

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Asuhan Kehamilan**

##### **2.1.1 Pengertian Kehamilan**

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Prawirohardjo, 2013).

Menurut Nidasi ialah bersarangnya sel telur kedalam *endometrium*. Setelah terjadi konsepsi, berkembang dari zigot, morula, dan *blastula*, bersamaan dengan proses itu hasil konsepsi berjalan ke uterus dengan bantuan buluh-buluh getar dalam tuba. Perjalanan ini memakan waktu sekitar 7-10 hari. Setelah sampai di *endometrium*, sel telur pada saat itu dalam fase *blastula* melakukan nidasi. Nidasi tidak hanya menempel di dinding uterus, tapi menembus masuk ke *endometrium* dan bersarang di dalamnya. Selanjutnya seiring dengan perkembangan *blastula*, lapisan *endometrium* semakin menebal karena pengaruh hormon dan disebut dengan desidua (Bartini, 2012).

*Federas Obstetry Ginekologi Internasional*, kehamilan di definisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari *spermatozoa* dan ovum kemudian dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi (Prawiroharjo, 2013).

Kehamilan di bagi dalam III triwulan yaitu triwulan I di mulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan II dari bulan ke 4 sampai 6 bulan, triwulan ke III dari bulan ke 7 sampai 9 bulan (Prawirohardjo, 2013).

##### **2.1.2 Antenatal Care (ANC)**

*Antenatal Care (ANC)* adalah asuhan yang diberikan pada ibu hamil sejak konfirmasi, konsepsi hingga awal persalinan. Bidan akan menggunakan pendekatan yang berpusat pada ibu dalam memberikan asuhan kepada ibu dan keluarganya dengan berbagai informasi untuk

memudahkannya membuat pilihan tentang asuhan yang ibu terima (Marmi, 2016).

2.1.3 Tujuan umum asuhan *Antenatal Care* (ANC) menurut Prawirohardjo (2013) meliputi:

- 2.1.3.1 Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi
- 2.1.3.3 Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi
- 2.1.3.3 Mengenali secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan
- 2.1.3.4 Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin
- 2.1.3.5 Mempersipakan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif
- 2.1.3.6 Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal

2.1.4 Tanda dan Gejala

2.1.4.1 Tanda-tanda presumtif menurut Mochtar (2012) adalah:

1. Amenorea (tidak mendapatkan haid)

Wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan, yang dihitung dengan menggunakan rumus dari *Naegele*:

Tanggal persalinan = (hari pertama haid terakhir + 7) dan (bulan hari pertama haid terakhir -3) dan (tahun pertama haid terakhir + 1).

## 2. Mual dan muntah

Biasanya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan I. Karena sering terjadi pada pagi hari disebut *morningsekless*. Apabila timbul mual dan muntah berlebihan karena berlebihan, disebut *hiperemesis gravidarum*.

## 3. Mengidam

Ibu hamil sering meminta makanan atau minuman tertentu terutama pada bulan-bulan triwulan I. Mereka juga tidak tahan suatu bau-bauan

## 4. Pingsan

Jika berada pada tempat-tempat ramai sesak dan padat, seorang wanita yang sedang hamil dapat pingsan

## 5. Tidak ada selera makan (*anoreksia*)

Hanya berlangsung pada triwulan I kehamilan, kemudian nafsu makan timbul kembali

## 6. Payudara membesar, tegang, dan sedikit nyeri, disebabkan pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara. Kelenjar *montgomery* terlihat lebih membesar

## 7. Miksi sering, karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala itu akan menghilang pada triwulan ke II kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala tersebut muncul kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin

## 8. Konstipasi atau obstipasi karena tonus otot-otot usus menurun oleh pengaruh *hormon steroid*

## 9. Pigmentasi kulit oleh pengaruh *hormon kortikosteroid* plasenta, dijumpai dimuka (*chloasma gravidarum*), alveola payudara, leher, dan di dinding perut (*linea nigra*)

10. Pemekaran vena-vena (*varises*) dapat terjadi pada kaki, betis, dan vulva biasanya dijumpai pada triwulan akhir.

2.1.4.2 Tanda-tanda kemungkinan hamil menurut Mochtar (2012) adalah:

1. Perut membesar
2. Uterus membesar yaitu terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi rahim
3. Tanda hegar yaitu ditemukannya serviks dan isthmus uteri yang lunak pada pemeriksaan bimanual saat usia kehamilan 4 sampai 6 minggu
4. Tanda *Chadwick* yaitu perubahan warna menjadi kebiruan yang terlihat di porsio, vagina dan labia. Tanda tersebut timbul akibat pelebaran vena karena peningkatan kadar estrogen.
5. Tanda *Piskacek* yaitu pembesaran dan pelunakan rahim kesalah satu sisi rahim yang berdekatan dengan tuba uterina. Biasanya, tanda ini ditemukan di usia kehamilan 7 sampai 8 minggu.
6. Kontraksi-kontraksi kecil uterus jika dirangsang yaitu *Braxton-Hicks*
7. Teraba ballotement
8. Reaksi kehamilan positif

2.1.4.3 Tanda pasti (tanda positif) menurut Mochtar (2012) adalah:

1. Gerakan janin dapat dilihat atau dirasa atau diraba, juga bagian-bagian janin
2. Denyut jantung janin
  - a. didengar dengan stetoskop-*monoaural Laennec*
  - b. dicatat dan didengar dengan alat doppler
  - c. dicatat dengan *feto-electro kardiogram*
  - d. dilihat pada ultrasonografi
3. terlihat tulang-tulang janin dalam foto rontgen

#### 2.1.4.4 Kebijakan program

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan menurut Prawirohardjo (2013) adalah:

1. 1 kali pada triwulan I
  - a. Penapisan dan pengobatan anemia
  - b. Perencanaan persalinan
  - c. Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya
2. 1 kali pada triwulan II
  - a. Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya
  - b. Penapisan preeklamsia, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan, gemelli
  - c. Mengulang perencanaan persalinan
3. 2 kali pada triwulan III
  - a. Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya
  - b. Penapisan preeklamsia, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan, gemelli
  - c. Mengulang perencanaan persalinan
  - d. Mengenali adanya kelainan letak dan presentasi
  - e. Memantapkan perencanaan persalinan
  - f. Mengenali tanda-tanda persalinan
4. Pelayanan atau asuhan standar minimal termasuk 14 T menurut Bartini (2012) yaitu:
  - a. Timbang berat badan ibu
  - b. Memeriksa tekanan darah
  - c. Mengukur tinggi fundus uteri
  - d. Memberikan imunisasi TT sesuai jadwal
  - e. Memberikan tablet Fe
  - f. Tes untuk PMS (penyakit menular seksual)

- g. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan
- h. Terapi kebugaran
- i. Tes VDRL (*Veneral Disease Research Lab*)
- j. Test reduksi urine
- k. Test protein urine
- l. Test Hb
- m. Terapi iodium
- n. Terapi malaria

#### 2.1.4.5 Kebijakan teknis

##### 1. Pemberian vitamin zat besi

Dimulai dengan memberikan 1 tablet sehari sesegera mungkin setelah ras hilang. Tiap tablet mengandung FeS<sub>4</sub> 320 mg (zat besi 60 mg) dan *asam folat* 500 µg, minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan

Tabel. 2.1 Immunisasi TT

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

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

(Prawirohardjo, 2013).

## 2.1.5 Perubahan Adaptasi Fisiologis dan Psikologis Masa Kehamilan

### 2.1.5.1 Sistem Reproduksi

#### Vagina dan Vulva

Trimester I mempengaruhi hormon estrogen, vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah sehingga nampak semakin merah dan kebiru-biruan. Sel-sel yang tinggal membentuk rabas vagina yang kental dan bewarna keputihan yang disebut *leukore*, selama masa hamil pH (*power of hydrogen*) sekresi vagina menjadi lebih asam.

Trimester II menurut (Serri, 2013) hormon estrogen dan progesteron terus meningkat dan terjadi *hipervaskularisasi* mengakibatkan pembuluh-pembuluh darah alat genitalia membesar, dapat dimengerti karena oksigenasi dan nutrisi pada alat genitalia tersebut meingkat. Peningkatan *vaskularisasi* vagina dan visiera panggul lain menyebabkan sensitivitas yang mencolok. Peningkatan sensitivitas dapat meningkatkan keinginan dan bangkitkan seksual, khususnya pada trimester II. Peningkatan kongesti di tambah relaksasi dinding pembuluh darah dan uterus yang berat dapat menyebabkan timbulnya edema dan varises vulva. Edema dan varises biasanya membaik selama periode pasca partum (Romauli, 2011).

Trimester III dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan *hipertropisel* otot

polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina (Khumaira, 2012).

#### 2.1.5.2 Serviks Uteri

Trimester I kehamilan, berkas kolagen menjadi kurang kuat terbungkus. Terjadi akibat penurunan konsentrasi kolagen secara keseluruhan. Sel-sel otot polos dan jaringan elastis, serabut kolagen bersatu dengan arah paralel terhadap semuanya sehingga serviks menjadi lunak pada dinding kondisi tidak hamil, tetapi tetap mampu mempertahankan kehamilan. Kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen (Romauli, 2011).

Trimester II konsistensi servik menjadi lunak dan kelenjar-kelenjar di serviks akan berfungsi lebih dan akan mengeluarkan sekresi lebih banyak (Romauli, 2011).

Trimester III saat kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan yang relatif dilusi dalam keadaan menyebar (*dispersi*). Proses perbaikan servik terjadi setelah persalinan sehingga siklus kehamilan yang berikutnya akan terulang (Wulanda, 2011).

#### 2.1.5.3 Uterus

Trimester I pada minggu pertama kehamilan uterus masih seperti bentuk aslinya seperti buah avokad. Seiring dengan perkembangan kehamilan, daerah fundus dan korpus akan membulat dan akan menjadi bentuk sferis pada usia kehamilan 12 minggu. Panjang uterus akan bertambah lebih cepat dibandingkan lebarnya sehingga akan membentuk oval. *Ismus uteri* pada minggu pertama mengadakan hipertropi seperti *korpus uteri* yang mengakibatkan ismus menjadi lebih panjang dan lunak yang dikenal dengan tanda hegar (Romauli, 2011).

Trimester III pada akhir kehamilan uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya uterus akan menyentuh dinding abdomen, mendorong usus kesamping dan keatas, terus tumbuh hingga menyentuh hati, pada saat pertumbuhan uterus akan berotasi kearah kanan, *dekstrorotasi* ini disebabkan oleh adanya *rektosigmoid* di daerah kiri pelvis (Wulanda, 2011).

#### 2.1.5.4 Ovarium

Trimester I pada pemulaan kehamilan masih terdapat *korpus luteum graviditatum*, *korpus luteum graviditatis* berdiameter kira-kira 3 cm, kemudian *korpus luteum* mengecil setelah plasenta terbentuk. *Korpus luteum* ini mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron. Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan kematangan volikel baru ditunda, hanya satu *korpus luteum* yang dapat ditemukan di ovarium (Serri, 2013).

Trimester II usia kehamilan 16 minggu, plasenta mulai terbentuk dan menggantikan fungsi *korpus luteum gravidarum* (Romauli, 2011).

Trimester III *korpus luteum* sudah tidak berfungsi lagi karena telah digantikan oleh plasenta yang telah terbentuk (Serri, 2013).

#### 2.1.5.5 Sistem Payudara

Trimester I payudara akan membesar dan tegang akibat hormon *somatotropin*, estrogen, dan progesteron, akan tetapi belum mengeluarkan ASI (air susu ibu). Estrogen menimbulkan *hipertropik* sistem saluran, sedangkan progesterone menambah sel-sel asinus pada payudara. *Somatotropin* mempengaruhi pertumbuhan sel-sel asinus dan menimbulkan perubahan dalam sel-sel sehingga terjadi pembuatan kasein. Payudara dipersiapkan untuk laktasi.

Perubahan progesteron dan *somatomamotropin* terbentuk lemak di sekitar alveolus-alveolus, sehingga payudara menjadi besar. Papila mammae akan membesar, lebih tegang dan tambah lebih hitam, seperti seluruh areola mammae karena *hiperpigmentasi* (Wulanda, 2011).

Trimester II pada kehamilan 12 minggu, dari puting susu dapat mengeluarkan cairan berwarna putih agak jernih disebut *colustrom*. *Colustrom* ini berasal dari asinus yang mulai bersekresi. Pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara meningkat secara progresif (Wulanda, 2011).

Trimester III pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat. Kehamilan 32 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang sangat encer. Kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrom (Serri, 2013).

#### 2.1.5.6 Sistem Endokrin

Trimester I perubahan besar pada sistem endokrin yang penting terjadi untuk mempertahankan kehamilan, pertumbuhan normal janin, dan nifas. Tes HCG (*human chorionic gonadotropin*) positif dan kadar HCG (*human chorionic gonadotropin*) meningkat cepat menjadi duakali lipat setiap 48 jam sampai kehamilan 6 minggu. Perubahan-perubahan hormonal selama kehamilan terutama akibat reproduksi estrogen dan progesteron plasenta dan juga hormon-hormon yang dikeluarkan oleh janin (Serri, 2013).

Trimester II adanya peningkatan hormon esterogen dan progesteron serta terhambatnya pembentukan FSH (*Follicle*

*Stimulating Hormone*) dan LH (*Luteinizing Hormone*) (Romauli, 2011).

Trimester III kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari *hiperplasia* kelenjar dan peningkatan *vaskularisasi*. Pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan erat dengan magnesium, fosfat, hormon pada tiroid, vitamin D dan kalsium. Gangguan pada salah satu faktor itu akan menyebabkan perubahan pada yang lainnya. Konsentrasi plasma hormon pada tiroid akan menurun pada trimester pertama dan kemudian akan meningkat secara progresif (Bartini, 2012).

#### 2.1.5.7 Sistem Perkemihan

Trimester I pada bulan pertama kehamilan kandung kencing tertekan sehingga sering timbul kencing. Keadaan ini hilang dengan tuanya kehamilan bila uterus gravidus keluar dari rongga panggul dan ginjal wanita harus mengakomodasi tuntutan metabolisme dan sirkulasi tubuh ibu yang meningkat dan juga mengekresikan produk sampah janin. Fungsi ginjal berubah karena adanya hormon kehamilan, peningkatan volume darah, postur wanita, aktifitas fisik dan asupan makanan. Sejak minggu ke-10 gestasi pelvik ginjal dan ureter berdilatasi (Serri, 2013).

Trimester II kandung kemih tertarik keatas dan keluar dari panggul sejati kearah abdomen. Uretra memanjang sampai 7,5 cm karena kandung kemih bergeser kearah atas. Kongesti panggul pada masa hamil ditunjukkan oleh hiperemia kandung kemih dan uretra (Bartini, 2012).

Trimester III ginjal pada kehamilan sedikit bertambah besar panjang bertambah 1-1,5 cm, volume renal meningkat 60 ml

dari 10 ml pada wanita yang tidak hamil. Protein urin secara normal disekresikan 200-300 mg/hari. Melebihi 300 mg/hari maka harus diwaspadai terjadi komplikasi. Kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali (Serri, 2013).

#### 2.1.5.8 Sistem Pencernaan

Trimester I perubahan yang nyata akan terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada *traktus digestivus* dan penurunan sekresi asam *hidroklorid* dan peptin di lambung sehingga akan menimbulkan gejala berupa *pyrosis* yang disebabkan oleh refleks asam lambung ke esofagus bawah sebagai akibat perubahan posisi lambung dan menurunnya *tonus sfingter esogafus* bagian bawah. Mual terjadi akibat penurunan asam *hidroklorid* dan penurunan motilitas, serta konstipasi sebagai akibat penurunan motilitas usus besar. Mual yang sering terjadi pada pagi hari disebut *morning sickness* (Wulanda, 2011).

Trimester II terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat. Perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, ke arah atas dan lateral. Wasir cukup sering pada kehamilan sebagian besar akibat konstipasi dan naiknya tekanan vena-vena dibawah uterus termasuk *hemoroid*. Panas perut terjadi karena terjadinya aliran balik asam gas kedalam esofagus bagian bawah (Wulanda, 2011).

Trimester III biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat. Perut kembung juga

terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, ke arah atas dan lateral (Serri, 2013).

#### 2.1.5.9 Sistem *Muskuloskeletal*

Trimester I tidak banyak perubahan pada *muskuloskeletal*. Peningkatan kadar hormon estrogen dan progesteron, terjadi relaksasi dari jaringan ikat, kartilago, dan ligament juga meningkatkan jumlah cairan *synovial*. Pengaruh hormon estrogen dan progesteron, terjadi relaksasi dari ligament-ligament dalam tubuh yang menyebabkan peningkatan mobilitas dari sambungan/otot terutama otot pada pelvik keseimbangan kadar kalsium selama kehamilan biasa normal apabila asupan nutrisinya khususnya produk susu terpenuhi, perubahan-perubahan tersebut dapat mengakibatkan ketidaknyamanan dan rasa sakit pada bagian belakang yang tambah sering dengan penambahan umur kehamilan. (Romauli, 2011).

Trimester II morbilitas persendian akan berkurang terutama pada persendian siku dan pergelangan tangan dengan meningkatnya retensi cairan pada jaringan konektif atau jaringan yang berhubungan di sekitarnya (Serri, 2013).

Trimester III sendi pelvik pada saat kehamilan sedikit bergerak. Perubahan tubuh secara bertahap dan peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara mencolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring kedepan, penurunan tonus otot dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang. Pusat gravitasi wanita bergeser ke depan (Romauli, 2011).

#### 2.1.5.10 Sistem *Kardiovaskuler*

Trimester I sirkulasi darah ibu dalam kehamilan dipengaruhi oleh adanya sirkulasi plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh-pembuluh darah yang membesar pula mammae dan alat lain yang memang berfungsi berlebihan dalam kehamilan. Volume plasma maternal mulai meningkat pada saat usia kehamilan 10 minggu (Serri, 2013).

Trimester II pada usia kehamilan 16 minggu, mulai jelas kelihatan terjadinya proses hemodilusi. 24 minggu tekanan darah sedikit demi sedikit naik kembali pada tekanan darah sebelum hamil. Perubahan auskultasi mengiringi perubahan ukuran dan posisi jantung. Peningkatan volume darah dan curah jantung juga menimbulkan perubahan hasil auskultasi yang umum terjadi selama masa hamil (Wulanda, 2011).

Trimester III selama kehamilan jumlah leukosit akan meningkat yakni berkisar antara 5000 – 12000 dan mencapai puncaknya pada saat persalinan dan masa nifas berkisar 14000 – 16000. Penyebab peningkatan ini belum diketahui. Respon yang sama diketahui terjadi selama dan setelah melakukan latihan yang berat (Bartini, 2012).

#### 2.1.5.11 Sistem Metabolisme

Trimester I-III Menurut Serri (2013), sistem metabolisme adalah istilah untuk menunjukkan perubahan-perubahan kimiawi yang terjadi di dalam tubuh untuk pelaksanaan berbagai fungsi vitalnya. Terjadinya kehamilan, metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, dimana kebutuhan nutrisi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan memberikan ASI (air susu ibu). Perubahan metabolisme adalah metabolisme basal naik sebesar 15% sampai 20% dari semula terutama pada trimester ke III (Roumali, 2011).

#### 2.1.5.12 Sistem Berat Badan dan Indeks Masa Tubuh

Trimester I pada dua bulan pertama kenaikan berat badan belum terlihat, tetapi baru nampak dalam bulan ketiga, sedangkan trimester II kenaikan berat badan 0,4-0,5 kg/minggu, selama kehamilan (Romauli, 2011).

Trimester III kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg dan sampai akhir kehamilan 11-12 kg (Vivian, 2011).

#### 2.1.5.13 Sistem Darah dan Pembekuan Darah

Darah adalah jaringan cair yang terdiri atas 2 bagian, menurut, bagian interseluler adalah jaringan yang disebut plasma dan di dalamnya terdapat unsur-unsur padat, sel darah. Volume darah secara keseluruhan kira-kira 5 liter. Sekitar 55%nya adalah cairan sedangkan 45% sisanya terdiri atas sel darah. Susunan darah terdiri dari air 91,0%, protein 8,0% dan mineral 0,9%. Pembekuan darah adalah proses yang majemuk dan berbagai faktor diperlukan untuk melaksanakan pembekuan darah sebagaimana telah diterangkan (Khumaira, 2012).

#### 2.1.5.14 Sistem Pernapasan

Trimester I kebutuhan oksigen ibu meningkat sebagai respon terhadap percepatan laju metabolik dan peningkatan kebutuhan oksigen jaringan uterus dan payudara. Janin membutuhkan oksigen dan suatu cara untuk membuang *karbondioksida*. Peningkatan kadar estrogen menyebabkan ligamentum pada kerangka iga berelaksasi sehingga ekspansi rongga dada meningkat. Wanita hamil bernafas lebih dalam tetapi frekuensi napasnya hanya sedikit meningkat (Romauli, 2011).

Trimester II karena adanya penurunan tekanan CO<sub>2</sub> (*karbon dioksida*) seorang wanita hamil sering mengeluhkan sesak nafas sehingga meningkatkan usaha bernafas (Serri, 2013).

Trimester III kehamilan 32 minggu keatas usus-usus tertekan uterus yang membesar ke arah diafragma kurang leluasa bergerak mengakibatkan wanita hamil derajat kesulitan bernafas (Vivian, 2011).

## 2.1.6 Adaptasi Psikologis Masa Kehamilan

### 2.1.6.1 Trimester I

1. Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya
2. Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan, dan kesedihan. Bahkan kadang ibu berharap agar dirinya tidak hamil saja
3. Ibu akan selalu mencari tanda-tanda apakah ia benar-benar hamil. Hal ini dilakukan sekedar untuk meyakinkan dirinya
4. Perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan seksama
5. Perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin akan diberitahukannya kepada orang lain atau malah mungkin dirahasiakannya
6. Hasrat untuk melakukan hubungan seks berbeda-beda pada setiap wanita, tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan (Marmi, 2016).

### 2.1.6.2 Trimester II

1. Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon tinggi
2. Ibu sudah bisa menerima kehamilannya
3. Merasa gerakan anak
4. Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran
5. Libido meningkat
6. Menuntut perhatian dan cinta

7. Merasa bahwa bayi sebagian idividu yang merupakan bagian dari dirinya
8. Hubungan sosial meningkat dengan wanita lainnya atau pada orang yang baru menjadi ibu
9. Ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran dan persiapan untuk peran baru  
(Romauli, 2011).

#### 2.1.6.3 Trimester III

1. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik
2. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu
3. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya
4. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya
5. Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya
6. Merasa kehilangan perhatian
7. Perasaan mudah terluka (sensitif)
8. Libido menurun  
(Vivian, 2011).

#### 2.1.7 Ketidaknyamanan dan Tanda Bahaya pada Kehamilan

##### 2.1.7.1 Sering buang air kecil

Cara mengatasinya: Kurangi asupan karbohidrat murni dan makanan yang mengandung gula dan batasi minum kopi, teh serta soda (Romauli, 2011).

#### 2.1.7.2 Striae gravidarum

Cara mengatasinya: Gunakan antipruritik jika ada indikasinya dan gunakan baju longgar yang dapat menopong payudara dan abdomen (Vivian, 2011).

#### 2.1.7.3 Mudah lelah

Cara mengatasinya: Mencari waktu untuk beristirahat, jika merasa lelah pada siang hari maka segera tidurlah, hindari tugas rumah tangga yang terlalu berat, cukup mengonsumsi kalori, zat besi dan asam folat (Indriyana, 2013).

#### 2.1.7.4 Hemoroid

Cara mengatasinya: Makan-makanan yang berserat, buah dan sayuran serta banyak minum air putih dan sari buah, lakukan senam hamil untuk mengatasi *hemoroid* dan jika *hemoroid* menonjol keluar (Romauli, 2011).

#### 2.1.7.5 Keputihan

Cara mengatasinya: Mandi tiap hari, mengganti celana dalam ketika lembab, memakai pakaian dalam dari bahan katun dan mudah menyerap dan tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur (Romauli, 2011).

### 2.1.8 Tanda bahaya kehamilan

2.1.8.1 Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12 % kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada *spermatozoa* ataupun ovum. Penyebab yang sama dan menimbulkan gejala perdarahan pada kehamilan muda dan ukuran pembesaran uterus yang diatas normal, pada umumnya disebabkan oleh *mola hidatisoda*. Perdarahan pada kehamilan muda dengan uji kehamilan yang tidak jelas,

pembesaran uterus yang tidak sesuai (lebih kecil) dari usia kehamilan, dan adanya masa adneksa biasanya disebabkan oleh kehamilan ektopik.

Perdarahan pada kehamilan lanjut atau disatas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa. Perdarahan yang terjadi sangat terkait dengan luas plasenta dan kondisi segmen bawah rahim yang menjadi tempat implementasi plasenta tersebut. Pada plasenta yang tipis dan menutupi sebagian jalan lahir, maka umumnya terjadi perdarahan bercak berulang dan apabila segmen bawah rahim mulai terbentuk disertai dengan sedikit penurunan bagian terbawah janin, maka perdarahan mulai meningkat hingga tingkatan yang dapat membahayakan keselamatan ibu. Plasenta yang tebal yang menutupi seluruh jalan lahir dapat menimbulkan perdarahan hebat tanpa didahului oleh perdarahan bercak atau berulang sebelumnya. Plasenta previa menjadi penyebab dari 25% kasus perdarahan antepartum. Bila mendekati saat persalinan perdarahan dapat disebabkan oleh solusio plsentia (40%) *vasa previa* (5%) dari keseluruhan kasus perdarahan antepartum.

#### 2.1.8.2 Preeklamsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan diatas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah diatas normal sering diasosiasikan dengan preeklamsia. Data atau informasi awal terkait dengan tekanan darah sebelum hamil akan sangat membantu petugas kesehatan untuk membedakan hipertenis kronis (yang sudah ada sebelumnya) dengan preeklamsia. Gejala dan tanda lain dari preeklamsia sebagai berikut;

1. Hiperrefleksia (iritabilitas susunan saraf pusat)

2. Sakit kepala atau selfagia (*frontal* dan *oksipital*) yang tidak membaik dengan pengobatan umum
3. Gangguan penglihatan seperti pandangan kabur, sekotomata, silau atau berkunang-kunang
4. Nyeri epigastrik
5. Oliguria (luaran kurang dari 500 ml/24 jam)
6. Tekanan darah sistolik 20-30 mmhg dan diastolik 10-20 mmhg diatas normal
7. Protein urinaria (diatas +3)
8. Edema menyeluruh

#### 2.1.8.3 Nyeri hebat di daerah *abdominopelvikum*

Bila hal tersebut diatas terjadi pada kehamilan trimester ke II atau ke III dan disertai dengan riwayat dan tanda-tanda dibawah ini maka diagnosis nya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan (*revealed*) maupun tersembunyi (*concealed*):

1. Trauma abdomen
2. Preeklamsia
3. Tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan
4. Bagian-bagian janin sulit diraba
5. Uterus tegang dan nyeri
6. Janin mati dalam rahim

#### 2.1.8.1 Gejala dan tanda lain yang harus di waspadai

Beberapa gejala dan tanda lain yang terkait dengan gangguan serius selama masa kehamilan adalah sebagai berikut.

1. Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan
2. Disuria
3. Menggigil atau demam
4. Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya

5. Uterus lebih besar atau lebih kecil dari usia kehamilan yang sesungguhnya (Prawirohardjo, 2006).

#### 2.1.9 Edukasi kesehatan bagi ibu hamil

Tidak semua ibu hamil dan keluarganya mendapat pendidikan dan konseling kesehatan yang memadai tentang kesehatan reproduksi, terutama tentang kehamilan dan upaya untuk menjaga agar kehamilan tetap sehat dan berkualitas. Kunjungan antenatal memberi kesempatan bagi petugas kesehatan untuk memberikan informasi kesehatan esensial bagi ibu hamil dan keluarganya termasuk rencana persalinan (dimana, penolong, dana, pendamping, dan sebagainya) dan cara merawat bayi. Beberapa informasi penting tersebut adalah sebagai berikut.

##### 2.1.9.1 Nutrisi yang adekuat

###### 1. Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2500 kalori. Pengetahuan tentang berbagai jenis makanan yang dapat memberikan kecukupan kalori tersebut sebaiknya dapat dijelaskan secara rinci dan bahasa yang dimengerti oleh para ibu hamil dan keluarganya. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeklamsia. Jumlah pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

###### 2. Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram /hari. Sumber protein tersebut

dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan atau hewani) ikan, ayam, keju, susu, telur. Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran prematur, anemia, dan edema.

### 3. Zat besi

Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil merupakan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin didalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi hemoglobin yang normal diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester ke 2. Bila tidak ditemukan anemia pemberian zat besi perminggu cukup adekuat. Zat besi yang diberikan dapat berupa *ferrous gluconate*, *ferrous fumarate*, atau *ferrous sulphate*. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi

### 4. Kalsium

Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gr/hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yogurt, dan kalsium karbonat. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan *riketsia* pada bayi atau *osteomalasia* pada ibu.

### 5. Asam folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel, jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikro gram/hari. Kekurangan asam

folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil.

#### 6. Perawatan payudara

Perawatan payudara dilakukan telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting susu lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayi. (Mochtar, 2012). Pengurutan payudara untuk mengeluarkan sekresi dan membuka duktus dan sinus *laktiferus*, sebaiknya dilakukan secara hati-hati dan benar karena pengurutan yang salah dapat menimbulkan kontraksi pada rahim sehingga terjadi kondisi seperti pada uji kesejahteraan janin menggunakan uterotonika. Basuhan lembut setiap hari pada areola dan puting susu akan dapat mengurangi retak dan lecet pada areol tersebut. Untuk sekresi yang mengering pada puting susu lakukan pembersihan dengan menggunakan campuran gliserin dan alkohol. Karena payudara menegang, sensitif, dan menjadi lebih berat, maka sebaiknya menggunakan penompang payudara yang sesuai. (*brassiere*).

#### 7. Perawatan gigi

Paling tidak dibutuhkan 2 kali pemeriksaan gigi selama kehamilan, yaitu pada trimester I dan ke III. Penjadwalan untuk trimester I terkait dengan *hiperemesis* dan *petialisme* (produksi liur yang berlebihan) sehingga kebersihan rongga dan mulut terjaga. Sementara itu, pada trimester III terkait dengan adanya kebutuhan kalsium untuk pertumbuhan janin sehingga perlu diketahui

apakah terdapat pengaruh yang merugikan pada gigi ibu hamil. Dianjurkan untuk selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya caries dan *gingivitis*.

#### 8. Kebersihan tubuh dan pakaian

Kebersihan tubuh harus terjaga selama masa kehamilan. Perubahan anatomik pada perut, area genetalia/lipat paha, dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan mudah terinvestasi oleh *mikroorganisme*. Sebaiknya gunakan pancuran atau gayung pada saat mandi, tidak dianjurkan berendam dalam bathup dan melakukan vaginal *douche*. Gunakan pakaian yang longgar, bersihkan dan nyaman dan hindarkan sepatu bertongkat tinggi dan alas kaki yang keras serta korset penahan perut. Lakukan gerak tubuh ringan, misalnya berjalan kaki, terutama pada pagi hari. Jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan. Beristirahat cukup, minimal 8 jam pada malam hari dan 2 jam disiang hari, ibu tidak dianjurkan untuk melakukan kebiasaan merokok selama hamil karena dapat menimbulkan vasospasme yang berakibatkan anoksia janin, berat badan lahir rendah (bblr), prematuritas, kelainan kongenital, dan solusio plasenta (Prawirohardjo, 2006).

## 2.1.10 Tahap-Tahap Pemeriksaan pada Kehamilan

2.1.10.1 Mencatat hasil pemeriksaan data subjektif menurut Wulanda ( 2011) adalah:

### 1. Informasi biodata

Identitas ibu dan suami (nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan , alamat)

### 2. Keluhan utama

Sadar/tidak akan kemungkinan hamil, apakah semata-mata ingin periksa hamil, atau ada keluhan/masalah lain yang dirasakan

### 3. Riwayat kehamilan sekarang meliputi :

- a. HPHT (Hari pertama haid terakhir)
- b. HPL (Hari perkiraan lahir)
- c. Gerak janin (kapan mulai dirasakan dan apakah ada perubahan yang terjadi)
- d. Masalah dan tanda bahaya
- e. Keluhan-keluhan lazim pada kehamilan (seperti mual, pusing, sakit pinggang)
- f. Penggunaan obat (termasuk jamu)
- g. Kekhawatiran lain yang dirasakan

### 4. Riwayat obstetri menurut Bartini (2012) meliputi :

Menarche atau pertama kali haid, siklus, lamanya, banyaknya atau berapa kali dalam sehari ganti pembalut, bau, konsistensi dan dismenore.

### 5. Riwayat kehamilan yang lalu

- 1) Jumlah kehamilan, anak lahir hidup, persalinan aterm, persalinan premature, keguguran atau kegagalan kehamilan, persalinan dengan tindakan, (dengan *forcep*, atau dengan SC (*seksio cesarea*))
- 2) Riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan atau nifas sebelumnya

- 3) Hipertensi disebabkan kehamilan sekarang atau kehamilan sebelumnya
  - 4) Berat bayi sebelumnya <2500 atau >4000 gram
  - 5) Masalah-masalah lain yang dialami  
(Wulanda, 2011).
6. Riwayat kesejahteraan termasuk penyakit-penyakit yang dapat dahulu dan sekarang.
- 1) Masalah *kardiovaskular*
  - 2) Hipertensi
  - 3) Diabetes
  - 4) Malaria
  - 5) PMS (penyakit menular seksual)  
(Bartini, 2012).
7. Riwayat sosial ekonomi
- 1) Status perkawinan
  - 2) Respon orang tua dan keluarga terhadap kehamilan ini
  - 3) Riwayat KB (keluarga berencana)
  - 4) Dukungan keluarga
  - 5) Pengambilan keputusan dalam keluarga
  - 6) Kebiasaan makan dan gizi yang dikonsumsi
  - 7) Kebiasaan hidup sehat meliputi kebiasaan merokok, dan minum obat atau alkohol
  - 8) Beban kerja dan kegiatan sehari-hari
  - 9) Tempat melahirkan dan penolong yang diinginkan  
(Romauli, 2011).

2.1.10.2 Mencatat hasil pemeriksaan data objektif atau pemeriksaan fisik umum menurut Bartini (2012).

- a. Keadaan umum dan tingkat kesadaran
- b. TTV meliputi tekanan darah, suhu badan, frekuensi nadi, frekuensi nafas)

c. Berat badan, tinggi badan , lingkaran lengan atas

d. Inspeksi

- 1) Kepala dan leher (edema diwajah, ikterik pada mata, bibir pucat, leher meliputi pembengkakan seluruh limfe atau pembengkakan kelenjar tiroid)
- 2) Tangan dan kaki (edema pada jari tangan, kuku jari pucat, varises vena dan reflek-reflek)
- 3) Payudara (ukuran, kesimetrisan, puting payudara : Menonjol atau masuk, keluarnya kolostrum atau cairan lain dan retraksi)
- 4) Abdomen (Luka operasi, tinggi fundus uteri jika >12 minggu, letak, persentasi, posisi, dan penurunan kepala kalau >36 minggu)
- 5) Genitalia luar (*eksternal*)  
Varises, perdarahan, luka, cairan yang keluar, pengeluaran, kelenjar bartholin : Bengkak (*massa*) cairan yang keluar.
- 6) Genitalia dalam (*Interna*)  
serviks meliputi cairan : yang keluar, luka (*lesi*), kelunakan, posisi, mobilisasi, tertutup, atau membuka. Vagina meliputi cairan yang keluar, luka, dan darah serta ukuran, bentuk, posisi, mobilitas, kelunakan, massa (pada trimester pertama)

e. Palpasi abdomen

Menggunakan cara Leopold dengan langkah sebagai berikut :

1) Leopold I

Leopold I bertujuan untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian janin yang ada di fundus, menurut, (Vivian 2011). cara pelaksanaan adalah sebagai berikut:

- a) Pemeriksa menghadap pasien  
Kedua tangan meraba bagian fundus dan mengukur berapa TFU (tinggi fundus uteri)
- b) Meraba bagian apa yang ada di fundus, jika teraba benda bulat, melenting, mudah digerakkan, maka itu adalah kepala, namun jika teraba benda bulat, besar, lunak, tidak melenting, dan susah digerakkan, maka itu adalah bokong janin.

Tabel 2.2 Pemeriksaan tuanya kehamilan berdasarkan TFU (tinggi fundus uteri)

4 minggu	belum teraba
8 minggu	dibelakang simfisis
12 minggu	1-2 jari diatas simfisis
16 minggu	pertengahan simfisis-pusat
20 minggu	2-3 jari dibawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	2-3 jari diatas pusat
32 minggu	pertengahan pusat- <i>prx</i>
36 minggu	3 jari dibawah <i>prx</i> / setinggi pusat
40 minggu	sama dengan 8 bulan tapi melebar kesamping

Sumber : (Wiknjosastro, 2009).

## 2) Leopold II

Leopold II bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada disebelah kanan atau kiri ibu, menurut Bartini (2012) cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut.

- a) Kedua tangan pemeriksa berada disebelah kanan dan kiri perut ibu
- b) Memeriksa sebelah kanan, maka tangan kanan menahan perut sebelah kiri kearah kanan
- c) Raba perut sebelah kanan menggunakan tangan kiri, dan rasakan bagian apa yang ada disebelah

kanan (jika teraba benda yang rata, tidak teraba bagian kecil, terasa ada tahanan, maka itu adalah punggung bayi, namun jika teraba bagian-bagian yang kecil dan menonjol, maka itu adalah bagian kecil janin).

### 3) Leopold III

Leopold III bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah uterus, menurut Wulanda (2011) cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut:

- a) Tangan kiri menahan fundus uteri
- b) Tangan kanan meraba bagian yang ada dibagian bawah uterus. Teraba benda bulat, melenting, mudah digerakkan, maka itu adalah kepala, namun jika teraba benda bulat, besar, lunak, tidak melenting, dan susah digerakkan, maka itu adalah bokong janin, jika dibagian bawah tidak ditemukan kedua bagian seperti diatas, maka pertimbangan apakah janin dalam letak lintang
- c) Tangan kanan meraba bagian bawah (jika teraba kepala, goyangkan, jika masih mudah digoyangkan, berarti kepala belum masuk panggul, namun jika tidak dapat digoyangkan, berarti kepala sudah masuk panggul)

### 4) Leopold IV

Leopold IV bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah dan untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk panggul atau belum, menurut Bartini (2012) cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut:

- a) Pemeriksaan menghadap kaki pasien

- b) Kedua tangan meraba bagian janin yang ada dibawah
- c) Teraba kepala, tempatkan kedua tangan didua belah pihak yang berlawanan dibagian bawah
- d) Kedua tangan konvergen (dapat saling bertemu) berarti kepala belum masuk panggul
- e) Kedua tangan divergen (tidak saling bertemu) berarti kepala sudah masuk panggul
- f) Memungkinkan dalam palpasi diperkirakan juga taksiran berat janin (meskipun kemungkinan kesalahan juga masih cukup besar) pada kehamilan aterm.

Perkiraan berat janin dapat menggunakan rumus

*Johnson-Tossec* yaitu :

Kepala sudah masuk PAP (TFU- 11) x 155 =  
.... gram

Kepala belum masuk PAP (TFU- 12) x 155 =  
... gram

f. Auskultasi (bila >18 minggu)

Menggunakan *linex* atau alat *doppler* yang ditempelkan didaerah punggung janin, dihitung frekuensi 5 detik pertama, ketiga, dan ke lima, kemudian dijumlah dan dikalikan 4 untuk memperoleh frekuensi 1 menit. Batas frekuensi denyut jantung normal adalah 120-160/menit (Vivian, 2011).

g. Pemeriksaan panggul

Pemeriksaan panggul menurut Romauli (2011) pada wanita hamil dilakukan jika ada indikasi dan pada anak pertama pemeriksaan ini sangat penting untuk mengidentifikasi ada tidaknya panggul sempit.

Alat pengukur yang sering digunakan adalah jangkar panggul dari martin ukuran-ukuran yang ditentukan adalah :

- 1) *Distansia spinarum* yaitu jaringan spina iliaka anterium superior kanan dan kiri dengan ukuran normal sekitar 23-25 cm
- 2) *Distansia cristarum* yaitu jarak terjauh antara *crista iliaka* terjauh kana dan kiri antara ukuran normal 26-29 cm bila selisih antara *distansia cristarum* dan *distansi spinarum*  $< 16$  cm, kemungkinan besar adanya kesempitan panggul
- 3) *Konjungata* eksterna yaitu jarak antara tepi atas simfisis dan *prosesus lumba lima*, dengan ukuran normal 18-20 cm, bila diameter  $< 16$  cm kemungkinan terdapat kesempitan panggul
- 4) Lingkaran panggul normalnya 80-90 cm

#### h. Pemeriksaan laboratorium

##### 1) Pemeriksaan Hemoglobin

Kunjungan ibu hamil yang pertama kali, lalu periksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan HB (*Haemoglobin*) salah satu upaya untuk mendeteksi anemia pada ibu hamil, menurut (Bartini, 2012) diterapkan tiga kategori yaitu;

- a) Normal  $> 11,5\text{gr} - 12\text{gr}$
- b) Ringan  $> 10\text{gr} - 11\text{gr}$
- c) Sedang  $> 8\text{gr} - 9\text{gr}$
- d) Berat  $< 8\text{gr}$

##### 2) Pemeriksaan protein urine

Pemeriksaan ini berguna untuk mengetahui adanya protein dalam urine ibu hamil, menurut Vivian (2011). adapun pemeriksaannya dengan asam asetat

2-3% ditunjukkan pada ibu hamil dengan riwayat tekanan darah tinggi, kaki edema. Pemeriksaan urine protein ini untuk mendeteksi ibu hamil kearah pre eklamsi.

- a) Negatif: tidak ada kekeruhan
  - b) Positif + : terdapat kekeruhan sedikit tanpa butir-butir
  - c) Positif ++ : kekeruhan dan tampak butir-butir
  - d) Positif +++ : kekeruhan dengan berkeping-keping.
  - e) Positif ++++ : berkeping-keping besar
- 3) Pemeriksaan Reduksi urine

Pemeriksaan urine reduksi hanya kepada ibu dengan indikasi penyakit gula/DM (*Diabetes Melitus*) atau riwayat penyakit gula pada keluarga ibu dan suami, menurut Rukiyah (2014) bila hasil pemeriksaan urine reduksi positif (+) perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya *Diabetes Melitus Gestasional* (DMG), dapat mengakibatkan adanya penyakit berupa preeklamsia, *polahidramnion*, dan bayi besar.

- a) Negatif : Biru kehijauan
- b) Positif + : Hijau kekuning-kuningan
- c) Positif ++ : Kuning keruh
- d) Positif +++ : Kuning kemerahan
- e) Positif ++++: Merah Keruh

## 2.2. Asuhan Persalinan

### 2.2.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses di mana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit.

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2013).

### 2.2.2 Beberapa istilah yang berhubungan dengan partus

#### 2.2.2.1 Menurut cara persalinan

1. Partus biasa (normal), disebut juga partus spontan adalah proses lahirnya bayi dengan LBK dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat-alat, serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam
2. Partus luar biasa (*abnormal*) ialah saluran pervaginam dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi *caesarea*

#### 2.2.2.2 Menurut tua (umur) kehamilan

1. Abortus (keguguran) adalah terhentinya kehamilan sebelum janin dapat hidup (*viabel*)-berat janin di bawah 1000 g-tua kehamilan di bawah 28 minggu
2. Partus prematurus adalah persalinan (pengeluaran) hasil konsepsi pada kehamilan 28-36 minggu, janin dapat hidup tetapi prematur, berat janin antara 1000-2500 g.
3. Partus maturus atau atrem (cukup bulan) adalah partus kehamilan 37- 40 minggu, janin, berat badan diatas 2500 g.

4. Partus posmaturus (*serotinus*) adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau janin disebut postmatur.
5. Partus presipitatus adalah partus yang berlangsung sangat cepat, mungkin di kamar mandi, diatas becak, dan sebagainya.
6. Partus percobaan adalah suatu penilaian kemajuan persalinan kemajuan persalinan untuk memperoleh bukti tentang ada atau tidaknya *disproporsi sefalpelvik*.

#### 2.2.2.3 Gravida dan Para menurut Mochtar (2011) adalah::

1. Gravida adalah seorang wanita yang sedang hamil.
2. Primigravida adalah seorang wanita yang hamil untuk pertama kali.
3. Para adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (*viable*).
4. Nulipara adalah seorang wanita yang belum pernah melahirkan bayi *viable*.
5. Primipara adalah seorang wanita yang melahirkan bayi *viable* berapa kali ( sampai 5 kali).
6. Grandemultipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi 6 kali atau lebih, hidup ataupun mati.

#### 2.2.3 Sebab-sebab yang menimbulkan persalinan

Apa yang menyebabkan terjadinya persalinan belum diketahui benar, yang ada hanyalah teori-teori yang kompleks. Teori-teori yang dikemukakan antara lain faktor-faktor humoral, stuktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi.

- ##### 2.2.3.1 Teori penurunan hormon : 1-2 minggu sebelum partus,
- mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim. Karena itu, akan terjadi kejangan

pembulu darah yang menimbulkan his jika kadar progesteron turun.

2.2.3.2 Teori plasenta menjadi tua : penuaan plasenta akan menyebabkan turunya kadar estrogen dan progesteron sehingga terjadi kekejangan pembuluh darah. Hal tersebut akan menimbulkan kontraksi rahim.

2.2.3.3 Teori distensi rahim : rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi *uteroplasenta*.

2.2.3.4 Teori iritasi mekanik : dibelakan serviks, terletak *ganglion servikale (pleksus frankenhauser)*. Apabila *ganglion* tersebut digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.

2.2.3.5 Induksi partus menurut Mochtar (2011) dapat pula ditimbulkan dengan :

1. Gangang laminaria: beberapa laminaria dimasukan dilubang dalam *kanalis servisis* dengan tujuan merangsang *pleksus Frankenhauser*,
2. Amniotomi : pemecahan ketuban
3. Tetesan oksitosin: pemberian oksitosin melalui tetesan perinfus.

#### 2.2.4 Tanda-tanda permulaan persalinan

Sebelum terjadi persalinan sebenarnya, beberapa minggu sebelumnya, wanita memasuki “bulanya” atau “minggunya” atau “harinya” yang disebut kala pendahuluan. Kala pendahuluan menurut Mochtar (2011) memberikan tanda-tanda sebagai berikut:

2.2.4.1 Lightning atau setting atau droping, yang kepala turun memasuki pintu atas panggul, terutama pada primigravida. Pada multipara hal tersebut tidak begitu jelas.

2.2.4.2 Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.

- 2.2.4.3 Sering buang air kecil atau sulit berkemih (*polakisuria*) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
- 2.2.4.4 Perasaan nyeri diperut dan pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah uterus kadang-kadang tersebut “*filse inbor pins*”.
- 2.2.4.5 Serviks menjadi lembek; mulai mendatar, dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah.

### 2.2.5 Tanda-tanda Inpartu

- 2.2.5.1 Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur.
- 2.2.5.2 Keluar lendir bercampur darah (*show*) yang lebih banyak karena robek-robek kecil pada serviks.
- 2.2.5.3 Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- 2.2.5.4 Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan.

Seperti setelah dikemukakan terdahulu, faktor-faktor yang berperan dalam persalinan menurut Mochtar (2011) adalah:

1. Kekuatan mendorong janin keluar (*power*)
2. His (kontraksi uterus),
3. Kontraksi otot-otot dinding perut,
4. Kontraksi diafragma, dan
5. *Ligmentous action*, terutama *lig. rotudum*.
  - a. Faktor janin
  - b. Faktor jalan lahir

### 2.2.6 Kala Persalinan

- 2.2.6.1 Proses persalinan terdiri dari 4 kala, yaitu :

Kala I : waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap 10 cm.

Kala II : kala pengeluaran janin, sewaktu uterus dengan

kekuatan his ditambah kekuatan mengedan mendorong janin keluar hingga lahir.

Kala III: waktu untuk pelepasan dan pengeluaran uri.

Kala IV: mulai dari lahirnya uri, selama 1-2 jam.

#### 2.2.6.2 Kala I ( kala pembukaan)

Inpartu (partus mulai) ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena servik mulai membuka (*dilatasi*) dan mendatar (*effacement*).

Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis serviks akibat pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka.

Kala pembukaan dibagi atas 2 fase.

1. Fase laten : pembukaan serviks yang berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm, lamanya 7-8 jam.
2. Fase aktif : berlangsung selama 6 jam dibagi atas 3 subfase.
  - a. Periode akselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
  - b. Periode dilatasi maksimal (*steady*): selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
  - c. Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap)

Dalam buku-buku, proses membukanya serviks disebut dengan berbagai istilah: melembek (*softening*), menipis (*thinned out*), terobiterasi (*obliterated*), mendatar dan tertarik keatas ( *effaced and taken up*), dan membuka (*dilatation*).

#### 2.2.6.3 Kala II ( kala pengeluaran janin)

Kala dua persalinan di mulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi.

Kala dua disebut juga dengan kala pengeluaran bayi. Tanda dan gejala kala dua adalah:

1. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
2. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan vaginannya
3. *Perineum* menonjol
4. Vulva vagina dan *sphincter ani* menonjol
5. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah

Pada kala dua persalinan his atau kontraksi yang semakin kuat dan teratur. Umumnya ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan meneran. Kedua kekuatan, his dan keinginan untuk meneran akan mendorong bayi keluar. Pada kala dua, Kepala janin telah turun dan masuk ke ruang panggul terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang melalui lengkung refleksi menimbulkan rasa mencedas. Karena tekanan pada rektum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan *perineum* meregang. Dengan his dan mencedas yang terpimpin, akan lahir kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II ada primi berlangsung selama 1 ½-2 jam, pada multi 1 ½-1 jam.

#### 2.2.6.4 Kala III (Kala pengeluaran uri)

Kala tiga persalinan disebut juga dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Kala tiga persalinan di mulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Setelah kala dua persalinan, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahirnya bayi, sudah mulai pelepasan plasenta pada lapisan *Nitabusch*,

karena sifat retraksi otot rahim. Lepasnya plasenta sudah dapat di perkirakan dengan memperlihatkan tanda-tanda sebagai yaitu:

1. Perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri

Setelah bayi lahir dan sebelum *miometrium* mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan umum tinggi fundus uteri di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong kebawah, uterus berubah bentuk menjadi seperti buah alpukat dan tinggi fundus uteri menjadi diatas pusat.

2. Tali pusat bertambah panjang

3. Terjadi semburan darah secara tiba-tiba perdarahan (bila pelepasan plasenta secara *duncan* atau dari pinggir).

Masalah atau komplikasi yang dapat muncul pada kala tiga adalah retensio plasenta, plasenta lahir tidak lengkap, perlukaan jalan lahir (Indriyana, 2013).

#### 2.2.6.5 Kala IV

Kala IV adalah kala pemantauan di mulai dari setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Pada kala ini paling sering terjadi yaitu perdarahan postpartum, yaitu pada 2 jam pertama postpartum yang mungkin disebabkan oleh antonia uteri, laserasi jalan lahir, dan sisa plasenta. Oleh karena itu harus dilakukan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervagina. Pemantauan dilakukan setiap 15 menit pada 1 jam pertama setelah persalinan lalu, setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan (Indriyana, 2013).

## 2.2.7 Pimpinan persalinan

### 2.2.7.1 Posisi ibu dalam persalinan

1. Posisi litotomi adalah posisi yang paling umum, wanita berbaring terlentang dengan lutut ditekuk, kedua paha diangkat kesamping kanan dan kiri.
2. Posisi duduk (*squatting position*). Sekarang, posisi bersalin duduk telah dikembangkan di negara-negara latin. Untuk itu, dibuat meja bersalin khusus agar wanita dapat duduk sambil melahirkan.
3. Cara berbaring
  - a. Menurut *Walcher*: di tepi tempat tidur
  - b. Menurut *Tjeenk-Willink*: memakai bantal
  - c. Menurut *Jonges*: untuk memperlebar pintu bawah panggul
  - d. Menurut posisi *Sims*: posisi miring
 (Mochtar, 2011).

### 2.2.7.2 Pemeriksaan wanita yang hendak bersalin

Seperti telah dibicarakan di atas, pemeriksaan wanita hamil meliputi pemeriksaan seluruh tubuh, begitu pula pemeriksaan wanita yang akan melahirkan menurut Mochtar (2011) sebagai berikut:

1. Pemeriksaan umum
  - a. Tekanan darah, nadi, pernafasan, refleks, jantung, paru-paru, berat badan, tinggi badan, dan sebagainya
2. Pemeriksaan status obstetrikus
  - a. letak dan posisi janin, taksiran berat badan janin
  - b. denyut jantung janin
  - c. his dan sifat-sifatnya, dsb
3. pemeriksaan dalam (vagina atau rektal):
  - a. pembukaan serviks dalam cm atau jari

- b. turunnya kepala diukur menurut bidang hodge
- c. ketuban sudah pecah atau belum, menonjol atau tidak
- 4. pemeriksaan laboratorium
  - a. pemeriksaan urin: protein dan gula
  - b. pemeriksaan darah: Hb, golongan darah
- 5. persiapan bagi ibu
  - a. bersihkan dan cukur daerah genitalia eksterna
  - b. ibu hamil diminta buang air kecil atau dikateterisasi guna mengosongkan kandung kemih
  - c. pemakaian klisma supaya rektum kosong
  - d. pakaian di ganti dengan yang longgar
- 6. persiapan semua alat untuk persalinan biasa
  - a. beberapa pasang sarung tangan steril
  - b. gunting *siebold*, gunting tali pusat
  - c. beberapa klem tali pusat dan klem lainnya
  - d. benang atau plastik klem untuk tali pusat
  - e. alat pengisap lendir bayi
  - f. *iodium linctur* dengan kapas lidinya
  - g. alat-alat untuk menjahit luka
  - h. obat-obatan dan jarum suntiknya
  - i. kain kassa steril, dan sebagainya

### 2.2.7.3 Menolong atau memimpin persalinan biasa

#### 1. Kala I

Pekerjaan penolong (dokter, bidan, penolong lainnya) dalam kala I adalah mengawasi wanita inpartu sebaik-baiknya serta menanamkan semangat kepada wanita tersebut bahwa proses persalinan adalah fisiologis. Tanamkan rasa percaya diri dan percaya pada penolong.

Pemberian obat atau tindakan hanya dilakukan apabila perlu dan ada indikasi. Apabila ketuban belum pecah.

Wanita inpartu boleh duduk atau berjalan-jalan. Jika berbaring, sebaiknya ke sisi terletaknya punggung janin. Jika ketuban sudah pecah wanita tersebut dilarang berjalan-jalan, harus berbaring. Periksa dalam pervagina dilarang, kecuali ada indikasi, karena setiap pemeriksaan akan membawa infeksi, apalagi jika dilakukan tanpa memperhatikan sterilitas (*asepsis*). Pada kala pembukaan dilarang mengedan karena belum waktunya dan hanya akan menghabiskan tenaga ibu. Biasanya, kala I berakhir apabila pembukaan sudah lengkap sampai 10 cm.

## 2. Kala II

Pada permulaan kala II, umumnya kepala janin telah masuk dalam ruang panggul, ketuban yang menonjol biasanya akan pecah sendiri. Apabila belum pecah, ketuban harus dipecahkan. His datang lebih sering dan lebih kuat, lalu timbullah his mengedan. Penolong harus telah siap untuk memimpin persalinan.

Ada 2 cara ibu mengedan

- a. Posisi berbaring sambil merangkul kedua pahanya dengan kedua lengan sampai batas siku. Kepala diangkat sedikit hingga dagu mengenai dada. Mulut dikatup
- b. Dengan sikap seperti diatas, tetapi badan miring ke arah terdapatnya punggung janin dan hanya satu kaki yang dirangkul yaitu yang sebelah atas.

Apabila kepala janin telah sampai di dasar panggul vulva mulai terbuka (membuka pintu) rambut kepala kelihatan. Setiap kali his, kepala lebih maju, anus terbuka, perineum meregang. Penolong harus menahan perineum dengan tangan kanan beralaskan

kain kasa atau kain duk steril supaya tidak terjadi robekan (*rupture perineum*). Pada primigravida, dianjurkan melakukan episiotomi.

1) Ekspresi *kristeller*

Mendorong fundus uteri sewaktu ibu mengedan tujuannya membantu tenaga ibu untuk melahirkan kepala. Cara ini kurang dibenarkan, jika akan dilakukan juga hanya boleh 2-3 kali saja. Bahayanya adalah rupture uteri, atonia uteri, trauma organ-organ dalam perut, dan solusio plasenta.

2) Perasat *ritgen*

Apabila perineum meregang dan menipis, tangan kiri penolong menekan bagian belakang kepala janin ke arah anus, tangan kanan di perineum. Dengan ujung-ujung jari tangan kanan, dicoba mengait dagu janin untuk di dorong pelan-pelan ke arah simfisis. Dengan pimpinan yang baik dan sabar, lahirlah kepala dengan ubun-ubun kecil (*suboksiput*) di bawah simfisis sebagai *hipomoklion*, kemudian secara berturut-turut tampaklah ubun-ubun besar, dahi, muka, dan dagu. Perhatikan apakah tali pusat melilit leher, kalau ada, lepaskan. Kepala akan mengadakan putaran restitusi kearah terdapatnya punggung janin. Lahirkan bahu depan dengan menarik kepala ke arah anus (bawah), lalu bahu belakannng dengan menarik pelan-pelan ke arah simfisis (atas). Melahirkan

badan, bokong, dan kaki lebih mudah, yaitu dengan mengait kedua ketiak janin.

### 3) Bayi baru lahir

Bayi baru lahir yang sehat dan normal akan segera menarik nafas dan menangis, menggerakkan tangan dan kakinya. Bayi diletakkan dengan kepala lebih rendah, kira-kira membuat sudut 30 derajat dengan bidang datar. Mulut dan hidung dibersihkan, dan lendir diidap dengan pengisap lendir. Tali pusat diklem pada 2 tempat 5 dan 10 cm dari umbilikus, lalu digunting atau dipotong diantaranya. Ujung tali pusat pada bayi diikat kuat dengan pita atau benang atau klem plastik sehingga tidak ada perdarahan. Akhirnya, bayi diurus sebaik-baiknya.

Lakukanlah pemeriksaan ulang pada ibu: kontraksi atau palpasi rahim, kandung keih penuh atau tidak. Kalau penuh, kandung kemih harus dikosongkan sebab dapat menghalangi kontraksi rahim dan menyulitkan kelahiran uri.

### 3. Kala III

Pengawasan pada kala pelepasan dan pengeluaran uri ini cukup penting karena kelalaian dapat menyebabkan risiko perdarahan yang dapat membawa kematian. Kala III berlangsung mulai dari bayi lahir sampai uri keluar lengkap. Biasanya, uri akan lahir spontan dalam 15-30 menit, dapat ditunggu sampai 1 jam, tetapi tidak boleh ditunggu jika terjadi banyak perdarahan.

Kala III terdiri dari 2 fases:

a. Fase pelepasan uri, dan

b. Fase pengeluaran uri.

Lokasi uri adalah

- 1) Pada dinding depan dan belakang *korpus uteri*
- 2) Kadang-kadang pada dinding lateral
- 3) Jarang di fundus uteri
- 4) Sesekali pada segmen bawah rahim (SBR), disebut plasenta previa

c. Mekanisme pelepasan uri

Kontraksi rahim akan mengurangi area uri karena rahim bertambah kecil dan dindingnya bertambah tebal beberapa sentimeter. Kontraksi-kontraksi tadi akan menyebabkan bagian uri yang longgar dan lemah pada dinding rahim terlepas, mula-mula sebagian, kemudian seluruhnya, dan terdapat bebas dalam kavum uteri, kadang-kadang, ada sebagian kecil uri yang masih melekat pada dinding rahim.

Proses pelepasan itu biasanya berlangsung setahap demi setahap. Pengumpulan darah di belakang uri akan membantu proses pelepasan tadi. Jika pelepasan sudah lengkap, kontraksi rahim akan mendorong uri yang sudah lepas tadi ke SBR lalu ke vagina dan dilahirkan.

Selaput ketuban pun dikeluarkan, sebagian oleh kontraksi rahim, sebagian sewaktu keluarnya uri. Di tempat-tempat yang lepas, terjadi perdarahan antara uri dan *desidua basalis*, disebut *hematoma retroplasenta*.

Jadi, jelaslah bahwa setelah anak lahir tugas kita belum selesai, masih ada satu hal berat yang masih dapat mengancam jiwa ibu, yaitu pimpinan kala III dan pengawasan kala IV.

d. Fase pelepasan uri

Cara lepasnya uri ada beberapa macam:

1) *SCHULTZE*

Cara ini yang paling sering terjadi (80%). Plasenta terlepas seperti jika kita menutup payung. Yang pertama terlepas adalah bagian tengah, lalu terjadi *hematoma retroplasenta* yang menolak uri, mula-mula bagian tengah, kemudian seluruhnya. Menurut cara *Schultze*, perdarahan biasanya tidak ada sebelum uri lahir dan banyak setelah uri lahir.

2) *DUNCAN*

a) Lepasnya uri mulai dari pinggir. Jadi, bagian pinggir uri lahir lebih dahulu. Darah akan mengalir keluar diantara selaput ketuban. Cara ini terjadi pada 20% kasus

b) Serempak dari tengah dan pinggir plasenta. Untuk mengetahui cara lepasnya uri, dapat digunakan 2 cara:

(1) Memasukan zat kontras ke dalam uri melalui pembuluh darah tali pusat, lalu dibuat gambar rontgen atau

(2) Secara klinis, dengan meneliti sewaktu uri lahir melalui vagina dan vulva.

e. Fase pengeluaran uri

Uri yang sudah terlepas oleh kontraksi rahim akan didorong ke bawah karena skarang dianggap sebagai benda asing. Pengeluaran uri dibantu pula oleh tekanan abdominal atau mendedan. Uri akan dilahirkan secara spontan pada 20% pasien, dan selebihnya memerlukan pertolongan.

f. Perasat-perasat untuk mengetahui lepasnya uri

1) *Kustner*

Dengan meletakkan tangan disertai tekanan pada atau di atas simfisis, tali pusat di tegangkan. Jika tali pusat masuk kembali, berarti uri belum lepas jika tali pusat diam atau maju, berarti uri sudah lepas.

2) *Strassman*

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus. Jika tali pusat bergetar, berarti uri belum lepas, sedangkan jika tidak bergetar artinya uri sudah lepas.

3) *Klein*

Sewaktu ada his, rahim kita dorong sedikit. Jika tali pusat tertarik masuk, berarti uri belum lepas, sedangkan jika tidak bergetar artinya uri sudah lepas.

g. Tanda-tanda lain lepasnya uri

1) Rahim menonjol di atas simfisis

2) Tali pusat bertambah panjang

3) Rahim membesar dan keras

4) Keluar darah secara tiba-tiba

Normalnya, pengeluaran uri terjadi sekitar  $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$  jam sesudah anak lahir, tetapi kita dapat menunggu paling lama sampai 1 jam. Namun apabila terjadi banyak perdarahan atau jika pada persalinan-persalinan yang lalu ada riwayat perdarahan postpartum, kita tidak boleh menunggu, sebaiknya plasenta langsung dikeluarkan dengan tangan. Selain itu, kalau perdarahan sudah lebih dari 500 cc atau

satu *nierbekken*, sebaiknya uri langsung dikeluarkan secara manual dan diberikan uterotonika.

#### h. Pimpinan kala uri

Segera sesudah anak lahir, anak diurus dan tali pusat diklem. Biasanya, rahim yang telah menyelesaikan tugas berat, yaitu mengeluarkan anak, akan beristirahat beberapa menit. Dalam masa istirahat keadaan ibu tentanghal ini, tugas kita adalah

- 1) Memeriksa keadaan ibu tentang
  - a) Status *lokalis obstetrik* dengan cara palpasi fundus uteri dan konsistensinya
  - b) Memeriksa keadaan vital ibu: tensi darah, nadi, suhu respirasi
- 2) Mengawasi perdarahan
- 3) Mencari tanda-tanda pelepasan uri, kalau sudah lepas segera melahirkannya. Kalau tidak ada perdarahan dan konsistensi uterus baik (keras), kita hanya menunggu dan mengawasi, jangan buru-buru melahirkan uri. Jika rahim memerlukan stimulasi setelah beberapa menit, lakukanlah pemijatan pelan-pelan. Apabila kita sabar menunggu, biasanya uri akan lahir spontan, dan jika sudah ada tanda-tanda lepasnya uri, plasenta segera dilahirkan dengan.
  - (1) Menyuruh ibu mengedan, dan
  - (2) Memberi tekanan pada fundus uteri
 

Dorongan pada fundus hanya boleh dikerjakan pada rahim yang kontraksinya baik sebab pada rahim yang lembek dapat menimbulkan *inversio* uteri. Jangan mendorong sampai serviks melewati

introitus vagina karena akan menimbulkan bahaya infeksi.

i. Pengeluaran selaput ketuban

Selaput janin biasanya lahir dengan mudah, tetapi kadang-kadang masih ada yang tertinggal. Selaput yang tertinggal tadi dapat dikeluarkan dengan jalan.

- 1) Menarik pelan-pelan
- 2) Memutar atau memilinnya seperti tali
- 3) Memutar pada klem
- 4) Manual atau digital

Uri dan selaput ketuban harus diperiksa sebaik-baiknya setelah dilahirkan, apakah lengkap atau tidak lengkap, yang diperiksa yaitu:

1. Permukaan maternal 6-20 kotiledon
2. Permukaan total
3. Apakah ada tanda-tanda plasenta *suksenturiata*

Kalau tidak lengkap, disebut adanya sisa uri, dapat timbul perdarahan yang banyak dan infeksi

4. Kala IV

Dalam buku-buku asing, tidak kita jumpai kala IV, kecuali pada buku-buku belanda. Namun, bagi institut-institut di indonesia, karena dianggap cukup penting, kita masih mengenal kala pengawasan selama 1-2 jam setelah uri lahir.

Darah yang keluar harus ditakar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada pelepasan uri dan robekan pada serviks dan perineum. Jumlah perdarahan rata-rata yang

dianggap normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. Apabila perdarahan lebih dari 500 cc, hal tersebut sudah dianggap abnormal dan harus dicari sebab-sebabnya. Penting untuk diingat, jangan meninggalkan wanita bersalin 1 jam sesudah bayi dan uri lahir. Sebelum pergi meninggalkan ibu yang baru melahirkan, periksa ulang dahulu dan perhatikanlah 7 pokok penting berikut.

1. Kontraksi rahim: baik atau tidaknya dapat diketahui dengan palpasi. Jika perlu, lakukanlah pemitan dan berikan uterotanika: methergin, ergometrin dan pitosin
2. Perdarahan: ada atau tidak, banyak atau biasa
3. Kandung kemih: harus kosong. Kalau penuh ibu diminta berkemih dan jika tidak bisa, pasang kateter
4. Luka-luka: jahitannya baik atau tidak, ada perdarahan atau tidak
5. Uri dan selaput ketuban harus lengkap
6. Keadaan umum ibu: tensi darah, nadi, pernafasan, suhu
7. Bayi dalam keadaan baik (Mochtar, 2011).

#### 2.2.7.4 *Rupture perineum*

Robekan yang terjadi pada perineum sewaktu persalinan. Episiotomi adalah *rupture perineum* yang *artificialis*.

*Rupture perineum* dibagi menjadi 3 tingkat:

1. Tingkat 1: robekan hanya mengenai kulit dan mukosa sekitar 1-1½ cm
2. Tingkat 2: robekan lebih dalam, sudah mengenai *m.levator ani*
3. Tingkat 3: robekan pada kulit, mukosa, *sentrum tendineum perinei* (badan perinial), *m. Sfingter ani*

Rupture perinei inkomplit: tingkat 1 sampai 2

Rupture perinei komplit: tingkat 3

Yang dapat menyebabkan *rupture perinei* adalah

- a. Partus *presipitatus*
- b. Kepala janin yang besar dan janin yang besar
- c. Presentasi defleksi (dahi muka)
- d. Primigravida
- e. Letak sungsang dan *after coming head*
- f. Pimpinan persalinan yang salah
- g. Tindakan obstetri operatif pervagina: ekstraksi vakum, ekstraksi forseps, versi dan ekstraksi, serta embriotomi.

Kalau luka-luka tersebut tidak dijahit dengan baik, akan menyebabkan lapangnya perineum, dan pada ruptur perinei komplit, dapat terjadi *inkontinensia alvi*. Secara estetis, kemaluan menjadi tampak kurang baik.

#### 2.2.7.5 Penanganan

1. Untuk mencegah luka yang jelek dan tepi luka yang tidak rata dan kurang bersih, pada beberapa keadaan dilakukan episiotomi pada keadaan lain, cukup dengan pimpinan persalinan yang baik.
2. Apabila dijumpai robekan perineum, lakukan penjahitan luka dengan baik lapis demi lapis perhatikan jangan sampai terjadi ruang kosong yang terbuka ke arah vagina (*dead space*). Ruang tersebut dapat dimasuki bekuan-bekuan darah yang akan menyebabkan tidak baiknya penyembuhan luka.
3. Berikan antibiotik yang cukup
4. Pada luka perineum lama (*old perineal tear*), lakukan *perineoplasti* dengan membuat luka baru dan menjahitnya kembali sebaik-baiknya (Mochtar, 2011).

### 2.2.8 Tanda-tanda bahaya persalinan

Beberapa tanda-tanda bahaya persalinan yang mengancam jiwanya menurut Sari (2014) diantaranya:

- 2.2.8.1 Syok pada saat persalinan
- 2.2.8.2 Perdarahan pada saat persalinan
- 2.2.8.3 Nyeri kepala
- 2.2.8.4 Gangguan penglihatan
- 2.2.8.5 Kejang atau koma
- 2.2.8.6 Teakanan darah tinggi
- 2.2.8.7 Persalinan yang lama
- 2.2.8.8 Gawat janin dalam persalinan
- 2.2.8.9 Demam dalam persalinan
- 2.2.8.10 Nyeri perut hebat
- 2.2.8.11 Sukar bernafas

2.2.9 Langkah-langkah Asuhan Persalinan Normal, standar 60 langkah asuhan persalihan normal, berdasarkan buku acuan pelatihan Asuhan Persalinan Normal (2012) standar 60 langkah APN sebagai berikut :

Tabel. 2.3 60 Langkah APN

No (1)	Kegiatan (2)
1.	a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina c) Perineum menonjol d) Vulva-vagina dan springter ani membuka
2.	Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oxytocin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3.	Memakai alat perlindungan diri seperti memakai celemek plastic, topi, masker, kacamata, sepatu tertutup.
4.	Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali/pribadi yang bersih.

5.	Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk pemeriksaan dalam.
6.	Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik ( dengan menggunakan sarung tangan DTT atau steril ) dan meletakkan kembali di partus set/wadah DTT atau steril tanpa mendekontaminasi tabung suntik.
7.	Membersihkan vulva dan perineum, menyeka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan kebelakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi.
8	Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi
9.	Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit lalu
(1)	mencuci tangan
(2)	
10.	Memeriksa denyut Jantung Janin ( DJJ ). Setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal ( 120-180x/menit ).Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada patograf
11.	Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu dalam posisi yang nyaman sesuai keinginan. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
12.	Meminta bantuan kepada keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran
13.	Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran: <ol style="list-style-type: none"> <li>Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.</li> <li>Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran</li> <li>Anjurkan ibu beristirahat di antara kontraksi</li> <li>Berikan asupan cairan peroral</li> </ol>
14.	Menganjurkan ibu untuk berjalan, jongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit.
15.	Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih

	untuk menyambut bayi
16.	Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
17.	Membuka partus set.
18.	Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
19.	Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir. Setelah itu dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain yang bersih
20.	Memeriksa lilitan tali pusat <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.</li> <li>b. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.</li> </ol>
21.	Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22.	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas luar untuk melahirkan bahu posterior.
(1)	(2)
23.	Setelah kedua bahu dilahirkan, melusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum posisi tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior ( bagian atas ) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
24.	Setelah tubuh dan lengan lahir, telusuri tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangga saat punggung dan kaki lahir. Pegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati dan bantu kelahiran kaki.
25.	Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, letakkan bayi ditempat yang memungkinkan)
26.	Segera mengeringkan badan bayi, dan membungkus kepala bayi serta menggunakan

	topi pada bayi agar terjaga kehangatan bayi serta dapat di selimuti bayi ketika diletakkan pada perut ibu
27.	Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua atau memastikan bahwa janin tunggal
28.	Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik disuntik oksitosin untuk merangsang rahim sehingga berkontraksi
29.	Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit, intra muskular di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu lalu suntikkan
30.	Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama ( kearah ibu )
31	Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
32.	Memberikan bayi atau meletakkan bayi pada dada ibunya lalu menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan juga memulai untuk pemberian ASI (air susu ibu) pertama kalinya untuk bayi
33.	Memindahkan klem pada tali pusat 5-10 cm ke depan perineum untuk memudahkan peregang tali pusat
34.	Meletakkan satu tangan diatas perut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan gunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
(1)	(2)
35.	Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan peregang kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah atas dan belakang ( Dorsokranial ) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversion uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30- 40 detik, hentikan peregang tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsang puting susu.
36.	Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk menera sambil menarik tali pusat kearah bawah dan kemudian kearah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. Perhatikan: a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva.

	b. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan peregangannya tali pusat selama 15 menit. Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM, nilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
37.	Jika plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati, memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan lahirkan selaput ketuban
38.	Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan massase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras )
39.	Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh.
40.	Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
41.	Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
42.	Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit lalu mencuci tangan.
43.	Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan serta cek kandung kemih apakah kosong atau penuh
44.	Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan massase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
45.	Mengevaluasi kehilangan darah. (1) (2)
46.	Memeriksa tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi pada ibu, setiap 15 menit sekali selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit sekali selama sejam kedua pasca persalinan.
47.	Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih dan kering.
48.	Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas semua peralatan setelah dekontaminasi.
49.	Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
50.	Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan cairan ketuban, lender, darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
51.	Memastikan bahwa ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan

	keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
52.	Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
53	Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54.	Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
55.	Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi
56.	Dalam satu jam pertama, beri salep mata, vitamin K1 mg IM dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, cek pernafasan dan suhu tubuh bayi.
57.	Setelah satu jam pemberian vit K berikan suntikan immunisasi Hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
58.	Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
59.	Cuci kedua tangan dengan sabun dengan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering.
60.	Lengkapi partograf

Sumber: JNPK-KR (2012)

## 2.3 Asuhan Bayi Baru Lahir

### 2.3.1 Pengertian BBL (Bayi Baru Lahir)

BBL (bayi baru lahir) normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram (Rukiyah, 2014).

### 2.3.2 Prinsip dasar

Bayi baru lahir dapat dibagi menjadi 2 menurut Mochtar (2011) yaitu:

2.3.2.1 Bayi normal (sehat) memerlukan perawatan biasa

2.3.2.2 Bayi gawat (*high risk baby*) memerlukan penanggulangan khusus, misalnya bayi yang mengalami asfiksia dan perdarahan

Pada umumnya, kelahiran bayi normal cukup ditolong oleh bidan yang bertanggung jawab penuh terhadap keselamatan ibu dan bayi. Pada kelahiran abnormal, yang memerlukan pertolongan spesialis, bayi baru lahir diurus oleh bidan atau jika di rumah sakit yang dilengkapi dengan unit kesehatan bayi, hendaknya ditangani oleh dokter anak.

### 2.3.3 Pertolongan pada waktu bayi lahir

2.3.3.1 Mulai melakukan pembersihan lendir saat kepala keluar, yaitu dengan membersihkan mulut, hidung, dan mata dengan kapas atau kassa steril.

2.3.3.2 Jam lahir dicatat dengan *stop-watch*

2.3.3.3 Lendir diisap sebersih mungkin sambil bayi ditidurkan dengan kepala lebih rendah dari kaki dalam posisi sedikit ekstensi, supaya lendir mudah keluar.

2.3.3.4 Tali pusat diikat dengan baik, dan di bungkus dengan longgar atau tidak terlalu rapat dengan kassa bersih/steril. Popok celana baik diikat dibawah tali pusat, tidak menutupi tali pusat untuk menghindari kontak dengan feses dan urin, hindari penggunaan kancing, koin, uang logam, atau gurita untuk membalut tekan tali pusat (Prawirohardjo, 2013).

2.3.3.5 Segera setelah lahir, bayi yang sehat akan menangis kuat, bernafas, serta menggerakkan tangan dan kakinya, kulit akan berwarna kemerahan.

2.3.3.6 Bayi dimandikan dan dibersihkan dari lumuran darah, air ketuban, *mekonium*, dan *verniks kaseosa* dengan air suam-suam kuku. Adapula yang membersihkannya dengan minyak kelapa atau minyak zaitun.

2.3.3.7 Jangan lupa mencatat nilai Apgar bayi

2.3.3.8 Bayi ditimbang berat badannya dan diukur panjang badan lahirnya, kemudian nilai-nilai tersebut dicatat dalam status.

2.3.3.9 Perawatan mata bayi: mata bayi dibersihkan kemudian diberikan obat untuk mencegah *blenorea*:

a. Metode *crede*: dengan tetesan *nitras argenti* 1-2% sebanyak 2 tetes pada masing-masing mata.

b. Salep penisilin atau salep mata gentamicin.

2.3.3.10 Diperiksa juga anus, genetalia eksterna, dan jenis kelamin bayi. Pada bayi laki-laki, periksa apakah ada *fimosis* dan apakah *desensus testis* telah lengkap. Di beberapa negara barat, pada bayi laki-laki segera dilakukan *sirkumsisi*, apalagi jika terdapat *fimosis* (Mochtar, 2011).

#### 2.3.4 Klasifikasi nilai APGAR

Nilai 7-10 bayi normal

Nilai 4-6 bayi asfiksia ringan sedang

Nilai 0-3 bayi asfiksia berat

Tabel. 2.4 Klasifikasi Nilai APGAR

Skor	0''	1''	2''
A. <i>Appearance color</i> (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
P. <i>Pulse (heart rate)</i> (frekuensi denyut jantung)	Tidak ada	Kurang dari 100	Di atas 100
G. <i>Grimace</i> (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik	Menangis, batuk/bersih
A. <i>Activity</i> (tonus otot)	Lumpuh	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
R. <i>Respiration</i> (usaha bernafas)	Tidak ada	Lemah,, tidak teratur	Menangis kuat

(Mochtar, 2011).

### 2.3.5 Ciri-ciri bayi baru lahir normal

- 2.3.5.1 Berat badan 2500-4000 gram.
- 2.3.5.2 Panjang badan 48-50 cm
- 2.3.5.3 Lingkar dada bayi 32-34 cm
- 2.3.5.4 Lingkar kepala 33-35 cm.
- 2.3.5.5 Frekuensi jantung pertama  $\pm$  180x/menit, kemudian turun sampai 140-120x/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
- 2.3.5.6 Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80x/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi *suprasternal* dan *interkostal*, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
- 2.3.5.7 Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup.
- 2.3.5.8 Rambut lanugo tidak terlihat.
- 2.3.5.9 Rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 2.3.5.10 Kuku agak panjang dan lemas.
- 2.3.5.11 Genitalia perempuan *labia mayora* sudah menutupi *labia minora*, Genetalia laki-laki testis sudah turun, *skrotum* sudah ada.
- 2.3.5.12 Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- 2.3.5.13 Refleks moro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
- 2.3.5.14 Refleks graps atau menggenggam sudah baik.
- 2.3.5.15 Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Sari, 2014).

### 2.3.6 Mekanisme kehilangan panas

- 2.3.6.1 Evaporasi adalah jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas dapat terjadi karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan. Kehilangan panas juga juga terjadi pada bayi yang terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

- 2.3.6.2 Konduksi adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Meja, tempat tidur atau timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi melalui mekanisme konduksi apabila bayi diletakkan di atas benda-benda tersebut.
- 2.3.6.3 Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan di dalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika terjadi aliran udara dari kipas angin, hembusan udara melalui ventilasi atau pendingin ruangan.
- 2.3.6.4 Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Bayi bisa kehilangan panas dengan cara ini karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung) (Hadijono, 2008).

### 2.3.7 Mencegah kehilangan panas

#### 2.3.7.1 Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks

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

#### 2.3.7.2 Letakkan bayi agar terjadi kontak kulit ibu ke kulit bayi

Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi sedikit lebih rendah

dari puting payudara ibu. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.

#### 2.3.7.3 Selimuti ibu dan bayi dan pakaikan topi di kepala bayi

Selimuti tubuh ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi. Bagian kepala bayi memiliki luas permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup.

#### 2.3.7.4 Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir

Lakukan penimbangan setelah satu jam kontak kulit ibu ke kulit bayi dan bayi selesai menyusui. Karena BBL cepat dan mudah kehilangan panas tubuhnya (terutama jika tidak berpakaian), sebelum melakukan penimbangan, terlebih dulu selimuti bayi dengan kain atau selimut bersih dan kering. Berat badan bayi dapat dinilai dari selisih berat bayi pada saat berpakaian/diselimuti dikurangi dengan berat pakaian/selimut. Bayi sebaiknya dimandikan enam jam setelah lahir. Memandikan bayi dalam beberapa jam pertama setelah lahir dapat menyebabkan hipotermia yang sangat membahayakan kesehatan bayi baru lahir (Hadijono, 2008).

#### 2.3.7.5 Merawat tali pusat

Setelah plasenta lahir dan kondisi ibu dinilai sudah stabil maka lakukan pengikatan tali pusat atau jepit dengan klem plastik tali pusat. Jangan membubuhkan apapun ke puntung tali pusat, lipat popok dibawah ikatan tali pusat, jika puntung tali pusat kotor bersihkan dengan sabun dan air bersih serta segera keringkan dengan kain bersih, terutama setelah bayi buang air kecil atau bersih, apabila tali pusat berwarna merah atau bernanah, berbau, dan berdarah maka segera bawa bayi ke tempat pelayanan kesehatan terdekat (Indrayani, 2013).

### 2.3.8 Pemantauan bayi baru lahir

Tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktifitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan.

#### 2.3.8.1 Dua jam pertama sesudah lahir

Hal-hal yang dinilai waktu pemantauan bayi pada jam pertama sesudah lahir meliputi:

1. Kemampuan menghisap kuat atau lemah
2. Bayi tampak aktif atau lunglai
3. Bayi kemerahan atau biru

#### 2.3.8.2 Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayinya

Penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut, seperti:

- a. Bayi kecil untuk masa kehamilan atau bayi kurang bulan
- b. Gangguan pernafasan
- c. Hipotermia
- d. Infeksi
- e. Cacat bawaan dan trauma lahir

(Mochtar, 2011).

### 2.3.9 Pemberian imunisasi dasar lengkap

Imunisasi dasar lengkap menurut Sulistyawati (2012) yaitu:

#### 2.3.9.1 Hepatitis B untuk mencegah hepatitis B

(kerusakan/peradangan hati)

#### 2.3.9.2 BCG (*bacille calmette guerin*) untuk mencegah TBC

(tuberkulosis) (sakit paru-paru)

#### 2.3.9.3 DPT (*difteri pertusis tetanus*) untuk mencegah difteri

(penyumbatan jalan nafas), batuk rejan (batuk 100 hari) dan tetanus

- 2.3.9.4 Polio untuk mencegah polio
  - 2.3.9.5 Campak untuk mencegah radang paru-paru radang otak, kebutaan, radang saraf, radang pada sendi
- 2.3.10 Penilaian bayi untuk tanda-tanda kegawatan
- 2.3.10.1 Bayi baru lahir dinyatakan sakit apabila mempunyai salah satu atau beberapa tanda-tanda berikut:
    1. Sesak nafas
    2. Frekuensi pernafasan 60 kali/menit
    3. Gerak retraksi di dada
    4. Malas minum
    5. Panas atau suhu badan bayi rendah
    6. Kurang aktif
    7. Berat lahir rendah (1500-2500 gram)dengan kesulitan minum (Mochtar, 2011).
  - 2.3.10.2 Tanda-tanda bayi sakit berat menurut Mochtar (2011) adalah:
    1. Sulit minum
    2. Sianosis sentral (lidah biru)
    3. Perut kembung
    4. Periode apneu
    5. Kejang/periode kejang-kejang kecil
    6. Merintih
    7. Perdarahan
    8. Sangat kuning
    9. Berat badan lahir < 1500 gram
- 2.3.11 Jadwal kunjungagn BBL (bayi baru lahir) dan Neonatus
- Jadwal kunjungan bayi baru lahir dan neonatus yaitu:
- 2.3.11.1 Kunjungan 1 pada hari pertama sampai hari ketujuh (sejak 6 jam setelah lahir sampai 48 jam):

6 jam dari kelahiran bidan melanjutkan pengamatan terhadap pernafasan, warna, tingkat aktivitas, suhu tubuh dan perawatan untuk setiap penyulit yang muncul. Bidan melakukan pemeriksaan fisik yang lebih lengkap. Rujuk ke dokter bila tampak tanda bahaya dan penyulit. Jika bayi sudah cukup hangat (minimal 36,5 °C) bidan memandikan bayi dan melakukan perawatan tali pusat, bidan juga mengajarkan tanda bahaya kepada ibu agar segera membawa bayinya ke tim medis bila timbul tanda bahaya, selanjutnya bidan mengajarkan cara menyusui dan merawat bayi.

2.3.11.2 Kunjungan II hari ke 3 sampai hari ke 7 bidan menanyakan keseluruhan keadaan kesehatan bayi, masalah-masalah yang dialami terutama dalam proses menyusui, apakah ada orang lain dirumanya atau disekitarnya yang dapat membantu ibu. Bidan mengamati keadaan dan kebersihan rumah ibu, persediaan makanan dan air, amati keadaan suasana hati ibu dan bagaimana cara ibu berinteraksi dengan bayinya. Kunjungan ini bidan juga melakukan pemeriksaan fisik pada bayi. Bayi tidak aktif, menyusui tidak baik, atau tampak kelainan lain, rujuk bayi pada klinik untuk perawatan selanjutnya

2.3.11.3 Kunjungan III pada hari kedelapan sampai hari ke 8 sampai hari ke 28

Melakukan pemeriksaan fisik, menjaga kebersihan bayi, memberitahu ibu mengenai tanda-tanda bahaya bayi baru lahir dan secepatnya untuk ke fasilitas kesehatan terdekat jika ditemukan tanda bahaya, memberitahukan ibu untuk memberikan ASI (air susu ibu) minimal 10-15 kali dalam 24 jam, menjaga keamanan, menjaga suhu tubuh, dan memberitahukan tentang imunisasi BCG supaya anak

tidak terkena penyakit TBC serta dapat melakukan imunisasi selanjutnya (Rukiyah, 2014).

## **2.4 Asuhan Masa Nifas**

### **2.4.1 Pengertian Masa Nifas**

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. Wanita yang melalui periode puerperium di sebut puerpura. Nifas (*Puerperium*) berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan yang normal (Prawirohardjo, 2013).

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas yaitu 6-8 minggu (Mochtar, 2011).

Nifas dibagi dalam 3 periode:

2.4.1.1 Puerperium dini yaitu kepulihan saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2.4.1.2 Puerperium intermediat, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

2.4.1.3 Puerperium lanjut, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan kembali sehat sempurna, terutama jika selama hamil atau sewaktu persalinan timbul komplikasi. Waktu untuk mencapai kondisi sehat sempurna dapat berminggu-minggu, bulanan, atau tahunan (Mochtar, 2011).

2.4.2 Tujuan asuhan masa nifas menurut Prawirohardjo (2013) yaitu:

2.4.2.1 Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologik

- 2.4.2.2 Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya
- 2.4.2.3 Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat
- 2.4.2.4 Memberikan pelayanan keluarga berencana.

#### 2.4.3 Involusi alat-alat kandungan

- 2.4.3.1 Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (*berinvolusi*) hingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil
- 2.4.3.2 Bekas implantasi uri: *placenta bed* mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. Sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu keenam 2,4 cm, dan akhirnya pulih.
- 2.4.3.3 Luka-luka pada jalan lahir jika tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari
- 2.4.3.4 Rasa nyeri, yang disebut *after pains* (meriang atau mulas-mulas) disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pascapersalinan. Perlu diberikan pengertian pada ibu mengenai hal tersebut dan jika terlalu mengganggu, dapat diberikan obat-obat anti nyeri dan anti mulas
- 2.4.3.5 Lokia adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas
  1. Lokia rubra (*cuanta*) berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, *verniks kaseosa*, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari pasca persalinan
  2. Lokia sanguinolenta berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir, hari ke 3-7 pascapersalinan
  3. Lokia serosa berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pascapersalinan

4. Lokia alba cairan berwarna putih, setelah 2 minggu
5. Lokia purulenta terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
6. *Lokostasis* yaitu lokia tidak lancar keluaranya
7. Serviks. Setelah persalinan, bentuk serviks agak menganga seperti corong, berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa dimasukkan ke rongga rahim, setelah 2 jam dapat dilalui 1 jari
8. Ligamen-ligamen. *Ligamen, fascia, dan diafragma pelvis* yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Akibatnya, tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi *retrofleksi* karena *ligamentum rotundum* menjadi kendor. Setelah melahirkan, wanita Indonesia memiliki kebiasaan “berkusuk” atau “berurut”. Sewaktu dikusuk, tekanan intra abdomen bertambah tinggi. Karena *ligamentum fascia*, dan jaringan penunjang menjadi kendor setelah melahirkan, jika dilakukan kusuk atau urut, banyak wanita akan mengeluh “kandungannya turun” atau “terbalik“. Untuk memulihkan kembali, sebaiknya dengan latihan-latihan dan senam pascapersalinan (Mochtar, 2011).

#### 2.4.4 Perubahan Psikologis Masa Nifas

##### 2.4.4.1 Fase *Taking In*

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan.

#### 2.4.4.2 Fase *Taking Hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Fase *taking hold*, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Selain itu perasaannya sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati

#### 2.4.4.3 Fase *letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya (Sari, 2014).

#### 2.4.5 Perawatan pasca persalinan

2.4.5.1 Mobilisasi. Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus istirahat, tidur terlentang selama 8 jam pascapersalinan. Setelahnya, ibu boleh miring-miring ke kanan dan ke kiri untuk mencegah terjadinya *trombosis* dan *tromboemboli*. Pada hari ke 2, ibu diperbolehkan duduk, hari ke-3 berjalan-jalan, dan hari ke-4 atau hari ke-5 sudah diperbolehkan pulang. Mobilisasi tersebut memiliki variasi, bergantung pada komplikasi persalinan, nifas, dan sembuhnya luka-luka.

2.4.5.2 Diet. Makanan harus bermutu, bergizi, dan cukup kalori. Sebaiknya, makan makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan.

2.4.5.3 Miksi. Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang wanita mengalami kesulitan berkemih karena *sfincter uretra* ditekan oleh kepala janin dan spasme akibat iritasi *sfincter ani* selama persalinan, juga karena adanya edema kandung kemih yang terjadi

selama persalinan. Apabila kandung kemih penuh dan wanita sulit berkemih, sebaiknya dilakukan kateterisasi.

- 2.4.5.4 Deteksi buang air besar harus dilakukan 3-4 hari pascapersalinan. Apabila masih sulit buang air besar dan terjadi obstipasi apalagi buang air keras, dapat diberikan obat laksatif peroral atau per rektal. Jika masih belum bisa, dilajukan klisma
- 2.4.5.5 Perawatan payudara. Perawatan payudara telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting susu lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayi. Apabila bayi meninggal, laktasi harus dihentikan dengan cara pembalutan mamma sampai tertekan, pemberian obat estrogen untuk supresi LH, seperti tablet *lynoraldan parlodel*. Sangat dianjurkan agar seorang ibu menyusui bayinya karena sangat baik untuk kesehatan bayi tersebut.
- 2.4.5.6 Laktasi. Untuk menghadapi masa laktasi sejak kehamilan telah terjadi perubahan-perubahan pada kelenjar mamma, yaitu:
- a. *Profilerasi* jaringan pada kelenjar-kelenjar, *alveoli*, dan bertambahnya jaringan lemak.
  - b. Pengeluaran cairan susu jolong (*kolostrum*), yang berwarna kuning-putih susu dari *duktus laktiferi*, *hipervaskularisasi* pada permukaan dan bagian dalam, vena-vena berdilatasi sehingga tampak jelas.
  - c. Setelah persalinan, pengaruh supresi estrogen dan progesteron hilang sehingga timbul pengaruh *hormon laktogenik (LH)* atau prolaktin yang akan merangsang air susu. Di samping itu, pengaruh oksitosin menyebabkan *mio-epitel* kelenjar susu berkontraksi sehingga air susu keluar. Produksi akan banyak sesudah 2-3 hari pascapersalinan.

Apabila bayi mulai disusui, isapan pada puting susu merupakan rangsangan psikis yang mencetuskan pengeluaran oksitosin oleh hipofisis. Produksi air susu ibu (ASI) akan lebih banyak. Sebagai efek positif, involusi uteri akan lebih sempurna. Disamping ASI merupakan makanan utama bayi yang tidak ada bandingannya, menyusui sangat baik untuk rasa kasih sayang antara ibu dan anaknya. Air susu ibu adalah untuk anak ibu. Ibu dan bayi dapat ditempatkan dalam satu kamar (*rooming in*) atau pada tempat yang terpisah. Keuntungan *room in* adalah :

- a. Mudah menyusukan bayi
- b. Setiap saat selalu ada kontak antara ibu dan bayi
- c. Sedini mungkin ibu telah belajar mengurus bayinya

2.4.5.7 Cuti hamil dan bersalin. Menurut undang-undang, wanita pekerja berhak mengambil cuti hamil dan bersalin selama 3 bulan, yaitu 1 bulan sebelum bersalin ditambah 2 bulan setelah persalinan.

2.4.5.8 Pemeriksaan pasca persalinan. Di Indonesia, ada kebiasaan atau kepercayaan bahwa wanita bersalin baru boleh keluar rumah setelah selesai nifas, yaitu 40 hari. Bagi wanita dengan persalinan normal hal tersebut dapat diterima dan dilakukan pemeriksaan kembali 6 minggu setelah persalinan. Namun bagi wanita dengan persalinan luar biasa harus kembali untuk kontrol seminggu kemudian.

Pemeriksaan postnatal antara lain meliputi:

- a. Pemeriksaan umum : tekanan darah, nadi, keluhan, dan sebagainya
- b. Keadaan umum: suhu badan, selera makan dan lain-lain
- c. Payudara: ASI, puting susu
- d. Dinding perut, perineum, kandung kemih, rektum
- e. Sekret yang keluar, misalnya lochia fluor albus

## f. Keadaan alat-alat kandungan

## 2.4.4.9 Nasihat untuk ibu postnatal

- a. Fisioterapi postnatal sangat baik diberikan
  - b. Sebaiknya, bayi disusui
  - c. Lakukan senam pasca persalinan
  - d. Untuk kesehatan ibu, bayi dan keluarga sebaiknya melakukan KB untuk menjarangkan anak
  - e. Bawalah bayi untuk memperoleh imunisasi
- (Mochtar, 2011).

## 2.4.6 Program dan kebijakan teknis

Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi.

Tabel 2. 5. Jadwal Kunjungan Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<p>2.4.6.1 Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri</p> <p>2.4.6.2 Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan; rujuk bila perdarahan berlanjut</p> <p>2.4.6.3 Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri</p> <p>2.4.6.4 Pemberian ASI awal</p> <p>2.4.6.5 Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir</p> <p>2.4.6.6 Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah</p>

Kunjungan	Waktu	Tujuan
		<p>hipotermia</p> <p>Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.</p>
2	6 hari setelah persalinan	<p>2.4.6.1 Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.</p> <p>2.4.6.2 Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.</p> <p>2.4.6.3 Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.</p> <p>2.4.6.4 Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.</p> <p>2.4.6.5 Memberikan konselin pada ibu ,engenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.</p>
3	2 minggu setelah	2.4.7.1 Sama seperti diatas (6 hari setelah persalinan)

Kunjungan	Waktu	Tujuan
	persalinan	
4	6 minggu setelah persalinan	2.4.8.1 Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami. 2.4.8.2 Memberikan konseling untuk KB secara dini.

(Prawirohardjo, 2013).

## 2.5 Asuhan Keluarga Berencana (KB)

### 2.5.3.1 Pengertian Keluarga Berencana

Pengertian Program Keluarga Berencana menurut UU No 10 tahun 1992 adalah upaya untuk peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan Keluarga berencana (Marmi, 2016).

### 2.5.2 Sasaran Program KB

Adapun sasaran program KB nasional lima tahun kedepan seperti tercantum dalam RPP JM 2004-2009 adalah sebagai berikut :

- 2.5.2.1 Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk menjadi sekitar 1,14 persen per tahun
- 2.5.2.2 Menurunkan angka kelahiran total *FertilityRate* (TFR) menjadi 2, 2 perperempuan.
- 2.5.2.3 Menurunnya PUS yang tidak ingin punya anak lagi dan ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alat atau cara kontrasepsi (*unmeet need*) menjadi 6 persen.
- 2.5.2.4 Meningkatnya peserta KB laki-laki menjadi 4, 5 %
- 2.5.2.5 Meningkatnya pengguna metode Kontrasepsi yang rasional, efektif dan efisien

- 2.5.2.6 Meningkatnya rata-rata usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun
- 2.5.2.7 Meningkatnya partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak.
- 2.5.2.8 Meningkatnya jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi (Marmi, 2016).

### 2.5.3 Pembagian Alat Kontrasepsi

Metode Kontrasepsi dapat dibagi:

#### 2.5.3.1 AKDR

AKDR adalah satu alat kontrasepsi modern yang telah dirancang sedemikian rupa (baik bentuk, ukuran, bahan dan masa aktif fungsi kontrasepsinya) yang dimasukkan ke dalam rahim yang sangat efektif, *reversible* dan berjangka panjang, dan dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduktif sebagai suatu usaha pencegahan kehamilan (Marmi, 2016).

##### 1. Indikasi :

Usia reproduktif, belum mempunyai anak, menginginkan kontrasepsi jangka panjang, perempuan dengan risiko rendah PMS, perempuan menyusui yang menginginkan kontrasepsi, setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya, setelah abortus dan tidak terlihat adanya infeksi, gemuk ataupun kurus, perokok (Marmi, 2016).

##### 2. Kontraindikasi :

Sedang hamil atau diduga hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas diketahui penyebab-nya, sedang menderita infeksi genitalia, kanker alat genitalia, kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi *kavum uteri* (Prawirohardjo, 2006).`

3. Efek samping :

Perubahan siklus haid, rasa nyeri dan kejang di daerah perut, haid lebih lama dan banyak, saat haid lebih sakit, benang yang hilang, adanya pengeluaran cairan dari vagina/dicurigai adanya PRP (Marmi, 2016).

4. Waktu penggunaan :

Pemasangan pasca persalinan, selama menstruasi, 3 bulan setelah melahirkan, bersamaan dengan seksio sesarea, bersamaan dengan abortus dan kuretase, atau hari kedua dan ketiga setelah persalinan (Manuaba, 2010).

5. Keuntungan :

Sangat efektif, tidak mempengaruhi produksi ASI, tidak mempengaruhi hubungan seksual, metode jangka panjang, tidak ada interaksi dengan obat-obat, saat AKDR dilepas pemulihan kesuburan akan beralngsung dengan cepat (Marmi, 2016).

f. Kerugian

Merasakan sakit dan kram perut selama 3-5 hari setelah pemasangan, tidak mencegah dari penyakit menular seksual, klien tidak bisa melepas AKDR sewaktu-waktu oleh dirinya sendiri petugas kesehatan yang terlatih yang nantinya akan melepaskannya, perempuan harus memeriksakan posisi benang AKDR sewaktu-waktu (Prawirohardjo, 2006).

### 2.5.3.2 Implant

Impant adalah kontrasepsi berupa kapsul kecil karet terbuat dari silikon, yang hanya mengandung hormon progestin, yang dipasang dibawah kulit (Marmi, 2016).

1. Efek samping utama :

Perubahan pola haid berupa bercak perdarahan, meningkatnya jumlah haid, serta bisa menyebabkan tidak haid (Marmi, 2016).

2. Cara kerja implan :

Mencegah ovulasi, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, perubahan lendir serviks menjadi kental sehingga menghambat pergerakan sperma (Marmi, 2016).

3. Keuntungan :

Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang, pengembalian tingkat kesuburan cepat setelah pencabutan, bebas dari pengaruh hormon esterogen, tidak mengganggu ASI, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, klien hanya perlu kembali ke klinik jika ada keluhan (Marmi, 2016).

4. Kekurangan implan :

Nyeri kepala, peningkatan atau penurunan berat badan, nyeri pada payudara, perasaan mual, pusing, perubahan perasaan atau mood, timbul jerawat, liang senggama kering, tidak melindungi dari penyakit menular seksual (Marmi, 2016).

#### 2.5.3.3 MOW ( Metode Operatif Wanita)

Kontrasepsi mantap wanita atau *Tubektomi* adalah satu metode kontrasepsi yang dilakukan dengan cara mengikat atau memotong saluran telur atau tuba fallopi, dengan demikian sel telur tidak dapat bertemu dengan sperma (Marmi, 2016).

1. Indikasi

Usia lebih dari 26 tahun, sudah mempunyai anak lebih dari dua, yakin telah, mempunyai keluarga besar yang sesuai keinginan, pada kehamilannya yang nantinya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius, setelah kegugran, setelah persalinan (Prawirohardjo, 2006).

## 2. Kontraindikasi

Ibu yang dinyatakan hamil, perdarahan pervagina yang tidak diketahui sebabnya, infeksi pangggul, usia dibawah 30 tahun dan masih ingin mempunyai anak (Prawirohardjo, 2006).

## 3. Keterbatasan

Bersifat permanen, klien dapat menyesal dikemudian hari, tidak melindungi dari penyakit menular seksual, resiko komplikasi kecil, harus dilakukan oleh dokter bedah atau dokter yang terlatih, akan ada rasa sakit setelah pembedahan dilakukan (Prawirohardjo, 2006).

## 4. Kelebihan

Sangat efektif, tidak mempengaruhi hasrat seksual, tidak mempengaruhi produksi ASI, tidak bergantung pada faktor senggama, pembedahan sederhana, tidak ada efek samping jangka panjang (Marmi, 2016).

## 5. Waktu pemasangan

Setiap waktu selama siklus menstruasi, hari ke-6 sampai hari ke-13 dari siklus menstruasi, setelah persalinan, setelah keguguran, saat melakukan *seksio sesarea* (Marmi, 2016).

### 2.5.3.4 MOP (Metode Operatif Pria)

*Vasektomi* adalah metode dengan cara memotong dan menutup, saluran sperma (*vas deferens*) yang menyalurkan sperma keluar dari testis, sehingga menghambat perjalanan spermatozoa di dalam semen (tidak ada penghantaran *spermatozoa* dari testis ke penis) (Marmi, 2016).

#### 1. Keuntungan *vasektomi* :

Teknik operasi kecil dan sederhana, komplikasi yang ditemukan tidak terlalu berat, sangat efektif, biaya murah, aman, cepat (Marmi, 2016).

2. Kerugian *vasektomi* :

Diperlukan suatu tindakan operatif, kadang-kadang menyebabkan komplikasi seperti perdarahan atau infeksi, tidak melindungi dari penyakit menular seksual (Marmi, 2016).

3. Kontra indikasi *vasektomi* :

Infeksi kulit lokal, kelainan skrotum, infeksi panggul, riwayat perkawinan, psikologis atau seksual yang tidak stabil (Marmi, 2016).

4. Indikasi *vasektomi* :

pasangan yang sudah tidak ingin menambah anak lagi, perempuan yang tergolong sebagai kelompok yang berisiko tinggi untuk hamil, pasangan yang telah gagal dalam kontrasepsi lain (Marmi, 2016).

#### 2.5.3.5 Kondom

Kondom adalah salah satu alat kontrasepsi yang terbuat dari karet atau lateks, berbentuk tabung tidak tembus cairan dimana salah satu ujungnya tertutup rapat dan dilengkapi kantung untuk menampung sperma (Marmi, 2016).

1. Macam-macam kondom terbuat dari :

- a. kulit
- b. lateks
- c. plastik

(Marmi, 2016).

2. Cara kerja kondom :

Mencegah sperma masuk ke saluran reproduksi wanita sehingga *spermatozoa* tidak masuk kedalam rahim dan seterusnya (Manuaba, 2010).

3. Keuntungan :

Efektif bila pemakaian benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu kesehatan klien, murah dan tersedia di

berbagai tempat, tidak memerlukan pengawasan medis dan pemeriksaan khusus (Manuaba, 2010).

#### 4. Kerugian

Kenikmatan terganggu, mungkin alergi terhadap karet atau jelli yang mengandung *spermisid* (Manuaba, 2010).

#### 2.5.3.6 Suntik

KB suntik adalah alat kontrasepsi berupa cairan yang disuntikkan ke dalam tubuh wanita secara periodik dan mengandung hormonal, kemudian masuk ke dalam pembuluh darah diserap sedikit demi sedikit oleh tubuh yang berguna untuk mencegah timbulnya kehamilan (Marmi, 2016).

##### 1. Jenis KB suntik dibagi menjadi 2 jenis yaitu :

- a. KB Suntik 3 bulan adalah jenis suntikan yang mengandung *hormon Medroxyprogesteron Acetate (hormon progestin)* dengan volume 150 mg. Alat kontrasepsi ini diberikan setiap 3 bulan atau 12 minggu (6 minggu setelah melahirkan).
- b. KB Suntik 1 bulan adalah jenis suntikan KB yang diberikan 1 bulan sekali. Dengan pemberian suntikan yang sama dengan suntik 3 bulan, yaitu setelah 7 hari pertama periode menstruasi. Alat kontrasepsi ini mengandung kombinasi (*hormon Estrogen*) (Marmi, 2016).

##### 2. Kelebihan :

Adalah pemberiannya sederhana, tingkat efektivitasnya tinggi, hubungan seks tidak terganggu, pengawasan medis ringan, dapat diberikan setelah persalinan, keguguran, dan setelah menstruasi, tidak mengganggu pengeluaran ASI untuk suntik 3 bulan (Manuaba, 2010).

##### 3. Kekurangan :

Adalah siklus haid menjadi tidak teratur, terjadi penambahan berat badan, ibu mengalami jerawat, sakit kepala, nyeri

payudara, terjadi tidak datang bulan berkepanjangan, penggunaan KB 3 bulan memicu terjadinya *osteoporosis*.

#### 4. Indikasi

Usia reproduksi, setelah melahirkan, menghendaki kontrasepsi jangka panjang, perokok, setelah keguguran, sering lupa menggunakan kontrasepsi pil, tekanan darah kurang dari 180/110 mmHg (Marmi, 2016).

#### 5. Kontraindikasi

Hamil atau dicurigai hamil, perdarahan pervagina yang tidak diketahui sebabnya, tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, menderita kanker payudara dan diabetes disertai komplikasi (Marmi, 2016).

#### 2.5.3.7 Pil KB

Pil KB merupakan alat kontrasepsi hormonal yang berupa obat dalam bentuk pil yang dimasukkan melalui mulut (diminum), berisi hormon esterogen dan progesteron yang bertujuan untuk mengendalikan kehamilan atau mencegah kehamilan dengan menghambat pelepasan sel telur dari ovarium setiap bulannya (Marmi, 2016).

##### 1. Jenis pil

- a. *Monofasik* yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif *estrogen/progestin* (E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- b. *Bifasik* yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif *estrogen/progestin* (E/P) dengan 2 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- c. *Trifasik* yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif *estrogen/progestin* (E/P) dengan 3 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif (Marmi, 2016).

2. Cara kerja pil kombinasi :

Menekan ovulasi, mencegah implantasi, lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula (Manuaba, 2010).

3. Keterbatasan pil kombinasi :

Tidak mencegah PMS, mahal, repot, membosankan karena digunakan setiap hari, mual terutama 3 bulan pemakaian, perdarahan bercak, pusing, kenaikan berat badan, tidak boleh digunakan pada perempuan yang menyusui karena akan mempengaruhi produksi ASI (Marmi, 2016).

4. Yang dapat menggunakan pil kombinasi :

Usia reproduksi, telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak, gemuk atau kurus, meng-inginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi, setelah melahirkan dan tidak menyusui, pasca keguguran, nyeri haid hebat, siklus haid tidak teratur, kelainan payudara jinak, kencing manis tanpa komplikasi pada ginjal, pembuluh darah, mata, dan saraf, penyakit *tiroid*, penyakit radang panggul, *endometriosis*, atau *tumor ovarium* jinak (Marmi, 2016).

5. Yang tidak boleh menggunakan pil kombinasi :

Hamil atau dicurigai hamil, menyusui eksklusif, perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya, penyakit hati akut (*hepatitis*), perokok dengan usia >35 tahun, riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah >180/110 mmHg, riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis >20 tahun, kanker payudara (Marmi, 2016).

6. Waktu mulai menggunakan pil kombinasi :

Sewaktu mendapatkan haid, hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, setelah melahirkan, saat ingin berhenti kontrasepsi

hormonal jenis suntikkan dan ingin ganti pil kombinasi (Marmi, 2016).

#### 2.5.3.8 Pil Mini

Pil mini atau pil progestin kadang-kadang disebut juga pil masa menyusui karena hanya mengandung hormon progesteron dalam dosis rendah dan diminum sehari sekali.

##### 1. Jenis mini pil

###### a. Mini pil dalam kemasan dengan isi 28 pil

Mini pil dalam kemasan dengan isi 28 pil mengandung 75 *mikro gram desogestrel*

###### b. Mini pil dalam kemasan dengan isi 35 pil

Mini pil dalam kemasan dengan isi 35 pil mengandung 300 *mikro gram levonogestrel* atau 350 *mikro gram noretindron* (Marmi, 2016).

##### 2. Cara kerja

Menghambat ovulasi, mengentalkan lendir serviks, mencegah implantasi karena endometrium mengalami formasi lebih awal, mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma menjadi terganggu (Marmi, 2016).

##### 3. Indikasi

Usia reproduktif, telah mempunyai anak maupun yang belum mempunyai anak, setelah bersalin dan tidak menyusui, setelah keguguran, tekanan darah <180/110 mmHg atau dengan masalah pembukuan darah, perokok segala usia (Marmi, 2016).

##### 4. Kontraindikasi

Wanita yang diduga hamil atau dicurigai hamil, tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, riwayat kehamilan ektopik, riwayat kanker payudara, wanita pelupa sehingga sering lupa minum pil, wanita dengan mioma uteri, riwayat storke (Marmi, 2016).

#### 5. Efek samping

Gangguan haid, perdarahan bercak, peningkatan atau penurunan berat badan, payudara tegang, mual, pusing, perubahan mood, libido berkurang (Marmi, 2016).

#### 6. Kerugian

Memerlukan biaya, baru selalu tersedia, mini pil harus diminum setiap hari dan pada waktu yang sama, angka kegagalan tinggi jika penggunaannya tidak benar dan konsisten, tidak melindungi dari penyakit menular seksual (Marmi, 2016).

#### 7. Keuntungan

Sangat efektif jika digunakan dengan benar, tidak mempengaruhi produksi ASI, nyaman dan mudah digunakan, hubungan seksual tidak terganggu, kesuburan cepat kembali setelah berhenti memakai mini pil, efek samping sedikit, dapat dihentikan setiap saat, tidak mengandung esterogen (Marmi, 2016).