
Sakit kepala hebat	Stroke, hipertensi, migraine
Nyeri tungkai hebat (batis atau paha)	Sumbatan pembuluh darah tungkai

Nyeri abdomen hebat	Penyakit jantung empedu, bekuan darah, pancreatitis
Kelihatan penglihatan atau kabur	Stroke, hipertensi, atau problem vaskular
Tidak terjadi perdarahan / <i>spotting</i> setelah selesai minum pil	Kemungkinan kehamilan

(8) Waktu mulai menggunakan pil kombinasi

- a. Setiap saat selagi haid, untuk meyakinkan kalau perempuan tersebut tidak hamil.
- b. Hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid
- c. Boleh menggunakan pada hari ke-8, tetapi perlu menggunakan metode kontrasepsi yang lain (kondom) mulai hari ke-8 sampai hari ke-14 atau tidak melakukan hubungan seksual sampai Anda telah menghabiskan paket pil tersebut.
- d. Setelah melahirkan : setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif, setelah 3 bulan dan tidak menyusui, pasca keguguran (segera atau dalam waktu 7 hari)
- e. Bila berhenti menggunakan kontrasepsi injeksi, dan ingin menggantinya dengan pil kombinasi, pil dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid

(9) Instruksi untuk klien

- a. Sebaiknya pil diminum setiap hari, lebih baik pada saat yang sama setiap hari.
- b. Pil yang pertama dimulai pada hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.
- c. Sangat dianjurkan penggunaannya pada hari pertama haid.
- d. Pada paket 28 pil, dianjurkan mulai minum pil placebo sesuai dengan hari yang ada pada paket.
- e. Beberapa paket pil mempunyai 28 pil, yang lain 21 pil. Bila paket 28 pil habis, sebaiknya mulai minum pil dari paket yang baru. Bila paket 21 habis, sebaiknya tunggu 1 minggu baru kemudian mulai minum pil dari paket yang baru.
- f. Bila muntah dalam waktu 2 jam setelah menggunakan pil, ambillah pil yang lain.
- g. Bila terjadi muntah hebat, atau diare lebih dari 24 jam, maka bila keadaan memungkinkan dan tidak memperburuk keadaan, pil dapat diteruskan.
- h. Bila muntah dan diare berlangsung sampai 2 hari atau lebih, cara penggunaak pil mengikuti cara menggunakan pil lupa.
- i. Bila lupa minum pil (hari 1-21), segera minum pil setelah ingat boleh minum 2 pil pada hari yang sama. Tidak perlu menggunakan metode kontrasepsi yang lain. Bila lupa 2 pil atau lebih (hari 1-21), sebaiknya minum 2 pil setiap hari sampai sesuai jadwal yang

ditetapkan. Juga sebaiknya gunakan metode kontrasepsi yang lain atau tidak melakukan hubungan seksual sampai telah menghabiskan paket pil tersebut.

j. Bila tidak haid, perlu segera ke klinik untuk tes kehamilan

11) Kontrasepsi Progestin

1) Kontrasepsi Suntikan Progestin

(1) Pengertian : Alat kontrasepsi berupa cairan yang berisi hormon progesteron yang disuntikkan ke dalam tubuh wanita secara periodik setiap 3 bulan sekali.

(2) Jenis : Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu: a) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depoprovera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskular (didaerah bokong), b) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskular.

(3) Cara Kerja :a) Mencegah ovulasi, b) Mengentalkan lender serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi, d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

(4) Efektivitas : Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektivitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

(5) Keuntungan :a) Sangat efektif, b) Pencegahan kehamilan jangka panjang, c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami-istri, d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah, e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI, f) Sedikit efek samping, g) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik, h) Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause, i) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik, j) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara, (k) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul, l) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell).

(6) Indikasi dan kontraindikasi

Tabel 2.41 Indikasi dan kontraindikasi penggunaan suntikan progestin

<b>Kontrasepsi Suntikan Progestin</b>	
<b>Sesuai untuk klien yang:</b>	<b>Tidak sesuai untuk klien yang:</b>
Usia reproduksi Nulipara dan yang telah memiliki anak	Hamil atau dicurigai hamil (resiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran)

<p>Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi</p> <p>Meyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai</p> <p>Setelah melahirkan dan tidak menyusui</p> <p>Setelah abortus atau keguguran</p> <p>Telah banyak anak,tetapi belum menghendaki tubektomi</p> <p>Perokok</p> <p>Tekanan darah &lt;180/110 mmHg,dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit</p> <p>Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin)</p> <p>Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen</p> <p>Sering lupa menggunakan pil</p> <p>Anemia defisiensi besi</p> <p>Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.</p>	<p>Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya</p> <p>Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid,terutama amenorea</p> <p>Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara,</p> <p>Diabetes mellitus disertai komplikasi.</p>
--	---

(7) Waktu Mulai Menggunakan Kontrasepsi Suntikan Progestin :

- a. Setiap saat selama siklus haid,asal ibu tersebut tidak hamil
- b. Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid
- c. Pada ibu yang tidak haid,injeksi pertama dapat diberikan setiap saat,asalkan saja ibu tersebut tidak hamil, selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
- d. Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan,bila ibu telah menggunakan kontrasepsi hormonal sebelumnya secara benar,dan

ibu tersebut tidak hamil, suntikan pertama dapat segera diberikan. tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya datang.

- e. Bila ibu sedang menggunakan jenis kontrasepsi jenis lain dan ingin menggantinya dengan jenis kontrasepsi suntikan yang lain lagi, kontrasepsi suntikan yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya.
- f. Ibu yang menggunakan kontrasepsi non hormonal dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama kontrasepsi hormonal yang akan diberikan dapat segera diberikan, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya datang, bila ibu disuntik setelah hari ke-7 haid, ibu tersebut selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
- g. Ibu ingin menggantikan AKDR dengan kontrasepsi hormonal. Suntikan pertama dapat diberikan pada hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, atau dapat diberikan setiap saat setelah hari ke-7 siklus haid, asal saja yakin ibu tersebut tidak hamil.
- h. Ibu tidak haid atau ibu dengan perdarahan tidak teratur. Suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja ibu tersebut tidak hamil, dan selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

(8) Efek samping dan penanganannya

Tabel 2.42 Efek samping dan penanganan penggunaan suntikan kombinasi

Efek Samping	Penanganan
Amenorea (tidak terjadi perdarahan/ <i>spotting</i> )	<p>Bila tidak hamil, pengobatan apa pun tidak perlu. Jelaskan, bahwa darah haid tidak terkumpul dalam Rahim. Nasihati untuk kembali ke klinik</p> <p>Bila terjadi kehamilan, rujuk klien. Hentikan penyuntikan</p> <p>Bila terjadi kehamilan ektopik, rujuk klien segera</p> <p>Jagan berikan terapi hormonal untuk menimbulkan perdarahan karena tidak akan berhasil. Tunggu 3-6 bulan kemudian, bila tidak terjadi perdarahan juga, rujuk ke klinik</p>
Perdarahan/perdarahan bercak ( <i>spotting</i> )	<p>Informasikan bahwa perdarahan ringan sering dijumpai tetapi hal ini bukanlah masalah serius dan biasanya tidak memerlukan pengobatan. Bila klien tidak dapat menerima perdarahan tersebut dan ingin melanjutkan suntikkan, maka dapat disarankan 2 pilihan pengobatan :</p>

	<p>1 siklus pil kombinasi (30-35 µg etinilestradiol), ibuprofen (sampai 800 mg, 3x/hari untuk 5 hari), atau obat sejenis lain. Jelaskan bahwa selesai pemberian pil kontrasepsi kombinasi dapat terjadi perdarahan.</p> <p>Bila terjadi perdarahan banyak selama pemberian suntikan ditangani dengan pemberian 2 tablet pil kombinasi/hari selama 3-7 hari dilanjutkan dengan 1 siklus pil kontrasepsi hormonal, atau diberio 50 µg etinilestradiol atau 1,25 mg estrogen equin konjugasi untuk 14-21 hari</p>
Meningkatnya/ menurunnya berat badan	<p>Informasikan bahwa kenaikan / penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikan diet klien bila perubahan berat badan terlalu mencolok. Bila berat badan berlebihan, hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi lain.</p>

## 2) Kontrasepsi Pil Progestin (Minipil)

(1) Jenis : a) Kemasan dengan isi 35 pil: 300 µg levonorgestrel atau 350 µg noretindron, b) Kemasan dengan isi 28 pil : 75 µg desogestrel.

(2) Cara kerja : a) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat), b) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit, c) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma, d) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu.

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

Agar didapatkan kehandalan yang tinggi, maka : a) Jangan sampai ada tablet yang lupa, b) Tablet digunakan pada jam yang sama (malam hari), c) Senggama sebaiknya dilakukan 3-20 jam setelah penggunaan minipil.

(4) Keuntungan Kontrasepsi : a) Sangat efektif bila digunakan secara benar, b) Tidak mengganggu hubungan seksual, c) Tidak mempengaruhi ASI, d) Kesuburan cepat kembali, e) Nyaman dan mudah digunakan, f) Sedikit efek samping, g) Dapat dihentikan setiap saat, h) Tidak mengandung estrogen.

(5) Keuntungan nonkontrasepsi : a) Mengurangi nyeri haid, b) Mengurangi jumlah darah haid, c) Menurunkan tingkat anemia, d) Mencegah kanker endometrium, e) Melindungi dari penyakit radang panggul, f) Tidak meningkatkan pembekuan darah, g) Dapat diberikan pada penderita endometriosis, h) Kurang menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala, dan depresi, i) Dapat mengurangi keluhan pre menstrual sindrom (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, nyeri pada betis, lekas marah), j) Sedikit sekali mengganggu metabolisme karbohidrat sehingga relatif aman diberikan pada perempuan pengidap kencing manis yang belum mengalami komplikasi.

(6) Keterbatasan : a) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid, b) Peningkatan/penurunan berat badan, c) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama, d) Bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar, e) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat, f) Resiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan), tetapi resiko ini lebih rendah jika dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan minipil, g) Efektivitasnya menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat tuberkulosis atau obat epilepsi, h) Tidak melindungi diri dari infeksi menular seksual atau HIV/AIDS, i) Hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan didaerah muka), tetapi sangat jarang terjadi.

(7) Efek samping : Amenorea dan Perdarahan tidak teratur/spotting.

(8) Indikasi dan kontraindikasi

Tabel 2.43 Indikasi dan kontraindikasi penggunaan pil progestin

<b>Kontrasepsi Pil Progestin (Minipil)</b>	
<b>Sesuai untuk klien yang:</b>	<b>Tidak sesuai untuk klien yang:</b>
Usia reproduksi Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui persalinan dan tidak menyusui Pasca keguguran Perokok segala usia Mempunyai tekanan darah tinggi (selama <180/110 mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah	Hamil atau diduga hamil, Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, Menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat), Kanker payudara atau riwayat kanker payudara, Sering lupa menggunakan pil,

Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen.	Miom uterus. Progestin memicu pertumbuhan miom uterus Riwayat stroke. Progestin menyebabkan spasme pembuluh darah.
--	---

(9) Waktu Mulai Menggunakan Minipil :a) Mulai hari pertama sampai hari ke-5 siklus haid. Tidak diperlukan pencegahan dengan kontrasepsi lain, b) Dapat digunakan setiap saat, asal saja tidak terjadi kehamilan. Bila menggunakannya setelah hari ke-5 siklus haid, jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 2 hari saja, c) Bila klien tidak haid (amenorea), minipil dapat digunakan setiap saat, asal saja diyakini tidak hamil. Jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 2 hari saja, d) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pascapersalinan dan tidak haid, minipil dapat dimulai setiap saat. Bila menyusui penuh, tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan, e) Bila lebih dari 6 minggu pascapersalinan dan klien telah mendapat haid, minipil dapat dimulai pada hari 1-5 siklus haid, f) Minipil dapat diberikan segera pascakeguguran, g) Bila klien sebelumnya menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin menggantinya dengan minipil, minipil dapat segera diberikan, bila saja kontrasepsi sebelumnya digunakan dengan benar atau ibu tersebut sedang tidak hamil. Tidak perlu menunggu samapai datangnya haid berikutnya, h) Bila kontrasepsi yang sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, minipil diberikan pada jadwal suntikan yang berikutnya. Tidak diperlukan penggunaan metode kontrasepsi yang lain, i) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi nonhormonal dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan minipil, minipil diberikan pada hari 1-5 siklus haid dan tidak memerlukan metode kontrasepsi lain, j) Bila kontrasepsi sebelumnya yang digunakan adalah AKDR (termasuk AKDR yang mengandung hormon), minipil dapat diberikan pada hari 1-5 siklus haid. Dilakukan pengangkatan AKDR.

### 3) Kontrasepsi Implan

(1) Pengertian : Implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara 3 hingga 5 tahun.

(2) Jenis Implan : a) Norplant terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm, yang diisi dengan 36 mg levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun, b) Implanon, terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm, dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3-Keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun, c) Jadena dan indoplant terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg Levonor-gestrel dengan lama kerja 3 tahun.



- (3) Cara Kerja : a) Lendir serviks menjadi kental, b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, c) Mengurangi transportasi sperma, d) Menekan ovulasi.
- (4) Efektivitas : Sangat efektif (kegagalan 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan).
- (5) Keuntungan Kontrasepsi : a) Daya guna tinggi, b) Perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun), c) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, d) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam, e) Bebas dari pengaruh estrogen, f) Tidak mengganggu kegiatan senggama, g) Tidak mengganggu ASI, h)Klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan, i) Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.
- (6) Keuntungan nonkontrasepsi : a) Mengurangi nyeri haid, b) Mengurangi jumlah darah haid, c) Mengurangi/memperbaiki anemia, d) Melindungi terjadinya kanker endometrium, e) Menurunkan angka kejadian kelainan jinak payudara, f) Melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul, g) Menurunkan angka kejadian endometriosis.
- (7) Keterbatasan : Pada kebanyakan pasien dapat menyebabkan perubahan pola haid berupa perdarahan bercak (spotting), hipermenorea, atau meningkatnya jumlah darah haid serta amenorea.
- (8) Efek Samping kontrasepsi Implan; a) Amenorea, b) Perdarahan bercak (spotting) ringan, c) Ekspulsi, d) Infeksi pada daerah insersi, e) Berat badan naik/turun.
- (9) Indikasi dan kontraindikasi

Tabel 2.44 Indikasi dan kontraindikasi penggunaan implan

<b>Kontrasepsi Implan</b>	
<b>Sesuai untuk klien yang:</b>	<b>Tidak sesuai untuk klien yang:</b>
Usia reproduksi, telah memiliki anak ataupun yang belum Menghendaki kontrasepsi yang dimiliki efektivitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan kehamilan jangka panjang Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi Pasca persalinan dan tidak menyusui Pasca keguguran Tidak menginginkan anak lagi, tetapi menolak sterilisasi Riwayat kehamilan ektopik	Hamil atau diduga hamil Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya Benjolan/kanker payudara atau riwayat jelas penyebabnya Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi Miom uterus dan kanker payudara

<p>Tekanan darah &lt; 180/110 mmHg, engan masalah pembekuan darah, atau anemia bulan sabit (sickle cell)</p> <p>Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen,</p> <p>Sering lupa menggunakan pil.</p>	<p>Gangguan toleransi idak teglukosa.</p>
--	---

(10) Waktu mulai menggunakan implant : a) Setiap saat selama siklus haid hari ke-2 sampai hari ke-7. Tidak diperlukan metode kontrasepsi tambahan, b) Inseri dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini terjadi kehamilan. Bila diinsersi setelah hari ke-7 siklus haid, klien jangan melakukan hubungan seksual atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja, c) Bila klien tidak haid, inseri dapat dilakukan setiap saat, asal saja iyakini tidak terjadi kehamilan, jangan melakukan hubungan seksual atau gunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja, d) Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pasca persalinan, inseri dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, klien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain, e) Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, inseri dapat dilakukan setiap saat, tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja, f) Bila klien menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin menggantinya dengan implan, inseri dapat dilakukan setia saat asal saja diyakini klien tersebut tidak hamil atau klien menggunakan kontrasepsi terdahulu denagn benar, g) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, implan dapat diberikan pada saat jadwal kontrasepsi suntikan tersebut. Tidak diperlukan metode kontrasepsi lain, h) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi nonhormonal (kecuali AKDR) dan klien ingin menggantinya dengan implan, inseri dapat dilakukan setia saat asal saja diyakini klien tersebut tidak hamil. Tidak perlu menunggu sampai datangnya haid berikutnya, i) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah AKDR dan klien ingin menggantinya dengan implan, implan dapat diinsersikan pada saat haid hari ke-7 dan klien jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau gunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja. AKDR segera dicabut, j) Pascakeguguran implan dapat segera diinsersikan.

(11) Jadwal kunjungan kembali ke klinik : Klien tidak perlu kembali ke klinik, kecuali ada masalah kesehatan atau klien ingin mencabut implan. Klien dianjurkan kembali ke klinik tempat implan dipasang bila ditemukan hal-hal sebagai berikut : a) Amenorea yang disertai nyeri perut bagian bawah, b) Perdarahan yang banyak dari kemaluan, c) Rasa nyeri pada lengan, d) Luka bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah, e) Ekspulsi dari batang impalan, f) Sakit

kepala hebat atau penglihatan menjadi kabur, g) Nyeri dada hebat, h) Dugaan adanya kehamilan.

#### 4) Kontrasepsi AKDR

(1) Pengertian Intra Uterin Devices (IUD)/AKDR; AKDR adalah suatu alat berukuran kecil yang diletakkan didalam rongga endometrium (Sinclair, 2009).

(2) Jenis-jenis Intra Uterin Devices (IUD)/AKDR

(3) Macam IUD menurut Affandi (2011) dikategorikan menjadi 2 yaitu : AKDR Cu T-380A dan AKDR NOVA T (Schering).

(4) Mekanisme Kerja, menurut Affandi (2011), antara lain: a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi, b) Mempengaruhi fertilitas sebelum ovum mencapai cavum uteri, c) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, d) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

(5) Efektivitas; Menurut Affandi (2011), antara lain: a) AKDR Post-plasenta telah dibuktikan tidak menambah resiko infeksi dan perdarahan, b) Diakui bahwa ekspusi lebih tinggi (6-10%), c) Kemampuan penolong meletakkan di fundus amat memperkecil resiko ekspusi.

(6) Keuntungan : a) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan, b) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380 A dan tidak perlu diganti), c) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat, d) Tidak mempengaruhi hubungan seksual, e) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil, f) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380 A), g) Tidak mempengaruhi kualitas ASI, h) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (Apabila tidak terjadi infeksi), i) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir), j) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan, k) Membantu mencegah terjadinya kehamilan ektopik.

(7) Kerugian. Efek samping yang akan terjadi, antara lain : a) Perubahan siklus haid (umumnya pada 8 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), b) Haid lebih lama dan banyak, c) Perdarahan atau (spotting) antar menstruasi, d) Saat haid lebih sakit, e) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS, f) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering ganti-ganti pasangan, g) Penyakit radang panggul terjadi. Seorang perempuan dengan IMS memakai AKDR, PRP dapat memicu infertilitas, h) Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvic diperlukan dalam pemasangan AKDR. Seringkali perempuan takut selama pemasangan, i) Sedikit nyeri perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang dalam 1-2 hari, j) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri. Petugas kesehatan terlatih yang harus melakukannya, k) Mungkin AKDR keluar lagi dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang setelah

melahirkan), l) Perempuan harus memeriksa posisi benang dari waktu ke waktu, untuk melakukan ini perempuan harus bisa memasukkan jarinya ke dalam vagina. Sebagian perempuan ini tidak mau melakukannya (Handayani, 2010).

(8) Hal yang harus diketahui oleh akseptor IUD; a) Cara memeriksa sendiri benang ekor IUD, b) Efek samping yang sering timbul misalnya perdarahan haid yang bertambah banyak/lama, rasa sakit/kram, c) Segera mencari pertolongan medis bila timbul gejala-gejala infeksi, d) Macam IUD yang dipakinya, e) Saat untuk mengganti IUD nya, f) Bila mengalami keterlambatan haid, segera periksakan diri ke petugas medis, g) Sebaiknya tunggu tiga bulan untuk hamil kembali setelah IUD dikeluarkan dan gunakan metode kontrasepsi lain selama waktu tersebut, h) Bila berobat karena alasan apapun, selalu beritahu dokter bahwa akseptor menggunakan IUD, i) IUD tidak memberi perlindungan terhadap transmisi virus penyebab AIDS.

(9) Prosedur pemasangan menurut Varney's, yaitu: a) Informed Consent, b) Pastikan bahwa wanita yang menginginkan pemasangan AKDR tidak sedang hamil, c) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan, d) Lakukan pemeriksaan bimanual, e) Pasang speculum dan sesuaikan untuk mendapatkan ruang pandang terluas sehingga memudahkan pemasangan AKDR, f) Membersihkan Serviks secara menyeluruh dengan antiseptic, g) Memasukkan tenakulum dan jepit posio ke arah jam 11.00 atau 13.00, h) Mengukur kedalaman uterus dengan menggunakan sonde uterus, i) Memasukkan IUD sesuai dengan macam alatnya. Lepaskan IUD dalam bidang transverse dari kavum uteri pada posisi setinggi mungkin difundus uteri, j) Keluarkan tabung inseternya, k) Periksa dan gunting benang ekor IUD sampai 2-3 cm dari ostium uteri eksternum, l) Lepaskan tenakulum dan spekulum.

(10) Waktu penggunaan, menurut Affandi (2011), antara lain: a) Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil, b) Hari pertama sampai ke tujuh siklus haid, c) Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pasca persalinan, setelah 6 bulan apabila menggunakan metode amenore laktasi (MAL). Perlu diingat, angka ekspulsi tinggi pada pemasangan segera atau selama 48 jam pasca persalinan, d) Setelah menderita abortus (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi, e) Selama 1-5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi.

## 5) Kontrasepsi Mantap

Kontrasepsi mantap (kontap) adalah suatu tindakan untuk membatasi keturunan dalam jangka waktu yang tidak terbatas; yang dilakukan terhadap salah seorang dari pasangan suami isteri atas permintaan yang bersangkutan, secara mantap dan sukarela. Berikut adalah macam – macam kontrasepsi mantap, yaitu:

(1) Tubektomi

a. Pengertian

Tubektomi adalah 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.

b. Jenis-Jenis Tubektomi; Menurut Affandi jenis-jenis tubektomi antara lain: a) Laparoskopi, b) Minilaparotomi= Mini-lap.

c. Manfaat Kontrasepsi: a) Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan), b) Tidak mempengaruhi proses menyusui (breastfeeding), c) Tidak bergantung pada faktor senggama, d) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi risiko kesehatan yang serius, e) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anestesi lokal, f) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang, g) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormon ovarium).

d. Manfaat Nonkontrasepsi adalah berkurangnya resiko kanker ovarium.

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

f. Indikasi dan Kontraindikasi

Tabel 2.45 Indikasi dan kontraindikasi penggunaan tubektomi

<b>Tubektomi</b>	
<b>Indikasi</b>	<b>Kontraindikasi</b>
Usia lebih dari 26 tahun	Hamil (sudah terdeteksi atau dicurigai)
Paritas lebih dari dua	Perdarahan pervaginal yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi)
Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya	Infeksi sistemik atau pelvik yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol)
Pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius	Tidak boleh menjalani proses pembedahan
Pasca persalinan	

Pasca keguguran Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini.	Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas di masa depan Belum memberikan persetujuan tertulis.
---	--

Sebaiknya tubektomi sukarela dilakukan pada wanita yang memenuhi syarat-syarat berikut : a) Umur termuda 25 tahun dengan 4 anak hidup, b) Umur sekitar 30 tahun dengan 3 anak hidup, c) Umur sekitar 35 tahun dengan 2 anak hidup.

g. Efektivitas; Menurut Affandi (2015) efektivitas tubektomi antara lain: a) kurang dari 1 kehamilan per 100 (5 per 1000) perempuan pada tahun pertama penggunaan, b) pada 10 tahun, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 per 1000 perempuan), c) efektivitas kontraseptif terkait juga teknik tubektomi (penghambatan atau oklusi tuba) tapi secara keseluruhan, efektivitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan kontrasepsi lainnya. Metode dengan efektivitas tinggi adalah tubektomi minilaparotomi pascapersalinan.

h. Waktu Pelaksanaan, waktu yang tepat dilakukan tubektomi adalah : a) Setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil, b) Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi (fase proliferasi), c) Pascapersalinan, d) Minilap : di dalam waktu 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu, e) Laparoskopi : tidak tepat untuk klien-klien pascapersalinan, f) Pascakeguguran, g) Triwulan pertama : dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap atau laparoskopi), 8) Triwulan kedua : dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap).

## (2) Vasektomi

### a. Pengertian

Vasektomi adalah prosedur bedah minor, yang melibatkan insisi, mencari lokasi dan mengeksisi vas deferens, mencegah sperma dari epididimis mencapai vesikel seminalis. Sperma kemudian tidak dapat diejakulasikan dan pria tidak subur, setelah vas deferens bersih dari sperma, yang memerlukan waktu sekitar 3 bulan.

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini (Affandi, 2015).

b. Jenis-Jenis Vasektomi; Menurut Affandi (2015) macam- macam vasektomi ada 2 yaitu : Vasektomi standar dan Vasektomi Tanpa Pisau (VTP).

c. Keuntungan; Keuntungan memakai vasektomi menurut Glasier (2006) antara lain: a) prosedurnya lebih sederhana, b) tidak dapat dilakukan dengan anestesia lokal sebagai prosedur

rawat jalan, c) Tidak memerlukan peralatan canggih dan jauh lebih murah pengerjaannya, d) Mortalitas dan morbiditas operasi yang signifikan, e) Efektivitasnya dapat diuji.

d. Kerugian; Kerugian yang ditimbulkan dari kontrasepsi vasektomi adalah : a) Diperlukan suatu tindakan operatif, b) Kadang-kadang menyebabkan komplikasi seperti perdarahan atau infeksi, c) Kontak pria belum memberikan perlindungan total sampai semua spermatozoa, yang sudah ada di dalam sistem reproduksi distal dari tempat oklusi vas deferens, dikeluarkan, 4) Problem psikologis yang berhubungan dengan perilaku seksual mungkin bertambah parah setelah tindakan operatif yang menyangkut sistem reproduksi pria.

e. Indikasi dan Kontraindikasi

Tabel 2.46 Indikasi dan kontraindikasi penggunaan vasektomi

<b>Vasektomi</b>	
<b>Indikasi</b>	<b>Kontraindikasi</b>
Vasektomi merupakan upaya untuk menghentikan fertilitas dimana fungsi reproduksi merupakan ancaman atau gangguan terhadap kesehatan pria dan pasangannya serta melemahkan ketahanan dan kualitas keluarga	Infeksi kulit pada daerah operasi Infeksi sistemik yang sangat mengganggu kondisi kesehatan klien Hidrokel atau varikokel yang besar Hernia inguinalis Filiariasis (elefantiasis) Undersensus testikularis Massa intraskrotalis Anemia berat, gangguan pembekuan darah atau sedang menggunakan antikoagulasi

Efektivitas : a) setelah masa pengosongan sperma dari vesikula seminalis (20 kali ejakulasi menggunakan kondom) maka kehamilan hanya terjadi pada 1 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan, b) pada mereka yang tidak dapat memastikan (analisis sperma) masih adanya sperma pada ejakulasi atau tidak patuh menggunakan kondom hingga 20 kali ejakulasi maka kehamilan terjadi pada 2-3 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan, c) selama 3 tahun penggunaan, terjadi sekitar 4 kehamilan per 100 perempuan, d) bila terjadi kehamilan pasacavasektomi, kemungkinan adalah penggunaan tidak menggunakan metode tambahan saat senggama dalam 3 bulan pertama pascavasektomi, oklusi vas deferens tidak tepat dan rekanalisasi spontan (Affandi, 2015).

f. Efek samping yang ditimbulkan kontrasepsi vasektomi adalah: a) Infeksi, b) Granula sperma, c) Hematoma.

## 2.7.3 Konsep Dasar Manajemen Asuhan Kebidanan Kontrasepsi

### 2.7.3.1 Pengkajian

#### 1. Data Subjektif

##### a. Identitas

(1) Nama suami atau istri : agar dalam melakukan komunikasi dengan pasien dan keluarga dapat terjalin komunikasi yang baik dan mengenal pasien.

(2) Alamat: untuk mengetahui tempat tinggal klien, sehinggamemudahkan bidan apabila klien memerlukan pertolongan/informasi bidan.

(3) Suku/bangsa : untuk mengetahui adaptasi kebiasaan dan bahasa dari klien sehingga dapat mempengaruhi dalam penyampaian informasi.

(4) Agama: untuk mengetahui pantangan suatu agama tentang metode suatu alat kontrasepsi.

(5) Usia : Perempuan berusia lebih dari 35 tahun memerlukan kontrasepsi yang aman dan efektif. Perencanaan keluarga ada 3 fase yaitu fase menundakehamilan usia irang dari 20 tahun, fase menjarangkan kehamilan usia 20-35 tahun dan fase tidak hamil lagi usia 35 tahun keatas (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, 2015)

(6) Lama perkawinan: untuk mengetahui infertil kelahiran.

(7) Pendidikan: untuk mengetahui tingkat pendidikan klien yang akan membantu dalam memberikan asuhan.

(8) Status perkawinan: untuk mengetahui apakah terjadi perkawinan yang sah atau tidak yang akan mempengaruhi psikologi klien.

(9) Usia saat kawin: untuk mengetahui apakah saat kawin, dimana keadaan fisik, mental, sosial, dan sietem reproduksiseorang wanita sudah matang atau belum, yang nantinya akan berpengaruh buruk pada psikologis klien.

(10) Penghasilan: Tingkat ekonomi merupakan suatu pertimbangan yang dapat mempengaruhi keputusan keluarga dalam menentukan ukuran keluarga, jarak antara anak dan pemilihan serta metode pengendalian kontrasepsi (Varney, 2006)

b. Keluhan utama : (1) Amenore atau pendarahan tidak terjadi, (2) Pendarahan bercak atau spotting, (3) Meningkatnya atau menurunnya, (4) Mual dan nyeri payudara ringan, (5) Sakit kepala, (Affandi, 2015)

##### c. Riwayat keluhan utama

P(provokatif/paliuatif) : apa yang menyebabkan gejala dan apa saja yang dapat mengurangi/memperbaiki gejala.

Q (quality) : bagaimana gejala dirasakan, nampak/sejauh mana pasien merasakan sekarang.



- R (area radiasi) : dimana gejala terasa.  
 S (skala keadaan) : seberapa parah yang dialami oleh klien nilainya 0-10  
 T (timing) : waktu, sejak kapan keluhan terjadi dan sampai kapan.  
 (Prawirohardjo, 2014)

d. Riwayat menstruasi : (1) Menarche yaitu darah menstruasi pertama yang keluar (2) Siklus: teratur atau tidak, (3) Sifat darah, (4) Warna darah, (5) Lama,(6) Jumlah: bercak atau spotting, (7) Disminore: ada atau tidak,(8) Fluor albousyaitu warna normalnya putih bening, tidak gatal dan tidak berbau, (9) Kapan hari pertama haid terakhir (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, 2015)

e. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

- (1) Kehamilan : apakah ada gangguan seperti hipertensi dalam kehamilan, eklamsia.
- (2) Persalinan : apakah persalinannya yang lalu spontan/buatan, aterm/premature, perdarahan atau tidak, di tolong oleh siapa, bidan/dokter.
- (3) Nifas : apakah terjadi perdarahan yang tidak normal dan bagaimana laktasinya apakah ibu sedang menyusui atau tidak)

2) Riwayat penyakitsekarang

Tanyakan apakah klien memiliki penyakit jantung, kanker serviks atau mammae, kanker endometrium atau kanker ovarium, fibroma uteri, penyakit radang pangkung, IMS, AIDS, TBC, diabetes mellitus, dan hepatitis

3) Riwayat penyakit yang lalu

Tanyakan apakah klien memiliki penyakit jantung, kanker serviks atau mammae, kanker endometrium atau kanker ovarium, fibroma uteri, penyakit radang pangkung, IMS, AIDS, TBC, diabetes mellitus, dan hepatitis.

4) Riwayat penyakit keluarga

Untuk mengetahui apakah dalam keluarga mempunyai riwayat penyakit menahun. Seperti : hipertensi dan penyakit menurun, seperti : asma, DM dan apakah keluarga mempunyai/tidak penyakit menular (Manuaba, 2010).

5) Riwayat ginekologi

Infeksi genetalia eksterna ineterna : melindungi dari PID yang merupakan keuntungan dari kontrasepsi ini.Penyakit menular seksual: tidak melindungi terhadap ims yang merupakan kerugian dari kontrasepsi ini.Tumor pada genetalia: mencegah kanker ovarium dan kanker endometrium yang merupakan keuntungan dari KB pil kombinasi.Pemeriksaan papsmear: untuk mengetahui apakah ada kanker endometrium atau ovarium.

6) Riwayat Psikospiritual

Ada atau tidaknya kepercayaan dalam beragama untuk melarang memakai alat kontrasepsi (Varney.2006 : 414)

7) Riwayat kontrasepsi

Apakah pernah menjadi akseptor KB lain sebelumnya sudah berapa lama menjadi akseptor KB tersebut (Varney.2006 : 414)

8) Pola kebiasaan sehari-hari

(1) Nutrisi: harus memperhatikan nutrisi agar tidak terjadi penurunan atau kenaikan BB sebanyak 1-2kg merupakan merupakan efek samping dan bila bertambah lebih dari 2kg maka dianjurkan untuk ganti metode lain

(2) Aktifitas: tidak melakukan aktifitas yang berat karena KB pil kombinasi ada efek samping pusing/mual/muntah.

(3) Personal hygiene: harus sering ganti celana dalam karena mungkin terjadi pendarahan bercak/spotting (Saifuddin.2006)

(4) Seksual : pola hubungan seksual apakah dengan 1 pasangan saja atau gonta-ganti, frekuensi berhubungan, kelainan atau keluhan saat berhubungan seksual

2. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

(1) Keadaan umum :

Diamati mulai saat pertama kali bertemu dengan pasien. Dilanjutkn sewaktu mengukur tanda-tanda vital. Selama pemeriksaan lihat cara berbaring dan mobilisasi pasien, apakah aktif atau pasif, sikap terpaksa karena nyeri, apatis dan gelisah.

(2) Kesadaran

a. Komposmetis : Mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan.

b. Apatis : Mengalami acuh tak acuh terhadap keadaan sekitarnya.

c. Samnolen : Memiliki kesadaran yang lebih rendah ditandai dengan tampak mengantuk, selalu ingin tidur, tidak responsif terhadap rangsangan ringan dan masih memberikan respons terhadap rangsangan yang kuat.

d. Sopor : Tidak memberikan respons ringan maupun sedang tetapi masih memberikan respons sedikit terhadap rangsangan yang kuat dengan adanya refleks pupil terhadap cahaya yang masih positif.

e. Koma : Tidak dapat bereaksi terhadap stimulus atau rangsangan apapun sehingga refleks pupil terhadap cahaya tidak ada.

f. Delirium : Tingkat kesadaran yang paling bawah ditandai dengan disorientasi yang

sangat iritatif, kacau dan salah persepsi terhadap rangsangan sensorik.

(3) Pengukuran TTV

- a. TD : 90/60 -  $\leq$  140/90 mmHg Tekanan darah  $>$ 160/100 mmHg tidak diperbolehkan pada pemakaian KB hormonal, karena akan menyebabkan meningkatnya tekanan darah dan retensi cairan, sehingga resiko stroke dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat (pelayanan ibu di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan, 2013).
- b. Nadi : 60 – 100x/menit
- c. Suhu : 36,5-37,5 °C
- d. RR : 16-24 x/m

2) Pemeriksaan fisik

- (1) Kepala : Inspeksi warna dan jenis rambut, distribusi, kebersihan, lesi dan kerontokan, palpasi adakah bekas luka, cicatrix, massa, oedem.
- (2) Wajah : adanya bercak hitam atau cloasma (banyak terjadi pada pemakaian KB hormonal), adanya oedema
- (3) Mata : Inspeksi apakah ada hematoma pada palpebra, sklera ikterik/tidak, bagaimana reflek pupil, lapang pandang, konjungtiva pucat/tidak (pucat: anemia).
- (4) Hidung : Inspeksi bentuk, adakah peradangan mukosa, adakah cairan/sekret, palpasi adakah nyeri tekan sinus.
- (5) Mulut : Inspeksi warna dan kelembabannya, adakah stomatis, adakah bercak koplik pada lidah, adakah sisa makanan, adakah caries, adakah karang gigi
- (6) Telinga : Inspeksi kebersihan dan kesimetrisan daun telinga, adakah lesi, massa, serumen maupun benda asing, membran timpani utuh/tidak.
- (7) Leher : tidak adanya pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe, dan bendungan vena jugularis.
- (8) Payudara : bentuk mammae, apakah ada benjolan abnormal pada payudara (pada penderita ca mammae tidak dianjurkan untuk memakai KB hormonal)
- (9) Dada : Inspeksi warna dan kesimetrisan, tipe pernafasan. Pada pemakaian KB hormonal tidak dianjurkan pada pasien yang menderita penyakit paru, penyakit jantung karena akan meningkatkan fase konstiksi pada jantung, Krepitasi merupakan tanda edema paru.
- (10) Abdomen : apakah ada pembengkakan pada hati (pada pemakaian KB hormonal tidak dianjurkan untuk penderita penyakit hepatitis)

(11) Genitalia : apakah ada perdarahan pervaginam, apakah ada condiloma acuminata, apakah ada infeksi kelenjar skene dan bartholini (pada pasien yang memiliki kondiloma acuminata tidak dianjurkan untuk memakai KB AKDR).

(12) Anus : apakah terdapat hemoroid

(13) Ekstremitas : apakah terdapat varises, rasa sakit, bengkak dan mengandung cairan.

3) Pemeriksaan penunjang : Urin tes apakah ibu hamil atau tidak

### **2.7.3.2 Interpretasi Data Dasar**

Dx : Dx/ diagnosa subjective: berisi data-data berdasarkan klien, seperti: kontrasepsi apa yang pernah digunakan bagaimana efek riwayat sampingnya, bagaimana riwayat kehamilan persalinan dan nifas yang lalu

Do /diagnosa objective: berisi data-data berdasarkan pemeriksaan seperti BB/TB,TTV, pemeriksaan fisik/pemeriksaan penunjang.

Masalah : Amenore/pendarahan bercak, spotting, meningkatnya /menurunnya BB. Mual nyeri payudara ringan, sakitkepala (Saifuddin.2006)

Kebutuhan : KIE, penanganan efek samping, rujuk. (Saifuddin.2006)

### **2.7.3.3 Antisipasi Masalah Potensial**

Untuk mengetahui komplikasi yang mungkin terjadi dari keluhan yang klien alami

### **2.7.3.4 Identifikasi Kebutuhan Segera**

Hal ini penting agar jika klien terjadi masalah potensial bisa segera ditangani dan dirujuk bila perlu

### **2.7.3.5 Planning**

Untuk menyusun asuhan kebidanan KB, harus melihat diagnosa kebidanan, hasil pemeriksaan dan hasil anamnesa, sehingga dalam melakukan tindakan tidak ada kesalahan, rencana asuhan kebidanan dapat dibuat bersama klien dan keluarganya. Adapun planning yang bisa dilakukan yaitu:

1. Informasikan keadaan klien
2. Jelaskan pada klien macam macam alat kontrasepsi
3. Jelaskan keuntungan dan kerugiannya serta efek sampingnya
4. Jelaskan cara penggunaannya/pemberiannya
5. Beritahukan waktu control kembali atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

(Bobak,2004: 645)

### **2.7.3.6 Implementasi**

Pada langkah ini bidan dituntut melakukan tindakan kebidanan secara mandiri, tetapi pada pelaksanaannya penyelesaian kasus klien sewaktu-waktu bidan juga harus melaksanakan kegiatan kolaborasi dan rujukan bila ada komplikasi yang dialami oleh pasien yang tidak dibawah penanganannya dengan tenaga kesehatan lainnya.

Implementasinya meliputi menginformasikan pada klien bagaimana keadaannya saat ini, memberikan konseling pada klien tentang macam-macam alat kontrasepsi, mempersilahkan klien untuk memutuskan alat kontasepsi apa yang akan digunakan.

### **2.7.3.7 Evaluasi**

Dalam asuhan kebidanan evaluasi sangat berperan utama menetapkan tindakan kebidanan dengan menggunakan SOAP

- Tanggal : - Jam :
- S (Subyaktif) : Data klien melalui anamnesis sebagai langkah I Varney.
- O (Obyektif) : Hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diaknosik lain yang dirumuskan dalam data focus
- A (Assessment) : Hasil analisis dan interpretasi data
- P (Plan) : Menggambarkan pendokumentasian dan tindakan (1) dan evaluasi perencanaan berdasarkan assessment sebagai langkah 5, 6, dan 7 Varney.(Varney, 2004)

## **2.8 Indikator Pencapaian Target KIA**

Menurut Ditjen Kesehatan Masyarakat Kemenkes RI 2017 dalam terbitan tahun 2018 upaya kesehatan masyarakat di Indonesia khususnya kesehatan ibu dan anak dapat dilihat dari data nasional pada tahun 2017 cakupan kunjungan ibu hamil (K1) sebesar 95,41%, cakupan (K4) sebesar 87,30% dari target 76%, cakupan pertolongan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan (PN) sebesar 83,67 dari target 79%, cakupan kunjungan nifas (KF3) sebesar 87,36% dari target 87,36%, capaian kunjungan neonatal pertama (KN1) sebesar 92,62% dari target 81%, cakupan puskesmas yang melakukan program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi sebesar 91,94% dari target 88%. Menurut BKKBN (2018), cakupan peserta Keluarga Berencana (KB) aktif pada tahun 2017 sebesar 63,22% dari target 63,2%.

## **BAB III**

### **ASUHAN KEBIDANAN**

#### **A. ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL**

##### **3.1 PENGKAJIAN**

Tanggal Periksa : 17 Februari 2021  
Pukul : 09.30WIB  
Tanggal Pengkajian : 17 Februari 2021  
Pukul : 09.30 WIB  
Pengkajian Oleh : Afifatur Rohmah

##### **3.1.1 Data Subyektif**

###### **1) Identitas Klien**

Nama Ibu	: Ny. A	Nama Suami	: Tn. A
Umur	: 25 tahun	Umur	: 28 tahun
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Status pernikahan	: Sah		
Nikah	: 1 kali		
Usia nikah I	: 25 tahun		
Lama nikah	: 5ahun		
Penghasilan keluarga perbulan	: ± 2.500.000/bln		
Alamat	: Pucuk, Srirande, Deket, Lamongan		

###### **2) Keluhan**

- **Keluhan Utama:**

Ibu mengatakan datang ingin memeriksakan kehamilannya dan ibu mengeluh perut bagian bawah terasa nyeri

- **Riwayat Keluhan Utama: (PQRST)**

Ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya dan ibu mengeluh perut bagian bawah terasa nyeri, rasa nyeri sering dirasakan sejak memasuki TM III dan dirasa pada

saat bangun atau berguling ditempat tidur secara tiba-tiba dan pada saat dipakai aktifitas yang membuat banyak bergerak.

### 3) Riwayat Obstetric yang lalu

Kehamilan				Persalinan				BBL			Nifas	
Suami ke:	Hamil ke:	UK (mg)	Penyua Lit	Jenis pers	Penol Ong	tempat	penyu lit	JK	BB/PB	H/M Usia	Keada An	Laktas i
1	1	38 mgg	taa	SC	Dokter	RSM	-	Lk	2500/48	H/3th	baik	0-6 bln
1	2	34	h	a	m	i	l	i	n	i		

### 4) Riwayat Menstruasi

o HPHT : 25-06-2020

HPL : 01-04-2021

- Riwayat Haid

1. Siklus: teratur, 28 hari
2. Dismenore : tidak
3. Fluor Albus : ya 1 hari sebelum haid
4. Status TT : TT 5

### 5) Riwayat ANC

TRIMESTER I	TRIMESTER 2	TRIMESTER 3
Periksa 2 kali, saat UK : 8, 12 mgg Keluhan : Mual, muntah  Terapi yang didapat : ( Kalk, As.Folat) Lain-lain : HE :	Periksa 3 kali, saat UK : 16,20,24, mgg Keluhan : T.A.A  Terapi yang didapat : ( Fe, Kalk) Lain-lain : HE :	Periksa 3 kali, saat UK : 28,32 34 mgg Keluhan : nyeri perut bagian bawah  Terapi yang didapat : ( Fe, Kalk, vit C) Lain-lain : HE :
1. Istirahat yang cukup 2. Makan gizi seimbang 3. Makan sedikit tapi sering	1. Istirahat yang cukup 2. Makan gizi seimbang	

<p>4. hindari makanan yang memicu terjadinya mual muntah seperti makanan berlemak, bersantan, dan berminyak.</p> <p>5. Menjelaskan tanda bahaya kehamilan.</p>	<p>3. Hindari aktivitas yang terlalu berat</p>	<p>1. kompres hangat pada bagian perut yang nyeri</p> <p>2. jangan menahan BAB/BAK</p> <p>3. Hindari aktivitas yang terlalu berat</p> <p>4. Istirahat yang cukup, posisikan kaki lebih tinggi keatas</p> <p>5. atur nafas dengan baik</p> <p>6. Persiapan persalinan</p>
--	--	--

- Pergerakan janin

1. Pertama kali dirasakan 5 bulan
2. Frekwensi pergerakan janin dalam 3 jam terakhir 4 kali
3. Apabila tidak merasakan gerakan janin, kapan gerakan janin terakhir dirasakan : 1 jam terakhir

**6) Riwayat kontrasepsi**

Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan yang kedua dan ibu sebelumnya menggunakan kontrasepsi pil.

**7) Riwayat kesehatan sekarang**

Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit darah tinggi, jantung, paru-paru, diabetes dan penyakit menular.

**8) Riwayat kesehatan yang lalu**

Ibu mengatakan mengatakan tidak pernah menderita penyakit darah tinggi, jantung, paru-paru, diabetes dan penyakit yang menular.

**9) Riwayat kesehatan keluarga**

Ibu mengatakan dalam keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit menurun seperti darah tinggi, jantung, paru-paru, diabetes dan penyakit menular.



### **10) Pola Kebiasaan**

Ibu mengatakan aktivitas dirumah setiap harinya adalah melakukan pekerjaan rumah tangga, mengajar disekolah, dan sore hari mengajar bimbingan belajar dirumah.

### **11) Keadaan psikososial**

Ibu mengatakan dapat berhubungan baik dengan keluarga dan tetangga dekat rumah.

### **12) Latar belakang sosial budaya**

Ibu mengatakan sangat bahagia dengan kehamilannya, ibu mengadakan acara syukuran 7 bulanan untuk mendoakan kehamilannya agar selamat sampai persalinan.

### **13) Pola Fungsi Kesehatan**

#### **(1) Pola nutrisi**

Sebelum hamil : Makan : 3x/hari, 1 piring, nasi lauk dan sayur

Minum : 6-7x/hari, air putih,  $\pm 1200$ cc

Selama hamil : Makan : 3x/hari, 1 piring, nasi lauk dan sayur

Minum : 7-8x/hari, air putih dan susu,  $\pm 1500$  cc

#### **(2) Pola eliminasi**

Sebelum hamil : BAK 4-5x/hari, spontan kuning jernih

BAB 1x/hari, lunak, kuning

Selama hamil : BAK 4-5x/hari, spontan, warna kuning jernih

BAB 1x/hari, lunak, kuning

#### **(3) Pola aktifitas**

Sebelum hamil : Pasien biasa melakukan aktivitas pekerjaan rumah

Selama hamil : Pasien biasa melakukan aktivitas pekerjaan rumah dan melakukan jalan-jalan pagi dan sore

#### **(4) Pola istirahat dan tidur**

Sebelum hamil : Tidur siang  $\pm 1$  jam

Tidur malam  $\pm 7-8$  jam

Selama hamil : Tidur siang  $\pm 1$  jam

Tidur malam  $\pm 7-8$  jam

(5) Pola personal hygiene

Sebelum hamil : Mandi 3x/hari, sikat gigi 2x/hari, keramas 2x/minggu

Selama hamil : Mandi 3x/hari, sikat gigi 2x/hari, keramas 2x/minggu

(6) Pola seksual

Sebelum hamil : 2x/minggu, tidak ada keluhan

Selama hamil : 1x/ minggu kadang tidak melakukan hubungan seksual

### 3.1.2 DATA OBJEKTIF

1) Pemeriksaan umum

Keadaan umum	: Baik	RR	: 22x/menit
Kesadaran	: Compos mentis	Suhu	: 36,5°C
BB sebelum hamil	: 62 kg	Nadi	: 84x/menit
BB sekarang	: 69 kg	TD	: 110/75 mmHg
TB	: 160 cm		
Lila	: 25 cm		
HPL	: 01-04-2021		

2) Pemeriksaan fisik

1. Kepala : Tidak ada lesi, tidak ada massa, rambut hitam, distribusi merata
2. Wajah : Oval, simetris, tidak ada lesi, tidak odeme
3. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, pupil isokor
4. Hidung : Simetris, tidak ada cianosis
5. Telinga : Simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi, daun telinga sejajar dengan epikantus luar mata
6. Mulut : Merah muda, lembab, T1
7. Leher : Tidak ada nyeri tekan, terdapat hiperpigmentasi
8. Dada : Simetris, tidak ada bunyi nafas tambahan, BJ 1 dan 2 normal

9. Payudara : Simetris, kenyal, terdapat hiperpigmentasi areola, papilla menonjol
10. Abdomen (GI track) : Terdapat pembesaran abdomen sesuai usia kehamilan, tidak ada nyeri tekan, ada luka bekas operasi
11. Anus : Hangat, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan
12. Ekstremitas Atas : Pergerakan bebas, tidak ada sindaktil/polidaktil, CRT < 1 detik  
Bawah : Pergerakan bebas, tidak ada sindaktil/polidaktil, CRT < 1 detik

### 3) Pemeriksaan obstetrik

- (1) Inspeksi : Terjadi pembesaran abdomen sesuai usia kehamilan, tidak ada lesi, ada luka bekas operasi
- (2) Palpasi : L 1,2,3,4 (Usia kehamilan 34 minggu)
- Leopold I : TFU 31 cm pada fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong)
  - Leopold II : Kanan : teraba keras, memanjang seperti papan (punggung), kiri : teraba bagian-bagian kecil janin (ekstremitas)
  - Leopold III : Teraba bulat, keras, melenting, mudah digoyangkan, kepala belum masuk PAP
  - Leopold IV : Tidak dikaji

(3) Auskultasi : DJJ 145x/menit

(4) Pemeriksaan Penunjang : Tidak dilakukan pemeriksaan

(5) Pemeriksaan Laboratorium (4 februari 2021)

Urine : protein urine (negatif), reduksi (glukosa urine) (negatif)

Darah : HB 11,8 gr%, Golongan darah O

## 14) INTERPRETASI DATA DASAR

### – Diagnosa

– **Masalah Potensial**

-

**15) IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA**

-

**16) INTERVENSI**

**Tujuan :** Setelah dilakukan asuhan kebidanan dalam waktu 30 menit diharapkan dapat memenuhi kriteria hasil sebagai berikut :

Kriteria hasil :

K : ibu dapat mengulangi penjelasan bidan

A : ibu bersedia melaksanakan penjelasan bidan

P : -

P : -

NO.	PERENCANAAN	RASIONAL
1.	Lakukan Pendekatan terapeutik dengan pasien	Dengan melakukan pendekatan terapeutik pada ibu diharapkan dapat menjalin hubungan saling percaya yang nyaman dan aman antara ibu dengan petugas/bidan
2.	Menjelaskan hasil pemeriksaan TTV pada ibu dan janin	Dengan menjelaskan hasil pemeriksaan TTV diharapkan dapat mengetahui kondisi ibu dan janin saat ini
3.	Jelaskan pada ibu tentang kondisi kehamilannya.	Dengan menjelaskan pada ibu tentang kondisinya saat ini diharapkan ibu dapat mengetahui kondisinya dan tidak cemas mengenai kondisinya saat ini
4.	Jelaskan pada ibu tentang penyebab nyeri perut bagian bawah	Dengan menjelaskan pada ibu tentang penyebab sakit punggung dan sembelit diharapkan ibu dapat mengetahui apa saja penyebab dari nyeri perut bagian bawah yang dirasakannya saat ini

5.	Ajarkan ibu cara mengurangi nyeri perut bagian bawah	Dengan mengajarkan ibu cara mengurangi nyeri perut bagian bawah diharapkan nyeri pada bagian bawah perut yang dirasakan ibu dapat berkurang dan teratasi
6.	Berikan HE pada ibu tentang <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kebutuhan nutrisi selama hamil</li> <li>- Tanda-tanda persalinan</li> <li>- Persiapan persalinan</li> </ul>	Dengan memberikan HE pada ibu tentang kebutuhan nutrisi selama hamil, tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan diharapkan ibu dapat mengetahui dan memahami nutrisi yang baik selama hamil, serta dapat mengetahui apa saja tanda-tanda persalinan dan apa saja yang harus dipersiapkan menjelang persalinan karena alangkah baiknya sudah dipersiapkan secara matang dengan jauh-jauh hari
7.	Berikan tablet darah atau FE	Pemberian tablet darah atau FE bertujuan untuk pembentukan sel darah merah dalam tubuh untuk mencegah terjadinya anemia
8.	Anjurkan ibu kontrol ulang 1 minggu lagi yaitu tanggal 24 februari 2021 atau jika ada keluhan , ibu bisa segera datang ke fasilitas kesehatan.	menganjurkan ibu datang kontrol lagi agar dapat memantau keadaan janin dan ibu sehingga bila ada hal-hal yang membahayakan ibu dan janin dapat segera diberi pertolongan

## 17) IMPLEMENTASI

Tanggal/ Jam	No	Pelaksanaan Tindakan	Paraf
17/03/21 09.30	1.	Melakukan pendekatan terapeutik antara petugas/bidan dengan pasien untuk menjalin hubungan saling percaya yang nyaman dan aman antara pasien dengan petugas/bidan  R/ Pasien kooperatif	

	<p>2. Menjelaskan pada ibu hasil pemeriksaan TTV ibu dan janin bahwa hasil pemeriksaan dalam batas normal, keadaan ibu dan janin saat ini dalam kondisi baik</p> <p>R/ Ibu mengerti dan menerima</p> <p>3. Menjelaskan pada ibu penyebab nyeri pada perut bagian bawah merupakan hal yang wajar karena disebabkan oleh tekanan yang cukup tinggi seiring dengan membesarnya kandungan. Nyeri ini merupakan bagian dari kontraksi palsu, yang memang akan meningkat intensitas dan frekuensinya semakin mendekati persalinan asalkan tidak disertai keluar darah atau ketuban dari jalan lahir</p> <p>R/ ibu mengerti dan faham apa yang sudah dijelaskan petugas</p> <p>4. Menjelaskan pada ibu cara mengatasi nyeri pada perut bagian dengan cara:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kompres hangat pada perut yang nyeri</li> <li>2. Istirahat yang cukup, posisikan kaki lebih tinggi keatas</li> <li>3. Jangan menahan BAB/ BAK</li> <li>4. Atur nafas dengan baik</li> <li>5. Batasi aktifitas yang melelahkan</li> </ol> <p>R/ Ibu bersedia</p> <p>5. Memberikan HE tentang nutrisi, tanda-tanda persalinan, dan persiapan persalinan agar ibu dapat mengetahui apa saja nutrisi yang baik untuk ibu selama hamil yaitu pemenuhan gizi seimbang seperti asupan protein sehingga mendukung proses tumbuh kembang janin lebih optimal/ asupan karbohidrat untuk menyuplai energy tubuh/ zat besi/serat/asam flat dll. serta apa saja tanda-tanda persalinan seperti merasakan nyeri pad punggung, perut, dan tidak hilang dengan istirahat/ kontraksi palsu/ keluar lender kental bercampur darah dari vagina/ air ketuban pecah. dan persiapan persalinan seperti ibu mempersiapkan perlengkapan apa saja yang harus dibawa seperti perlengkapan bayi/ tas berisi pakaian dan peralatan mandi/ selimut dan jarik dll. karena karena alangkah baiknya sudah dipersiapkan secara matang dengan jauh-jauh hari</p> <p>R/ Ibu mengerti dan memahami</p>	
--	--	--

	6.	Memberikan terapi tablet darah atau FE bertujuan untuk pembentukan sel darah merah dalam tubuh untuk mencegah terjadinya anemia.	
	7	Menganjurkan ibu kontrol ulang 1 minggu lagi yaitu tanggal 24 feebruari 2021 atau jika ada keluhan, ibu bisa segera datang ke fasilitas kesehatan	

## 18) EVALUASI

**Tanggal : 17 Februari 2021**

**Pukul : 10.00 WIB**

S : Ibu mengatakan lega sudah mengetahui keadaannya saat ini dalam kondisi sehat Ibu mengatakan sudah mengetahui penyebab dari nyeri pada perut bagian bawah yang dirasakan saat ini

O: Ibu mampu menjelaskan kembali apa yang sudah dijelaskan oleh petugas/bidan

A: G2P1001 Usia Kehamilan 34 Minggu dengan nyeri pada perut bagian bawah

P: - mengingatkan kembali kepada ibu untuk melaksanakan HE yang sudah diberikan dan  
 - Menganjurkan pada ibu untuk datang kembali 1 minggu lagi pada tanggal 24-02-2021 atau sewaktu-waktu bila ada keluhan/tanda bahaya

### **EVALUASI / CATATAN PERKEMBANGAN** kunjungan ke 2

Tanggal : 24 Februari 2021

Pukul : 10.00 WIB

S: Ibu mengatakan ingin kunjungan ulang untuk memeriksakan kehamilannya dan saat ini ibu sudah jarang merasakan nyeri pada perut bagian bawah dan ibu mengatakan tidak ada keluhan lain

O: KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

TTV : TD : 108/70 mmHg

N : 82x/menit

S : 36,2°C

RR : 20x/menit

BB : 69,8 kg

BB terakhir periksa (17-03-2021) : 69 kg

TFU : 31,5 cm

DJJ : 145x/menit

Leopold I : TFU 2 jari dibawah px (31,5 cm) pada fundus teraba bulat, lunak dan tidak melenting (bokong)

Leopold II: Bagian kanan teraba keras seperti papan (punggung) bagian kiri teraba bagian kecil janin (ekstremitas)

Leopold III: Bagian terendah janin teraba bulat, keras, melenting dan masih bisa digoyangkan

Leopold IV: tidak dilakukan

A : G2P1001 Usia Kehamilan 35 Minggu dengan Kehamilan Fisiologis

P : - Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa keadaannya dan janinnya dalam kondisi baik

- Memberikan HE pada ibu mengenai nutrisi

- menganjurkan ibu untuk sujud-sujud dirumah agar bagian terendah janin segera turun

- Menganjurkan pada ibu untuk melakukan pemeriksaan USG di RS

- Memberikan surat pengantar pemeriksaan USG pada ibu

- Menganjurkan pada ibu untuk berhati-hati saat beraktivitas dan menghindari aktivitas berat

- Mengingatkan kembali pada ibu tentang tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan

- Menganjurkan pada ibu untuk segera datang jika ada keluhan dan jika merasakan ada tanda-tanda persalinan



## B. ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN

### I. PENGKAJIAN

Tanggal MKB : 13-03-2021 Pukul : 13.30 WIB

Tanggal Pengkajian : 13-03-2021 Pukul : 13.30 WIB

Oleh : Afifatur Rohmah

#### 1. Data Subyektif

##### A. Identitas Klien

Nama Ibu : Ny. A Nama Suami : Tn. A  
Umur : 25 tahun Umur : 28 tahun  
Suku/bangsa : Jawa/Indonesia Suku/bangsa : Jawa/Indonesia  
Agama : Islam Agama : Islam  
Pendidikan : SMA Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : IRT Pekerjaan : Swasta  
Status pernikahan : Sah  
  
Nikah : 1 kali  
Usia nikah I : 20 tahun  
Lama nikah : 5 tahun  
Penghasilan keluarga perbulan : ± 2.500.000/bln  
Alamat : Pucuk, Srirande, Deket, Lamonagn

##### B. Keluhan

###### a. Keluhan Utama

Ibu mengatakan tanggal 13 Maret 2021/ tadi pagi melakukan USG dan hasil dari USG tersebut ibu mengatakan bahwa kehamilannya baik-baik saja akan tetapi ada lilitan tali pusat.

###### b. Riwayat Keluhan Utama (PQRST)

Ibu mengatakan tidak ada keluhan dan ibu mengatakan setelah di USG tadi disarankan untuk SC besok di RS Fatimah karena faktor BSC 1X dan adanya lilitan tali pusat.

##### C. Riwayat Obstetric

Kehamilan				Persalinan				BBL			Nifas	
Suami ke:	Hamil ke:	UK (mg)	Penyu Lit	Jenis pers	Penol Ong	tempat	penyu lit	JK	BB/PB	H/M Usia	Keada An	Laktas i

1	1	38	Taa	SC	Dokter	RSM	-	Lk	2500	H/3th	Baik	Ya
									/48			
1	2	37-38	b	e	r	s	a	l	i	n	ini	

1) Riwayat kesehatan sekarang

Ibu mengatakan tidak sedang sakit dan tidak memiliki riwayat sakit darah tinggi dan diabetes

2) Riwayat kesehatan yang lalu

Ibu mengatakan tidak pernah mengalami sakit darah tinggi dan diabetes

3) Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan pada keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit darah tinggi dan diabetes maupun jantung dan paru-paru

4) Pola kebiasaan

Ibu mengatakan biasa melakukan pekerjaan rumah tangga dan selama hamil sering melakukan aktivitas jalan-jalan pagi dan sore

5) Keadaan psikososial

Ibu mengatakan sangat bahagia dengan kehamilannya saat ini.

6) Latar belakang sosial budaya

Ibu mengatakan hubungan dengan tetangga baik dan tidak ada budaya yang dapat menghambat proses kehamilannya

7) Pola kesehatan fungsional selama hamil

(1) Pola nutrisi

Sebelum hamil : Makan : 3x/hari, 1 piring, nasi lauk dan sayur

Minum : 6-7x/hari, air putih, ±1200cc

Selama hamil : Makan : 3x/hari, 1 piring, nasi lauk dan sayur

Minum : 7-8x/hari, air putih dan susu, ±1500 cc

(2) Pola eliminasi

Sebelum hamil : BAK 5-6x/hari, spontan kuning jernih  
BAB 3x/minggu, lunak, kuning



## Pemeriksaan Fisik

### b. Pemeriksaan fisik

1. Kepala : Rambut hitam, distribusi merata, tidak ada nyeri tekan
2. Muka : Oval, tidak ada lesi, tidak ada acne, tidak odeme
3. Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda
4. Hidung : Simetris, tidak ada cuping hidung, tidak ada polip, tidak ada cianosis
5. Mulut : Bibir lembab, tidak ada stomatitis, warna kemerahan
6. Telinga : Simetris, daun telinga sejajar dengan epikantus luar mata
7. Leher : Simetris, terdapat hiperpigmentasi kulit leher
8. Dada : Simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada bunyi nafas tambahan, BJ 1 dan 2 normal
9. Payudara : Simetris, hiperpigmentasi areola, papilla menonjol, lunak, tidak terdapat pengeluaran ASI
10. Abdomen (GI track) : Terdapat pembesaran perut sesuai usia kehamilan, terdapat striae livide dan linea alba, terdapat luka bekas operasi
11. Genetalia : Bersih, rambut pubis merata, tidak ada pengeluaran lendir darah
12. Anus : Berlubang, tidak ada hemoroid, tidak ada nyeri tekan
13. Ekstremitas Atas : Pergerakan bebas, tidak ada odeme, CRT  $\leq$  1 detik
14. Ekstremitas bawah : Pergerakan bebas, tidak ada odeme, CRT  $\leq$  1 detik

### c. Pemeriksaan Obstetrik

(1) Inspeksi

(2) Palpasi

Leopold I : TFU (33 cm), teraba kurang bulat, lunak dan tidak mudah dilentangkan(bokong)

Leopold II :

- Kiri : teraba bagian kecil janin (ekstremitas)
- Kanan : teraba keras, datar, memanjang seperti papan (punggung)

Leopold III : bagian gerendah janin teraba teraba keras bulat dan mudah dilentangkan (kepala), kepala belum masuk PAP

Leopold IV : tidak dilakukan

TBJ : -

His : -

### 3. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Urine : protein urine negatif
- b. Darah : HB: 11,8 gr/dl, Gol. Darah: o

### 4. Pemeriksaan Penunjang

- a. USG : ada lilitan tali pusat
- b. NST : tidak dilakukan
- c. Foto Rontgen : tidak dilakukan

## II. INTERPRETASI DATA

- Diagnosa : G2 P1001 UK 37-38 mgg dengan resiko tinggi/T/H /Puka/, KU ibu dan janin baik
- Ds : ibu mengatakan sudah siap akan dilakukan operasi Caesar besok
- DO : Tanda – tanda vital
- TD : 115/80 mmHg
- Nadi : 84x/menit Teratur
- RR : 24x/menit Teratur
- Suhu : 36,2°C
- LILA : 25 cm
- HPL : 01-04-2021

Leopold I : TFU (33 cm), teraba kurang bulat, lunak dan tidak mudah dilentingkan(bokong)

Leopold II

- Kiri : teraba bagian kecil janin (ekstremitas)
- Kanan : teraba keras, datar, memanjang seperti papan (punggung)

Leopold III : bagian gerendah janin teraba teraba keras bulat dan mudah dilentingkan (kepala), kepala belum masuk PAP

Leopold IV : tidak dilakukan

- TFU : 33 cm EFW : 3100 gram

- Auskultasi DJJ : 142x menit teratur dengan menggunakan dopler
- Pemeriksaan dalam : tidak dilakukan
- Pembukaan : ∅ tidak dilakukan

### III. INTERPRETASI DATA

- Diagnosa:** G2 P1001 UK 37-38 mgg T/H /Puka/, KU ibu dan janin baik dengan BSC 1x dan lilitan tali pusat pro SC
- Penilaian scor pudji rochayati**  
Scor awal 2, pernah operasi sesar 8, kelainan letak janin/ adanya lilitan tali pusat 8, total: 18
- Masalah:** -
- Dx/ Mx Potensial:** -

### IV. IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA

### V. INTERVENSI

A. Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan dalam waktu selama  $\leq 30$  menit diharapkan ibu dapat melewati persalihan dengan baik

Kriteria hasil :

- TTV dalam batas normal (120/70 – 140 /90 mm Hg), suhu ( $36^{\circ}\text{C} - 37^{\circ}\text{C}$ ), Nadi (60-90x/menit) , RR : (16-20x/Menit)
- Djj dalam batas normal 120 – 160x/Menit
- Tidak terjadi perdarahan

B. Planing

No.	Perencanaan	Rasional
1.	Jelaskan hasil pemeriksaan pada pasien dan keluarga.	Penyampaian dengan penjelasan tentang hasil pemeriksaan kepada ibu dapat mengetahui perkembangan seta merupakan tujuan utama pemeriksaan intranatal yang berkualitas
2.	Memberikan motivasi kepada ibu	Dengan adanya motivasi dan dukungan dari petugas ibu tidak khawatir menghadapi persalinannya
3.	Libatkan suami dan keluarga dalam persalinan	Memberikan dukungan kepada ibu agar semangat dan optimis menghadapi persalinan

4	Menjelaskan proses yang akan dilakukan sebelum operasi seperti anjuran puasa serta persiapan apa yang akan dibutuhkan di RS	Setelah dilakukukan arahan ibu akan merasa lebih siap menghadapi operasi
5	Memberikan surat pengantar rujukan	Setelat mendapatkan surat pengantar rujukan diharapkan daapat mempermudah proses persalinan

## VI. IMPLEMENTASI

13/03/21	<p>Melakukan pendekatan terapeutik pada pasien dengan menggunakan bahasa yang sopan serta mudah dimengerti</p> <p>Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa dirinya dan janinnya dalam keadaan normal</p> <p>TD :115/80 mmhg</p> <p>S : 36,2°C</p> <p>N : 84x/mnt</p> <p>RR : 24x/mnt</p> <p>Memberikan dukungan spiritual dan mental pada ibu dan keluarga dengan cara menenangkan memberikan motivasi baik langsung maupun tidak langsung</p> <p>R/ ibu tidak khawatir menghadapi persalinannya</p> <p>Menjelaskan proses yang akan dilakukan sebelum operasi seperti anjuran puasa serta persiapan apa yang akan dibutuhkan di RS</p> <p>R/ ibu merasa lebih siap menghadapi operasi</p>
----------	--

## VII. EVALUASI / CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal 13 – 03– 2021

Jam: 14.00 Wib

- S : ibu mengatakan sudah jauh lebih siap menghadapi operasi Caesar yang akan dilaksanakan besok
- O : Ibu mampu menjelaskan kembali apa yang sudah dijelaskan oleh petugas/bidan

A : G2 P1001 UK 37-38 mgg T/H /Puka/, KU ibu dan janin baik dengan BSC 1x dan lilitan tali pusat pro SC

P : bahwasannya ibu sudah menerima surat rujukan dari bidan

Tanggal 14 – 03– 2021

Jam: 19.00 Wib

S : Ibu mengatakan nyeri pada bekas luka operasi dan badannya merasa masih lemas.

O : Ibu mengatakan bayi lahir secara SC pada tanggal 14-03-2021 jam 14.10 oleh dokter SpOg JK-LK BB 3300 kg TB 50cm keadaan bayi baik menangis spontan. TTV= TD:120/75 mmHg, S:36°C, RR 20x/menit, N 80x/menit, TFU 2 jari di bawah pusat, luka operasi tertutup oleh kasa operasi

A : P2002 post SC 5 jam

P : ajarkan pada ibu untuk mobilisasi dini yaitu:

- Anjurkan pada ibu untuk tidur terbaring
- menggerakkan tangan dan kaki
- mengerakkan tubuhnya dengan miring kanan dan kiri
- menganjurkan ibu untuk duduk dan berjalan
- ajarkan ibu untuk minum tetapi sedikit-sedikit yang sesuai dengan adfis dokter .



## C. ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

### I. PENGKAJIAN

Tanggal MKB : 14 Maret 2021 Pukul : 19.00 WIB  
 Tanggal Pengkajian : 14 Maret 2021 Pukul : 19.00 WIB  
 Oleh : Afifatur Rohmah

#### 1. Data Subyektif

##### 1) Identitas Klien

Nama Ibu : Ny. A Nama Suami : Tn. A  
 Umur : 25 tahun Umur : 28 tahun  
 Suku/bangsa : Jawa/Indonesia Suku/bangsa : Jawa/Indonesia  
 Agama : Islam Agama : Islam  
 Pendidikan : SMA Pendidikan : SMA  
 Pekerjaan : IRT Pekerjaan : Swasta  
 Status pernikahan : Sah  
 Nikah : 1 kali  
 Usia nikah I : 20 tahun  
 Lama nikah : 5 tahun  
 Penghasilan keluarga perbulan : ± 2.500.000/bln  
 Alamat : Pucuk, Srirande, Deket, Lamongan  
 No.Telp/ Hp : -

##### 2) Keluhan

- Keluhan Utama : Ibu mengatakan merasakan nyeri bekas luka operasi
- Riwayat Keluhan Utama (PQRST) : Ibu mengatakan nyeri bekas luka operasi dan ibu masih mengeluarkan darah dari kemaluan .

##### 3) Riwayat Obstetric

Kehamilan				Persalinan				BBL			Nifas	
Suami ke:	Hamil ke:	UK (mg)	Penyu Lit	Jenis pers	Penol Ong	tempat	penyu lit	JK	BB/PB	H/M Usia	Keada An	Laktasi
1	1	39 mmg	-	SC	Dokter	RSM	-	LK	2500/48	H/3th	Baik	ASI
1	2	27-28	-	SC	Dokter	RS Fatimah	-	Lk	3300/50	H	baik	ASI

#### 4) Riwayat Kehamilan & Persalinan Sekarang

Status TT : TT 5

##### a. Riwayat ANC

TRIMESTER I	TRIMESTER 2	TRIMESTER 3
<p>Periksa 2 kali, saat UK : 8, 12 mgg</p> <p>Keluhan : Mual, muntah</p> <p>Terapi yang didapat : ( Kalk, As.Folat)</p> <p>Lain-lain :</p> <p>HE :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Istirahat yang cukup</li> <li>2. Makan gizi seimbang</li> <li>3. Makan sedikit tapi sering</li> <li>4. hindari makanan yang memicu terjadinya mual muntah seperti makanan berlemak, bersantan, dan berminyak.</li> <li>5. Menjelaskan tanda bahaya kehamilan.</li> </ol>	<p>Periksa 3 kali, saat UK : 16,20,24, mgg</p> <p>Keluhan : T.A.A</p> <p>Terapi yang didapat :</p> <p>( Fe, Kalk)</p> <p>Lain-lain :</p> <p>HE :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Istirahat yang cukup</li> <li>2. Makan gizi seimbang</li> <li>3. Hindari aktivitas yang terlalu berat</li> </ol>	<p>Periksa 5 kali, saat UK : 28,32 34, 35, 38 mgg</p> <p>Keluhan : nyeri perut bagian bawah</p> <p>Terapi yang didapat :</p> <p>( Fe, Kalk, vit C)</p> <p>Lain-lain :</p> <p>HE :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kompres hangat pada bagian perut yang nyeri</li> <li>2. jangan menahan BAB/BAK</li> <li>3. Hindari aktivitas yang terlalu berat</li> <li>4. Istirahat yang cukup, posisikan kaki lebih tinggi keatas</li> <li>5. atur nafas dengan baik</li> <li>6. Persiapan persalinan</li> </ol>

##### b. Riwayat Persalinan

Tanggal Persalinan : 14 maret 2021

Tipe Persalinan : SC Penolong : Dokter

Indikasi Persalinan : BSC 1x, lilitan tali pusat

Obat-obatan yang diberikan selama persalinan : Oksitosin

**5) Riwayat kesehatan sekarang**

Ibu mengatakan tidak sedang sakit dan tidak memiliki riwayat sakit darah tinggi dan diabetes

**6) Riwayat kesehatan yang lalu**

Ibu mengatakan tidak pernah mengalami sakit darah tinggi dan diabetes

**7) Riwayat kesehatan keluarga**

Ibu mengatakan pada keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit darah tinggi dan diabetes maupun jantung dan paru-paru

**8) Pola kebiasaan**

Ibu mengatakan biasa melakukan pekerjaan rumah tangga dan selama nifas pekerjaan rumah sementara dilakukan ibunya

**9) Keadaan psikososial**

Ibu mengatakan sangat bahagia dengan masa nifasnya saat ini, karena anaknya sudah ada dipangkuannya

**10) Latar belakang sosial budaya**

Ibu mengatakan hubungan dengan tetangga baik dan tidak ada budaya yang dapat menghambat proses nifasnya

**11) Pola Fungsi Kegiatan**

(1) Pola nutrisi

Selama hamil : Makan : 3x/hari, 1 piring, nasi lauk dan sayur  
Minum : 6-7x/hari, air putih, ±1200cc

Selama nifas : Makan : makan bubur sedikit  
Minum : baru habis 2 gelas

(2) Pola eliminasi

Selama hamil : BAK 7-8x/hari, spontan kuning jernih  
BAB 1x/hari, lunak, kuning

Selama nifas : BAK 1x, cateter  
BAB belum

(3) Pola aktifitas

Selama hamil : Pasien biasa melakukan aktivitas pekerjaan rumah

Selama nifas : pasien masih dalam keadaan terbaring

(4) Pola istirahat dan tidur

Selama hamil : Tidur siang  $\pm$  1 jam  
Tidur malam  $\pm$  7-8 jam

Selama nifas : Tidur siang  $\pm$  1 jam  
Tidur malam -

(5) Pola personal hygiene

Selam hamil : Mandi 3x/hari, sikat gigi 2x/hari, keramas 2x/minggu

Selama nifas : belum mandi

(6) Pola seksual

Selama hamil : 1x/minggu/ tidak melakukan hubungan seksual

Selama nifas : tidak melakukan hubungan seksual

## 2) Data Obyektif

### (1) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : baik

Kesadaran : composmetis

TTV : TD : 120/75 mmHg

N : 80 x/menit

S : 36 °C

RR : 20 x/menit

### (2) Pemeriksaan Fisik

- 1 Kepala : Rambut hitam, distribusi merata, tidak ada nyeri tekan
2. Muka : Oval, tidak ada lesi, tidak ada acne, tidak odeme
3. Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda
4. Hidung : Simetris, tidak ada cuping hidung, tidak ada polip, tidak ada cianosis
5. Mulut : Bibir lembab, tidak ada stomatitis, warna kemerahan
6. Telinga : Simetris, daun telinga sejajar dengan epikantus luar mata

- 7. Leher : Simetris, terdapat hiperpigmentasi kulit leher
- 8. Dada : Simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada bunyi nafas tambahan, BJ 1 dan 2 normal
- 9. Payudara : Simetris, hiperpigmentasi areola, papilla menonjol, lunak, terdapat pengeluaran ASI
- 10. Abdomen (GI track ) : TFU 2 jari dibawah pusat, luka operasi masih basah tertutup kasa operasi.
- 11. Genetalia : Bersih, rambut pubis merata, ada pengeluaran lochea
- 12. Anus : Berlubang, tidak ada hemoroid, tidak ada nyeri tekan
- 13. Ekstremitas Atas : Pergerakan bebas, tidak ada odeme, CRT  $\leq$ 1 detik
- 14. Ekstremitas bawah : Pergerakan bebas, tidak ada odeme, CRT  $\leq$ 1 detik

**3) Pemeriksaan Penunjang (bila ada indikasi)**

- d. USG : Tidak Dilakukan
- e. NST : Tidak Dilakukan
- f. Foto Rontgen : Tidak Dilakukan

**VIII. INTERPRETASI DATA**

- a. Diagnosa : P2002 Post SC 5 Jam
- b. Masalah : Tidak Ada
- c. Dx / Mx Potensial : infeksi pada bekas jahitan operasi

**IX. IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA**

-

**X. INTERVENSI**

C. Tujuan : Setelah dilakukan asuhan kebidanan dalam waktu 1 jam diharapkan agar ibu nifas dapat memenuhi Kriteria hasil sebagai:

K : ibu mampu memahami keadaannya saat ini

A : ibu mampu mengetahui asuhan yang diberikan oleh bidan

A : -

P : -

NO.	PERENCANAAN	RASIONAL
-----	-------------	----------

1.	Lakukan Pendekatan terapeutik dengan pasien	Sehingga tercipta lingkungan yang nyaman dan pasien lebih kooperatif.
2.	Jelaskan kepada pasien tentang hasil pemeriksaan TTV	Sehingga pasien mengetahui hasil pemeriksaan TTV
3.	Jelaskan kepada pasien tentang bentuk perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu nifas	Sehingga ibu dapat mengingat kembali tentang perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu nifas
4.	Menganjurkan kepada ibu untuk istirahat yang cukup	Sehingga ibu bisa beristirahat dengan cukup, agar tidak kelelahan.
5.	Memberikan Konseling kepada ibu tentang gizi seimbang agar kebutuhan bayi pada masa laktasi bisa terpenuhi, seperti makan sayuran, buah buahan, ikan, dan minum susu dan zat gizi yang banyak untuk membantu melancarkan produksi ASI	Sehingga produksi ASI tetap lancar dan ibu bisa menyusui bayinya secara langsung
6.	Menganjurkan kepada ibu untuk mobilisasi dini seperti miring ke kiri atau ke kanan dan menganjurkan kepada ibu agar tetap menjaga kebersihan diri terutama daerah genitalia	Sehingga ibu bisa tetap berada diposisi yang nyaman, dan bisa menghindari terjadinya infeksi
8.	Dokumentasikan pada status Ibu dan buku KIA	Sehingga data pasien terlengkapi

## XI. IMPLEMENTASI

Tanggal/ Jam	No	Pelaksanaan Tindakan	Paraf
14/03/21 19.00	1.	Melakukan komunikasi terapeutik dengan ibu dan keluarga dengan memanggil nama dan menyapa pasien dengan ramah.	
	2.	Menjelaskan hasil pemeriksaan TTV dan hasilnya dalam batas normal. Hasil TTV : TD : 120/75 mmHg N : 80 x/menit	

		S : 36 °C RR : 20 x/menit	
	3.	Memberikan HE mengenai nutrisi ibu, bahwa ibu tidak boleh tarak dan ibu dianjurkan untuk mengkonsumsi buah sayur dan telur, untuk mempercepat masa nifas ibu	
	4.	Menganjurkan kepada ibu untuk istirahat yang cukup siang 2 jam, malam 7-8 jam.	
	5.	Memberikan Konseling kepada ibu tentang gizi seimbang agar kebutuhan bayi pada masa laktasi bisa terpenuhi, seperti makan sayuran, buah buahan, ikan, dan minum susu dan zat gizi yang banyak untuk membantu melancarkan produksi ASI	
	6.	Menganjurkan kepada ibu untuk mobilisasi dini seperti miring ke kiri atau ke kanan dan menganjurkan kepada ibu agar tetap menjaga kebersihan diri terutama daerah genitalia	
	7.	Dokumentasi	

## XII.EVALUASI

**Tanggal : 14 Maret 2021**

**Pukul : 20.00 WIB**

**S** : ibu mengatakan lega mengetahui keadaannya saat ini dalam kondisi yang baik,

Ibu mengatakan sudah tidak cemas lagi karena hal yang dialami saat ini merupakan hal yang wajar

**O** : ibu mampu menjelaskan kembali apa yang sudah dijelaskan

**A** : P2002 Post SC 5 Jam, tujuan tercapai

**P** : memberikan HE tentang:

- Menganjurkan kepada ibu untuk istirahat yang cukup
- Memberikan konseling tentang tanda bahaya pada masa nifas
- Memberikan Konseling kepada ibu tentang gizi seimbang agar kebutuhan bayi pada masa laktasi bisa terpenuhi, seperti makan sayuran, buah buahan, ikan, dan minum susu dan zat gizi yang banyak untuk membantu melancarkan produksi ASI
- Menganjurkan kepada ibu untuk mobilisasi dini seperti miring ke kiri atau ke kanan dan menganjurkan kepada ibu agar tetap menjaga kebersihan diri terutama daerah genitalia

Evaluasi (kunjungan 2)

Tanggal 17/03/2021

jam: 09.05

S: ibu mengatakan sudah bisa dibuat aktifitas sedikit-sedikit seperti menggendong anaknya dengan berdiri

Ibu mengatakan anaknya kuat ketika menyusui, asi sudah mulai keluar sedikit-sedikit meskipun belum banyak

O: KU: baik

TD: 115/70 mmHg

Nadi: 82 x/menit

RR: 22 x/menit

Suhu: 36,3 c

TFU: diantara pusat dengan simpisis

UC; keras

Pada abdomen luka jahitan masih basa dan tertutup kasa anti air

Perdarahan 1 pembalut (100cc)

A: P2002 Post SC hari ke 3

P: Ingatkan pada ibu seperti pemenuhan nutrisi, istirahat yang cukup, cara menyusui yang benar, menjaga kebersihan genitalia

Evaluasi (kunjungan 3)

Tanggal 23 maret 2021

jam: 10.00

S: ibu mengatakan asi yang keluar sudah banyak, anak menyusui kuat

Ibu mengatakan darah nya sudah tidak keluar lagi sejak tadi pagi

O: KU: baik

TD: 105/70 mmHg

Nadi: 80 x/menit

RR: 24 x/menit

Suhu: 36,5 c

TFU: 4cm diatas simpisis

UC; keras

Pada abdomen luka jahitan sudah tertutup dengan sempurna dan tertutup kasa

A: P2002 Post SC hari ke 9

P: ingatkan kepada ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, larangan tarak makan



Evaluasi (kunjungan 4)

Tanggal 29 maret 2021 jam: 11.30

S: ibu mengatakan tidak ada keluhan dan ingin mengetahui keadaanya saja

O: KU: baik

TD: 100/70 mmHg

Nadi: 82 x/menit

RR: 20 x/menit

Suhu: 36,3 c

TFU: tidak teraba

Pada abdomen luka jahitan sudah tertutup dengan sempurna

A: P2002 Post SC hari ke 15

P: ingatkan kepada ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi

## D. ASUHAN KEBIDANAN NEONATUS FISILOGIS

Tgl Pengkajian : 14-03-2021

Jam : 19.00 WIB

Oleh : Afifatur Rohmah

### I. PENGKAJIAN

#### 8) DATA SUBJEKTIF

##### 1. Biodata

##### a) Bayi

Nama : Bayi Ny. A  
Anak ke : 2  
Usia : 4 jam 50 menit  
Jenis kelamin : Laki-Laki  
Tgl/jam lahir : 10 April 2021 / Jam 19.00 WIB  
Status : Anak Kandung

##### b) Orang Tua

Nama Ibu	: Ny. A	Nama Suami	: Tn. A
Umur	: 20 tahun	Umur	: 24 tahun
Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia	Suku/bangsa	: Jawa/Indonesia
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT	Pekerjaan	: Swasta
Status pernikahan	: Sah		
Nikah	: 1 kali		
Usia nikah I	: 25 tahun		
Lama nikah	: 5 tahun		
Penghasilan keluarga perbulan	: ± 2.500.000/bln		
Alamat	: Pucuk, Srirande, Deket, Lamongan		

##### 2. Anamnesa Khusus

1) Keluhan utama : tidak ada keluhan

2) Riwayat Intranatal

Umur kehamilan : 37-38 minggu

Kehamilan tunggal/ganda : Tunggal

Air ketuban : warna : Jernih

Bau : Khas

Letak bayi : Letak kepala  
 Tipe Persalinan : Normal  
 Penolong Persalinan : Dokter  
 Penyulit : Tidak Ada  
 Obat - obatan yang diberikan selama persalinan: oksitosin

Keadaan plasenta :

Fetal : tidak ada pembuluh darah terputus, insersi tali pusat sentralis, selaput amnion utuh ,tidak ada klasifikasi

Maternal : warna merah tua, kotiledon 20

Tanggal Persalinan : 14 maret 2021 Jam : 14.10 WIB

Tempat dan penolong : RS Fatimah

Jenis kelamin : Laki-Laki

BB/PB : 3.300 gr / 50cm

Hidup/mati : Hidup

Apgar score : 6-7

Ada kelainan/tidak : Tidak

Obat-obatan yang diberikan : Vit K dan Imunisasi hepatitis B

3) Riwayat neonatal

AS : 6-7

Penilaian	Menit I	Menit V
Warna kulit	2	2
Denyut nadi	1	1
Refleks	1	2
Tonus otot	1	1
Pernapasan	2	2
Jumlah	7	8

4) Riwayat Post Natal

- a) Usaha nafas dengan/tanpa bantuan : Tanpa Bantuan
- b) Kebutuhan Resusitasi : Tidak Ada
- c) Trauma Lahir : Tidak Ada
- d) Pemberian Vit K : Segera setelah bayi lahir

5) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

- a) Nutrisi : ASI Eksklusif
- b) Eliminasi : BAB : 1x setelah lahir  
BAK : sudah
- c) Personal Hygiene : Mandi : belum, ganti popok setiap habis BAB dan BAK

6) Latar belakang sosial budaya :

3. Pemeriksaan Umum

- KU : Baik
- Kesadaran : Composmentis
- Warna Kulit : Kemerahan
- Tangisan : Kuat
- Pernafasan : Normal
- Tonus Otot : Baik
- Kelainan : Tidak Ada
- TTV :
- Suhu : 36,2°C      Nadi : 150x/menit      RR : 40x/menit

Pemeriksaan Antropometri :

- BB : 3.300 gram
- PB : 50 cm
- LK : 33 cm
- LD : 34 cm
- LL : 13 cm

4. Pemeriksaan Fisik

- Kepala : Simetris, Tidak ada caput susedaneum, tidak ada cephal hematoma, UUB datar dan belum menutup, bentuk kepala bulat menonjol, suturnya belum menutup, rambut halus.
- Muka : kemerahan, simetris, tidak ada kelainan pada wajah
- Mata : Simetris, tidak juling, sklera putih terdapat gambaran tipis pembuluh darah.
- Hidung : Tidak ada mucus/secret, tidak ada cyanosis, tidak ada pernafasan cuping hidung.
- Mulut : Bibir lembab, warna merah muda, bibir dan palatum terbentuk sempurna, tidak ada stomatitis, tidak ada labioskizis, tidak ada labiopalatoskizis
- Telinga : Simetris, aurikula dan anal auditorium terbentuk sempurna, membrane

timpani utuh warna putih mengkilat

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe, tidak ada bendungan vena jugularis

Dada : Simetris, dada bulat, tidak ada suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler, tidak ada tarikan pada inter coste.

Punggung : Spina utuh , tidak ada massa, tidak ada spina bivida

Abdomen : Tidak kembung, tidak ada pembesaran hepar, kondisi tali pusat segar, tidak berbau serta tertutup kasa, tidak ada massa abdomen.

Genetalia :Jenis Kelamin : laki-laki

Anus : Terdapat lubang anus, reflek berkedut (+), tidak ada atresia ani

Ekstremitas

Atas : Simetris, pergerakan bebas, tidak odema, turgor kulit normal, tidak sindaktil/polidaktil, akril hangat.

Bawah : Simetris, pergerakan bebas, tidak odema, turgor kulit normal, tidak syndaktil/polidaktil, akril hangat

Tonus otot Gerak : Aktif

Reflek

Refleks sucking : Saat pemeriksa memberikan susu bayi dapat menghisap

Refleks Rooting : Bayi dengan cepat akan membuka mulut saat disentuh dibagian pipi dan bibir.

Refleks genggam : Bayi akan menggenggam jari petugas saat diletakkan di telapak tangan bayi.

Refleks Morro : Bayi akan terkejut saat permukaan meja digebrak, ibu jari dan jari telunjuk akan membentuk huruf C dan lengan akan ekstensi.

Refleks tonick neck : Lengan dan kakinya akan berekstensi kearah sisi kepala yang dimiringkan.

Refleks babynsky : Semua jari akan hiperekstensi dengan ibu jari dorsi fleksi saat telapak kaki bayi digores mulai dari sisi lateral ke arah atas hingga sepanjang telapak kaki

Pemeriksaan Penunjang : Tidak Dilakukan

## II. INTERPRETASI DATA DASAR

Diagnosa : BBL Aterm fisiologis usia 4 jam 50 menit

DS/DO

KU : Baik

Kesadaran : Composmentis

Warna Kulit : Kemerahan

Tangisan : Kuat

Pernafasan : Normal

Tonus Otot : Baik

Kelainan : Tidak Ada

TTV

Suhu : 36,2°C

Nadi : 150x/menit

RR : 40x/menit

Pemeriksaan Antropometri :

BB : 3300 gram

PB : 50 cm

LK : 33 cm

LD : 34 cm

LL : 13 cm

Pemeriksaan Fisik : tidak ditemukan masalah

Kepala : Simetris, Tidak ada caput susedaneum, tidak ada cephal hematoma, UUB datar dan belum menutup, bentuk kepala bulat menonjol, suturnya belum menutup, rambut halus.

Muka : Kemerahan, simetris, tidak ada kelainan pada wajah

Mata : Simetris, tidak juling, sklera putih terdapat gambaran tipis pembuluh darah.

Hidung : Tidak ada mucus/secret, tidak ada cyanosis, tidak ada pernafasan cuping hidung.

Mulut : Bibir lembab, warna merah muda, bibir dan palatum terbentuk sempurna, tidak ada stomatitis, tidak ada labioskizis, tidak ada labiopalatoskizis.

Telinga : Simetris, aurikula dan anal auditorium terbentuk sempurna, membrane timpani utuh warna putih mengkilat.

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe, tidak ada bendungan vena jugularis.

Dada : Simetris, dada bulat, tidak ada suara nafas tambahan, suara nafas vesikuler, tidak ada tarikan pada inter costae.

Punggung : Spina utuh, tidak ada massa, tidak ada spina bivida

Abdomen : Tidak kembung, tidak ada pembesaran hepar, kondisi tali pusat segar, tidak berbau serta tertutup kasa, tidak ada massa abdomen.

Genetalia : Jenis kelamin : laki-laki

Anus : Terdapat lubang anus, reflek berkedut (+), tidak ada atresia ani.

Ekstremitas

Atas : Simetris, pergerakan bebas, tidak odema, turgor kulit normal, tidak syndaktil/polidaktil, akral hangat.

Bawah : Simetris, pergerakan bebas, tidak odema, turgor kulit normal, tidak syndaktil/polidaktil, akral hangat

Tonus otot : Baik

Gerak : Aktif

Refleks :

Rooting : bayi dengan cepat akan membuka mulut saat disentuh dibagian pipi dan bibir

Sucking : lemah

Tonick neck :lengan dan kakinya akan berekstensi ke arah sisi kepala yang dimiringkan

Menggenggam :bayi akan menggenggam jari petugas saat diletakkan ditelapak tangan bayi

Babinsky :semua jari akn hiperekstensidengan ibu jari dorso fleksisaat telapak kaki bayi digores mulai dari sisi lateral ke arah atas hingga sepanjang telapak kaki

Morro :bayi akan terkejut saat permukaan meja digebrak, ibu jari dan jari telunjuk akan membentuk huruf C dan lengan akan ekstensi

### **III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL**

Tidak Ada

### **IV. IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA**

Tidak Ada

### **V. INTERVENSI**

Tujuan jangka pendek

Setelah dilakukan asuhan kebidanan selama  $\pm$  6-8 jam diharapkan masa transisi bayi dalam keadaan normal dengan kriteria hasil:

- TTV dalam batas normal
- BB naik
- Akral hangat

K : Ibu dapat mengerti tentang tanda bahaya pada bayi baru lahir

A : Ibu dapat mengikuti anjuran bidan

P : Ibu dapat mengulangi penjelasan yang diberikan bidan

P : ibu dapat melaksanakan anjuran dari bidan

**PERENCANAAN :**

5. Jelaskan hasil pemeriksaan bayi kepada ibunya.  
R/ Ibu mengerti hasil pemeriksaan
6. Ukur suhu tubuh bayi, denyut jantung, dan respirasi  
R/ Deteksi dini terjadinya komplikasi
7. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya dengan ASI Eksklusif selama 6 bulan tanpa diberi makanan/minuman tambahan apapun.  
R/ ASI adalah makanan terbaik bayi untuk tumbuh kembang dan pertumbuhan tubuh / kebutuhan bayi
8. Menganjurkan kepada ibu untuk menyusui bayinya secara on demand, kapan saja tanpa dijadwal minimal 2 jam sekali.  
R/ Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi.
9. Menganjurkan kepada ibu untuk menjaga kehangatan bayinya.  
R/ Mencegah terjadinya hipotermi
10. Menganjurkan kepada ibu untuk menjaga personal hygiene bayi mengganti popok bayi setelah BAB/BAK.  
R/ Salah satu cara untuk menghindari bayi dari kehilangan panas
11. Memberikan penjelasan pada ibu dan keluarga tanda bahaya bayi baru lahir.  
R/ Ibu mengerti dengan penjelasan bidan.
12. Ajarkan ibu cara menyusui yang benar, maka bayi akan merasa nyaman dan tidak tersedak  
R/ Bayi akan merasa nyaman dan tidak tersedak
13. Mendokumentasikan dan mencatat hasil pemeriksaan

**VI. IMPLEMENTASI**



Tanggal/ Jam	No	Pelaksanaan Tindakan	Paraf
14-03-2021 19.00 WIB	1	Menjelaskan hasil pemeriksaan TTV dan hasilnya dalam batas normal. KU : Baik Kesadaran : Composmentis Warna Kulit : Kemerahan Tangisan : Kuat Pernafasan : Normal Tonus Otot : Baik Kelainan : Tidak Ada TTV : Suhu : 36,2°C Nadi : 125x/menit RR : 44x/menit Pemeriksaan Antropometri : BB : 3.300 gram PB : 50 cm LK : 33 cm LD : 34 cm LL : 13 cm	
	2.	Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya dengan ASI Eksklusif selama 6 bulan tanpa diberi makanan/minuman tambahan apapun. Fungsinya penting bagi daya tahan tubuh dan pertumbuhan pada bayi.	
	3.	Menganjurkan kepada ibu untuk menyusui bayinya secara on demand, kapan saja tanpa dijadwal minimal 2 jam sekali.	
	4.	Menganjurkan kepada ibu untuk menjaga kehangatan bayinya seperti jangan menempatkan bayi didekat jendela, jangan menempatkan bayi ditempat yang dingin atau terpapar langsung dengan udara sekitar, untuk menghindari terjadinya hipotermi.	
	5.	Menganjurkan kepada ibu untuk menjaga personal hygiene bayi dan mengganti popok bayi pada saat bayi BAK dan bayi BAB, atau ketika popok sudah terasa penuh.	
	6.	Memberikan penjelasan pada ibu dan keluarga tanda bahaya bayi baru lahir yaitu bayi tidak mau menyusu, Kejang-kejang, lemah, sesak nafas, bayi merintih, atau menangis terus menerus, tali pusar kemerahan sampai dinding perut, berbau atau bernanah, demam/panas	

		tinggi, mata bayi bernanah, diare, kulit dan mata bayi kuning, tinja bayi saat BAB berwarna pucat	
	7.	Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar, maka bayi akan merasa nyaman dan tidak tersedak	
	8.	Mendokumentasikan dan mencatat hasil pemeriksaan	

## VII. EVALUASI/CATATAN PERKEMBANGAN

**Tanggal : 14 maret 2021**

**Pukul : 19:15 WIB**

- S : Ibu mengatakan bayinya sudah mau menyusui.
- O : ibu mampu mempraktekkan cara menyusui dengan benar  
Ibu mampu mengulang penjelasan dari petugas
- A : BBL aterm Usia 4 Jam 50 menit Post SC fisiologis
- P :
- Melakukan pemeriksaan pada bayi
  - Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa bayinya baik-baik saja
  - Menjelaskan cara menyusui dengan benar dan tanda bahaya pada bayi

### **Kunjungan Neonatus II (Usia 3 hari)**

**Tanggal : 17 03 2021**

**Jam : 09 : 05 WIB**

- S : Ibu mengatakan bayinya menyusui kuat, Asinya yang keluar sedikit
- O :
- Keadaan umum : Baik
  - Pernafasan : 45 x/menit
  - Suhu : 36,3°C
  - Nadi : 142 x/menit
  - BB : 3300 gram
  - Tidak ada sianosis
  - Warna kulit : seluruh tubuh kemerahan
  - Gerakan aktif
- A : BBL aterm Usia 3 hari Post SC fisiologis
- P :
- Melakukan pemeriksaan pada bayi
  - Memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu bahwa bayinya baik-baik saja
  - Menganjurkan ibu untuk memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya sesering mungkin minimal 2 jam sekali kepada ibu untuk menyusui bayinya secara on demand, kapan

saja tanpa dijadwal minimal 2 jam sekali, sehingga dapat memicu jumlah produksi ASI

- Menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya pada jam 7-8 pagi selama 15-30 menit, posisi bayi membelakangi sinar matahari dan bayi hanya menggunakan popok.

### **Kunjungan Neonatus III ( Usia 9 Hari)**

**Tanggal 23 maret 2021**

**jam 13 : 30 WIB**

**S** : Ibu mengatakan bayinya sedikit kuning karena beberapa hari tidak dijemur dikarenakan mendung dan bayi menyusu dengan kuat, tidak muntah ataupun gumoh

**O** :

- Keadaan umum : Baik - Pernafasan : 44 x/menit
- Suhu : 36,8°C - Nadi : 140 x/menit
- BB : 3310 gram - Warna kulit kemerahan
- Gerakan aktif - Tidak ada sianosis

**A** : BBL aterm Usia 9 hari Post SC fisiologis

**P** :

- Menganjurkan pada ibu untuk menjaga kebersihan tubuh bayinya yaitu memandikan bayi 2x/hari dan mengganti popok tiap selesai BAB dan BAK
- Menganjurkan pada ibu untuk menyusui bayinya secara eksklusif secara on demand agar bayi tidak kuning
- Menganjurkan ibu untuk menjemur bayinya pada jam 7-8 pagi selama 15-30 menit, posisi bayi membelakangi sinar matahari dan bayi hanya menggunakan popok.
- Menganjurkan ibu untuk segera memeriksa anaknya bila anaknya sakit atau tanda bahaya pada anak

### **Kunjungan Neonatus IV ( Usia 15 Hari)**

**Tanggal 29 maret 2021**

**jam 11 : 30 WIB**

**S** : Ibu mengatakan bayinya sudah tidak kuning, bayi menyusu dengan kuat, tidak muntah ataupun gumoh, dan sekarang bayi pilek karena tertular oleh kakaknya

**O** :

- Keadaan umum : Cukup - Pernafasan : 42 x/menit

- Suhu : 37,3°C
- Nadi : 144 x/menit
- BB : 3310 gram
- Warna kulit kemerahan
- Gerakan aktif
- Tidak ada sianosis

A : BBL aterm Usia 15 hari Post SC fisiologis

P :

- Mengajarkan pada ibu untuk menyusui bayinya secara eksklusif secara on demand agar bayi tidak dehidrasi
- Mengajarkan ibu untuk mengobati kakaknya juga, dan sementara melarang kakaknya untuk mencium adeknya
- Menjauhkan anak dari paparan asap rokok/ menjaga kebersihan dan kualitas udara
- Membuat kamar uap hangat, yaitu dengan menempatkan air hangat di dalam bak di kamar mandi sehingga bayi bisa menghirup uap hangat yang mengisi ruangnya.
- Mengajarkan ibu untuk segera memeriksa anaknya bila anaknya sakit atau tanda bahaya pada anak

## ASUHAN KEBIDANAN KELUARGA BERENCANA

### PENGAJIAN

Tanggal Pengkajian : 29 Maret 2021                      Pukul : 11.30 WIB

Oleh : Afifatur Rohmah

#### 4) Data Subyektif

##### 4.1 Identitas Klien

Nama Ibu : Ny. A                      Nama Suami : Tn. A  
 Umur : 20 tahun                      Umr : 24 tahun  
 Suku/bangsa : Jawa/Indonesia                      Suku/bangsa : Jawa/Indonesia  
 Agama : Islam                      Agama : Islam  
 Pendidikan : SMA                      Pendidikan : SMA  
 Pekerjaan : IRT                      Pekerjaan : Swasta  
 Status pernikahan : Sah  
  
 Nikah : 1 kali  
 Usia nikah I : 20 tahun  
 Lama nikah : 5 tahun  
 Penghasilan keluarga perbulan : ± 2.500.000/bln  
 Alamat : Pucuk, Srirande, Deket, Lamongan  
 No.Telp/ Hp : -

##### 4.2 Keluhan

Keluhan Utama : Ibu mengatakan setelah persalinan ini ingin menggunakan KB Suntik 3 Bulan.

Riwayat Keluhan Utama (PQRST) :

##### Riwayat Obstetric

Kehamilan				Persalinan				BBL			Nifas	
Suami ke:	Hamil ke:	UK (mg)	Penyu Lit	Jenis pers	Penol Ong	tempat	penyu lit	JK	BB/PB	H/M Usia	Keada An	Laktas i
1	1	39 mgg	Taa	SC	Dokter	RS	Taa	LK	2500/48	H/3 th	Baik	ASI

1	2	37-38 mgg	Taa	SC	Dokter	RS	Taa	Lk	3300 /50		baik	ASI
---	---	--------------	-----	----	--------	----	-----	----	-------------	--	------	-----

### **Riwayat Kontrasepsi**

Ibu mengatakan sebelum kehamilan ini ibu menggunakan KB pil karena mudah didapat, dan cocok Setelah persalinan ini berencana menggunakan KB Suntik 3 Bulan karena ingin mengganti Kb nya/ mencoba yang lain

#### 4.3 Pola Fungsi Kegiatan

##### 1) **Riwayat kesehatan sekarang**

Ibu mengatakan tidak sedang sakit dan tidak memiliki riwayat sakit darah tinggi dan diabetes

##### 2) **Riwayat kesehatan yang lalu**

Ibu mengatakan tidak pernah mengalami sakit darah tinggi dan diabetes

##### 3) **Riwayat kesehatan keluarga**

Ibu mengatakan pada keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit darah tinggi dan diabetes maupun jantung dan paru-paru

##### 4) **Pola kebiasaan**

Ibu mengatakan biasa melakukan pekerjaan rumah tangga.

##### 5) **Keadaan psikososial**

Keyakinan/ social budaya keluarga dalam ber KB : Ibu mengatakan dalam keluarga tidak ada pantangan melakukan KB

##### 6) **Latar belakang sosial budaya**

Ibu mengatakan hubungan dengan tetangga baik dan tidak ada budaya yang dapat menghambat proses nifasnya

##### 7) **Pola Fungsi Kegiatan**

###### (1) Pola nutrisi

Selama hamil : Makan : 3x/hari, 1 piring, nasi lauk dan sayur

Minum : 6-7x/hari, air putih, ±1200cc

Selama nifas : Makan : 3x/hari, 1 piring, nasi lauk dan sayur

Minum : 7-8x/hari, air putih dan susu, ±1500 cc

(2) Pola eliminasi

Selama hamil : BAK 7-8x/hari, spontan kuning jernih  
BAB 1x/hari, lunak, kuning

Selama nifas : BAK 5-6x/hari, spontan, warna kuning jernih  
BAB 3x/minggu, lunak, kuning

(3) Pola aktifitas

Selama hamil : Pasien biasa melakukan aktivitas pekerjaan rumah

Selama nifas : Pasien menggondong anaknya dengan berdiri, memandikan, mengganti popok, pekerjaan rumah selamah nifas dibantu ibunya

(4) Pola istirahat dan tidur

Selama hamil : Tidur siang  $\pm$  1 jam  
Tidur malam  $\pm$  7-8 jam

Selama nifas : Tidur siang  $\pm$  1 jam  
Tidur malam  $\pm$  6-7 jam

(5) Pola personal hygiene

Selam hamil : Mandi 3x/hari, sikat gigi 2x/hari, keramas 2x/minggu

Selama nifas : Mandi 3x/hari, sikat gigi 2x/hari, keramas 2x/minggu

(6) Pola seksual

Selama hamil : 1x/minggu/ tidak melakukan hubungan seksual

Selama nifas : tidak melakukan hubungan seksual

5) Data Obyektif

(1) Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : baik

Kesadaran : composmetis

TTV : TD : 110/70 mmHg

N : 80 x/menit

S : 36,2 °C

RR : 20 x/menit

## Pemeriksaan Fisik

2. Kepala : Rambut hitam, distribusi merata, tidak ada nyeri tekan
3. Muka : Oval, tidak ada lesi, tidak ada acne, tidak odeme
4. Mata : Simetris, sklera putih, konjungtiva merah muda
5. Hidung : Simetris, tidak ada cuping hidung, tidak ada polip, tidak ada cianosis
6. Mulut : Bibir lembab, tidak ada stomatitis, warna kemerahan
7. Telinga : Simetris, daun telinga sejajar dengan epikantus luar mata
8. Leher : Simetris, terdapat hiperpigmentasi kulit leher
9. Dada : Simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada bunyi nafas tambahan, BJ 1 dan 2 normal
10. Payudara : Simetris, hiperpigmentasi areola, areola menonjol, lunak, terdapat pengeluaran ASI
11. Abdomen (GI track ) : terdapat luka bekas operasi
12. Genetalia : Bersih, rambut pubis merata, tidak ada pengeluaran lochea
13. Anus : Berlubang, tidak ada hemoroid, tidak ada nyeri tekan
14. Ekstremitas Atas : Pergerakan bebas, tidak ada odeme, CRT  $\leq$ 1 detik
15. Ekstremitas bawah : Pergerakan bebas, tidak ada odeme, CRT  $\leq$ 1 detik

## 6) Pemeriksaan Penunjang (bila ada indikasi)

USG : Tidak Dilakukan

NST : Tidak Dilakukan

Foto Rontgen : Tidak Dilakukan

### 3.5.1 INTERPRETASI DATA DASAR

DX : P<sub>2002</sub> Usia 25 Tahun Calon Akseptor KB Suntik 3 Bulan

DS : -

### 3.5.2 ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL

Resiko terjadinya kegagalan

### 3.5.3 IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA

-

### 3.5.4 INTERVENSI



**Tujuan :** Setelah dilakukan asuhan kebidanan kurang lebih 30 menit diharapkan ibu bisa memilih metode KB yang akan digunakan dengan kriteria hasil :

**K** : Ibu dapat mengulang kembali penjelasan yang diberikan oleh bidan

**A** : Ibu bersedia melakukan anjuran yang diberikan oleh bidan

**P** : ibu bisa menentukan kontrasepsi yang akan digunakan

**P** : Ibu dalam keadaan sehat dan bersedia menggunakan KB Suntik 3 Bulan dengan kriteria hasil : TTV dalam batas normal TD : 110/70 -120/80 mmHg, Suhu : 36 - 37,5°C, Nadi : 60 -100 x/menit, RR : 16 -24 x/menit

### PLANNING

1. Lakukan pendekatan terapeutik dengan pasien.  
R/ agar ibu lebih kooperatif
2. Jelaskan macam-macam KB ,efek samping, keuntungan dan kekurangan  
R/ agar ibu mengerti tentang KB yang akan dipilih
3. Jelaskan pada Ibu cara menggunakan KB Suntik 3 Bulan yang efektif  
R/ ibu mengerti penggunaan KB Suntik 3 Bulan
4. Beritahu ibu untuk datang ke bidan atau tempat kesehatan bila sudah mendapatkan haid dan jika ada keluhan  
R/ Deteksi dini kegagalan KB
5. Lakukan dokumentasi

### 3.5.5 IMPLEMENTASI

No.	IMPLEMENTASI	PARAF
1.	Melakukan pendekatan terapeutik dengan cara berbicara yang sopan dan baik Respon : ibu bersikap kooperatif	
2.	Menjelaskan pada ibu tentang metode KB ibu pasca salin yang menyusui 1) MAL (Metode Amenore Laktasi) yaitu cara KB alami yang dapat digunakan setelah ibu melahirkan dengan cara menyusui bayi secara eksklusif tanpa memberikan apapun pada bayi termasuk susu formula selama 6 bulan, bayi berumur kurang dari 6 bulan, frekuensi menyusu minimal 8x/hari dan belum mendapat haid. 2) Suntik 3 bulan yaitu KB yang hanya mengandung hormon progesterin sehingga tidak mempengaruhi produksi ASI.	

	<p>(1) Keuntungan : pencegahan kehamilan jangka panjang, klien tidak perlu menyimpan obat dan minum obat tiap hari.</p> <p>(2) Keterbatasan : terjadi gangguan haid (siklus haid memanjang atau memendek, darah yang keluar banyak atau sedikit, darah yang keluar tidak teratur, bercak, tidak haid sama sekali), sangat tergantung pada pelayanan kesehatan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.</p> <p>3) Minipil yaitu pil KB khusus untuk ibu menyusui yang hanya mengandung hormon progesteron saja.</p> <p>(1) Keuntungan : tidak mempengaruhi produksi ASI, dapat dihentikan setiap saat, dan kesuburan cepat kembali.</p> <p>(2) Keterbatasan : gangguan haid (siklus haid memanjang atau memendek, darah yang keluar banyak atau sedikit, darah yang keluar tidak teratur, bercak, tidak haid sama sekali), peningkatan atau penurunan berat badan, harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama, bila lupa 1 pil saja kegagalan menjadi lebih besar.</p> <p>4) Implan yaitu KB susuk yang dipasang pada lengan kiri yang berisi 2 batang kapsul.</p> <p>(1) Keuntungan : Perlindungan jangka panjang sampai 3 tahun, tidak mengganggu produksi ASI, klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan, dan dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.</p> <p>(2) Keterbatasan : dapat mempengaruhi pola haid, nyeri kepala, perasaan mual, bila ingin mencabut klien harus pergi ke klinik, untuk pemasangan perlu dilakukan pembedahan kecil pada lengan yang akan dimasuki kapsul implant.</p> <p>5) IUD yaitu KB yang dimasukkan didalam rahim ibu atau yang biasa disebut dengan KB spiral.</p> <p>1. Keuntungan : efektif dengan proteksi jangka panjang 8-10 tahun, tidak mempengaruhi produksi ASI, dan kesuburan segera kembali sesudah IUD diangkat.</p> <p>2. Keterbatasan : diperlukan pemeriksaan dalam sebelum pemasangan IUD, diperlukan tenaga terlatih untuk pemasangan dan pencabutan, dan klien tidak dapat menghentikan sendiri setiap saat.</p>	
--	---	--

	<p>6) Kondom merupakan suatu kantong karet yang tipis, berwarna atau tidak berwarna, dipakai untuk menutupi penis yang ereksi sebelum dimasukkan ke dalam vagina sehingga sperma tertampung didalamnya dan tidak masuk vagina, dengan demikian mencegah kehamilan.</p> <p>(1) Keuntungan : tidak mengganggu produksi ASI, Mencegah kehamilan, memberi perlindungan dari penyakit akibat hubungan seks, dapat diandalkan, relatif murah, sederhana, ringan, tidak perlu pemeriksaan medis, pria ikut serta aktif dalam KB.</p> <p>(2) Kerugian : Angka kegagalan relatif tinggi, cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi, selalu digunakan dan harus selalu tersedia setiap kali berhubungan.</p> <p>Respon : ibu mengerti dg penjelasan yg diberikan</p>	
3.	<p>Memberitahu ibu untuk datang kembali bila sudah mendapatkan haid dan jika ada keluhan.</p> <p>Respon : ibu mengerti dg penjelasan yg diberikan</p>	
4.	Melakukan dokumentasi	

### 3.5.6 EVALUASI

Tanggal :29 maret 2021

Pukul : 11: 30 WIB

S : Ibu mengatakan mengerti dengan penjelasan yang diberikan petugas tentang KB Suntik 3 Bulan, ibu akan menggunakan KB Suntik 3 Bulan

O : Ibu bersedia menggunakan KB Suntik 3 Bulan secara efektif

A : P<sub>2002</sub> Usia 25 Tahun Calon Akseptor KB Suntik 3 Bulan

P :

1. Mengingatkan kembali ibu untuk ke tenaga kesehatan apabila ibu sudah mendapatkan haid atau jika ada keluhan.
2. Motivasi ibu untuk mendiskusikan dengan suaminya untuk menggunakan KB yang lebih efektif dan aman bagi ibu menyusui seperti KB hormonal, progestin.

Tanggal :15 April 2021

Pukul : 09.30 WIB

S : Ibu mengatakan ingin ber KB suntik 3 bulan dan ibu sudah mendapatkan haid

O : KU: baik

Kesadaran: composmetis

S: 36,4 °C

RR: 22 x/menit

N: 82 x/menit

TD: 110/80 mmHg

A : P<sub>2002</sub> Usia 25 Tahun Akseptor KB Suntik 3 Bulan

P : 1. Menginformasikan kepada ibu tentang KB yang digunakan beserta efek sampingnya  
2. memberitahu ibu bahwa akan disuntik KB 3 bulan secara IM dibagian bokong ibu  
3. menganjurkan ibu datang kembali apabila ada keluhan dan suntik ulang pada 6 juli  
2021

## **BAB IV PEMBAHASAN**

### Asuhan Kebidanan Kehamilan

#### 1) Pengkajian

##### Data Subjektif

##### a. Identitas

##### a) Nama ibu dan suami

Pada saat pengkajian kunjungan pertama nama pasien Ny. "A" dan suaminya Tn. "A" dapat dikaji dan sudah mengenal antara pasien dan petugas kesehatan. Sesuai teori menurut Aziz Alimul Hidayat (2009) mengatakan bahwa, ditanyakan nama dengan tujuan agar dapat mengenal atau memanggil pasien dan tidak keliru dengan pasien yang lain. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori

##### b) Usia ibu dan suami

Pada saat pengkajian didapatkan umur ibu 25 tahun. Menurut Fraser (2009) mengatakan bahwa jika usia ibu kurang dari 18 tahun atau diatas 35 tahun, membutuhkan saran atau pengawasan antenatal tambahan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori

##### c) Agama ibu dan suami

Pada saat pengkajian ditemukan agama pasien dan suami islam. Menurut Latief (2009) mengatakan bahwa, data tentang agama dan suku bangsa untuk memantapkan identitas, juga perilaku seseorang tentang kesehatan. Kebiasaan, kepercayaan dan tradisi dapat menunjang dan dapat menghambat perilaku hidup sehat. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

##### d) Suku / bangsa ibu dan suami

Pengkajian didapatkan suku / bangsa ibu dan suami adalah jawa / Indonesia. Menurut Fraser (2009) mengatakan bahwa, banyak adat istiadat yang mempengaruhi perilaku kesehatan pada ibu hamil, bergantung dari suku / bangsa ibu dan suami. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

##### e) Pendidikan ibu dan suami

Pendidikan ibu perguruan tinggi dan suami adalah SMU. Menurut Saminem (2010) mengatakan bahwa makin rendah pendidikan ibu, resiko kehamilan

semakin tinggi, sehingga ibu perlu diberikan penyuluhan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

f) Pekerjaan ibu dan suami

Pekerjaan ibu adalah IRT dan pekerjaan suami adalah wiraswasta. Menurut Aziz Alimul Hidayat (2009) mengatakan bahwa menanyakan pekerjaan ini untuk mengetahui bagaimana taraf hidup dan sosial ekonomi penderita itu agar nasehat kita nanti sesuai. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

g) Alamat

Alamat ibu dan keluarga terletak di Dsn. Pucuk, Ds. Srirande Kec, Deket Kab Lamongan. Menurut Latief (2009) mengatakan bahwa kejelasan alamat diperlukan agar sewaktu-waktu dapat dihubungi. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

b. Alasan Kunjungan

Dinyatakan fisiologis karena tidak ditemukan kesenjangan antara kasus dan teori selalu menyebutkan alasan kunjungannya yaitu ingin kontrol kehamilannya tiap kali datang ditempat pelayanan kesehatan. Menurut Ari Sulistiyawati (2009) mengatakan bahwa untuk mengetahui alasan pasien datang apakah untuk kontrol atau kunjungan ulang ataupun ada keluhan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

c. Keluhan Utama

Dari hasil pengkajian didapatkan keluhan Ny. "A" tidak mengalami keluhan. Menurut Wahyuningsih (2009) mengatakan bahwa keluhan yang dapat terjadi pada ibu hamil trimester III antara lain kram otot, karena terjadi tekanan pada saraf ekstremitas bagian bawah oleh uterus yang membesar, akibat kekurangan daya serap kalsium. Hal ini ada kesenjangan antara fakta dan teori.

d. Riwayat menstruasi

Didapatkan HPHT Ny. "A" adalah 25 juni 2020 dan HPL nya adalah 29 maret 2021. Menurut Fraser (2009) mengatakan bahwa pada ibu hamil riwayat menstruasi dikaji untuk menentukan tanggal tafsiran partus (TP) berdasarkan hari pertama haid terakhir (HPHT). Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

e. Riwayat kehamilan sekarang

Dari hasil pengkajian ibu mengatakan ini hamil anak kedua dan pergerakan anak pertama kali dirasakan ibu pada UK 5 bulan. Menurut Fraser (2009) mengatakan bahwa, pergerakan anak pertama kali dirasakan pada UK 18-20 minggu. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

f. Imunisasi TT

Ny. "A" sudah imunisasi TT 5x. menurut Saminem (2010) mengatakan bahwa selang waktu, lama perlindungan dan presentase perlindungan imunisasi TT adalah

Antigen	Selang Waktu Minimal	Lama Perlindungan	Presentase Perlindungan
TT-1	Saat pertama kali mendapat imunisasi TT	Tidak ada	Tidak ada
TT-2	4 minggu setelah TT-1	3 tahun	80%
TT-3	6 bulan setelah TT-2	5 tahun	95%
TT-4	1 tahun setelah TT-3	10 tahun	99%
TT-5	1 tahun setelah TT-4	19 tahun/seumur hidup	99%

Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

g. Riwayat kesehatan yang lalu dan keluarga

Ny. "A" dan keluarga tidak menderita penyakit diabetes mellitus, TBC, hepatitis, hipertensi, dan asma. Menurut Hanifa Wiknjastro dkk (2009) mengatakan bahwa normalnya ibu hamil yang menderita diabetes mellitus, TBC, hipertensi dan asma dapat memperburuk kondisi kehamilannya. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

h. Pola kebiasaan sehari-hari selama hamil

Pola kebiasaan sehari-hari ibu hamil trimester III menurut Wahyuningsih (2009), antara lain :

a) Pola nutrisi

Selama kunjungan Ny. "A" makan 2-3 x/hari selalu makan makanan yang beraneka ragam dan tidak pantang makanan. Menurut Wirakusumah (2012) mengatakan bahwa makanan hendaknya beraneka ragam dan berganti-ganti. Peningkatan konsumsi makanan hingga 300 kalori perhari. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

b) Pola eliminasi

Selama hamil, Ny. "A" BAB 1 x sehari warna kuning kecoklatan konsistensi lunak. BAK 3-4 x sehari, warna kuning jernih, tidak nyeri. Menurut Hidayat A (2012), mengatakan bahwa konstipasi merupakan hal umum bagi wanita selama hamil karena reaksi hormonal yang mengurangi gerakan peristaltik usus dan pembesaran uterus yang menahannya. Sedangkan sering berkemih merupakan hal umum yang

terjadi selama bulan pertama dan terakhir masa kehamilan karena rongga perut dipenuhi oleh uterus dan peningkatan sensitivitas kongestif darah jaringan. Hal ini ada kesenjangan karena Ny. "A" tidak mengalami konstipasi.

c) Pola Istirahat

Selama kunjungan Ny. "A" tidur siang 2 jam mulai jam 13.00-15.00 WIB dan tidur malam  $\pm$  7 jam mulai jam 21.00-04.00 WIB, tidak ada gangguan. Menurut Menurut Putri Asrinah (2010) mengatakan bahwa waktu tidur yang dibutuhkan ibu hamil pada malam hari 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari 1 jam. Hal ini ada kesenjangan antara kasus dan teori.

d) Pola Aktivitas

Ny. "A" mengerjakan pekerjaan rumah seperti biasanya memasak, mencuci, menyapu dan mengajar. Menurut Ida Bagus Gde Manuaba (2012) mengatakan bahwa segala kegiatan yang berbahaya dan tidak terkendali secara penuh oleh keseimbangan tubuh harus dihindari pada kehamilan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

#### Data Objektif

- Pemeriksaan umum

- Kesadaran ibu adalah composmentis. Menurut Hidayat (2012), mengatakan bahwa kesadaran composmentis adalah kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

- Tanda-Tanda Vital:

Tekanan Darah : Selama kunjungan tekanan darah Ny. "A" adalah 110/70 mmHg. Menurut Wahyuningsih (2009) mengatakan bahwa desakan darah yang normal rata-rata pada wanita hamil 110/70-120/80 mmHg. Menurut (Sastrawinata.S, 2008) preeklampsia ditandai dengan tekanan darah lebih dari normal yaitu siastole naik 30 mmHg dan diastole naik 15 mmHg. Hal ini tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta.

Nadi : Selama kunjungan, nadi Ny. "A" adalah 84 x/menit. Menurut Ambarwati (2009) mengatakan bahwa denyut nadi normal berkisar antara 60-100x/menit, jika diatas 100x/ menit pada



masa hamil adalah mengindikasikan adanya suatu infeksi. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

Pernapasan : Selama kunjungan pernapasan Ny. "A" adalah 20x/menit. Menurut Wahyuningsih (2009) mengatakan bahwa pernapasan normal pada ibu hamil trimester III adalah 16-24 x/menit. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

Suhu : Selama kunjungan suhu Ny. "A" adalah 36,5 °C. Menurut Wahyuningsih, (2009) mengatakan bahwa suhu normal 36-37,5°C. hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

- Tinggi Badan

Setelah pengkajian didapatkan tinggi badan ibu 160 cm. Menurut Wahyuningsih (2009) ibu hamil dengan tinggi badan < 145 cm berkemungkinan memiliki panggul sempit. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

- Berat Badan

Sebelum hamil berat badan Ny. "A" adalah 62 kg dan selama hamil berat badannya 69 kg, penambahan berat badannya adalah 7 kg. Menurut Sulistiyawati (2011) perkiraan peningkatan berat badan yang dianjurkan adalah 4 kg pada kehamilan trimester I, 0,5 kg/minggu pada kehamilan trimester II dan III, totalnya sekitar 15-16 kg. Hal ini terdapat kesenjangan antara fakta dan teori.

- LILA (Lingkar Lengan Atas)

LILA Ny. "A" adalah 25 cm, menurut Wahyuningsih (2009) mengatakan Lila kurang dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi Ibu kurang atau buruk. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

b. Pemeriksaan Fisik

- Wajah

Selama kunjungan wajah Ny. "A" tidak oedem. Menurut Wahyuningsih (2009) wajah normal adalah tidak bengkak. Apabila wajah ibu bengkak, kemungkinan terjadi pre eklamsi. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

- Mata

Selama kunjungan mata Ny. "A" sekleranya putih, konjungtiva merah muda. Menurut Wahyuningsih (2009) mengatakan bahwa sklera putih, konjungtiva merah muda. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

- Mulut

Selama kunjungan mukosa bibir Ny. “A” lembab, tidak pucat dan tidak caries. Menurut IBG Manuba (2012) mengatakan bahwa mukosa bibir lembab, tidak pucat. Apabila mukosa bibir ibu kering, menandakan dehidrasi dan apabila pucat menandakan anemia. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

- Leher

Selama kunjungan leher Ny. “A” normal tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, pembesaran kelenjar limfe dan bendungan vena jugularis. Menurut IBG Manuaba (2012) mengatakan bahwa leher normal tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, pembesaran kelenjar limfe dan bendungan vena jugularis. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

- Payudara

Selama kunjungan payudara Ny. “A” kebersihannya bersih, puting susu menonjol, hiperpigmentasi areola dan puting susu, kolostrum belum keluar. Menurut IBG Manuaba (2012) normalnya puting susu menonjol, areolla hiperpigmentasi. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

- Abdomen

Selama kunjungan pada abdomen Ny. “A” pembesarannya membujur, tidak ada bekas operasi SC, ada striae livide dan striae albican, terdapat linea nigra, dan gerakan janin aktif. Menurut IBG Manuaba (2012) normalnya pemeriksaan abdomen yang dilakukan adalah Pembesaran: melintang atau membujur, tidak ada bekas SC, striae, linea, gerak janin. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

- Ekstremitas

Selama kunjungan ekstremitas atas Ny. “A” tidak oedem dan ekstremitas bawah tidak oedem dan tidak varises. Menurut Mochtar (2012). Adanya oedem pada ekstremitas atas atau bawah dapat dicurigai adanya hipertensi hingga *pre-eklamsi*. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

c. Pemeriksaan Khusus

- Pemeriksaan Leopold

Pemeriksaan Leopold menurut IBG Manuaba (2012) adalah:

Leopold I

TFU Mc. Donald (dalam cm) yaitu selama kunjungan, hasil TFU Ny. “A” 31 cm. Menurut Spiegelberg dengan cara mengukur tinggi fundus uteri dari simfisis maka

diperoleh tabel ukuran TFU menurut satuan Mc. Donald berdasarkan usia kehamilan tiap minggu.

<b>UK</b>	<b>TFU</b>
28 minggu	26 cm di atas simfisis
34 minggu	31 cm di atas simfisis
36 minggu	32 cm di atas simfisis
38 minggu	33 cm di atas simfisis
40 minggu	37,7 cm diatas simfisis

*Sumber: Mochtar (2012)*

Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori, TFU Ny. "A" pada UK 34 mgg sebesar 31 cm. Selama kunjungan hasil Leopold I Ny. "A" adalah TFU 1 jari dibawah px pada fundus teraba, bulat, lunak dan tidak melenting (bokong) dan TFU menurut WHO adalah 1 jari bawah px. Menurut Mochtar (2012) Ukuran TFU berdasarkan usia kehamilan tiap bulan

<b>Akhir Bulan</b>	<b>TFU</b>
7	2-3 jari di atas pusat
8	Pertengahan pusat-px
9	2-3 jari dibawah px/setinggi pusat
10	Sama dengan kehamilan 8 bulan

#### Leopold II

Selama kunjungan hasil Leopold II Ny. "A" adalah bagian kanan perut ibu teraba datar, panjang, keras seperti papan (penggung). Bagian kiri perut ibu teraba bagian kecil janin (ekstremnitas). Menurut Mochtar (2012) mengatakan bahwa normalnya Leopold II teraba punggung di sebelah kanan/ kiri perut ibu. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

#### Leopold III

Leopold III Ny. "A" adalah Teraba bulat, keras, melenting ,dan masih bisa digoyangkan.

#### Leopold IV

Bagian terendah janin belum masuk PAP. Menurut Mochtar (2012) Menetapkan bagian terendah janin sudah masuk PAP/belum. Bila konvergen berarti bagian terendah janin belum masuk PAP. Bila divergen berarti bagian terendah janin sudah

masuk PAP. Bila sejajar berarti separuh bagian terendah janin sudah masuk PAP. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

- DJJ (terdengar jelas pada) atas umbilikalis

Selama kunjungan DJJ janin Ny. "A" berkisar antara 140 x/menit dengan dopler. Menurut IBG Manuaba (2012) cara menghitung dilakukan selama 1 menit penuh. Jumlah DJJ normal antara 120-160x/menit. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

#### d. Pemeriksaan Khusus

- Pemeriksaan darah (Hb)

Selama kunjungan Hb Ny. "A" pada trimester III adalah 12,8 gr/dl. Menurut Winkjosastro (2009) Wanita dengan Hb >12 gr/100ml tidak dianggap patologik, tetapi fisiologik. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

- Pemeriksaan Urine Albumin

Selama kunjungan, hasil protein urine Ny. "A" adalah negatif. Menurut Winkjosastro (2009) mengatakan bahwa bila ada protein dalam urine maka harus dianggap sebagai gejala pre eklamsi, jika positif 2-3 gejala pre eklamsi ringan-sedang dan jika positif 4 gejala pre eklamsi berat. Hal ini tidak ada kesenjangan kasus antara dan teori.

## 2. Analisa Data

### 1) Diagnosa

Selama kunjungan penulis menganalisa:

- a. G (kehamilan ke 2), P (Jumlah anak 1 ) yang terdiri dari hidup 3th/Aterm
- b. Multipara
- c. Tuanya kehamilan 37-38 minggu
- d. Anak hidup
- e. Anak tunggal
- f. Letak anak (disini letak dalam artian presentasi dimana presentasi dari janin yaitu Presentasi kepala).
- g. Anak intrauterin
- h. Keadaan jalan lahir normal
- i. Keadaan umum penderita baik

### 2) Masalah

Tidak ada masalah yang muncul pada Ny. "A"

### 3) Kebutuhan

Kebutuhan nutrisi, personal hygiene, eliminasi, istirahat, aktivitas, seksual, bio psikososial spiritual sesuai dimana tidak ada kesenjangan dalam teori dan permasalahan pada ibu.

#### 4) Identifikasi Diagnosa Potensial Dan Masalah Potensial

Diagnosa potensial dalam kasus ini tidak ditemukan, hal ini karena tidak terdapat suatu masalah selama pemberian asuhan kebidanan dan tindakan yang dilakukan sesuai dengan standar yang ada.

#### 5) Identifikasi Kebutuhan Segera

Kebutuhan segera dalam kasus ini tidak ditemukan, hal ini karena tidak terdapat suatu masalah selama pemberian asuhan kebidanan dan tindakan yang dilakukan sesuai dengan standar yang ada. Menurut teori Varney (2010) bahwa identifikasi kebutuhan segera dilakukan jika dalam data-data yang diperoleh mengindikasikan situasi kedaruratan yang mengharuskan mengambil tindakan secara tepat untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayinya.

#### 6) Intervensi

Pada tahap pelaksanaan ini penulis melaksanakan asuhan kebidanan sesuai dengan rencana yang telah dibuat atau ditetapkan yaitu diagnosa G<sub>2</sub> P<sub>1001</sub> UK 37-38 minggu H/T/IU /Puka/Kesan Panggul Dalam Batas Normal/Keadaan umum Ibu dan janin baik. Hal ini karena adanya kerjasama yang baik antara petugas, klien, keluarga sehingga dapat melaksanakan asuhan kebidanan yang baik.

#### 7) Penatalaksanaan

Penulis melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan ibu hamil pada Ny. "A" sebagaimana untuk ibu hamil dengan fisiologis, seperti memberikan KIE untuk istirahat cukup, kebutuhan nutrisi ibu hamil, personal hygiene, dan tanda-tanda menjelang persalinan.

#### 8) Evaluasi

Pada kasus ini tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus. Tahap ini dilakukan setelah penilaian dari asuhan kebidanan yang diberikan pada klien. Penulis mencatat hasil akhir yang diperoleh sesuai dengan tujuan kriteia evaluasi yang terdapat pada tinjauan pustaka. Ibu memahami penjelasan bidan dan tujuan tercapai.

## **Asuhan Kebidanan Persalinan**

### 1. Pengkajian

#### Data Subyektif

##### a. Biodata

Sesuai dengan pembahasan Biodata pada bab kehamilan diatas

##### b. Keluhan Utama

Ny. "A" datang ke PMB pada tgl 17-02-2021 Mengatakan tidak ada keluhan hanya saja ibu merasakan nyeri pada perut bagian bawah. Menurut Ari Sulistyawati (2009) mengatakan bahwa, untuk mengetahui alasan pasien datang. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

##### c. Riwayat Keluhan Utama

Ny. "A" datang ke PMB pada tgl 17-02-2021 Ibu mengatakannyeri pada perut bagian bawah sejak memasuki TM III. Menurut Asrinah (2010) mengatakan bahwa keluhan yang dapat terjadi pada ibu bersalin yaitu, Pinggang terasa sakit menjalar ke depan, sifat teratur, interval semakin pendek dan kekuatannya semakin besar, nyeri semakin hebat bila untuk aktifitas (jalan) dan tidak berkurang bila dibuat tidur.

##### d. Riwayat menstruasi

Sesuai dengan pembahasan riwayat menstruasi pada kehamilan diatas

##### e. Riwayat obstetrik yang lalu

Sesuai dengan pembahasan riwayat obstetrik pada kehamilan diatas

##### f. Riwayat kehamilan sekarang

Sesuai dengan pembahasan riwayat kehamilan pada kehamilan diatas

##### g. Riwayat kesehatan klien

Sesuai dengan pembahasan riwayat kesehatan klien pada kehamilan diatas

##### h. Riwayat penyakit keluarga

Sesuai dengan pembahasan riwayat penyakit keluarga pada kehamilan diatas

##### i. Pola kebiasaan sehari-hari :

###### - Pola Nutrisi

Ny. "A" mengatakan makan terakhir jam 11.20 WIB dengan 1 piring porsi sedang (nasi, lauk pauk), dan minum terakhir jam 12.10 WIB air putih 2 gelas. Menurut kriebs dan Gegor (2010) mengatakan bahwa makanan yang di konsumsi sesaat sebelum persalinan kemungkinan akan tetap berada di lambung

sepanjang proses persalinan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

- Pola Eliminasi

Ny. "A" mengatakan BAK terakhir jam 18.10 WIB secara spontan berwarna jernih tidak nyeri. Menurut Kriebs dan Gegor (2010) mengatakan bahwa poliuria sering terjadi selama persalinan. Hal ini mungkin akibat lebih lanjut dari peningkatan curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

### Data Obyektif

#### 1. Pemeriksaan Umum

##### a. Tanda-tanda Vital

**Tekanan Darah** : Tekanan darah Ny. "A" adalah 120/80 mmHg. Menurut Manuaba (2010) selama persalinan Tekanan darah akan meningkat 10-15 mmHg sebagai manifestasi terhadap peningkatan curah jantung pada saat persalinan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

**Nadi** : Nadi Ny. "A" adalah 80x/menit. Menurut Ambarwati (2009) mengatakan bahwa denyut nadi normal berkisar antara 60-100x/menit, jika diatas 100x/ menit pada masa hamil adalah mengindikasikan adanya suatu infeksi. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

**Pernapasan** : Pernapasan Ny. "A" adalah 20 x/menit. Menurut Wahyuningsih, 2009 mengatakan bahwa pernapasan normal adalah 16-24 x/menit. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

**Suhu** : Suhu Ny. "A" adalah 36,5°C. Menurut Wahyuningsih, 2009 mengatakan bahwa suhu normal 36-37,5°C. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

#### 2. Pemeriksaan Fisik

- Wajah : simetris, tidak odema
- Mata : conjungtiva merah muda, sklera putih ada gambaran tipis pembuluh darah.

- Leher : tidak ada bendungan vena jugularis, pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe.
- Abdomen

Palpasi

Leopold I : TFU 3 jari dibawah px pada fundus teraba Teraba lunak, dan kurang bulat, dan tidak mudah dilentinkan Menurut Mochtar (2012) mengatakan bahwa normalnya

Akhir Bulan	TFU
7	2-3 jari di atas pusat
8	Pertengahan pusat-px
9	2-3 jari dibawah px/setinggi pusat
10	Sama dengan kehamilan 8 bulan

Leopold II : Bagian kiri perut ibu teraba bagian terkecil janin. Bagian kiri perut ibu teraba keras datar memanjang seperti papan. Menurut Mochtar (2012) mengatakan bahwa normalnya Leopold II teraba punggung di sebelah kanan/ kiri perut ibu. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

Leopold III : teraba kuras, bulat dan melenting (kepala). Menurut Mochtar (2012) mengatakan bahwa normalnya

Leopold IV : belum masuk PAP. Menurut Mochtar (2012) Menetapkan bagian terendah janin sudah masuk PAP/ belum. Bila konvergen berarti bagian terendah janin belum masuk PAP. Bila sejajar berarti sebagian sudah masuk PAP, divergen berarti bagian terendah janin sudah masuk PAP. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

DJJ : Hasil DJJ Ny. "A" 144 kali/menit dalam batas normal. Menurut Arif Mansjoer dkk (2009) mengatakan bahwa dalam keadaan normal, frekuensi Detak Jantung Janin (DJJ) berkisar antara 120-160 kali permenit teratur dan reguler. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

e. Genitalia

Tidak terdapat pengeluaran lendir, pengeluaran cairan jernih merembes dari jalan lahir. Menurut Manuaba (2010), menyebutkan menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan yang mendadak dan ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mendedan



karena tertekannya pleksus franskenhauser. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori

f. Ekstremitas

Selama kunjungan ekstremitas atas Ny. "A" tidak oedem dan ekstremitas bawah tidak terdapat oedem pada kanan dan kiri dan tidak ada varises. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

3. Interpretasi Data Dasar

a. Diagnosa

Ny. "A" G<sub>2</sub>P<sub>1001</sub> UK 37-38 minggu, hidup, tunggal, intrauterine, presentasi kepala, punggung kiri, Ukuran Panggul Dalam Kondisi Panggul Normal, keadaan ibu dan janin baik. Menurut Ida Bagus Gede Manuaba (2012) diagnosa pada ibu hamil adalah menjawab 9 pertanyaan sehingga menjadi serangkaian diagnosa sebagai berikut: GPAPAH UK 28-40 minggu tunggal/ hidup/ intrauterin, presentasi kepala, kesan jalan lahir normal, keadaan ibu dan janin baik. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

b. Masalah

Tidak ada masalah yang muncul, Ny. "A" akan bersalin ditolong oleh bidan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

c. Antisipasi masalah potensial

Diagnosa potensial dalam kasus ini tidak ditemukan, hal ini karena tidak terdapat suatu masalah selama pemberian asuhan kebidanan dan tindakan yang dilakukan sesuai dengan standar yang ada.

d. Identifikasi Kebutuhan Segera

Kebutuhan segera dalam kasus ini tidak ditemukan, hal ini karena tidak terdapat suatu masalah selama pemberian asuhan kebidanan dan tindakan yang dilakukan sesuai dengan standar yang ada. Menurut teori Varney (2009) bahwa identifikasi kebutuhan segera dilakukan jika dalam data-data yang diperoleh mengindikasikan situasi kedaruratan yang mengharuskan mengambil tindakan secara tepat untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayinya.

e. Intervensi

Dalam kasus Ny. "A" terdapat perencanaan mengenai kebutuhan yang dibutuhkan oleh Ny. "I" yaitu lakukan asuhan sayang ibu.

f. Penatalaksanaan

Pada kasus Ny. "A" penolong melakukan asuhan kebidanan persalinan dengan mengikuti APN 60 langkah..

g. Evaluasi

Dalam kasus Ny. "A", implementasi yang telah dilakukan sesuai dengan harapan sehingga terpenuhinya tujuan yakni bayi lahir dengan cara spontan, bayi lahir menangis kuat, tonus otot baik, tidak ada perdarahan, TTV ibu dalam batas normal, TFU 2 jari di bawah pusat, UC baik . Pada kasus ini tidak terdapat kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus. Tahap ini dilakukan setelah penilaian dari asuhan kebidanan yang diberikan pada klien. Penulis mencatat hasil akhir yang diperoleh sesuai dengan tujuan kriteria evaluasi yang terdapat pada tinjauan pustaka.

## **Asuhan Kebidanan Masa Nifas**

### **1. Pengkajian**

#### **Data Subyektif**

- **Biodata**

Sesuai dengan pembahasan Biodata pada bab kehamilan diatas.

- **Keluhan utama**

Saat kunjungan pertama Ny. "A" mengatakan nyeri pada luka bekas operasi pada abdomen terasa nyeri pada saat posisi duduk dan nyeri menurun pada saat posisi berbaring ditempat tidur. Keluhan utama yang dirasa Ibu Nifas menurut Depkes RI, 2010 yaitu keluhan mules karena proses involusi, payudara terasa penuh. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

- **Riwayat persalinan**

Berdasarkan fakta, Ny. "A" datang ke RS pada tgl 14-03-2021 pukul .07.00 WIB dan bayi lahir pada tgl 14-03-2021 pukul 14.10 WIB. Bayi lahir dengan cara operasi SC menangis kuat, tonus otot baik, gerak aktif, hal ini sesuai dengan tujuan yang diharapkan dalam intervensi. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

- **Riwayat KB**

Ny. "A" mempunyai riwayat menggunakan KB suntik 3 bulan. Menurut IBG Manuaba (2012) mengatakan bahwa kontrasepsi yang bisa digunakan oleh ibu pasca salin adalah suntikan, implant, AKDR, minipil KB, untuk yang kontap syaratnya usia ibu harus >35 tahun, jumlah anak >2, selain itu bisa menggunakan kondom, jelly atau tissue. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

- **Keadaan psikologi**

Selama masa nifas, Ny. "A" merasa senang dengan kelahiran anak pertamanya Ny. "A" tidak mengalami masalah pada adaptasi psikologis masa nifas fase taking in, taking hold, dan letting go (Bahiyatun, 2009). Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

- **Kebiasaan yang mungkin dilakukan**

Dari hasil pengkajian, Ny. "A" mengatakan bahwa sebelum maupun selama nifas ini tidak memiliki kebiasaan merokok, tidak ketergantungan obat, tidak minum jamu dan tidak tarak makanan. Menurut Jannah (2012), mengatakan bahwa pola kebiasaan perlu dikaji untuk mengetahui kebiasaan-kebiasaan tentang pola makannya atau mengonsumsi bahan makanan atau minuman yang berbahaya

apa tidak, untuk mengetahui kebiasaan aktivitas klien, yang nantinya dapat membahayakan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

g. Pola kebiasaan sehari-hari

Pola kebiasaan sehari-hari menurut Saifuddin, 2010 adalah:

- Nutrisi

Selama masa nifas, Ny. "A" makan 3x/hari dengan porsi 1 piring komposisi nasi, lauk pauk, sayur kadang-kadang buah. Ny. "I" minum kurang lebih 2 botol besar/hari. Menurut Saifuddin, 2006 mengatakan bahwa ibu menyusui harus mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup, minum sedikitnya 3 liter air setiap air. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

- Eliminasi

Selama masa nifas, Ny. "A" BAK dan BAB lancar. Menurut Sulistyawati (2009), BAK harus dalam waktu 6 jam post partum dan supaya buang air besar kembali normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

- Istirahat

Selama masa nifas, Ny. "A" ibu tidur  $\pm 7$  jam. Menurut Saifuddin (2010), mengatakan bahwa ibu harus cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

- Pola Aktivitas

Selama nifas, Ny. "A" sudah melakukan sudah melakukan aktivitas rumah tangga seperti memasak, mencuci, mencuci dan merawat anak.. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

- Personal hygiene

Selama nifas, Ny. "A" tidak ada masalah dalam hal kebersihan diri. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

- Pola Seksual

Selama nifas, Ny. "A" mengatakan belum pernah melakukan hubungan seksual. Prawirohardjo (2009), mengatakan bahwa kemungkinan besar bahwa sebagian besar ibu menghindari hubungan seksual selama terjadinya kehamilan sampai dengan persalinan. Kelelahan dan gangguan tidur adalah keluhan yang

paling sering menyebabkan terjadinya penurunan libido. Kembalinya perilaku seksual sebelum kehamilan pada umumnya akan berjalan sangat lambat. Menyusui lebih berpengaruh pada penurunan aktivitas seksual apabila dibandingkan dengan penggunaan susu formula. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

#### Data Objektif

- Pemeriksaan umum

Keadaan umum Ny. "A" baik, kesadaran ibu adalah composmentis. Menurut Hidayat (2012), mengatakan bahwa kesadaran composmentis adalah kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

- Tanda-Tanda Vital :

Tekanan Darah : Selama masa nifas tekanan darah Ny. "A" adalah 120/80. Menurut Wahyuningsih, 2009 mengatakan bahwa desakan darah yang normal rata-rata 120/70-110/70mmHg. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

Nadi : Selama masa nifas, nadi Ny. "A" adalah 80 x/menit. Menurut Ambarwati (2009) mengatakan bahwa denyut nadi normal berkisar antara 60-100x/menit. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

Pernafasan : Selama masa nifas pernapasan Ny. "A" adalah 20 x/menit. Menurut Wahyuningsih, 2009 mengatakan bahwa pernapasan normal adalah 16-24 x/menit. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

Suhu : Selama kunjungan suhu Ny. "A" adalah 36, °C. Menurut Wahyuningsih, 2009 mengatakan bahwa suhu normal 36-37,5°C. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

- Pemeriksaan fisik

- Wajah : Selama masa nifas, wajah Ny. "A" tidak pucat dan tidak oedem. Menurut Wahyuningsih (2009), mengatakan bahwa wajah normal tidak pucat, tidak bengkak. Apabila wajah ibu terlihat pucat, kemungkinan anemia dan apabila wajah ibu bengkak, kemungkinan terjadi pre eklamsi. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

- Mata : Selama masa nifas, mata Ny. “A” sekleranya putih, konjungtiva merah muda. Menurut Saifuddin (2010), sklera normalnya berwarna putih tampak gambaran tipis pembuluh darah, apabila terjadi ikterus waspada penyakit hepatitis, konjungtiva normal berwarna merah muda, jika pucat curiga ibu mengalami anemia. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.
- Mulut : Selama masa nifas, Ny. “A” mukosa bibir lembab, tidak pucat dan tidak caries. Menurut IBG Manuba (2012), mengatakan bahwa mukosa bibir lembab, tidak pucat. Apabila mukosa bibir ibu kering, menandakan dehidrasi dan apabila pucat menandakan anemia. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.
- Leher : Selama masa nifas, Ny. “A” normal tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, pembesaran kelenjar limfe dan bendungan vena jugularis. Menurut IBG Manuaba (2012), mengatakan bahwa leher normal tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, pembesaran kelenjar limfe dan bendungan vena jugularis. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.
- Payudara : Selama masa nifas payudara Ny. “A” Membesar, puting susu menonjol, kolostrum sudah keluar, ASI keluar lancar. Menurut Helen Farer (2010) mengatakan bahwa payudara ibu nifas akan menjadi lebih besar, lebih kencang dan mula-mula lebih nyeri tekan sebagai reaksi terhadap perubahan status hormonal serta dimulainya laktasi. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori, Ny. “A” selalu membersihkan putingnya sebelum menetekinya dan mengetahui cara menetekinya yang benar.
- Abdomen : Selama kunjungan masa nifas, hasil TFU Ny. “A” dalam batas normal, keras, tidak ada peradangan dan tidak ada pus pada waktu kunjungan terakhir masa nifas TFU sudah tidak teraba lagi, proses involusi berjalan normal. Menurut Sitti Saleha (2009), mengatakan bahwa tinggi fundus uteri dan berat uterus menurut masa involusi antara lain :

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1.000 gram

Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simpisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba di atas simpisis	350 gram
6 minggu	Betambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori

- Genetalia : Selama masa nifas Ny. “A” mengeluarkan lochea rubra, sanguinolenta , serosa, dan alba terdapat luka jahitan pada perineum tidak ada tanda infeksi disekitar luka jahitan serta tidak ada penyulit. Menurut Syafrudin dan Hamidah (2009) mengatakan bahwa menunjukkan kemajuan involusi normal : jumlah rubra, sanguinolenta, serosa, alba berkurang bau amis normal, tidak ada bekuan. Tidak ada kemerahan, edema, ekimosis, nanah, atau nyeri jika ditekan. Menurut Ai Yeyeh Rukiyah (2010), lochea adalah percampuran antara darah dan desidua, perbedaan masing-masing lochea dapat dilihat. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori karena Ny. “A” sudah mengetahui pola personal hygiene.
- Anus : Selama kunjungan masa nifas, Ny. “A” tidak ada hemoroid.
- Ekstremitas : Selama kunjungan masa nifas, ekstremitas atas dan bawah Ny. “A” tidak oedem, kuku tidak pucat, turgor kulit kembali < 1 detik, reflek patella + dan tidak varises. Menurut Wylie (2010), odema merupakan salah satu tanda dari pre eklamsia, turgor kulit (normalnya < 1 detik, apabila > 1 detik curiga adanya dehidrasi) dan CRT normal atau tidak (normalnya < 1 detik, apabila > 1 detik curiga gangguan palpitasi jantung). Reflek patella positif (+) atau negatif (-), karena jika reflek patella negatif maka kemungkinan terjadi defisiensi vitamin B1 (Manuaba, 2007). Jika terdapat varises mengakibatkan aliran darah tidak lancar dan kemungkinan curiga terjadi trombo phlebitis. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.
- Interpretasi Data Dasar

P<sub>2002</sub> 4 jam 50 menit post partum. Menurut Medforth, dkk (2012) cara penulisan analisa data diagnosa ibu nifas yaitu PAPA<sub>H</sub> postpartum hari ke 40. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

- Identifikasi Masalah Potensial

Tidak ada karena selama kunjungan masa nifas ibu berjalan normal tanpa komplikasi apapun.

- Identifikasi Kebutuhan Segera

Tidak ada karena selama kunjungan masa nifas ibu berjalan normal tanpa komplikasi apapun.

- Intervensi

Semua rencana saat pengkajian disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien saat itu. Untuk menyusun rencana asuhan kebidanan harus melihat diagnosa kebidanan, sehingga dalam melakukan tindakan tidak terjadi kesalahan. Rencana asuhan kebidanan dapat dibuat bersama klien dan keluarga (Jannah, 2012). Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

h. Penatalaksanaan

Penulis melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan ibu nifas Ny. "A" sebagaimana untuk ibu nifas normal karena tidak ditemukannya masalah, seperti melakukan observasi pengeluaran pervaginam, tinggi fundus uteri, dan proses laktasi. Penulis memberikan KIE tentang tanda bahaya nifas, ASI eksklusif, nutrisi. sebagaimana teori menurut Bayihatun (2009), yaitu menilai involusi, perdarahan, KIE tanda bahaya masa nifas, nutrisi, mobilisasi, aktivitas. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

i. Evaluasi

Hasil evaluasi, selama kunjungan masa nifas tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori karena Ny. "A" memahami dan dapat melakukan saran yang dianjurkan oleh petugas kesehatan.



## Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

### 1. Pengkajian

#### Data Subyektif

##### a. Keluhan Utama

Selama kunjungan masa neonatal, Ny. "A" mengatakan anaknya tidak ada keluhan. Menurut Donna L. Wong (2009) masalah lazim yang terjadi pada neonatus muntah dan gumoh. Bayi Ny. "A" tidak mengalami muntah dan gumoh karena sudah diajarkan cara menetek dan menyendawakan dengan benar kepada ibu.

##### b. Pola Kebutuhan Sehari – hari

###### - Pola Nutrisi

Selama kunjungan, bayi Ny. "A" minum ASI, dan ibu menetek sesering mungkin. ASI eksklusif adalah bayi hanya diberikan ASI tanpa diberi tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur susu. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

###### - Pola Eliminasi

Bayi sudah BAB pada usia 2 jam, dan BAK pada usia 3 jam. Menurut Sarwono Prawirohardjo (2014) mengatakan bahwa proses pengeluaran, defekasi dan urin terjadi 24 jam pertama setelah bayi lahir adalah 200-300 cc/24 jam atau 1-2 cc/Kg BB/jam. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

#### Data Objektif

##### a. Pemeriksaan Umum

Suhu : Selama kunjungan neonatus suhu bayi Ny. "A" berkisar antara 36,5-36,9<sup>0</sup>C. Menurut Kosim (2010) suhu BBL normal adalah antara 36,5<sup>0</sup>C -37,5<sup>0</sup>C. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

Pernapasan : Selama kunjungan neonatus, pernafasan bayi Ny. "A" berkisar antara 40-50x/menit. Menurut Latief (2013) mengatakan bahwa laju napas normal neonatus berkisar antara 40-60 kali permenit. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

Denyut jantung : Selama kunjungan neonatus denyut jantung bayi Ny. "A" berkisar 120-140x/menit. Menurut Latief (2013) mengatakan bahwa laju jantung normal adalah 120-160 kali permenit dan dipengaruhi

oleh aktivitas bayi. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

b. Pemeriksaan Antropometri

Berat Badan : Berat badan lahir bayi Ny. "A" 3.300 gram. Usia 7 hari 3.300 gram. Usia 14 hari 3.450 gram. Usia 45 hari 3.700 gram. Menurut Nanny (2012) berat badan normal BBL yaitu 2500-4000 gram. Menurut Sholeh (2009) umur 1 hingga tiga bulan berat badan bertambah 400 gram per empat minggu atau bertambah sebanyak 170 - 200 gram per minggunya. Hal ini ada kesenjangan antara kasus dan teori.

Panjang badan : Panjang badan lahir bayi Ny. "A" 50 cm. Menurut JNPK-KR (2017), normal panjang lahir 47 cm-52 cm. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

Lingkar dada : Lingkar dada pada saat bayi Ny. "A" lahir adalah 33 cm. menurut Mitayani (2010) 30,5 – 33 cm. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori

Lingkar kepala : Lingkar kepala bayi Ny. "A" 13 cm. Menurut JNPK-KR (2017), normal lingkar kepala 33-37 cm. Hal ini ada kesenjangan antara fakta dan teori.

c. Pemeriksaan Fisik

- Warna kulit. Warna kulit bayi Ny. "A" kemerahan. Menurut Maryunani dan Nurhayati (2009) mengatakan bahwa neonatus / bayi baru lahir warna kulit kemerahan/merah muda. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.
- Kepala. Pada kepala bayi Ny. "A" tidak ada caput succedaneum, tidak ada cephal hematoma, tidak ada ancephaly, tidak ada mikrocephal, tidak ada makrocephal, tidak ada hydrocephalus, UUB belum menutup, UUK belum menutup. Menurut Abdul Latief dkk (2013) mengatakan bahwa perhatikan adanya kelainan yang disebabkan trauma lahir, seperti caput suksedaneum, cepal hematoma, perdarahan subaponeurotik, atau fraktur tulang tengkorak. Perhatikan juga kelainan kongenital, seperti anensefali, mikrosefali, kraniotabes, atau hidrosefalus. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.
- Mata. Pada mata bayi Ny. "A" konjungtiva merah muda, sklera putih. Menurut Abdul Latief dkk (2013) mengatakan bahwa trauma pada mata terlihat sebagai

edema palpebra, perdarahan konjungtiva, atau retina. Perhatikan adanya sekret mata. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.

- Hidung. Pada hidung bayi Ny. "A" tidak ada Pernafasan Cuping Hidung, tidak ada sekret. Menurut Abdul Latief dkk (2013) mengatakan bahwa pernapasan cuping hidung menunjukkan adanya gangguan paru. Lubang hidung sering tersumbat oleh mukus. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.
- Mulut. Pada mulut Ny. "A" mukosa bibir lembab, tidak ada labiopalatoscizis. Menurut Abdul Latief dkk (2013) mengatakan bahwa dengan inspeksi, adanya gigi atau ranula, yaitu kista lunak berasal dari dasar mulut. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.
- Telinga. Pada telinga bayi Ny. "A" simetris, tidak ada serumen. Menurut Abdul Latief dkk (2013) mengatakan bahwa pada neonatus cukup bulan telah terbentuk tulang rawan, sehingga bentuk telinga dapat dipertahankan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.
- Leher. Pada leher bayi Ny. "A" Tidak ada kaku kuduk. Menurut Abdul Latief dkk (2013) mengatakan bahwa leher neonatus tampak pendek, tetapi pergerakan baik. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.
- Dada. Pada dada bayi Ny. "A" simetris, tidak ada retraksi dinding dada, silindris. Menurut Abdul Latief dkk (2013) mengatakan bahwa bentuk dada neonatus seperti tong. Hal ini tidak ada kesenjangan antara kasus dan teori.
- Punggung. Pada punggung bayi Ny. "A" tidak ada spina bifida. Menurut Abdul Latief dkk (2013) mengatakan bahwa perhatikan adanya skoliosis, meningokel, spina bifida, spina bifida okulta, atau sinus pilonidalis. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.
- Abdomen. Pada abdomen bayi Ny. "A" tidak ada perdarahan tali pusat, turgor kembali < 1 detik, tidak ada pembesaran hepar. Menurut Depkes (2010) mengatakan bahwa tidak ada tonjolan, tidak ada perdarahan tali pusat, tidak ada tanda-tanda infeksi tali pusat (kalor, dolor, rubor, tumor, pungtiolaisa). Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.
- Genetalia. Pada genitalia bayi Ny. "A" jenis kelamin laki-laki, dua testis sudah turun ke skrotum, terdapat rugae pada skrotum, terdapat lubang uretra diujung penis. Menurut Marmi, (2012) mengatakan bahwa pada bayi laki-laki testis sudah turun, penis berlubang dan berada di ujung penis. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

- Anus bayi Ny. “A” ada lubang dan reflek kedut positif. Menurut Abdul Latief dkk (2013) mengatakan bahwa anus untuk mengetahui ada tidaknya atresia ani. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.
- Ekstremitas. Pada ekstremitas atas dan bawah bayi Ny. “A” pergerakan bebas, tidak ada sindactil, tidak ada polidactil, akril hangat. Menurut Abdul Latief (2013) mengatakan bahwa perhatikan pergerakan ekstremitas. Bila ada asimetri, kemungkinan adanya patah tulang atau kelumpuhan saraf. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

d. Pemeriksaan Reflek

- Refleks rooting

Bayi Ny. “A” dapat melakukannya, bayi menoleh sewaktu pemeriksa menyentuh pipi dengan jari. Refleks hilang setelah 3 atau 4 bulan, tetapi dapat menetap sampai usia 1 tahun (Bobak, 2010). Hal ini sesuai antara fakta dengan teori.

- Refleks sucking

Bayi Ny. “A” dapat melakukannya. Refleks sucking atau refleksi isap terjadi apabila terdapat benda menyentuh bibir, yang disertai refleksi menelan (Saifuddin, 2010). Refleks ini terus berlangsung selama bayi menyusui. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

- Refleks swallowing

Bayi Ny. “A” dapat menelan ASI dengan baik saat menyusui dan tidak tersedak. Menurut Sitti saleha (2009), mengatakan bahwa bayi akan menelan saat dimasukan puting kemulutnya. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

- Refleks morro

Bayi Ny. “A” langsung kaget saat ada rangsangan dengan mengangkat kedua tangannya. Gendong bayi dalam posisi setengah duduk, biarkan kepala dan badan bayi jatuh ke belakang dengan sudut 30° atau tempatkan bayi pada permukaan yang rata lalu hentakkan permukaan untuk mengejutkan bayi (Bobak dkk, 2010). Reaksi bayi akan kaget, lengan direntangkan dalam posisi abduksi ekstensi simetris dan tangan terbuka disusul dengan gerakan lengan adduksi dan fleksi. Dalam keadaan normal, akan tetap ada sampai usia 3-4 minggu, hilang pada usia enam bulan. Respons yang menetap setelah enam bulan kemungkinan kerusakan otak (Bobak, 2010). Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

- Refleksi tonic neck atau fencing
 

Bayi Ny. “A” dapat menoleh kekanan dan kekiri. Bayi diletakkan dalam posisi telentang, kepala di garis tengah dan ekstremitas dalam posisi fleksi, kemudian kepala ditengokkan ke kanan, maka akan terjadi ekstensi pada ekstremitas kanan, dan fleksi pada ekstremitas kiri. Respons lengkap akan hilang pada usia 3-4 bulan (Bobak, 2010). Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.
  - Refleksi palmar grasp atau menggegam
 

Bayi Ny. “A” langsung menggegam saat jari tangan kita diletakkan pada telapak tangannya. Tempatkan jari pada telapak tangan, maka jari-jari bayi akan menggenggam jari pemeriksa. Respons telapak tangan menurun pada usia 3-4 bulan (Bobak, 2010). Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.
- e. Interpretasi Data Dasar
- Diagnosa : Neonatus Aterm Fisiologis Hari Ke-1
  - Identifikasi Masalah Potensial
 

Diagnosa potensial dalam kasus ini tidak ditemukan, hal ini karena tidak terdapat suatu masalah selama pemberian asuhan kebidanan dan tindakan yang dilakukan sesuai dengan standar yang ada.
  - Identifikasi Kebutuhan Segera
 

Kebutuhan segera dalam kasus ini tidak ditemukan, hal ini karena tidak terdapat suatu masalah selama pemberian asuhan kebidanan dan tindakan yang dilakukan sesuai dengan standar yang ada. Menurut teori Varney (2009) bahwa identifikasi kebutuhan segera dilakukan jika dalam data-data yang diperoleh mengindikasikan situasi kedaruratan yang mengharuskan mengambil tindakan secara tepat untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayinya.
- f. Intervensi
- Semua rencana saat pengkajian disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien saat itu. Untuk menyusun rencana asuhan kebidanan harus melihat diagnosa kebidanan, sehingga dalam melakukan tindakan tidak terjadi kesalahan. Rencana asuhan kebidanan dapat dibuat bersama klien dan keluarga (Jannah, 2012). Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.
- g. Penatalaksanaan
- Penulis melakukan penatalaksanaan asuhan kebidanan pada bayi Ny. “A” sebagaimana bayi baru lahir fisiologis. Menurut Nursalam (2010), yaitu observasi

TTV, BAB dan BAK, memberikan nutrisi yaitu pemberian ASI tiap 2 jam atau tiap anak menangis, memandikan bayi setelah 6 jam persalinan, merawat tali pusat dengan menggunakan kasa kering, menjaga kehangatan dengan membedong bayi, merawat gabung bayi dengan ibu, menjadwalkan kunjungan neonatal pertama yaitu umur 6 jam-3 hari.

h. Evaluasi

Hasil evaluasi, selama kunjungan masa nifas tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori karena Ny. "A" memahami dan dapat melakukan saran yang dianjurkan oleh petugas kesehatan.

## **Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana (KB)**

### 1. Pengkajian

#### Data Subjektif

##### a. Biodata

Sesuai dengan pembahasan Biodata pada bab kehamilan diatas

##### b. Keluhan Utama

Ny. "A" tidak ada keluhan dan berencana untuk melakukan KB. Menurut Sholeh (2009) ibu post partum boleh menggunakan alat kontrasepsi yang tidak mempengaruhi proses pengeluaran ASI diantaranya yaitu untuk alat kontrasepsi hormonal kontasepsi implan, minipil, AKDR dan suntik 3 bulan. Sedangkan untuk KB alami menurut Affandi (2011) yaitu KB MAL selagi ibu belum menstruasi. Keluhan utama yang dikatakan oleh ibu belum ingin menggunakan KB.

#### Data Objektif

##### - Pemeriksaan Umum

Keadaan umum ibu baik, kesadaran ibu adalah composmentis. Menurut Hidayat (2012), mengatakan bahwa kesadaran composmentis adalah kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

##### - Tanda-Tanda Vital :

Tekanan Darah : Tekanan darah Ny. "A" berkisar 120/80 mmHg. Menurut Mandriwati,G.A (2009), mengatakan bahwa tekanan darah normal 120/80-130/80 mmHg. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

Nadi : Nadi Ny. Ny. "A" berkisar antara 80 x/menit. Menurut Mandriwati, G.A (2009), mengatakan bahwa denyut nadi normal berkisar antara 60-100 x/menit. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

Pernafasan : Pernapasan Ny. "A" adalah 20 x/menit. Menurut Mandriwati, G.A (2009), mengatakan bahwa pernapasan normal adalah 18-24 x/menit. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

Suhu : Suhu Ny. "A" adalah 36, °C. Menurut Mandriwati, G.A (2009), mengatakan bahwa suhu normal 36-37°C. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

- Pemeriksaan Fisik

Tidak ditemukan kesenjangan pada pemeriksaan fisik Ny. "A" sebagai akseptor kontrasepsi.

- Interpretasi data dasar

P<sub>2002</sub> dengan Calon Akseptor KB suntik 3 bulan. Penulis pada asuhan KB Ny. Ny. "A" menganalisa data yaitu : P<sub>APAH</sub> Akseptor KB MAL. Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

- Antisipasi Masalah Potensial

Berdasarkan pengkajian dan analisa data dari kasus di atas didapatkan hasil bahwa tidak ditemukan masalah potensial pada kasus Ny. "A" P<sub>1001</sub> dengan Calon Akseptor KB suntik 3 bulan baik pada awal kunjungan maupun selama kunjungan

- Identifikasi Kebutuhan Segera

Tindakan segera tidak perlu dilakukan dalam kasus Ny. "A" P<sub>1001</sub> dengan Calon Akseptor KB suntik 3 bulan.

- Intervensi

Semua rencana saat pengkajian disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi klien saat itu. Untuk menyusun rencana asuhan kebidanan harus melihat diagnosa kebidanan, sehingga dalam melakukan tindakan tidak terjadi kesalahan. Rencana asuhan kebidanan dapat dibuat bersama klien dan keluarga (Jannah, 2012). Hal ini tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori.

- Implementasi

Menurut Sholeh (2009) penatalaksanaan pada ibu sebagai calon akseptor KB yaitu dengan memberikan penjelasan tentang berbagai macam alat kontrasepsi yang dapat digunakan ibu selama masa menyusui yang tidak mempengaruhi produksi ASI. Hal ini sesuai dengan penatalaksanaan yang dilakukan pada ibu sebagai calon akseptor KB.

- Evaluasi

Hasil evaluasi, pada kunjungan pertama Ny. "I" telah memahami dan mengerti tentang efek samping KB suntik 3 bulan dan bersedia untuk



menggunakan KB suntik 3 bulan serta bersedia datang lagi untuk kunjungan ulang jika ada keluhan.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

#### **6.1 Kesimpulan**

- 5.1.1 Pengkajian pada Ny. “A” dalam masa kehamilan dinyatakan patologis karena tidak ditemukan kesenjangan antara kasus dan teori. Sedangkan pada persalinan, bayi baru lahir, nifas dan KB dinyatakan fisiologis karena tidak ditemukan kesenjangan antara kasus dan teori.
- 3.1.2 Diagnosa, masalah dan kebutuhan ibu dalam masa kehamilan dinyatakan fisiologis karena tidak ditemukan kesenjangan antara kasus dan teori. Diagnosa saat persalinan dinyatakan fisiologis karena tidak ditemukan kesenjangan antara kasus dan teori. Adapun diagnosa saat masa nifas dinyatakan fisiologis karena tidak ditemukan kesenjangan antara kasus dan teori. Meskipun pada kunjungan pertama nifas 4 jam 50 menit, dengan keluhan nyeri pada luka jahitan bekas operasi hal ini dianggap fisiologis. Diagnosa BBL dinyatakan fisiologis karena tidak ditemukan kesenjangan antara kasus dan teori. Pada masa KB dinyatakan fisiologis karena tidak terdapat kesenjangan antara kasus dan teori.
- 3.1.3 Identifikasi potensial dan masalah potensial yang terjadi pada ibu dalam masa kehamilan dinyatakan fisiologis karena tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus. Pada masa persalinan dinyatakan fisiologis karena tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus. Masa nifas dinyatakan fisiologis karena tidak ditemukan kesenjangan antara kasus dan teori. Adapun saat bayi baru lahir dinyatakan fisiologis karena tidak ditemukan kesenjangan antara kasus dan teori. Pada saat KB dinyatakan fisiologis karena tidak ditemukan adanya kesenjangan antara kasus dan teori.
- 3.1.4 Identifikasi tindakan segera pada masa kehamilan dinyatakan fisiologis karena tidak ditemukan kesenjangan antara kasus dan teori. Masa persalinan dinyatakan fisiologis karena tidak ditemukan kesenjangan antara teori dan kasus. Adapun masa nifas dinyatakan fisiologis karena tidak ada tindakan segera. Masa bayi baru lahir dan KB dinyatakan fisiologis karena tidak ditemukan kesenjangan antara kasus dan teori.
- 3.1.5 Rencana asuhan kebidanan yang akan diberikan pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB dinyatakan fisiologis karena tidak ditemukan kesenjangan antara kasus dan teori.
- 3.1.6 Implementasi yang dilakukan sesuai dengan masalah kebutuhan ibu pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB dinyatakan fisiologis karena tidak terdapat kesenjangan antara kasus dan teori.

3.1.7 Evaluasi hasil asuhan pada ibu dan dalam masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan KB dinyatakan fisiologis karena tidak terdapat kesenjangan antara kasus dan teori.

### **3.2 Saran**

#### **3.2.1 Bagi BPM**

Diharapkan pihak Pustu dapat mempertahankan dan melanjutkan program pendampingan dan pengawasan pada ibu risiko tinggi, sehingga ibu dengan keadaan yang patologis dapat terdeteksi secara dini dan dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi

#### **3.2.2 Bagi Institusi**

Hasil asuhan kebidanan ini diharapkan dapat dijadikan sebagai referensi atau sebagai bahan rujukan dalam penerapan *continuity of care* selanjutnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Sulistiyawati, 2011. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Masa Kehamilan. Jakarta Salemba. Medika. Sumarah.
- Saifudin, Abdul Bari. 2010. Ilmu Kebidanan Sawono Prawiroharjo, Jakarta: Tridasa.
- Kemendes RI, 2015. Buku Pedoman Pengenalan Tanda Bahaya Pada Kehamilan, Jakarta: Goals (SDG'S).
- Marmi, 2011. Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal. Pustaka Pelajar. Jogjakarta
- Manuaba, 2010. Buku Ajar Asuhan Kebidanan (Kehamilan). Jakarta: EGC
- Hutahaean, Serri. 2013. Perawatan Antenatal. Jakarta: Salemba Medika.
- Rustam, Mochtar. 2012. Sinopsis Obstetri: Obstetri Fisiologis dan Obstetri Patologis dalam Buku Saku Kesehatan Tahun 2012. Jakarta: Qultum Media.
- Elisabeth Siwi Wilyani. 2015. Buku Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan. Jakarta: Pustaka Baru Press ISBN.
- Jannah, Nurul. 2012. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan. Yogyakarta: Andy, 2012
- Prawirohardjo, Sarwono. 2014. Ilmu kebidanan. Jakarta: Bina Pustaka
- Kusmiyati, Yuni. 2009. Asuhan Ibu Hamil. Yogyakarta: Media Baca.
- Hani, dkk. 2011. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis Dalam buku Ajar Kesehatan Continuum Of Care. Jakarta: Salemba Medika.
- Bobak, Lowdermill, Jensen. 2004. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. EGC. Jakarta.
- Cunningham, Mac Donald, Gant, Wiliam. 2004. Obstetri. EGC. Jakarta.
- Diane, M., Margaret A. 2009. Myles Text Book For Midwives, Fifteen Edition, Elsevier, Churchill Livingstone.
- Farrer, H. 2001. Perawatan Maternitas, EGC, Jakarta.
- Manuaba. 2009, Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita, EGC, Jakarta
- Nurhaeni, A. 2008, Panduan Lengkap Kehamilan dan Kelahiran Sehat, Dianloka, Yogyakarta.
- Phillip, D. 2009, Petunjuk Lengkap Kehamilan, Pustaka Mina, Jakarta
- Saifudin. 2010, Ilmu Kebidanan, Cetakan ketiga, Bina Pustaka, Jakarta.
- SELASI. 2015. Modul 40 jam Konseling menyusui, WHO
- Suririnah. 2008. Buku Pintar Kehamilan dan Persalinan. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- WHO, 2013, Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan, Edisi Pertama. Kemendes. Jakarta.

Yuni, K. 2010, Perawatan Ibu Hamil, Fitramaya. Yogyakarta.

Varney, H. 1997. Varney's Midwifery. New York. Jones and Bartlett Publishers.

JHPIEGO. 2003. Panduan Pengajaran Kebidanan Fisiologi bagi Dosen Diploma III Kebidanan, Buku Asuhan Antenatal. Pusdiknakes. Jakarta

<https://www.ejournal.poltekes-denpasar.ac.id/srining> pre eklamsia.

<https://dinkes.kulonprogokab.go.id/v3/detil/menentukan-status-imunisasi-tt-wanita-usia-subur>.



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH  
**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN**  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Prodi : 1-1 Keperawatan, Ners, Si Farmasi, Si Administrasi Rumah  
Sakit, D3 Kebidanan, D3 Fisioterapi, D3 Farmasi

**REKOR KONSULTASI BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA) PROGRAM STUDI D  
III KEBIDANAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN  
TAHUN AJARAN 2020/2021**

Nama Mahasiswa : afifatur Rohmah  
NIM : 18.02.02.1762  
Judul : Asuhan Kebidanan pada Ny A Masa Hamil Sampai Dengan  
Masa Nifas di PMB Ny. Muazizah, Amd. Keb Desa Srande  
Kecamatan Deket Kabupaten Lamongan  
Pembimbing II : Faizatul Ummah, S.SiT, M.Kes

No.	Tgl/Bln/Thn	SARAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1	02 Maret 2021	Perbaiki cover bagian judul	
2	03 Maret 2021	Perbaiki pada bab I, latar belakang lebih terperinci	
3	04 Maret 2021	Perbaiki pada bab I, bagian konsep solusi	
4	05 Maret 2021	Perbaiki pada bab I, tujuan	
5	06 Maret 2021	Perbaiki pada bab II, tambahkan teori	
6	07 Maret 2021	Penambahan gambar dari plasenta	
7	07 Maret 2021	Penambahan metode varney	
8	08 Maret 2021	Acc proposal LTA	
9	12 Maret 2021	Perbaiki bab II, menambahkan teori dari hamil sampai nifas	



10	13 Maret 2021	Perbaiki bab III, askeb dibuat dalam bentuk narasi	Jlw
11	26 Maret 2021	Perbaiki bab III, askeb nifas Ds dan Do	Jlw
12	04 Mei 2021	Perbaiki bab III, askeb neonatus pada diagnosa	Jlw
13	04 Mei 2021	Perbaiki bab III, askeb KB ditambahkan data yang belum terlampir	Jlw
14	06 Mei 2021	Perbaiki pada penulisan yang menggunakan garis miring	Jlw
15	16 Juni 2021	Rapikan penulisan	Jlw
16	20 Juni 2021	Acc LTA	Jlw

Mengetahui  
 Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan  
 Universitas Muhammadiyah Lamongan



Arifal Aris S.Kep., Ns., M. KesNIK.  
 19780821 200601 015



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH  
**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN**  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN

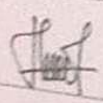
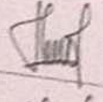
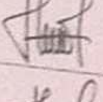
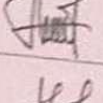
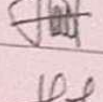
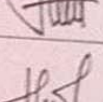

Prodi : S-1 Keperawatan, Ners, S1 Farmasi, S1 Administrasi Rumah  
Sakit, D3 Kebidanan, D3 Fisioterapi, D3 Farmasi

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA) PROGRAM STUDI D  
III KEBIDANAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH LAMONGAN  
TAHUN AJARAN 2020/2021

Nama Mahasiswa : afifatur Rohmah  
NIM : 18.02.02.1762  
Judul : Asuhan Kebidanan pada Ny A Masa Hamil Sampai Dengan  
Masa Nifas di PMB Ny. Muazizah, Amd. Keb Desa Srande  
Kecamatan Deket Kabupaten Lamongan  
Pembimbing II : Dian Nurafifah, S.SiT, M.Kes

No.	Tgl/Bln/Thn	SARAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1	02 Maret 2021	Perbaikan cover bagian judul	
2	03 Maret 2021	Perbaikan pada bab I, latar belakang lebih terperinci	
3	03 Maret 2021	Penambahan pada bab I, bagian konsep justifikasi yang berupa jumlah kejadian peristiwa lebih terperinci	
4	04 Maret 2021	Perbaiki pada bab I, tujuan	
5	06 Maret 2021	Perbaiki pada bab II, tambahkan teori SC	
6	07 Maret 2021	Merapikan penulisan dan kolom	
7	07 Maret 2021	Penambahan metode varney	
8	08 Maret 2021	Acc proposal LTA	
9	12 Maret 2021	Perbaiki bab II, menambahkan teori dari hamil sampai nifas	



10	13 Maret 2021	Perbaiki bab III, askeb dibuat dalam bentuk narasi	
11	26 Maret 2021	Perbaiki bab III, askeb kehamilan Ds dan Do	
12	04 Mei 2021	Perbaiki bab III, askeb persalinan pada diagnosa	
13	04 Mei 2021	Perbaiki bab III, menyesuaikan	
14	06 Mei 2021	Perbaiki pada penulisan yang menggunakan garis miring	
15	16 Juni 2021	Rapikan penulisan	
16	20 Juni 2021	Acc LTA	

Mengetahui  
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Lamongan



Arifal Aris, S.Kep., Ns., M. Kes NIK.  
19780821 200601 015