

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Kehamilan**

##### **1. Pengertian**

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung selama 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2016). Kehamilan merupakan suatu proses merantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi pelepasan sel telur, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuhkembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010). Jadi, dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah masa dimana seorang

perempuan memiliki janin yang prosesnya dimulai dari fertilisasi hingga menjadi janin seutuhnya, berlangsung dalam waktu 40 minggu.

## 2. Proses Kehamilan

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba, 2010).

Berikut adalah proses kehamilan menurut Manuaba (2010) dan Prawirohardjo (2016) :

### a. Ovulasi

Proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks yaitu FSH dan LH kemudian terjadi proses pelepasan ovum yang disebut ovulasi.

### b. Spermatozoa

Proses pembentukan spermatozoa merupakan proses yang kompleks. Spermatogonium berasal dari sel primitive tubulus, menjadi spermatosit pertama, menjadi spermatosit kedua, menjadi spermatid, akhirnya spermatozoa. Bentuk spermatozoa seperti cebong yang terdiri atas : kepala, leher kemudian ekor.

c. Konsepsi

Merupakan pertemuan inti ovum dengan inti spermatozoa disebut konsepsi atau fertilisasi dan membentuk zigot.

d. Proses Nidasi atau Implantasi

Merupakan masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium.

e. Plasentasi

Merupakan alat yang sangat penting bagi janin yang berguna untuk pertukaran zat antara ibu dan anaknya dan sebaliknya.

3. Tanda-tanda kehamilan

Berikut adalah tanda-tanda kehamilan menurut Prawirohardjo (2016) dan Varney (2008) :

a. Tanda-tanda dugaan hamil

- 1) Amenorea (terlambat datang bulan) : mengetahui tanggal haid terakhir dengan perhitungan rumus
- 2) Nausea (enak/muntah) emesis (muntah)
  - a) Pengaruh estrogen dan progesterone terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebih
  - b) Umumnya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan, sering terjadi pada pagi hari (morning sickness)

3) Sering buang air kecil

- a) Trimester I : karena kandung kencing tertekan uterus yang mulai membesar.
- b) Trimester II dan III : karena janin mulai masuk ke ruang panggul dan menekan kembali kandung kencing.

Peningkatan frekuensi berkemih terjadi selama trimester pertama diakibatkan peningkatan berat fundus uterus membuat isthmus menjadi lunak (tanda hegar, uterus antefleksi sehingga menekan pada kandung kemih, pada trimester ketiga frekuensi berkemih semakin sering. Cara mengatasi hal tersebut dengan mengatur pola berkemih dan mengurangi asupan cairan sebelum tidur (Varney, 2008).

4) Pigmentasi kulit

Terjadi karena pengaruh dari hormone kortikosteroid plasenta yang merangsang melanosfor dan kulit (Varney, 2008).

- a) Sekitar pipi : cloasma gravidarum

Keluarnya melanophore stimulating hormone hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi kulit pada kulit.

- b) Dinding perut

(1) Striae livide

(2) Striae nigra

(3) Linea alba makin hitam

c) Sekitar payudara

(1) Hiperpigmentasi areola mammae

(2) Puting susu makin menonjol

(3) Kelenjar Montgomery menonjol

(4) Pembuluh darah manifest sekitar payudara

(5) Anoreksia (tidak nafsu makan)

Terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan, tapi setelah itu nafsu makan akan timbul lagi.

(6) Payudara membesar dan menegang

5) Konstipasi

Konstipasi disebabkan oleh peningkatan progesterone pembesaran uterus dan presentasi sehingga penurunan peristaltik relaksasi otot polos terjadi pada usus besar. Mengatasinya dengan cara, memperbanyak asupan cairan, istirahat cukup, minum air hangat, makan makanan yang berserat (Varney, 2008).

6) Hemoroid

Hemoroid disebabkan oleh konstipasi. Progesterone juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Pembesaran

uterus juga menyebabkan peningkatan tekanan, tekanan ini mengganggu sirkulasi vena. Cara mengatasinya dengan menghindari mengejan saat terdefekasi, kompres es (Varney, 2008).

7) Varises atau penampakan pembuluh darah vena

- a) Karena pengaruh dari esterogen dan progesterone
- b) Penampakan pembuluh darah itu terjadi disekitar genetalia eksterna, kaki dan betis, dan payudara (Prawirohardjo, 2016).

8) Mengidam

Wanita sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam(Prawirohardjo, 2016).

9) Sinkope atau pingsan

- a) Terjadi gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkop atau pingsan.
- b) Keadaan ini menghilang setelah umur 16 minggu (Prawirohardjo, 2016).

b. Tanda-tanda mungkin hamil

Berikut adalah tanda-tanda mungkin hamil menurut prawirohardjo (2016) :

- 1) Rahim membesar, sesuai dengan tuanya hamil
- 2) Pada pemeriksaan dalam dijumpai :
  - a) Tanda hegar  
Uterus segmen bawah lebih lunak dari pada bagian yang lain.
  - b) Tanda piscasek  
Uterus membesar ke salah satu jurusan hingga menonjol jelas ke jurusan pembesaran perut.
  - c) Tanda chadwick  
Perubahan warna pada servix dan vagina menjadi kebiru-biruan.
  - d) Tanda Braxton-hicks  
Uterus mudah berkontraksi jika dirangsang.
  - e) Teraba ballottement
- c. Tanda-tanda pasti
  - 1) Terdengar denyut jantung janin
  - 2) Teraba pergerakan janin dalam rahim
  - 3) Pemeriksaan ultrasonografi
    - a) Terdapat kantong hamil, hamil 4 minggu
    - b) Terdapat fetal plate, hamil 4 minggu
    - c) Terdapat kerangka janin, hamil 12 minggu

- d) Terdapat denyut jantung janin, hamil 6 minggu
  - 4) Pemeriksaan rontgen untuk melihat kerangka janin (Prawirohardjo, 2016).
4. Perubahan fisiologis pada ibu hamil

a. Vagina dan vulva

Hormone estrogen mempengaruhi sistem reproduksi sehingga terjadi peningkatan vaskularisasi dan hyperemia pada vagina dan vulva. Peningkatan vaskularisasi menyebabkan vagina kebiruan pada vagina yang disebut dengan tanda Chadwik (Kumalasari, 2015)

b. Serviks uteri

Serviks bertambah vaskularisasinya dan menjadi lunak (Soft) yang disebut dengan tanda Goodel. Kelenjar endoservikal membesar dan mengeluarkan banyak cairan mucus. Oleh karena pertambahan dan pelebaran pembuluh darah, warna menjadi livid yang disebut dengan tanda Chadwick (Mochtar, 2012).

1) Uterus

(a) Ukuran

Pada kehamilan cukup bulan, ukuran uterus adalah 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc. Hal ini memungkinkan bagi adekuatnya akomodasi pertumbuhan

janin. Pada saat ini rahim membesar akibat hipertropi dan hiperplasi otot rahim, serabut-serabut kolagennya menjadi higroskopik, dan endometrium menjadi desidua (Sulistyaningsih, 2010).

Tabel 2.1 Penambahan Ukuran TFU

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
12	3 jari di atas simfisis
16	Pertengahan pusat-simfisis
20	3 jari bawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari di atas pusat
32	Pertengahan pusat-prosesus xipoides (px)
36	3 jari di bawah prosesus xipoides (px)
40	Pertengahan pusat prosesus xipoides (px)

Sumber : (Sulistyaningsih, 2010)

(b) Berat

Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir bulan (Sulistyaningsih, 2010).

2) Ovarium

Selama kehamilan ovulasi berhenti. Pada awal kehamilan masih terdapat korpus luteum gravidatum dengan diameter sebesar 3 cm. setelah plasenta terbentuk korpus luteum gravidatum mengecil dan korpus luteum mengeluarkan hormone estrogen dan progesterone (Kumalasari, 2015).

c. Perubahan kardiovaskuler dan hemodinamik

Karakteristik yang khas adalah denyut nadi istirahat meningkat sekitar 10 sampai 15 denyut per menit pada kehamilan (Dewi, 2011).

d. Perubahan pada sistem pernafasan

Timbulnya keluhan sesak dan pendek nafas. Hal ini disebabkan karena uterus yang tertekan kearah diafragma akibat pembesaran rahim (Kumalasari, 2015).

e. Perubahan pada ginjal

Selama kehamilan ginjal lebih berat. Ginjal menyaring darah yang volumenya meningkat sampai 30-50% atau lebih, yang puncaknya terjadi pada kehamilan 16-24 minggu sampai sesaat sebelum persalinan (Kumalasari, 2015).

f. Perubahan sistem endokrin

Pada ovarium dan plasenta korpus luteum mulai menghasilkan estrogen dan progesterone dan setelah plasenta terbentuk menjadi sumber utama kedua hormone tersebut (Kumalasari, 2015).

g. Perubahan sistem muskuloskeletal

Pengaruh dari peningkatan estrogen, progesterone, dan elastin dalam kehamilan menyebabkan kelemahan jaringan ikat serta ketidakseimbangan persendian (Dewi dkk, 2011).

h. Perubahan sistem gastrointestinal

Rahim yang semakin membesar akan menekan rectum dan usus bagian bawah sehingga terjadi sembelit (Konstipasi) (Kumalasari, 2015).

i. Perubahan sistem integument

Pada kulit terjadi hiperpigmentasi yang dipengaruhi hormone Melanophore Stimulating Hormone di Lobus Hipofisis anterior dan pengaruh kalenjer suprarenalis (Kamariyah dkk, 2014).

j. Perubahan metabolic

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg.

Tabel 2.2 Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan Berdasarkan Indeks Masa Tubuh.

Kategori	IMT	Penambahan (kg)
Rendah	<19,8	12.5-18
Normal	19,8-26	11.5-16
Tinggi	26-29	7-11.5
Obesitas	>29	>7
Gemeli		16-20.5

Sumber : Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo 2016

## 5. Perubahan psikologis pada ibu hamil

### a. Trimester I

Trimester pertama adalah periode penyesuaian atau penerimaan terhadap kenyataan, 80% mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan, depresi dan kesedihan. Waktu dimana terjadi penurunan libido tapi tidak menentukan bahwa wanita hamil trimester pertama tidak ada hasrat hubungan seksual (Varney, 2008).

### b. Trimester II

Trimester kedua merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan. Lebih banyak bersosialisasi dengan wanita hamil lainnya, sudah dapat menerima kehamilan, mempersiapkan peran baru. Mengalami kemajuan untuk berhubungan seksual. Hilang rasa menuntut kasih sayang namun mencari kasih sayang dari orang terdekatnya (Varney, 2008).

### c. Trimester III

Trimester ketiga disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan, wanita mulai menyadari bayi sebagai makhluk terpisah sehingga ia tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Fokusnya hanya tentang kelahiran dan bayinya dengan rasa waspada. Merasakan ketidaknyamanan fisik (Varney, 2008).

## 6. Ketidaknyamanan pada kehamilan

### a. Macam-macam ketidaknyamanan pada kehamilan

#### 1) Mual Muntah

Pada periode trimester pertama ibu hamil biasanya akan mengalami rasa mual. Keluhan ini disebut dengan morning sickness penyebab dari morning sickness ini belum diketahui pasti, mungkin disebabkan peningkatan hormone HCG, estrogen, progesterone, relaksasi dari otot halus, perubahan dalam metabolisme karbohidrat berlebihan, mekanisme kongesti, psikologis, refleksi kebahagiaan atau ambivalen terhadap kehamilan (Kusmiyati, 2009).

Perubahan hormonal tersebut mengakibatkan mual dan muntah melalui rangsang otot polos lambung dan merupakan gejala normal yang dialami ibu hamil pada usia kehamilan 6-14 minggu. Semakin tinggi kadar hormone yang bersirkulasi dalam darah akan semakin merangsang muntah yang berlebihan juga mengindikasikan adanya perubahan hormonal yang berlebihan sejak hamil yang bersifat patologi misalnya kondisi mola hidatidosa (Marunung, 2011).

## 2) Keletihan

Keletihan dikarenakan peningkatan hormone progesterone yang menyebabkan tidur. Keletihan akan hilang pada akhir trimester pertama. Cara mengatasi hal tersebut dengan meyakinkan kembali kepada ibu bahwa keletihan adalah hal yang normal dan akan hilang pada trimester kedua. Anjurkan ibu untuk sering beristirahat di siang hari (Varney, 2008).

## 3) Payudara Tegang

Perubahan payudara, sensasi baru, nyeri dan perasaan geli secara fisiologis terjadi karena hipertropi jaringan glandula mammae dan peningkatan vaskularisasi, pigmentasi, penambahan ukuran serta penonjolan puting susu dan aerola oleh karena stimulasi hormone. Perawatan payudara ketika hamil dengan cara memakai bra yang menyangga, tidak elastis, mencuci payudara dengan air hangat, dan dilap kering (Kusmiyati, 2009).

## 4) Sering BAK

Sering buang air kecil (BAK) adalah keluhan yang paling sering dialami ibu diawal kehamilan dan di trimester tiga. Perubahan yang sering terjadi di trimester pertama yakni perkembangan embrio yang merangsang pertumbuhan uterus membuat tekanan

pada kandung kemih. Dampak dari perubahan fisiologis tersebut membuat kapasitas kandung kemih jadi terbatas sehingga ibu sebentar-bentar ingin BAK. Selain itu letak kandung kemih yang bersebelahan dengan rahim membuat kapasitasnya berkurang (Marunung, 2011).

#### 5) Hipersalivasi

Hipersalivasi/pialisme yaitu saliva berlebihan, dapat terjadi mulai 2-3 minggu setelah pertama tidak mendapat haid. Kemungkinan disebabkan oleh estrogen. Keengganan menelan karena mual. Cara mengatasinya bisa menggunakan pencuci mulut yang mengandung penyegar atau dengan mengunyah permen karet dan menghisap permen (Kusmiyati, 2009).

#### 6) Keputihan

Keputihan sering dialami selama kehamilan, penyebab dari keputihan yaitu hiperplasia mukosa vagina, peningkatan produksi lendir dan kelenjar endocervikal sebagai akibat dari peningkatan kebersihan dengan mandi setiap hari, memakai pakaian dalam yang terbuat dari katun bukan nilon, menghindari pencucian vagina dan mencuci vagina dengan sabun. Apabila keputihan

terasa gatal, berbau dan panas lakukan pemeriksaan di tenaga kesehatan (Kusmiyati, 2009).

#### 7) Ngidam

Mengidam biasanya terjadi pada trimester satu, tapi bisa jadi selama kehamilan. Mengidam ini mungkin berkaitan dengan persepsi individu wanita tersebut mengenai apa yang bisa mengurangi rasa mual dan muntah, indra pengecap tumpul, jadi makanan yang merangsang lebih dicari-cari. Mengidam tidak seharusnya menimbulkan kekhawatiran asalkan cukup bergizi dan makanan yang diinginkan makanan yang sehat, menjelaskan tentang makanan yang dapat diterima meliputi makanan yang bergizi dan memuaskan mengidam atau kesukaan tradisional (Kusmiyati, 2009).

#### 10) Konstipasi

Konstipasi disebabkan oleh peningkatan progesterone pembesaran uterus dan presentasi sehingga penurunan peristaltik relaksasi otot polos terjadi pada usus besar. Mengatasinya dengan cara, memperbanyak asupan cairan, istirahat cukup, minum air hangat, makan makanan yang berserat (Varney, 2008).

## 11) Hemoroid

Hemoroid disebabkan oleh konstipasi. Progesterone juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Pembesaran uterus juga menyebabkan peningkatan tekanan, tekanan ini mengganggu sirkulasi vena. Cara mengatasinya dengan menghindari mengejan saat terdefekasi, kompres es (Varney, 2008).

## 7. Tanda Bahaya Kehamilan

Pada umumnya 80-90% kehamilan akan berlangsung normal dan hanya 10-12% kehamilan disertai dengan penyulit atau berkembang menjadi kehamilan patologis.

- a. Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan di bawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui di spermatozoa ataupun ovum. Penyebab yang sama akan menimbulkan gejala perdarahan pada kehamilan muda dan ukuran pembesaran uterus yang diatas normal pada umumnya disebabkan oleh mola hidatidosa. Perdarahan pada kehamilan lanjut atau di atas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa. Bila mendekati saat persalinan, perdarahan dapat disebabkan oleh silusio plasenta (40%) atau vasa

previa (5%) atau keseluruhan kasus perdarahan antepartum (Prawirohardjo, 2010).

- b. Preeklamsia. Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan diatas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah di atas normal sering diasosiasikan dengan preeklamsia. Gejala lainnya yaitu hiperrefleksia (irritabilitas susunan saraf pusat, sakit kepala atau cepalgia, gangguan penglihatan seperti pandangan kabur, nyeri epigastric, oliguria, tekanan darah naik, sistolik (20-30 mmHg) dan diastolic (10-20 mmHg) diatas normal. Proteunaria, oedema menyeluruh (Prawirohardjo, 2010).
- c. Nyeri hebat di daerah abdominopelvikum. Bila terjadi pada kehamilan trimester dua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda-tanda seperti tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan, bagian-bagian janin sulit diraba, uterus tegang dan nyeri, janin mati di dalam rahim bisa jadi itu tanda dari solusio plasenta (Prawirohardjo, 2010).
- d. Dan gejala lain yang harus diwaspadai yaitu muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan, dysuria, menggigil atau demam,, ketuban pecah dini atau sebelum waktunya (Prawirohardjo, 2010).

## 8. Asuhan Kebidanan Kehamilan

Konsep pemeriksaan kehamilan dilakukan beberapa pemeriksaan yaitu :

a. Anamnesis dengan menanyakan kepada pasien yaitu tentang :

- 1) Nama diri sendiri, suami
- 2) Umur
- 3) Pendidikan terakhir
- 4) Pekerjaan
- 5) Suku asal
- 6) Agama
- 7) Alamat

b. Anamnesis obstetric

- 1) Kehamilan ke berapa dan pernah keguguran atau tidak serta kunjungan antenatal dilakukan secara berkala dan teratur dengan minimal kunjungan 4 kali.
- 2) Apakah persalinan dan nifas: lahir spontan aterm, hidup atau dengan tindakan, usia anak terkecil, jenis kelamin, berat badan lahir bayi, nifas dan komplikasi.
- 3) Untuk primigravida, lama kawin dan usia.
- 4) Tanggal Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) untuk menemukan usia kehamilan dan perkiraan taksiran persalinan.

- 5) Pola kebutuhan sehari-hari termasuk nutrisi, eliminasi, aktivitas, istirahat, personal hygiene, seksual, psikososial, kultural dan spiritual.
- c. Anamnesis tentang keluhan utama. Dikembangkan sesuai dengan kemungkinan pasien dibawa ke rumah sakit atau pelayanan kesehatan lainnya (Manuaba, 2014).
- d. Pemeriksaan fisik
- 1) Pemeriksaan fisik umum
    - a) Tanda vital: (tekanan darah, suhu badan, frekuensi nadi, frekuensi nafas)
    - b) Berat badan
    - c) Tinggi badan
    - d) Lingkar Lengan Atas (LILA)
    - e) Muka: apakah ada oedema atau terlihat pucat
    - f) Status generalis atau pemeriksaan fisik umum lengkap, meliputi : kepala, mata, hygiene mulut dan gigi, karies, tiroid, jantung, paru, payudara (apakah terdapat benjolan, bekas operasi di daerah areola, bagaimana kondisi puting), abdomen (terutama bekas operasi terkait uterus), tulang belakang,

ekstermitas (oedema, varises, refleks patella), serta kebersihan kulit (Koemara, 2016).

2) Pemeriksaan khusus obstetric

- a) Inspeksi (tinggi fundus uteri, keadaan dinding abdomen, gerak janin yang tampak)
- b) Perkusi (meteorisme, tanda cairan bebas).
- c) Auskultasi (bising usus, denyut jantung janin, gerak janin intrauterine, hal lain yang terdengar).
- d) Pemeriksaan dalam (pembukaan, perlunakan serviks, ketuban, penurunan bagian terendah, penempatan kombinasi, tumor yang menyertai bagian terendah, pervimetri panggul)
- e) Pemeriksaan tambahan (pemeriksaan laboratorium, ultrasonografi, tes pemeriksaan air ketuban, tes pemeriksaan bakteriologis) (Manuaba, 2014).
- f) Palpasi (*leopold, knebel, budin, ahlfeld*)

(1) *Leopold I* : Pemeriksaan menghadap kearah wajah ibu hamil, menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus.

Variasi Knebel : Menentukan letak kepala atau bokong dengan satu tangan di fundus dan tangan lain di atas simfisis.

(2) *Leopold II* : Menentukan batas samping rahim kanan kiri, menentukan punggung janin, pada letak lintang, tentukan mana kepala janin.

Variasi Budin : Menentukan letak punggung dengan satu tangan menekan di fundus.

(3) *Leopold III* : Menentukan bagian terbawah janin, apakah bagian terbaah janin sudah masuk atau masih goyang

(4) Variasi Ahfeld : menentukan letak punggung dengan pinggir tangan kiri diletakkan tegak di tengah perut.

(5) *Leopold IV* : pemeriksa menghadap ke kaki ibu hamil, juga menentukan bagian terbawah janin dan berapa jauh janin sudah masuk pintu atas panggul (Manuaba, 2014).

e. Penentuan jadwal kunjungan ulang

Penentuan kujungan ulang secara ideal menurut Maryunani (2016) :

- 1) Seorang wanita hamil sampai dengan 7 bulan sebaiknya memeriksakan diri tiap 4 minggu sekali.
- 2) Dari 7 sampai dengan 9 bulan, tiap 2 minggu sekali.

3) Dari 9 sampai dengan 10 bulan, tiap 1 minggu sekali.

## **B. Konsep Dasar Persalinan**

### **1. Pengertian**

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan plasenta (Sulistyawati, 2013). Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup kedunia luar dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Mochtar, 2012). Jadi dapat disimpulkan bahwa persalinan merupakan suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yaitu janin dan plsenta yang sudah cukup bulan dan dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain.

### **2. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan**

Berikut faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan menurut Sulistyawati (2013) :

a. Power

Kontraksi uterus, dinding perut dan daya meneran. Ibu melakukan kontraksi involunter dan volunter secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus.

Power atau tenaga yang mendorong anak adalah:

1) His, yaitu kontraksi otot-otot rahim pada persalinan

a) His persalinan, adalah his yang menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks. Terdiri dari: his pengeluaran dan his pelepasan uri.

b) His pendahuluan, adalah his yang tidak berpengaruh terhadap serviks.

2) Tenaga mengejan

a) Kontraksi dinding-dinding perut

b) Kepala di dasar panggul merangsang mengejan

c) Paling efektif saat kontraksi/his.

b. Passage

Jalan lahir terdiri panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina) janin harus dapat menyesuaikan diri dengan jalan lahir tersebut.

c. Passanger

Cara penumpang (pasanger) atau janin bergerak disepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor yakni: ukuran kepala janin, presentasi letak kepala, sikap, dan posisi janin.

d. Plasenta

Merupakan salah satu faktor dengan memperhitungkan implantasi plasenta pada dinding rahim.

e. Psikologikal

Psikologikal adalah kondisi psikis klien, tersedianya dorongan positif, persiapan persalinan, pengalaman lalu, dan strategi adaptasi/coping. Penampilan dan perilaku wanita serta pasangannya secara keseluruhan merupakan petunjuk yang berharga tentang jenis dukungan yang ia akan perlukan. (Prawirohardjo, 2009).

3. Mekanisme dalam Persalinan

Berikut mekanisme persalinan menurut Williams (2014) :

Pada awal persalinan, posisi janin terhadap jalan lahir penting untuk mengetahui rute kelahiran. Sehingga, posisi janin di dalam rongga uterus harus ditentukan saat awalan persalinan. Orientasi janin sehubungan dengan pelvis maternal di bahas dalam kaitannya dengan letak, presentasi, sikap dan posisi janin.

a. Letak janin

Hubungan antara aksis panjang janin terhadap ibu disebut dengan istilah letak janin dan terbagi mejadi memanjang atau melintang. Kadang-kadang, aksis janin dan maternal dapat melewati sudut 45 derajat, membentuk letak oblik, yang tidak stabil dan selalu menjadi letak memanjang atau melintang saat persalinan. Faktor predisposisi letak melintang meliputi multiparitas, plasenta previa, hidramnions dan anomaly uterus (Williams, 2014).

b. Presentasi janin

Bagian terpresentasi adalah bagian tubuh janin yang terendah di dalam maupun dibagian terdekat jalan lahir, bagian tersebut dapat dirasakan melalui serviks pada pemeriksaan vagina. Maka, pada letak memanjang, bagian yang terpresentasi adalah kepala atau bokong. Sehingga disebut (secara berurutan) presentasi kepala dan bokong. Ketika letak janin pada aksis panjangnya adalah transversal, bahu merupakan bagian yang terpresentasi dan di rasakan melalui serviks pada pemeriksaan vagina (Williams, 2014).

c. Postur atau sikap janin

Pada beberapa bulan terakhir kehamilan, janin membentuk postur khusus yang disebut sebagai sikap atau habitus. Normalnya,

janin membentuk massa ovoid yang secara kasae sesuai dengan bentuk rongga rahim. Janin menjadi terlipat atau membungkuk kearah dirinya sendiri sedemikian rupa sehingga bagian punggung menjadi berbentuk cembung, kepala mengalami fleksi maksimal sehingga dagu hampir menyentuh dada, paha terfleksi di depan abdomen, dan tungkai tertekuk pada lutut. Pada semua presentasi kepala, lengan biasanya menyilang di depan dada atau sejajar pada masing-masing sisi. Umbilicus terletak pada celah diantaranya dan ekstremitas bawah. Postur yang khas ini disebabkan oleh cara pertumbuhan janin dan penyesuaian dirinya terhadap rongga rahim (Williams, 2014).

Pengecualian yang abnormal terhadap sikap ini ketika kepala janin meluas secara progresif dari presentasi verteks ke presentasi wajah. Akibatnya terjadi perubahan progresif sikap janin dari kontur kolimna vertebralis yang konveks (fleksi) menjadi konkaf (ekstensi) (Williams, 2014).

#### d. Posisi janin

Posisi mengacu pada hubungan antara bagiann yang di anggap sebagai bagian presentasi janin terhadap sisi kanan atau kiri jalan lahir. Dengan demikian, masing-masing presentasi dapat memiliki

dua posisi kanan atau kiri. Oksiput, dagu, dan sacrum janin masing-masing adalah titik penentu pada presentasi verteks, wajah, atau bokong. Karena bagian presentasi janin dapat berada baik di posisi kanan ataupun kiri, terhadap presentasi oksipitas kanan dan kiri, presentasi dagu kanan dan kiri, presentasi sacrum kanan dan kiri, yang masing-masing disingkat menjadi LO dan RO (Left and Right Occiput), LM dan RM (Left and Right Mentak) serta LS dan RS (Left and Right Sacral) (Williams, 2014)

#### 4. Tanda-tanda Persalinan

- a. Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur
- b. Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karna robekan-robekan kecil pada serviks
- c. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya
- d. Pada pemeriksaan dalam. Serviks mendatar dan telah ada pembukaan (Mochtar, 2012).

#### 5. Kala dalam Persalinan

Berikut kala dalam persalinan menurut Sulistyawati (2013) :

##### a. Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus secara teratur (minimal dua kali dalam 10 menit selama 40 detik) dan

pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10cm) dan disertai pengeluaran lendir darah. Persalinan kala satu dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

#### Fase Laten

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

#### Fase Aktif

- Frekuensi dan lama kontraksi terus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).
- Serviks membuka dari 4 ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih per jam hingga pembukaan lengkap (10 cm).
- Terjadi penurunan bagian terbawah janin.

Peristiwa penting pada kala I:

- 1) Keluar lendir darah (*bloody show*) → lepasnya *mucous plug*, terbukanya vaskular pembuluh darah serviks, pergeseran antara selaput ketuban dgn dinding dalam uterus.

- 2) Ostium uteri internum dan eksternum terbuka → serviks menipis dan mendatar.
- 3) Selaput ketuban pecah spontan.
- 4) Pada primi ( $\pm$  20 jam), pada multi ( $\pm$  14 jam).

b. Kala II

Kala dua persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua dikenal dengan kala pengeluaran (Sulistyawati, 2013).

c. Kala III

Kala tiga persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Pada kala tiga, otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti berkurangnya rongga uterus secara tiba-tiba setelah lahirnya bayi. Penyusutan rongga uterus ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat implantasi plasenta. Karena tempat implantasi menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta akan menekuk, menebal, kemudian dilepaskan dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau bagian atas vagina. Biasanya plasenta lepas 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri (Sulistyawati, 2013).

Tanda-tanda lepasnya plasenta:

- 1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus
- 2) Tali pusat memanjang
- 3) Semburan darah tiba-tiba

d. Kala IV

Persalinan kala empat dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam pertama setelah itu. Dua jam pertama setelah persalinan itu merupakan masa kritis yang dihadapi oleh ibu yaitu dapat terjadi perdarahan. Penyebab utama dari perdarahan ialah kontraksi uterus yang kurang baik. Oleh karena itu, sebelum 1 jam berlalu, penderita belum boleh dipindahkan dan masih memerlukan pengawasan seksama (Sulistyawati, 2013).

Pengawasan kala IV

- 1) Setelah plasenta lahir hendaknya plasenta diperiksa dengan teliti apakah lengkap, caranya dengan meletakkan plasenta pada telapak tangan dan diamati apakah kotiledon dan ketuban lengkap (Sulistyawati, 2013)
- 2) Bila darah yang keluar melebihi 500cc menandakan adanya perdarahan postpartum.

- 3) Bila fundus uteri naik dan uterus mengembang, perlu dipikirkan adanya perdarahan akibat atonia uteri.

#### 6. Asuhan Kebidanan Persalinan

Asuhan Kebidanan Persalinan per kala menurut prawirohardjo (2016) sebagai berikut :

##### a. Kala I

- 1) Berikan dukungan dan dengarkan keluhan ibu
- 2) Jaga privasi ibu (gunakan tirai penutup dan tidak menghadirkan orang lain tanpa seizing ibu)
- 3) Beri minum yang cukup untuk menghindari dehidrasi
- 4) Anjurkan ibu berkemih sesering mungkin
- 5) Pantau dengan partograf dengan terus memperhatikan (kontraksi, kondisi ibu dan DJJ)

##### b. Kala II, III, IV

#### **Melihat Tanda Gejala Kala Dua**

1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua
  - a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
  - b. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rectum atau vaginanya
  - c. Perineum menonjol

d. Vulva-vagina dan stingter anak membuka

### **Menyiapkan Pertolongan Persalinan**

2. Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oxytosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastic yang bersih
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 pakai atau priadi yang bersih.
5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam
6. Mengisap oxytosin 10 unit kedalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set atau wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik

### **Memastikan Pembukaan Lengkap dengan Janin Baik**

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas dan kassa yang sudah dibasahi dengan air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagin,

perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran itu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. 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 pembukaan serviks lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah sedangkan pembukaan lengkap lakukan amniotomi.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke larutan 0,5% dan kemudian melepaskan dalam keadaan terbalik serta merendamnya di larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
10. Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi berahir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 kali/menit)
  - a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
  - b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf

### **Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran**

11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik.  
Membantu ibu berada pada posisi yang nyaman sesuai keinginannya

12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. Ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan pasien nyaman.
13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran

#### Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

14. Jika kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi
15. Meletakkan kain yang bersih dilipat sepertiga bagian dibawah ibu
16. Membuka pasrtus set
17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan

#### **Menolong Kelahiran Bayi**

##### **Lahirnya Kepala**

18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain, letakkan tangan yang lain dikepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan yang tidak menghambat kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan.  
Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan
19. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain

20. Memeriksa lilitan tali pusat mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi
21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan

### **Lahirnya Bahu**

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempakan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya kearah bawah dan kearah luar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik kearah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu posterior
23. Setelah ke dua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, 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 dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat

punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

### **Penanganan Bayi Baru Lahir**

25. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.
26. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi, lakukan penyuntikan oksitosin/i.m.
27. Menjepit tali pusat dengan 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 (ke arah ibu).
28. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara dua klem tersebut.
29. Memiringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernafas, ambil tindakan yang sesuai.

30. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.

### **Oksitosin**

31. Meletakkan bayi yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.

32. Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.

33. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit I.M. di gluteus atau 1/3 atas kanan paha ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

### **Penanganan Tali Pusat Terkendali**

34. Memindahkan klem pada tali pusat:

35. Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunkan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorsion kranial) dengan berhati-hati

untuk membantu mencegah terjadinya inversion uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.

- a. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu

### **Mengeluarkan Plasenta**

37. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan ke arah pada uterus.

- a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva.
- b. Jika plasenta tidak terlepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit:
- c. Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit I.M.
- d. Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
- e. Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- f. Mengulangi penegakan tali pusat selama 15 menit berikutnya.

g. Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunkan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

a. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atas steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunkan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

#### **Pemijatan Uterus**

39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

a. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.

### **Menilai Perdarahan**

40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh.
41. Mengevaluasi adanya laserasi pada bagian vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

### **Melakukan Prosedur Pascapersalinan**

42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
43. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 % membilas kedua tangan yang bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
44. Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
45. Mengikat satu tali lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
46. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.

47. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalannya.  
Memastikan handuk atau kainnya bersih dan kering.
48. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
49. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginarn:
- 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan.
  - Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan.
  - Setiap 20-30 menit pada 1 jam pertama jam kedua pascapersalinan.
  - Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai dengan menatalaksana atonia uteri.
  - Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anesthesia local dan menggunakan teknik yang sesuai.
50. Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
51. Mengevaluasi kehilangan darah.
52. Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.

- a. Memeriksa temperature tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.
- b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

### **Kebersihan dan Keamanan**

53. Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
54. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
55. Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lender, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
56. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
57. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5 % dan membilas dengan air bersih.
58. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 %, membalikan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.

59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

### **Dokumentasi**

60. Melengkapi partograf (halaman depan belakang) (Prawirohardjo, 2016).

## 7. Partograf

### a. Pengertian

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan (Prawirohardjo, 2008)

### b. Tujuan

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian dapat pula mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama
- 3) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatat secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir (JPNK-KR, 2008).

c. Penggunaan partograf

- 1) Untuk semua ibu dalam fase aktif ka;a satu persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis, partograf sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan memuat keputusan klinik, baik persalinan dengan penyulit maupun yang tidak disertai dengan penyulit
- 2) Selama persalinan dan kelahiran bayi disemua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dll)
- 3) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (JPNK-KR, 2008).

d. Pengisian partograf

- 1) Pencatatan selama fase laten kala I persalinan selama fase laten, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal dapat ditulis secara terpisah, baik dicatat kemajuan persalinan maupun di Kartu Menuju Sehat (KMS) Ibu Hamil. Tanggal dan waktu harus ditulis setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi juga harus dicatatkan.

Kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat dengan seksama, yaitu :

- a) Denyut jantung janin : setiap 30 menit
  - b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uteri : setiap 30 menit
  - c) Nadi : setiap 30 menit
  - d) Pembukaan serviks : setiap 4 jam
  - e) Penurunan kepala terbawah janin : setiap 4 jam
  - f) Tekanan darah dan temperature tubuh : setiap 4 jam
  - g) Produksi urine, aseton dan protein : setiap 2-4 jam
  - h) Pencatatan selama fase aktif persalinan (JPNK-KR, 2008).
- 2) Pencatatan selama fase aktif persalinan

Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi yang dimulai pada fase aktif persalinan dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, yaitu :

- a) Informasi tentang ibu
  - (1) Nama, umur
  - (2) Gravida, para, abortus (keguguran)
  - (3) Nomor catatan medik nomor Puskesmas

- (4) Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah :  
tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu)
- b) Waktu pecahnya selaput ketuban
  - c) Kondisi janin
    - (1) DJJ (denyut jantung janin)
    - (2) Warna dan adanya air ketuban
    - (3) Penyusupan kepala janin
  - d) Kemajuan persalinan
    - (1) Pembukaan serviks
    - (2) Penurunan bagian terbawah janin atau presentase janin
    - (3) Garis waspada dan garis bertindak
  - e) Jam dan waktu
    - (1) Waktu mulainya fase aktif persalinan
    - (2) Waktu actual saat pemeriksaan atau penilaian
  - f) Kontraksi uterus : frekuensi dan lamanya
  - g) Obat-obatan dan cairan yang diberikan
    - (1) Oktitosin
    - (2) Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan
  - h) Kondisi ibu
    - (1) Nadi, tekanan darah dan temperature

(2) Urin (volume, aseton atau protein)

i) Asuhan pengamatan dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom tersedia di sisi partograf atau di catatan kemajuan persalinan (Prawirohardjo, 2009).

e. Kemajuan persalinan

(1) Pembukaan serviks

Saat berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda 'X' harus dicantumkan digaris waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.

(2) Penurunan bagian terbawah janin

Berikan tanda 'O' yang ditulis pada garis waktu yang sesuai. Sebagai contoh, jika hasil palpasi kepala diatas simfisis pubis adalah 4/5 maka tuliskan tanda 'O' digaris angka 4. Hubungkan tanda O dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

(3) Garis waspada dan garis bertindak

Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada disebelah kanan garis bertindak maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan (PNPK-KR, 2008).

f. Jam dan waktu

Setiap kotak pada partograf untuk kolom waktu (jam) menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan (JNPK-KR, 2008).

g. Kontraksi uterus

Di bawah jalur waktu partograf, terdapat lima kotak dengan tulisan “kontraksi per 10 menit” disebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik (JNPK-KR, 2008).

h. Halaman belakang partograf

Bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga IV (termasuk bayi baru lahir).

i. Kontraindikasi pelaksanaan partograf

- (1) Wanita hamil dengan tinggi badan kembang dari 145 cm
- (2) Perdarahan antepartum
- (3) Preeklampsia berat dan eclampsia
- (4) Persalinan premature
- (5) Persalinan bekas section caesaria
- (6) Persalinan dengan hamil kembar

- (7) Kelainan letak
  - (8) Keadaan gawat janin
  - (9) Persalinan dengan induksi
  - (10) Hamil dengan anemia berat
  - (11) Dugaan kesempitan panggul (Ujiningtyas, 2009).
- j. Keuntungan dan kerugian pelaksanaan partograf
- (1) Keuntungan
    - (a) Tersedia cukup waktu untuk melakukan rujukan (4 jam) setelah perjalanan persalinan melewati garis waspada
    - (b) Di pusat pelayanan kesehatan cukup waktu untuk melakukan tindakan
    - (c) Mengurangi infeksi karena pemeriksaan dalam yang terbatas
  - (2) Kerugian
    - Kemungkinan terlalu cepat lakukan rujukan, yang sebenarnya dapat dilakukan di tempat (Ujiningtyas, 2009).

### **C. Konsep Dasar Nifas**

#### **1. Definisi Nifas**

Periode pascapartum adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktur reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil. Periode ini disebut

juga puerperium, dan wanita yang mengalami puerperium disebut puerpera. Periode pemulihan pascapartum berlangsung sekitar enam minggu (Varney, 2008). Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) (Prawirohardjo, 2016). Masa nifas (puerperium) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil, lama masa nifas yaitu 6-8 minggu (Mochtar, 2012). Masa nifas merupakan masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Saleha, 2009). Jadi, dapat disimpulkan bahwa masa nifas merupakan masa pemulihan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6-8 minggu.

## 2. Perubahan Fisiologis Nifas

- a. Uterus reorganisasi dan mengeluarkan desidua/endometrium dan eksfoliasi tempat perlekatan plasenta yang ditandai dengan penurunan ukuran dan berat serta perubahan pada lokasi uterus juga ditandai dengan warna dan jumlah lochia, menyusui akan mempercepat proses involusi. Regenerasi endometrium lengkap pada tempat perlekatan plasenta memakan waktu hampir 6 minggu. Pertumbuhan

endometrium ini membuat pembuluh darah yang mengalami pembekuan pada tempat perlekatan tersebut rapuh sehingga meluruh dan dikeluarkan dalam bentuk lokia (Varney, 2008).

- b. Lokia adalah istilah untuk secret dari uterus yang keluar melalui vagina selama puerperium. Karena perubahan warnanya, ada lokia rubra (mengandung darah dan jaringan desidua), serosa ( warnanya lebih pucat dari rubra), alba (merah muda, kuning, atau putih) (Varney, 2008).
- c. Vagina dan perineum, segera setelah kelahiran, vagina tetap terbuka lebar, mungkin mengalami beberapa derajat oedema dan memar, dan celah pada introitus. Setelah satu hingga dua hari pertama pascapartum, tonus otot vagina kembali, celah tidak lagi lebar/oedema dan dinding vagina lunak (Varney, 2008).
- d. Payudara. Laktasi dimulai pada semua wanita dengan perubahan hormone saat melahirkan. Dapat mengalami kongesti payudara selama beberapa hari pertama pascapartum karena tubuhnya mempersiapkan untuk memberikan nutrisi pada bayi. Wanita yang menyusui berespons terhadap menstimulus bayi yang disusui akan terus melepaskan hormone dan stimulasi alveoli yang memproduksi susu (Varney, 2008).

### 3. Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas

Perubahan fisiologis pada Masa Nifas menurut Walyani & Purwoastuti (2015) yaitu :

#### a. Sistem kardiovaskuler

##### 1) Volume darah

Perubahan pada volume darah tergantung pada beberapa variable, contoh kehilangan darah selama persalinan, mobilisasi, dan pengeluaran cairan ekstrasvaskuler, dalam 2-3 minggu setelah persalinan volume darah seringkali menurun sampai pada nilai sebelum kehamilan.

##### 2) Cardiac output

Cardiac output terus meningkat selama kala 1 dan kala 2 persalinan puncaknya masa nifas dengan tidak memperhatikan tipe persalinan dan penggunaan anastesi, cardiac output akan kembali seperti semula sebelum hamil dalam 2-3 minggu.

#### c. Sistem haematologi

1) Keadaan hematokrit dan hemoglobin akan kembali pada keadaan semula seperti sebelum hamil dalam 4-5 minggu postpartum.

2) Leukosit selama 10-12 hari setelah persalinan umumnya bernilai antara 20.000-25.000/mm<sup>3</sup>.

- 3) Faktor pembekuan, pembekuan darah setelah melahirkan. Keadaan produksi tertinggi dari pemecahan fibrin mungkin akibat pengeluaran dari tempat plasenta.
  - 4) Kaki ibu diperiksa setiap hari untuk mengetahui adanya tanda-tanda thrombosis (nyeri, hangat dan lemas, vena bengkak kemerahan yang dirasakan keras atau padat ketika disentuh).
  - 5) Varises pada vulva umumnya kurang dan akan segera kembali setelah persalinan.
- d. Sistem perkemihan
- Buang air kecil sering sulit selama 24 jam, urin dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Keadaan ini menyebabkan diuresis, ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.
- e. Sistem gastrointestinal
- Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal, namun asupan makan kadang juga mengalami penurunan selama 1-2 hari, rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan ke belakang.

f. Sistem endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam post partum, progesterone turun pada hari ke-3 post partum, kadar prolactin dalam darah berangsur-angsur hilang.

g. Sistem musculoskeletal

Abulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam post partum, ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi.

h. Sistem integument

Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hyperpigmentasi kulit.

4. Involusi alat-alat kandungan (Mochtar, 2012)

- a. Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (berinvolusi) hingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.
- b. 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.
- c. Luka-luka pada jalan lahir jika tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari.

- d. Rasa nyeri, yang disebut after pains, (merian atau mulas-mulas) disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pasca persalinan.
- e. Lokia adalah cairan secret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas.
- 1) Lokia rubra : berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel sel desidua. Verniks kaseosa, lanugo, dan meconium, selama dua hari pascapersalinan
  - 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 putih, setelah 2 minggu
  - 5) Lokia purulenta : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
  - 6) Lokiostasis : lokia tidak lancar keluarnya ( Mochtar, 2012).
- f. Serviks. Setelah persalinan bentuk serviks agak menganga seperti corong, berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perluakaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa d masukkan ke rongga rahim, setelah 2 jam, dapat dilalui

oleh 2-3 jari, dan setelah 7 hari, hanya dapat dilalui 1 jari (Mochtar, 2012).

- g. Ligamen-ligamen : ligament, fascia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali.

#### 5. Tahapan Masa Nifas

- a. Puerperium dini yaitu kepulihan saat ibu telah dipernolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- b. Puerperium intermediat, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.
- c. 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, 2012).

#### 6. Deteksi Dini Komplikasi Masa Nifas

- a. Perdarahan pasca persalinan adalah komplikasi yang terjadi pada tenggang waktu diantara persalinan dan masa pascapersalinan. Faktor predisposisi anemia, penyebab perdarahan paling sering adalah atonia

uteri serta retensio plasenta, yang lain adalah laserasi serviks atau vagina, ruptur uteri dan inversion uteri.

- b. Infeksi nifas seperti sepsis, dengan demam salah satu gejala/tanda yang paling mudah dikenali. Faktor predisposisi yaitu persalinan macet, ketuban pecah dini, pemeriksaan dalam terlalu sering, pemantauan janin intravaginal, dan bedah sesar. Penyebab infeksi adalah kuman salah satunya streptococcus pyogenes.
- c. Eklampsia, ibu dengan persalinan yang diikuti oleh eklampsia atau preeklampsia berat, harus dirawat inap. Pengobatan terpilih menggunakan magnesium sulfat ( $MgSO_4$ )
- d. Komplikasi pascapersalinan lain adalah infeksi saluran kemih, retensio urine atau inkontinensia.
- e. Masalah psikologis, dapat dihindari dengan adanya dukungan social serta dukungan pelaksana pelayanan kesehatan selama kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan (Prawirohardjo, 2010).

#### 7. Perubahan Psikologis pada Masa Nifas

Perubahan psikologis pada masa nifas menurut Walyani & Purwoastuti (2015) yaitu :

a. *Fase taking in*

Yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan, pada fase ini ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri, ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir.

b. *Fase taking hold*

Adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan, pada fase ini timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggungjawabnya dalam merawat bayi.

c. *Fase letting go*

Adalah periode menerima tanggungjawab akan peran barunya sebagai orangtua, fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

8. Masalah-masalah Psikologis pada Ibu Nifas

a. Baby Blues

Diperkirakan hampir 50-70% seluruh wanita pasca melahirkan akan mengalami baby blues atau post natal syndrome yang terjadi pada hari ke 4-10 hari pasca melahirkan. Penyebab terjadinya baby blues adalah hormone progesterone yang telah meningkat sejak masa kehamilan kemudian pasca persalinan hormone ini mengalami

penurunan secara tiba-tiba sehingga mempengaruhi keadaan fisik dan emosi (Varney, 2008).

b. Depresi Post Partum

Post Partum blues di alami 80% wanita bersalin, yakni semacam perasaan sedih atau uring-uringan pada ibu dan timbul dalam jangka waktu 2-14 hari pasca persalinan. Depresi post partum adalah perasaan sedih yang dibawa ibu sejak masa hamil yang berkaitan dengan sikap ibu yang sulit menerima kehadiran bayinya (Varney, 2008).

c. Depresi Masa Nifas

Depresi masa nifas ialah keadaan yang sangat serius, karena pada masa ini ibu harus memerlukan istirahat dan dukungan dari orang-orang disekitarnya. Biasanya penyebab depresi masa nifas berkaitan dengan kesibukan ibu mengurus anak yang lain sebelum melahirkan anaknya. Gejala-gejala psikis dari ibu yang mengalami depresi masa nifas adalah tidak mau mengurus diri atau bayinya, gampang murung, mudah marah dan terkadang mengalami halusinasi pendengaran (Varney, 2008).

## 9. Asuhan Kebidanan Masa nifas

Kunjungan masa nifas

Tabel 2.3 kunjungan masa nifas

Kunjungan	Penatalaksanaan
1. Kunjungan ke -1 dilakukan 6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Mencegah perdarahan masa nifas.</li><li>2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan agar bisa segera dirujuk apabila terjadi perdarahan secara terus menerus.</li><li>3) Memberikan konseling pada ibu dan anggota keluarga bagaimana cara pencegahan perdarahan masa nifas akibat <i>atonia uteri</i>.</li><li>4) Konseling tentang pemberian asi awal.</li><li>5) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi yang baru dilahirkannya.</li><li>6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.</li><li>7) Pemantauan 2 jam setelah persalinan.</li></ol>
2. Kunjungan ke -2 dilakukan 6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Memantau dan memastikan bahwa proses <i>invulusi uteri</i> berjalan dengan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau.</li><li>2) Mengevaluasi adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.</li><li>3) Memastikan ibu cukup makan, minum dan istirahat.</li><li>4) Memastikan ibu menyusui dengan benar dan tidak ada tanda-tanda adanya penyulit.</li><li>5) Memberikan konseling pada ibu mengenai hal-hal yang berkaitan dengan asuhan pada bayi.</li></ol>
3. Kunjungan ke-3 di lakukan 2 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Memantau dan memastikan bahwa proses <i>invulusi uteri</i> berjalan dengan normal.</li><li>2) Mengevaluasi adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.</li><li>3) Memastikan ibu cukup makan, minum, dan istirahat.</li></ol>

- 
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan benar tidak ada tanda-tanda adanya penyulit.
  - 5) Memberikan konseling pada ibu hal-hal yang berkaitan dengan asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat.
4. Kunjungan ke rumah di lakukan 4-6 minggu setelah persalinan
- 1) Menanyakan penyulit-penyulit yang ada.
  - 2) Memberikan konseling untuk KB secara dini kepada ibu.
- 

(sumber : Mochtar, 2010)

#### 10. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Pelayanan pasca persalinan untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu pada masa pasca persalinan (Prawirohardjo. 2010).

Penatalaksanaan perawatan selama puerperium secara spesifik bidan mempunyai tanggungjawab sebagai berikut :

- a. Melakukan evaluasi kontinu dan penatalaksanaan perawatan kesejahteraan wanita
- b. Memberi pemulihan dari ketidaknyamanan fisik
- c. Memberi bantuan dalam menyusui
- d. Memfasilitasi pelaksanaan peran sebagai orangtua
- e. Melakukan pengkajian bayi selama kunjungan rumah

- f. Memberikan pedoman antisipasi dan instruksi
  - g. Melakukan penampisan kontinu untuk komplikasi puerperium
- (Varney, 2008).

#### **D. Bayi Baru Lahir**

##### 1. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 (Prawirohardjo, 2005 dalam Sondakh, 2013). Bayi baru lahir (neonates) adalah bayi yang berusia 0-28 hari (Kementrian Kesehatan RI, 2010). Bayi baru lahir adalah bayi berusia satu jam yang lahir pada usia kehamillan 37-42 minggu dan berat badannya 2500-4000 gram (Dewi,2010). Jadi, dapat disimpulkan bahwa bayi baru lahir merupakan bayi yang lahir dengan bayi usia 0-28 hari.

##### 2. Ciri-ciri

Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-42 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan (Kementrian Kesehatan RI, 2010).

Bayi baru lahir memiliki panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160

x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, refleks-refleks sudah terbentuk dengan baik (*rooting, sucking, morro, grasping*), organ genitalia pada laki-laki testis sudah berada pada skrotum dan penis berlubang, pada bayi perempuan vagina dan uretra berlubang serta adanya labia minora dan mayora, meconium sudah keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan (Dewi, 2010).

### 3. Klasifikasi Neonates

Bayi baru lahir atau neonates dibagi menjadi beberapa klasifikasi menurut Marmi (2015), yaitu :

#### b. Neonatus menurut masa gestasinya :

- 1) Kurang bulan (*preterm infant*): <259 hari (37 minggu)
- 2) Cukup bulan (*term infant*) : 259-294 hari (37-42 minggu)
- 3) Lebih bulan (*posterm infant*) : > 294 hari (42 minggu atau lebih)

#### c. Neonatus menurut berat badan lahir :

- 1) Berat lahir rendah : <2500 gram
- 2) Berat lahir cukup : 2500-4000 gram
- 3) Berat lahir lebih : >4000 gram

#### d. Neonates menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan) :

- 1) Neonates cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
- 2) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

#### 4 Fisiologis Bayi Baru Lahir

Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonates dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan diluar uterus. Kemampuan adaptasi fisiologis ini disebut juga homeostasis (Muslihatun, 2010).

Transisi kehidupan ekstrauteri terjadi di beberapa area, yaitu :

##### a. Perubahan sistem pernapasan

Perkembangan sistem pulmoner terjadi sejak masa embrio, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari. Pada umur kehamilan 24 hari bakal paru-paru terbentuk. Pada umur kehamilan 26-28 hari kedua bronchi membesar. Pada umur kehamilan 6 minggu terbentuk segmen bronchus. Pada umur kehamilan 12 minggu terjadi diferensiasi alveolus. Pada umur kehamilan 34-36 minggu struktur paru-paru matang, artinya paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam masa uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi (Muslihatun, 2011).

b. Sistem temperature tubuh

Terdapat 4 mekanisme kemungkinan hilangnya panas tubuh dari baru lahir ke lingkungannya (Muslihatun, 2011).

1) Konduksi

Panas yang dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Contoh konduksi, ialah menimbang bayi tanpa alas timbangan, tangan penolong yang dingin memegang bayi baru lahir (Muslihatun,2011).

2) Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung kepada kecepatan suhu dan udara). Contoh konveksi, ialah membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir di dekat jendela, membiarkan bayi baru lahir di dekat jendela, membiarkan bayi baru lahir di ruang terpasang kipas angin (Muslihatun, 2011)

3) Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek

yang mempunyai 2 suhu yang berbeda). Contoh radiasi, ialah bayi baru lahir dibiarkan di ruangan dalam air conditioner (AC) tanpa diberikan pemanas (radiant warmer), bayi dibiarkan dalam keadaan telanjang, bayi didekatkan dengan ruang yang dingin, misalnya tembok (Muslihatun, 2011).

#### 4) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap). Apabila bayi baru lahir di biarkan dalam satu suhu ruangan 25°C, maka bayi kehilangan panas melalui konveksi, radiasi dan evaporasi 200 per kilogram berat badan (per kg BB). Mencegah hilangnya panas pada bayi baru lahir, ialah mengeringkan bayi secara seksama, menyelimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kering dan hangat, menutup kepala bayi, menganjurkan bayi untuk memeluk dan menyusukan bayinya jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir (Muslihatun, 2010).

#### c. Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonates, relative lebih luas dari tubuh orang dewasa sehingga metabolisme basal per KG BB akan lebih besar.

Bayi baru lahir harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energy diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak (Muslihatun, 2010).

d. Peredaran darah

Darah yang di reoksigenasikan meninggalkan plasenta melalui satu-satunya vena umbilika. Vena umbilika berjalan di tali pusat ke umbilicus dan dari sana ada vena kecil yang berjalan ke porta hepatis. Hampir tidak ada daerah masuk ke dalam hati sebab vena umbilika langsung sambung vena kava inferior melalui pembuluh darah, disebut ductus venosus, struktur yang ada pada masa fetus. Dalam vena kava inferior, daerah berjalan keatas mencapai atrium kanan. Sebagian darah bukan masuk ke dalam ventrikel kanan (sebagaimana sirkulasi orang dewasa), bukan masuk atrium kiri tetapi melalui fetal hanya sementara ada di dalam septum interatrial, disebut foramen ovale. Setelah mencapai atrium kiri darah masuk katup mitral ke dalam ventrikel kiri. Kontraksi ventrikel kiri mendorong darah masuk ke aorta ascendens. Sebagian darah didistribusikan ke jantung, otak dan anggota atas. Darah yang tertinggal dalam lingkungan aorta masuk ke aorta torasika abdominalis descendens. Setelah beredar dalam otak dan anggota atas, darah kembali ke jantung melalui kava superior dan

mencapai atrium kanan. Darah berjalan terus ke bawah ke atrium kanan, melalui lubang trikuspid daerah masuk ke arteri pulmonalis (Muslihatun, 2010).

e. Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Tubuh bayi baru lahir mengandung relative banyak air dan kadar natrium lebih besar dari kalium karena ruangan ekstra seluler luas. Fungsi ginjal belum sempurna karena jumlah nefron belum sebanyak orang dewasa, ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal, serta renal *blood flow* relatif kurang bila di bandingkan dengan orang dewasa (Muslihatun, 2010).

f. Immunoglobulin

Neonates tidak terdapat sel plasma pada sum-sum tulang, lamina propia ileum serta apendiks. Plasenta merupakan sawar sehingga fetus bebas dari antigen dan stress imunologis. Bayi baru lahir hanya dapat gama globulin G sehingga imunologi dari ibu melalui plasenta (lues, toksoplasma, herpes simpleks dan lain-lain), imunologis dapat terjadi pembentukan sel plasma dan antibody gamma A, G, dan M (Muslihatun, 2010).

g. Traktus digestivus

Pengeluaran meconium dalam 10 jam pertama dan 4 hari biasanta tinja terbentuk dan berwarna biasa. Enzim traktus digestivus terdapat neonates kecuali amilase prankeas (Muslihatun, 2010)

h. Hati

Hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis, kenaikan kadar protein serta penurunan kadar lemak dan glikogen. Sel hemopetik juga mulai berkurang. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya dektofikasi hati belum sempurna (Muslihatun, 2010).

i. Keseimbangan asam basa

Derajat keasaman (PH) darah pada waktu lahir rendah, karena glikolisis aneorobik. Dalam 24 jam neonates telah mengkompensas asidosis ini (Muslihatun, 2010).

5. Bayi Baru Lahir dikatakan normal jika :

- a. Berat badan lahir bayi 2500-4000 gram
- b. Panjang badan bayi 48-50 cm
- c. Lingkar dada bayi 32-34 cm
- d. Lingkar kepala bayi 33-35 cm

- e. Bunyi jantung pada menit pertama 180 kali/menit, kemudian turun sampai 140-120 kali/menit
  - f. Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernapasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan intercostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit
  - g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa
  - h. Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik
  - i. Kuku telah agak panjang dan lemas
  - j. Refleks isap, menelan, dan morro telah terbentuk
  - k. Eliminasi urin dan meconium normalnya keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket (Sondakh, 2013).
6. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir
- a. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali per menit
  - b. Kehangatan terlalu panas ( $>38^{\circ}\text{C}$  atau terlalu dingin  $<36^{\circ}\text{C}$ )
  - c. Warna kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru atau pucat, memar
  - d. Pemberian makan : hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah
  - e. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, baru busuk dan berdarah

- f. Infeksi : suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah), baru busuk dan pernapasan sulit
  - g. Tinja/kemih : tidak berkemih 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lendir atau darah pada tinja
  - h. Aktivitas : menggigil, atau tangis tidak bisa, sangat mudah tersinggung, lemah, terlalu mengantuk, lunglai, kejang-kejang halus, tidak bisa tenang, menangis terus menerus (Saifuddin, 2010).
7. Adaptasi fisiologis BBL terhadap kehidupan di luar uterus
- a. Adaptasi pernapasan : dalam waktu 30 detik sesudah kelahiran, menyebabkan perangsangan pusat pernapasan dalam otak yang melanjutkan rangsangan tersebut untuk menggerakkan diafragma, serta otot-otot pernapasan lainnya. Tekanan rongga dada bayi pada saat melalui jalan lahir pervaginam mengakibatkan paru-paru kehilangan 1/3 dari cairan yang terdapat di dalamnya, sehingga tersisa 80-100 ml. setelah bayi lahir, cairan yang hilang tersebut akan diganti dengan udara.
  - b. Adaptasi kardiovaskuler : sirkulasi perifer lambat, menyebabkan akrosianosis (pada tangan, kaki dan sekitar mulut). Denyut nadi berkisar 120-160 kali/menit saat bangun dan 100 kali/menit saat tidur.

- c. Perubahan termogulasi dan metabolic : suhu bayi dapat turun beberapa derajat karena lingkungan eksternal lebih dingin daripada lingkungan pada uterus. Suplai lemak subkutan yang terbatas dan area permukaan kulit yang besar dibandingkan dengan berat badan menyebabkan bayi mudah menghantarkan panas pada lingkungan.
- d. Adaptasi neurologis : secara anotomik atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, control otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstermitas.
- e. Adaptasi gastrointestinal : enzim digesif yang dipetik untuk menghantarkan makanan sudah terbentuk saat lahir. Pencernaan protein dan karbohidrat telah tercapai namun pada lemak kurang baik karena tidak adekuatnya enzim pankreas dan lipase. Kalenjar saliva imatur saat lahir yaitu sedikit saliva diolah sampai bayi berusia 3 bulan. Pengeluaran meconium dalam 24 jam, berwarna hitam kehijauan, dan lengket.
- f. Adaptasi ginjal : laju filtrasi glomerulus relatif pada saat lahir disebabkan oleh tidak adekuatnya area permukaan glomerulus.
- g. Adaptasi hati : hati memproduksi zat yang esensial untuk pembekuan darah. Penyimpanan zat besi sampai 5 bulan.

- h. Adaptasi imun : bayi baru lahir tidak dapat membatasi organisme penyerang di pintu masuk. Imaturitas jumlah sistem perlindungan secara signifikan meningkatkan risiko infeksi pada periode bayi baru lahir.

(Sondakh, 2013).

## 8. Penyulit Pada Neonatus

### a. Asfiksia Neonatorum

Adalah tindakan bayi yang tidak dapat bernapas spontan dan teratur, sehingga dapat menurunkan  $O_2$  dan makin meningkatkan  $CO_2$  yang menimbulkan akibat buruk dalam kehidupan lanjut.

### b. Perlukaan kelahiran

#### 1) Perlukaan kulit

2) Kaput suksedaneum : muncul karena kepala janin terlalu lama tertekan dasar panggul, kaput melampaui batas tulang dan akan menghilang beberapa hari.

3) Sefalhematoma : perdarahan subperitonal, dengan batas jelas pada satu tulang tengkorak. Dapat terjadi disertai fraktur tulang tengkorak. Bila tidak ada kelainan penyerta, maka tidak memerlukan pengobatan dan akan menghilang 2 sampai 12 minggu.

- 4) Perdarahan subkonjungtiva dapat terjadi pada persalinan spontan, tidak menimbulkan bahaya dan akan diserap setelah beberapa hari.
  - 5) Paralisis pleksus brakialis : terjadi pada tarikan kepala yang berat, sehingga merusak pleksus brakialis. Bentuk kelainan otot lengan : kelemahan pada fleksi dan abduksi, rotasi keluar, dan refleks biseps dan morro hilang. Kesembuhan beberapa minggu sampai 6 bulan.
  - 6) Perdarahan jaringan otak : disebabkan oleh hipoksia primer semenjak kehamilan dan trauma persalinan.
  - 7) Fraktur tulang klavikula : sering terjadi pada kesulitan persalinan bahu, gejalanya yang mungkin terjadi adalah hilangnya kekuatan pada sisi fraktur dan refleks motro yang hilang.
- c. Kelainan kongenital

Merupakan kelainan pertumbuhan struktur organ janin sejak saat pembuahan. Merupakan penyebab terjadinya keguguran, lahir mati, atau kematian setelah persalinan pada minggu pertama. Yang sering dijumpai adalah anensefali, kelainan fungsi jaringan organ tubuh (spinabifide), labiokisis, palatokisis, labiopalatokisis, gangguan pembentukan alat tubuh (atresia vagina, atresia anus, atresia esophagus, hipospadia).

d. Infeksi neonatorum

- 1) Sepsis neonatorum dan meningitis : penyebabnya ibu telah menderita penyakit infeksi, ketuban pecah dini, persalinan lama atau terlantar, persalinan dengan tindakan operasi vaginal.
- 2) Aspirasi pneumonia : ditandai dengan sering tidur (letargi), berat badan cepat turun, kurang minum, sering terjadi apnea.
- 3) Diare : kuman yang sering menyebabkan diare adalah Escherichia coli (E-coli).
- 4) Tetanus neonatorum : masuknya kuman tetanus-klostridium tetani sebagian besar melalui tali pusat. Masa inkubasinya sekitar 3 sampai 10 hari. Menyebabkan kerusakan pada pusat motoric, jaringan otak, pusat pernapasan, dan jantung.
- 5) Ikterus neonatorum : dalam batas normal pada hari kedua sampai hari ketiga dan menghilang pada hari kesepuluh. Disebabkan hemolisis darah janin dan selanjutnya diganti menjadi darah dewasa. Kemikterus adalah akumulasi bilirubin dalam jaringan otak sehingga dapat mengganggu fungsi otak dan menimbulkan gejala klinis sesuai tempat akumulasi tersebut.

e. Bayi dengan berat badan lahir rendah

Penyebab kelahiran bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram, yaitu karena usia kehamilan kurang dari 37 minggu, berat badan lebih rendah dari semestinya, sekalipun cukup bulan, atau karena kombinasi keduanya.

f. Kematian perinatal

Adalah kematian hasil konsepsi setelah mencapai usia 28 minggu atau berat badan janin diatas 1000 gram.

(Manuaba, 2010).

9. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Normal

Asuhan yang diberikan oleh bidan pada bayi baru lahir normal menurut Wikjosastro (2014) adalah sebagai berikut :

- a. Penilaian selintas bayi (bayi cukup bulan, bayi menangis, atau bernafas/tidak megap-megap, tonus otot baik/bayi bergerak aktif)
- b. Jaga kehangatan bayi
- c. Keringkan bayi (keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks)
- d. Klem, potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir
- e. Lakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

- f. Beri suntikan Vitamin K 1 mg intramaskular, di paha kiri anetolateral setelah IMD
- g. Pemeriksaan fisik termasuk tanda vital
- h. Beri imunisasi Hepatitis B 0,5 mL, intramaskular, dipaha kanan anterolateral, kira-kira 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K.

Kunjungan neonatal tiga kali (dua kali pada minggu pertama dan satu kali pada 8-28 hari) yaitu pada umur 6-48 jam, umur 3-7 hari, dan umur 8-28 hari (Profil Kesehatan Indonesia, 2014).

Kunjungan neonates (KN) dilakukan sejak bayi usia satu hari sampai usia 28 hari.

- a. KN 1 dilakukan pada umur 2 jam- 3 hari (Profil Kesehatan Indonesia, 2014)

Menurut Mami (2012) mengatakan bahwa asuhan yang diberikan yaitu : perawatan tali pusat, pemberian ASI Eksklusif, menjaga kehangatan bayi, konseling tanda bahaya BBL, imunisasi, perawatan bayi sehari-hari dan pencegahan infeksi.

- b. KN 2 dilakukan pada umur 3-7 hari (Profil Kesehatan Indonesia, 2014)

Menurut Mami (2012) asuhan yang diberikan bidan pada saat kunjungan bayi umur 6 hari adalah beritah hasil pemeriksaan pada ibu,

anjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayi, anjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi, beritahu ibu bahwa akan dilakukan kunjungan rumah.

- c. KN 3 dilakukan pada umur 8-28 hari (Profil Kesehatan Indonesia, 2014)

Memberitahu ibu hasil pemeriksaan, menganjurkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayi, menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif sampai 6 bulan, memberikan konseling imunisasi BCG dan polio 1 serta menganjurkan ibu untuk melakukan imunisasi BCG dan polio.

## **E. Keluarga Berencana**

### **1. Definisi KB**

Keluarga Berencana merupakan usaha untuk mengatur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang di inginkan. Maka dari itu, pemerintah merancang program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan (Sulistyawati, 2013). Keluarga Berencana adalah tindakan yang membantu individu untuk mendapatkan objek-objek tertentu, menghindari kehamilan yang tidak di inginkan, mengatur interval kehamilan, menentukan jumlah anak dalam keluarga, mengontrol saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri (Imbarwati, 2009). Keluarga

Berencana merupakan suatu usaha untuk menjarangkan dan merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai alat kontrasepsi, untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera adalah yang dibentuk berdasarkan atas perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual, material yang layak, bertaqwa kepada tuhan yang maha Esa, memiliki hubungan serasi, selaras, seimbang, antar anggota dan antar keluarga dengan masyarakat serta lingkungan (Sari, 2014). Jadi, dapat disimpulkan bahwa Keluarga Berencana merupakan suatu tindakan yang membantu pasangan (suami istri) untuk merencanakan kehamilan yang diinginkan maupun tidak diinginkan dengan menggunakan alat kontrasepsi.

## 2. Tujuan Keluarga Berencana

Menurut Yuhedi dan Kusniawati (2015), tujuan umum program KB nasional adalah memenuhi permintaan masyarakat akan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi. Keduanya menyatakan bahwa pelayanan keluarga berencana yang berkualitas, berguna dalam menurunkan AKI dan AKB serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi untuk membentuk keluarga kecil berkualitas.

### 3. Defisini Kontrasepsi

Kontrasepsi merupakan usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha itu dapat bersifat sementara dan permanen (Wiknjosastro, 2007). Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang dibuahi ke dinding rahim (Nugroho dan Utama, 2014).

### 4. Macam-macam Kontrasepsi

#### a. Metode kontrasepsi sederhana

Metode KB sederhana adalah metode KB yang digunakan tanpa bantuan orang lain (Manuaba, 2010).

#### 1) Jenis-jenis Kontrasepsi Sederhana

##### a) Metode tradisonal

- i. Douce, atau douching membersihkan daerah vagina dengan cara menyemprotkan zat pembersih vagina setelah senggama. Namun angka keberhasilan metode ini sangat rendah karena metode ini keliru. Saat ejakulasi sperma masuk ke dalam vagina sampai ke tulang serviks atau saluran serviks, dan mustahil penyemprotan hingga ke daerah tersebut.

ii. Koitus Interruptus. Atau menarik kembali pada saat pria merasa akan ejakulasi. Angka keberhasilan cukup tinggi tergantung pengendalian diri yang ideal pada pria. Namun pria sering kali menganggap metode ini menghambat kepuasan seksual (Varney, 2007).

b) Metode KB alami

- i. Metode kalender, hanya dapat memprediksi kapan masa subur wanita dalam siklus menstruasinya sehingga kemungkinan besar bisa hamil. Perkiraan ini didasarkan pada waktu ovulasi seperti yang ditetapkan berdasarkan perhitungan kalender, yang dibuat dari riwayat menstruasi selama 8 sampai 12 siklus menstruasi.
- ii. Metode lendir serviks, didasarkan pada pengenalan perubahan lendir serviks selama siklus menstruasi, yang menggambarkan masa subur dalam siklus dan waktu fertilitas maksimal dalam masa subur.
- iii. Metode suhu basal tubuh, mendeteksi kapan ovulasi terjadi dengan peningkatan suhu tiba-tiba satu hingga dua hari.

iv. Metode gejala suhu, mengamati lendir serviks dan perubahan suhu basal pada masa ovulasi atau masa subur wanita.

v. Metode amenore laktasi, kehamilan jarang terjadi selama enam bulan pertama setelah melahirkan di antara wanita menyusui. Ovulasi dapat dihambat oleh kadar prolactin yang tinggi. Dan wanita yang belum mengalami perdarahan pervaginam setelah 56 hari pascapartum (Varney, 2007).

c) Metode barrier

i. Kondom, merupakan selubung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami (produksi hewan) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual (Affandi, 2011).

ii. Diafragma, merupakan kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks(karet) yang di insersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutupi serviks (Affandi, 2011).

b. Kontrasepsi hormonal

Menurut Kusumaningrum (2009) sebagai berikut :

1) Menggunakan hormone estrogen dan progesterone atau salah satunya. Macamnya :

a) Kontrasepsi hormonal pil, tablet yang mengandung hormon estrogen dan progesterone sintetik disebut pil kombinasi dan hanya mengandung progesterone suntik saja disebut mini pila tau pil progestine.

(1) Fungsi

(a) Menekan ovulasi

(b) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu

(c) Memperkental lendir *servix*

(2) Keuntungan

(a) Mudah penggunaannya dan mudah didapat

(b) Mengurangi kehilangan darah (akibat haid) dan nyeri haid

(c) Mengurangi resiko terjadinya kanker ovarium dan rahim

(3) Kontraindikasi

- (a) Menyusui (khusus pil kombinasi)
- (b) Pernah sakit jantung
- (c) Tumor/keganasan
- (d) Kelainan jantung, varises, dan darah tinggi
- (e) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui sebabnya
- (f) Diabetes, epilepsy dan depresi mental
- (g) Tidak dianjurkan bagi wanita >40 tahun

(4) Efek samping

Penggunaan pil KB pada sebagian wanita dapat menimbulkan efek samping, antara lain mual, berat badan bertambah, sakit kepala (berkunang-kunang) perubahan warna kulit dan efek samping ini dapat timbul berbulan-bulan.

- b) Kontrasepsi hormonal suntikan, hormone yang diberikan secara suntikan/injeksi untuk mencegah terjadinya kehamilan. Adapun jenis suntikan hormone ini ada yang terdiri atas 1 hormon dan adapula yang terdiri atas dua hormone sebagai contoh jenis suntikan yang terdiri dari 1 hormon adalah *Depo*

*provera* dan *Depo progestine*. Sedangkan yang terdiri atas dua hormone adalah *Cyclofe*, dan *Mesygna*.

(1) Fungsi

Wanita yang mendapat suntikkan KB tidak mengalami ovulasi.

(2) Keuntungan

- (a) Tidak mempengaruhi air susu
- (b) Merupakan metode yang telah di kenal oleh masyarakat
- (c) Dapat dipakai dalam waktu lama

(3) Kontraindikasi

- (a) Hamil atau disangka hamil
- (b) Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya
- (c) Tumor/keganasan
- (d) Penyakit jantung, hati, darah tinggi, kencing manis, penyait paru berat varises.

(4) Efek samping

Efek samping dari suntikkan *Cyclofem* adalah Mual, berat badan bertambah, sakit kepala, pusing-pusing daan kadang-kadang gejala tersebut hilang setelah beberapa bulan atau

setelah suntikkan dihentikan. Sedangkan efek samping dari *Depo provera* dan *Depo progestine* adalah menstruasi tidak teratur, masa menstruasi akan lebih lama, terjadi bercak perdarahan bukan mungkin menjadi anemia pada beberapa klien.

c) Kontrasepsi hormonal susuk, setiap kapsul mengandung 36 mg *levonogestrel* yang akan dikeluarkan setiap harinya sebanyak 80 mcg.

(1) Fungsi

(a) Lendir *servix* menjadi kental

(b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi

(c) Menekan ovulasi

(2) Keuntungan

(a) Sekali pasang untuk 3 tahun

(b) Tidak mempengaruhi produksi ASI dan tekanan darah

(c) Baik untuk wanita yang tidak ingin punya anak lagi tetapi belum mantap untuk tubektomi

(3) Kontraindikasi

(a) Hamil atau disangka hamil

(b) Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya

(c) Tumor/keganasan

(d) Penyakit jantung, darah tinggi, kencing manis, HT (180/110 mmHg)

(4) Efek samping

Kadang-kadang pada saat pemasangan akan terasa nyeri, selain itu ditemukan haid yang tidak teratur, sakit kepala, kadang-kadang terjadi spotting atau anemia karena perdarahan yang kronis.

(5) Waktu mulai menggunakan implant

(a) Implant dapat dipasang selama siklus haid ke-2 sampai hari ke-7

(b) Bila tidak hamil dapat dilakukan setiap saat

(c) Pasca keguguran implant dapat segera diinersikan

c. AKDR atau alat kontrasepsi dalam rahim

1) Waktu penggunaan: setiap waktu haid. Setelah menderita abrtus

2) Cara kerja :

a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi

b) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri

c) Mencegah sperma dan ovum bertemu dan juga implantasi telur dalam uterus

3) Keuntungan

a) Efektifitasnya tinggi, dapat dirasakan segera setelah pemasangan

b) Metode jangka panjang kurang lebih sepuluh tahun

c) Tidak mempengaruhi hubungan seksual dan meningkatkan kenyamanan hubungan seksual

d) Tidak ada efek samping hormonal

e) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI

f) Dapat dipasang segera setelah melahirkan

g) Dapat digunakan sampai menopause

4) Kerugian

a) Perubahan siklus haid, 3 bulan pertama akan berkurang, dan selanjutnya akan lebih lama dan banyak

b) Saat haid lebih sakit dan mengeluarkan spotting

c) Dapat terjadi penyakit radang panggul

d) Merasakan nyeri pada hari pertama hingga kedua setelah pemasangan

e) AKDR mungkin dapat terlepas sendiri tanpa diketahui maka harus sering memeriksa posisi dari waktu ke waktu (Affandi, 2012).

d. Kontrasepsi mantap

Kontrasepsi ini sangat efektif dan perlu prosedur bedah untuk melakukan sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya. Bertujuan untuk sperma tidak dapat bertemu lagi dengan ovum. Macam-macamnya:

- 1) Tubektomi : metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Dengan cara mengoklusi tuba fallopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin)
- 2) Vasektomi : metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi. Dengan cara mengoklusi vas deferens (mengikat dan memotong atau memasang cincin) (Manuaba, 2010).

## **F. Tinjauan Asuhan Kebidanan**

### **1. Pendokumentasian asuhan kebidanan dengan cara & langkah Varney**

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan (Varney, 2008).

Manajemen asuhan kebidanan adalah pendekatan dan kerangka pikir yang digunakan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan secara sistematis, mulai dari mengumpulkan data, menganalisis data, menegakan diagnosis kebidanan, menyusun rencana asuhan, melaksanakan rencana asuhan, mengevaluasi keefektifan pelaksanaan rencana asuhan, dan pendokumentasian asuhan (Varney, 2008).

Langkah-langkah manajemen kebidanan merupakan suatu proses penyelesaian masalah yang menuntut bidan untuk lebih kritis di dalam mengantisipasi masalah. Manajemen kebidanan menurut varney ada 7 langkah, yaitu :

a. Langkah I: Pengkajian

Mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk menilai keadaan pasien secara keseluruhan, antara lain:

1) Anamnesa

Terdiri dari dari biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, pengetahuan klien (Salmah dkk, 2006).

2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital.

- 3) Pemeriksaan khusus kebidanan, meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.
- 4) Pemeriksaan penunjang meliputi laboratorium, catatan terbaru dan sebelumnya.

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua data yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien, bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap.

b. Langkah II: Merumuskan Diagnosa, Masalah dan Kebutuhan

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar diatas data yang telah dikumpulkan yaitu dengan diagnose kebidanan.

c. Langkah III: Mengantisipasi Diagnosa Potensial

Merupakan langkah ketika bidan melakukan identifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya.

d. Langkah IV: Kebutuhan Segera

Pada tahap ini bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

e. Langkah V: Intervensi (Perencanaan)

Menyusun rencana yang menyeluruh mengacu pada diagnosa, masalah asuhan, serta kebutuhan yang telah sesuai dengan kondisi klien saat diberi asuhan.

f. Langkah VI: Implementasi

Pada langkah ini dilakukan pelaksanaan asuhan langsung secara efisien dan aman.

g. Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan.

2. Standar Asuhan Kebidanan

Standar Asuhan Kebidanan dalam Permenkes 938 tahun 2007

a. STANDAR I: Pengkajian

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Kriteria pengkajian:

- 1) Data tepat, akurat dan lengkap
- 2) Data subjektif
- 3) Data objektif

b. STANDAR II: Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan:

- 1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- 3) Dapat diselesaikan dengan Asuhan Kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

c. STANDAR III: Perencanaan

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakan. Kriteria perencanaan:

- 1) Rencana tindakan disusun berdasarakan prioritas masalah dan kondisi pasien
- 2) Melibatkan pasien dan atau keluarga
- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologis, social budaya klien atau keluarga.
- 4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

d. STANDAR IV: Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan evidence based kepada pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative.

Kriteria implementasi:

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarga.
- 3) Melaksanakan asuhan berdasarkan evidence based.
- 4) Melibatkan klien dalam setiap tindakan.
- 5) Menjaga privasi klien.
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkala.
- 8) Menggunakan sumberdaya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar.
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

e. STANDAR V: Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien. Kriteria evaluasi:

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan kepada klien dan keluarga.

f. STANDAR VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, kurat, singkat dan jelas mengenai keadaan yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan:

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia.
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.

O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.

A adalah analisi, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.

P adalah pelaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan

