

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Kehamilan**

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

Kehamilan adalah suatu masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari), dan terbagi dalam periode 3 triwulan / trimester (Nugroho, 2014).

##### **2.1.2 Fisiologi Proses Kehamilan**

Menurut Manuaba (2010) proses kehamilan akan terjadi jika terdapat 5 aspek berikut:

a. Ovum

Merupakan sel dengan diameter  $\pm 0,1$  mm yang terdiri dari suatu nukleus yang terapung-apung dalam vitellus yang dilindungi oleh zona pelusida dan korona radiata.

b. Spermatozoa

Bentuk sperma seperti cebong yang terdiri atas kepala (lonjong sedikit gepeng yang mengandung inti), leher (penghubung antara kepala dan ekor), ekor (panjang sekitar 10 kali kepala, mengandung energi sehingga dapat bergerak). Pada saat berhubungan seksual dikeluarkan sekitar 3 cc sperma yang mengandung 40-60 juta sperma setiap cc.

c. Konsepsi

Pertemuan inti ovum dengan inti sperma disebut konsepsi atau fertilisasi dan membentuk zigot. proses konsepsi dapat berlangsung seperti berikut :

- a) Ovum yang dilepaskan dalam proses ovulasi, dilindungi oleh korona radiata, yang mengandung persediaan nutrisi.
- b) Pada ovum, dijumpai inti dalam bentuk metafase ditengah sitoplasma yang disebut vitellus.
- c) Dalam perjalanan, korona radiata makin berkurang, nutrisi yang dialirkan kedalam vitellus, melalui saluran pada zona pelusida.
- d) Konsepsi terjadi pada pars ampularis tuba, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh dengan jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia. Ovum mempunyai hidup terlama di dalam ampula tuba.
- e) Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam. Sperma menyebar, masuk melalui kanalis servikalis dengan kekuatan sendiri. Pada kavum uteri, terjadi proses kapasitasi yaitu pelepasanlipoprotein dari

sperma sehingga mampu mengadakan fertilisasi. Sperma melanjutkan perjalanan menuju tuba falopi. Sperma hidup selama tiga hari di dalam genitalia interna. Sperma akan mengelilingi ovum yang telah siap dibuahi serta mengikis korona radiata dan zona pelusida dengan proses hialurodinase. Melalui stoma, sperma memasuki ovum. Setelah kepala sperma masuk ke dalam ovum, ekornya lepas dan tertinggal diluar. Inti ovum dan inti sperma bertemu dengan membentuk zigot.

d. Nidasi/Implantasi

Masuknya inti sperma ke dalam sitoplasma membangkitkan kembali pembelahan dalam inti ovum. Pembelahan terus terjadinya di dalam morula terbentuk ruangan yang mengandung cairan yang disebut blastula. Sementara itu pada fase sekresi, endometrium semakin tebal dan semakin banyak mengandung glikogen yang disebut desidua. Sel trofoblas merupakan sel yang melapisi blastula melakukan destruksi enzimatik proteolitik sehingga dapat menanamkan diri di dalam endometrium. Proses penanaman blastula terjadi pada hari ke 6 sampai 7 setelah konsepsi. Pada saat tertanamnya blastula ke dalam endometrium, mungkin terjadi perdarahan yang disebut tanda Hartman.

e. Plasentasi

Nidasi atau implantasi terjadi pada bagian fundus uteri di dinding depan atau belakang. Sel trofoblas akan menghancurkan endometrium sampai terjadi pembentukan plasenta yang berasal dari primer vilikorealis. Dengan terjadinya nidasi maka desidua terbagi menjadi desidua basalis yang berhadapan dengan korion frondusum yang berkembang menjadi plasenta, desidua kapularis yang menutupi hasil konsepsi, desidua yang berlawanan dengan desidua kapularis adalah desidua parietalis. Vili korealis yang tumbuh tidak subur disebut korion leaf.

### 2.1.3 Tanda- Tanda Kehamilan

Menurut Hani (2010), tanda kehamilan terdiri atas tanda tidak pasti kehamilan, tanda kemungkinan kehamilan, tanda pasti kehamilan.

#### a. Tanda Tidak Pasti (Presumptive Sign)

Tanda tidak pasti adalah perubahan – perubahan fisiologis yang dapat dikenali dan yang dirasakan oleh wanita hamil.

##### a. Amenorea

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya pembentukan folikel de graf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenore dapat dikonfirmasi dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT) dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan taksiran persalinan. Tetapi amenorea juga dapat disebabkan oleh penyakit kronik tertentu, tumor pituitary, perubahan dan faktor lingkungan, malnutrisi dan biasanya gangguan emosional seperti ketakutan akan kehamilan. HPHT adalah Hari Pertama Haid Terakhir seorang wanita sebelum hamil, HPHT yang tepat adalah tanggal dimana ibu baru mengeluarkan darah menstruasi dengan frekuensi dan lama seperti menstruasi biasa. HPHT dapat digunakan sebagai perhitungan taksiran persalinan. Tanggal perkiraan persalinan atau *Estimated Date Confinement (EDC)* atau bisa digunakan istilah Estimated Date Delivery (EDD) dapat diperkirakan menggunakan teori Neagle, yaitu:

1. Bila HPHT antara bulan April sampai Desember  
(Hari + 7) (Bulan – 3) (Tahun + 1) = Tafsiran Persalinan
2. Bila HPHT antara bulan Januari sampai Maret  
(Hari + 7) (Bulan + 9) = Tafsiran Persalinan

##### b. Mual dan Muntah

Pengaruh estrogen dan progesterone terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut morning sickness. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis tetapi bila terlampau sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut dengan *hyperemesis gravidarum*.

##### c. Ngidam

Wanita hamil sering menginginkan sesuatu makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan – bulan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

d. Pingsan (Syncope)

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan syncope atau pingsan. Hal ini sering terjadi terutama jika berada pada tempat yang ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu.

e. Kelelahan

Sering terjadi pada trimester pertama akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme pada kehamilan yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi.

f) Payudara Tegang

Estrogen meningkat perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesteron menstimulasi perkembangan sistem alveolar payudara. Menimbulkan pembesaran payudara, perasaan tegang dan nyeri selama 2 bulan pertama kehamilan lebih dari 16 minggu.

g) Konstipasi

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

h) Sering Miksi (BAK)

Desakan rahim ke depan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Frekuensi kencing yang sering terjadi pada trimester pertama akibat desakan uterus terhadap kandungkemih. Pada trimester kedua umumnya keluhan ini akan berkurang karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir trimester, gejala bisa timbul karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

i) Pigmentasi Kulit

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormone kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit. Pigmentasi ini meliputi tempat – tempat berikut ini :

1. Sekitar pipi terdapat cloasma gravidarum (penghitam pada daerah dahi, hidung, pipi dan leher).
2. Sekitar leher tampak lebih hitam.
3. Dinding perut tampak striae lividae/ gravidarum (terdapat pada seorang primigravida, warnanya membiru), linea alba, linea nigra.

4. Hiperpigmentasi areola mammae sehingga terbentuk areola sekunder. Pigmentasi areola ini berbeda pada tiap wanita, ada yang merah muda pada wanita kulit putih, coklat tua pada wanita kulit coklat dan hitam pada wanita kulit hitam. Selain itu, kelenjar Montgomery menonjol dan pembuluhdarah menifis sekitar payudara.
5. Sekitar pantat dan paha atas terdapat striae akibat pembesaran bagian tersebut.

j) Epulis

Hipertrofi papilla gingivae atau gusi. Hal ini sering terjadi pada triwulan pertama.

k) Varises atau Penampakan Pembuluh Darah Vena

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

b. Tanda Mungkin (Probability Sign)

Tanda kemungkinan adalah perubahan – perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik kepada wanita hamil.

- a) abdomen Membesar Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.
- b) Tanda Hegar  
Tanda hegar adalah perlunakan dan dapat ditekannya ismus uteri.
- c) Tanda Goodell  
Tanda goodell adalah perlunakan serviks. Pada wanita yang tidak hamil serviks seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil lunak seperti bibir.
- d) Tanda Piskaceck  
Merupakan pembesaran asimetris akibat implantasi pada satu area kornu. Terjadi pada minggu ke-8 hingga ke-10.
- e) Tanda Chadwicks  
Perubahan warna vulva dan mukosa vagina menjadi agak biru atau ungu, termasuk pada porsio.

## f) Tanda Braxton Hicks

Merupakan peregangan sel – sel otot uterus akibat meningkatnya actomysin di dalam otot uterus. Kontraksi ini tidak beritmik, sporadic, tidak nyeri biasanya timbul pada kehamilan delapan minggu, tetapi baru dapat di amati dari pemeriksaan abdominal pada trimester ketiga. Kontraksi ini akan terus meningkat frekuensinya. Lamanya dan kekuatannya sampai mendekati persalinan.

## g) Teraba Ballotement Hal ini harus ada dalam pemeriksaan kehamilan karena perabaan seperti bentuk janin saja tidak cukup karena dapat saja merupakan mioma uteri.

## h) Pemeriksaan Tes Biologi Kehamilan Positif (Planotest) Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya Human Corionic Gonadotropin (HCG) yang di produksi oleh sinsiotropoblastik sel selama kehamilan. Hormon ini disekresi di peredaran darah (pada plasma darah) dan diekskresi oleh urine ibu. Hormone ini dapat dideteksi pada 26 hari setelah konsepsi danmeningkat dengan cepat pada hari ke 30 – 60 usia getasi dan menurun pada hari ke 100 – 130.

## c. Tanda Pasti (Positive Sign)

Tanda pasti adalah yang menunjukkan langsung keberadaan janin yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa.

## a) Gerakan Janin dalam Rahim Gerakan janin ini harus dapat teraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.

## b) Denyut Jantung Janin Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat Fetal Elektrokardiograf (misalnya dopler). Dengan stetoskop laenecc, DJJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18 – 20 minggu.

## c) Bagian – Bagian Janin

Bagian – bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin yaitu (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan trimester akhir. Bagian janin ini dapat dilihat dengan sempurna menggunakan USG.

## d) Kerangka Janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG.

## 2.1. 4 Perubahan Anatomi dan Fisiologis pada Kehamilan

### a. Sistem Reproduksi dan payudara

Perubahan anatomi dan adaptasi fisiologi pada sistem reproduksi dan payudara adalah sebagai berikut :

#### a) Perubahan Uterus

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama dibawah pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang kadarnya meningkat. Uterus meningkat dari ukuran sebelum hamil sebesar 5 -10 cm menjadi 25-36 cm. ukuran uterus meningkat hingga 5-6 kali lipat, kapasistasnya meningkat 3000-4000 kali lipat dan beratnya meningkat 20 kali lipat pada akhir kehamilan. Pada akhir kehamilan panjang semua sel otot di uterus meningkat hingga 10 kali lipat dari ukuran sebelum kehamilan. Begitu uterus mengembang ke atas dan meninggalkan pelvis, uterus tidak lagi menjadi organ pelvis melainkan organ abdominal (Kisner, et al., 2017).

#### b) Serviks Uteri

Vaskularisasi ke serviks meningkat selama kehamilan, sehingga serviks menjadi lebih lunak dan warnanya lebih biru. Perubahan serviks terutama terdiri atas jaringan fibrosa. Glandula cervikalis mensekresikan lebih banyak mucus dan plak yang akan menutupi kanalis cervikalis. Fungsi utama dari plak mukus ini adalah untuk menutup kanalis cervikalis dan untuk memperkecil resiko infeksi genital yang meluas ke atas. Menjelang akhir kehamilan kadar hormone relaxin memberikan pengaruh perlunakan kandungan kolagen pada serviks.

#### c) Segmen Bawah Uterus

Segmen bawah uterus berkembang dari bagian atas kanalis servikalis setinggi ostium interna dan isthmus uteri. Segmen bawah lebih tipis dibanding segmen atas dan menjadi lunak serta berdilatasi selama minggu-minggu terakhir kehamilan sehingga memungkinkan segmen tersebut menampung presenting part janin. Serviks bagian bawah baru menipis dan menegang setelah persalinan terjadi.

#### d) Kontraksi Braxton – Hicks

Merupakan kontraksi tak teratur rahim dan terjadi tanpa rasa nyeri disepanjang kehamilan. Kontraksi ini membantu sirkulasi darah dalam plasenta.

#### e) Vagina dan Vulva

Vagina dan vulva juga mengalami perubahan akibat hormon estrogen. Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih

merah, agak kebiruan (livide) disebut tanda Chadwick. Vagina membiru karena pelebaran pembuluh darah, PH 3,5-6 merupakan akibat meningkatnya produksi asam laktat karena kerja laktobaci achidophilus.

f) Ovarium

Pada permulaan kehamilan masih didapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta pada kira-kira kehamilan 16 minggu. Korpus luteum graviditas berdiameter kira-kira 3 cm lalu mengecil setelah plasenta terbentuk.

g) Mammae

Mammae akan membesar dan tegang akibat hormon somatomammotropin, estrogen, dan progesteron, akan tetapi belum mengeluarkan air susu. Pada kehamilan akan terbentuk lemak sehingga mammae menjadi lebih besar. Pada kehamilan 12 minggu keatas dari puting susu dapat keluar cairan berwarna putih agak jernih disebut colostrum.

Perubahan pada payudara disebabkan oleh kadar estrogen, progesteron, laktogen plasental, dan prolaktin. Stimulasi hormonal menimbulkan proliferasi jaringan, dilatasi pembuluh darah dan perubahan sekretorik pada payudara. Sedikit pembesaran payudara, peningkatan sensitivitas dan rasa geli mungkin dialami khususnya oleh primigravida pada kehamilan minggu ke- 4.

b. Sistem endokrin, dan perkemihan

a) Sistem endokrin

Selama minggu-minggu pertama, korpus luteum dalam ovarium menghasilkan estrogen dan progesteron. Estrogen merupakan faktor yang mempengaruhi pertumbuhan fetus, pertumbuhan payudara, retensi air dan natrium serta pelepasan hormon hipofise. Progesteron mempengaruhi tubuh ibu melalui relaksasi otot polos, relaksasi jaringan ikat, kenaikan suhu, pengembangan duktus laktiferus dan alveoli serta perubahan sekretorik dalam payudara.

Perubahan endokrin lainnya yaitu sekresi kelenjar hipofise umumnya menurun, dan penurunan ini akan meningkatkan sekresi semua kelenjar endokrin (khususnya kelenjar tiroid, paratiroid, dan adrenal).

b) Sistem Perkemihan

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar, sehingga timbul sering kencing



(berkemih). Frekuensi berkemih yang meningkat juga akibat peningkatan aliran ginjal sampai 80% (Lescher, 2014). Keadaan ini hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus gravidus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, bila kepala janin mulai turun ke bawah pintu atas panggul, keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kemih mulai tertekan kembali. Disamping sering kencing, terdapat pula poliuria. Poliuria disebabkan oleh adanya peningkatan sirkulasi darah di ginjal, sehingga filtrasi di glomerulus juga meningkat sampai 69 %.

c. Sistem Pencernaan, Muskuloskeletal, Kardiovaskuler dan Integument

a) Sistem Pencernaan

Pada bulan-bulan pertama kehamilan terdapat perasaan mual (nausea) atau muntah (vomitus) yang terjadi pada saat bangun tidur. Penyebabnya secara pasti tidak diketahui namun kemungkinan besar akibat reaksi terhadap peningkatan hormon yang mendadak. Ketika kehamilan berkembang terus, lambung dan usus digeser oleh uterus yang membesar. Apendiks biasanya bergeser ke arah atas dan agak ke lateral dan seringkali dapat mencapai pinggang kanan. Pada sekitar 15%- 20% wanita hamil, herniasi bagian atas lambung (hiatus hernia) terjadi setelah bulan ketujuh atau kedelapan kehamilan. Keadaan ini disebabkan pergeseran lambung ke atas, yang menyebabkan hiatus diafragma melebar. Kondisi ini lebih sering terjadi pada wanita multipara, wanita yang gemuk, atau wanita yang lebih tua.

b) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan tubuh secara bertahap dari peningkatan berat wanita hamil, menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah. Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot perut, dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang (realignment) kurvatura spinalis. Pusat gravitasi wanita bergeser ke depan.

Berat uterus dan isinya menyebabkan perubahan pada titik pusat gravitasi dan garis bentuk tubuh. Lengkung tulang belakang akan berubah bentuk untuk mengimbangi pembesaran abdomen. Menjelang akhir kehamilan banyak wanita yang memperlihatkan postur tubuh yang khas (lordosis). Demikian pula pada jaringan ikat dan persendian panggul akan melunak dalam mempersiapkan

persalinan. Sikap tubuh lordosis merupakan keadaan yang khas karena kompensasi posisi uterus yang membesar dan menggeser daya berat ke belakang lebih tampak pada masa trimester III yang menyebabkan rasa sakit bagian tubuh belakang karena meningkatnya beban berat dari bayi dalam kandungan yang dapat mempengaruhi postur tubuh. Bayi yang semakin membesar selama kehamilan meningkatkan tekanan pada daerah kaki dan pergelangan kaki ibu hamil dan dapat mengakibatkan edema pada tangan yang disebabkan oleh perubahan hormonal akibat retensi cairan. Selama trimester terakhir kehamilan, rasa pegal, mati rasa, dan lemah kadang kala dialami pada anggota tubuh bagian atas sebagai akibat lordosis yang besar dengan fleksi anterior leher dan merosotnya lingkaran bahu, yang akan menimbulkan traksi pada nervus ulnaris dan medianus.

c) Sistem Kardiovaskuler

Perubahan yang terjadi pada jantung, yang khas yaitu denyut nadi istirahat meningkat sekitar 10-15 denyut permenit, akibat diafragma semakin naik terus selama kehamilan, jantung digeser ke kiri dan ke atas, sehingga apeks jantung agak kelateral dari posisinya. Perubahan-perubahan ini dipengaruhi oleh ukuran dan posisi uterus, kekuatan otot-otot abdomen dan konfigurasi abdomen dan toraks. Peningkatan volume darah selama kehamilan akan meningkat sebanyak kurang lebih 40-50% di atas normal. Peningkatan volume darah terjadi pada minggu ke-32 kehamilan untuk memenuhi kebutuhan bagi sirkulasi janin dan kebutuhan nutrisi (Lescher, 2014).

d) Sistem Integument

Timbulnya kloasma gravidarum merupakan keluhan yang sering terjadi sejak akhir bulan kedua. Perubahan pigmen tersebut akibat melanocyststimulating hormone (MSH) yang merupakan perangsangan estrogen dan progesterone. Perubahan kulit timbul pada trimester II dan III karena melanocyt yang menyebabkan warna kulit lebih gelap. Stretch mark terjadi karena peregangan kulit yang berlebihan, biasanya pada paha atas dan payudara akibat peregangan kulit ini dapat menimbulkan rasa gatal. Stretch mark tidak dapat dicegah tapi dapat diobati setelah persalinan.

### 2.1.5 Faktor Predisposisi pada Kehamilan

Faktor predisposisi pada masa kehamilan antara lain :

a. Pertumbuhan uterus yang menyebabkan perubahan postur

Pada masa kehamilan seiring dengan membesarnya uterus, maka pusat gravitasi akan berpindah ke arah depan sehingga ibu hamil harus menyesuaikan posisi berdirinya, dimana ibu hamil harus bergantung dengan kekuatan otot, penambahan berat badan, sifat relaksasi sendi, kelelahan serta postur sebelum hamil. Postur tubuh yang tidak tepat akan memaksa peregangan tambahan dan kelelahan pada tubuh, terutama pada bagian tulang belakang sehingga akan menyebabkan terjadinya sakit atau nyeri pada bagian punggung ibu hamil.

b. Penambahan berat badan secara drastis

NPB terjadi pada ibu hamil trimester II-III karena merupakan nyeri yang terjadi akibat perubahan postur yang terjadi akibat penambahan beban kandungan yang semakin besar yang menyebabkan penambahan sudut lengkungan tulang belakang. Pertambahan sudut lengkungan menyebabkan fleksibilitas dan mobilitas dari lumbal menjadi menurun. NPB kadang akan menyebar sampai ke panggul paha dan turun ke kaki, kadang akan meningkatkan nyeri tekan di atas simpisis pubis. Nyeri tersebut bisa muncul seiring dengan pertambahan berat badan.

c. Peregangan berulang

Postur tubuh yang tidak tepat akan memaksa peregangan tambahan dan kelelahan pada tubuh ibu hamil, terutama pada bagian tulang belakang, pelvis, dan sendi penahan berat, sehingga hal ini dapat menyebabkan rasa sakit dan nyeri pada bagian tersebut.

d. Peningkatan kadar hormon estrogen terhadap ligament

Penyebab NPB pada wanita hamil adalah adanya perubahan hormonal yang menimbulkan perubahan pada jaringan lunak penyangga dan penghubung (connective tissue) sehingga mengakibatkan menurunnya elastisitas dan fleksibilitas otot (Kisner, et al., 2017).

### 2.1.6 Perubahan dan Adaptasi Psikologis Pada Kehamilan

a. Trimester 1

Dalam beberapa bulan pertama kehamilan, Bunda akan mengalami kelelahan, mual, nyeri punggung bawah dan sebagainya. Progesteron juga dikaitkan dengan perubahan suasana hati, kewaspadaan, dan menangis tanpa alasan.

Sangat umum bagi ibu yang baru pertama kali mengalami gejala kecemasan ringan. Ini disebabkan oleh rasa takut kehilangan anak, dan hampir setiap ibu hamil dalam situasi ini memiliki kekhawatiran yang sama persis.

b. Trimester II

Pada trimester sebelumnya, seperti kelelahan, perubahan suasana hati, mual di pagi hari biasanya hilang pada trimester kedua. Tapi sebagai gantinya, Bunda mungkin akan menjadi pelupa dan kurang teratur dari biasanya.

Peningkatan berat badan dan ekspansi fisik tubuh juga bisa menimbulkan masalah pada tampilan. Meski emosi kehamilan pada trimester ini biasanya tidak terlalu ekstrem, tapi tetap dapat mempengaruhi secara signifikan.

c. Trimester III

- a) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
- b) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
- c) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- d) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- e) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
- f) Merasa kehilangan perhatian.
- g) Perasaan mudah terluka (sensitif).
- h) Libido menurun.

### 2.1.7 Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

a) Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Berbagai gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil hingga akan mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen pada ibu yang akan berpengaruh pada bayi yang dikandung. Untuk mencegah hal tersebut dan untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil perlu :

- a) Latihan nafas melalui senam hamil.
- b) Tidur dengan bantal yang lebih tinggi.
- c) Makan tidak terlalu banyak.
- d) Kurangi atau hentikan merokok.
- e) Konsul dokter bila ada kelainan atau gangguan pernafasan seperti asma dan lain-lain.

## b) Nutrisi

Status gizi merupakan hal yang penting diperhatikan selama masa kehamilan karena faktor gizi sangat berpengaruh terhadap status kesehatan ibu guna pertumbuhan dan perkembangan janin. Menurut Hendrawan Nasedul yang dikutip oleh Mitayani (2010).

### a) Kalori

Untuk proses pertumbuhan, janin memerlukan tenaga. Oleh karena itu, saat hamil ibu memerlukan tambahan jumlah kalori. Sumber kalori utama adalah hidrat arang dan lemak. Bahan makanan yang banyak mengandung hidrat arang adalah golongan padi-padian (misalnya beras dan jagung), golongan umbi-umbian (misalnya ubi dan singkong), dan sagu. Selain sebagai sumber tenaga, bahan makanan yang tergolong padi-padian merupakan sumber protein, zat besi, fosfor dan vitamin.

### b) Protein

Protein adalah zat utama untuk membangun jaringan bagian tubuh. Kekurangan protein dalam makanan ibu hamil mengakibatkan bayi akan lahir lebih kecil dari normal. Sumber zat protein yang berkualitas tinggi adalah susu. Susu merupakan minuman yang berkualitas tinggi untuk memenuhi kebutuhan wanita hamil terhadap zat gizi karena mengandung protein, kalsium, fosfat, vitamin A, serta vitamin B1 dan B2. Sumber lain meliputi sumber protein hewani (misalnya daging, ikan, unggas, telur dan kacang) dan sumberprotein nabati (misalnya kacang-kacangan seperti kedelai, kacang tanah, kacang tolo, dan tahu tempe).

### c) Mineral

Semua mineral dapat terpenuhi dengan makan-makanan sehari-hari yaitu buah-buahan, sayur-sayuran dan susu. Hanya zat besi yang tidak bisa terpenuhi dengan makanan sehari-hari. Kebutuhan akan besi pada pertengahan kedua kehamilan kira-kira 17 mg/ hari. Untuk memenuhi kebutuhan ini dibutuhkan suplemen besi 30 mg sebagai ferosus, forofumarat atau feroglukonat perhari dan pada kehamilan kembar atau pada wanita yang sedikit anemia dibutuhkan 60-100 mg/hari. Kebutuhan kalsium umumnya terpenuhi dengan minum susu. Satu liter susu sapi mengandung kira-kira 0,9 gram kalsium

d) Vitamin

Vitamin sebenarnya telah terpenuhi dengan makanan sayur dan buah-buahan, tetapi dapat pula diberikan ekstra vitamin. Pemberian asam folat terbukti mencegah kecacatan pada bayi.

c) Personal Hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu kekurangan kalsium.

d) Pakaian

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil adalah memenuhi kriteria berikut ini :

- a) Pakaian harus longgar, bersih dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut.
- b) Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat.
- c) Pakailah bra yang menyokong payudara.
- d) Memakai sepatu dengan hak yang rendah.
- e) Pakaian dalam selalu bersih.

e) Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil berkaitan dengan eliminasi adalah konstipasi dan sering buang air kecil. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong. Meminum air putih hangat ketika dalam keadaan kosong dapat merangsang gerak peristaltik usus. Jika ibu sudah mengalami dorongan, maka segeralah untuk buang air besar agar tidak terjadi konstipasi. Seringbuang air kecil merupakan keluhan utama yang dirasakan oleh ibu hamil, terutama trimester I dan III, hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis.

f) Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, koitus tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, riwayat abortus berulang, abortus/ partus prematurus imminens, ketuban pecah sebelum waktunya.

g) Mobilisasi

Ibu hamil boleh melakukan kegiatan/ aktifitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah dengan dan secara berirama dengan menghindari gerakan menyentak, sehingga mengurangi ketegangan pada tubuh dan menghindari kelelahan.

h) Body Mekanik

a) Duduk

Ibu diingatkan untuk duduk bersandar dikursi dengan benar, pastikan bahwa tulang belakangnya tersangga dengan baik.

b) Berdiri

Ibu dianjurkan untuk berdiri dengan posisi tegak, tidak diperbolehkan untuk berdiri terlalu lama karena dapat menyebabkan kelelahan dan ketegangan.

c) Berjalan

Ibu hamil penting untuk tidak memakai sepatu berhak tinggi atau tanpa hak.

d) Tidur

Posisi setengah duduk, ekstra beberapa bantal atau penyangga cukup dapat meninggikan kepala dan bahu atau satu bantal dibawah paha akan mencegah peregangan punggung bawah dan lutut. Kebanyakan ibu menyukai posisi miring dengan sanggaan dua bantal dibawah kepala dan satu dibawah lutut atas serta paha untuk mencegah peregangan pada sendi sakroiliaka.

e) Bangun dan baring

Untuk bangun dari tempat tidur, geser dulu tubuh ibu ke tepi tempat tidur, kemudian tekuk lutut. Angkat tubuh ibu perlahan dengan kedua tangan, putar tubuh lalu perlahan turunkan kaki ibu.

f) Membungkuk dan mengangkat

Kaki ibu diregangkan, salah satu kaki berada di depan, pangkal paha dan lutut menekuk dengan punggung serta otot trasversus dikencangkan. Barang yang perlu diangkat perlu dipegang sedekat mungkin dan ditengah tubuh, dan lengan serta tungkai digunakan untuk mengangkat.

i) Istirahat

Tidur pada malam hari kurang lebih 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam.

j) Imunisasi

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. jenis imunisasi yang diberikan adalah Tetanus Toxoid (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. Walaupun tidak hamil maka bila wanita usia subur belum mencapai status T5 diharapkan dosis TT hingga tercapai status T5 dengan interval yang ditentukan. Hal ini penting untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi yang akan dilahirkan dan keuntungan bagi wanita untuk mendapatkan kekebalan aktif terhadap tetanus Long Life Card (LLC).



## **2.2 Konsep Dasar Abortus**

### **2.2.1 Definisi Kehamilan Abortus**

Abortus merupakan ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi pertemuan sel telur dan sel sperma pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram, sebelum janin dapat bertahan hidup di luar kandungan. Ini adalah suatu proses pengakhiran hidup dari janin sebelum diberi kesempatan untuk tumbuh. Apabila janin lahir selamat (hidup) sebelum 28 minggu namun setelah 20 minggu, maka istilahnya adalah kelahiran prematur (Manuaba, 2013).

### **2.2.2 Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Abortus**

Penyebab abortus disebabkan oleh berbagai faktor baik dari faktor janin, faktor ibu, dan faktor ayah.

#### **a. Faktor janin**

Faktor janin merupakan penyebab yang sering terjadi pada abortus spontan. Kelainan yang menyebabkan abortus spontan tersebut yaitu kelainan telur (blighted ovum), kerusakan embrio dengan adanya kelainan kromosom, dan abnormalitas pembentukan plasenta (hipoplasi trofoblas) (Rahmani, 2014).

#### **b. Faktor ibu**

Faktor yang menyebabkan abortus terbagi menjadi faktor internal dan faktor eksternal, yaitu :

##### **1. Faktor Internal**

###### **a) Usia**

Berdasarkan teori Prawirohardjo (2008) pada kehamilan usia muda keadaan ibu masih labil dan belum siap mental untuk menerima kehamilannya. Akibatnya, selain tidak ada persiapan, kehamilannya tidak dipelihara dengan baik. Kondisi ini menyebabkan ibu menjadi stress. Akan meningkatkan resiko terjadinya abortus. Kejadian abortus berdasarkan usia 42,9% terjadi pada kelompok usia di atas 35 tahun, kemudian diikuti usia 30 sampai dengan 34 tahun dan antara 25 sampai dengan 29 tahun. Hal ini disebabkan usia diatas 35 tahun secara medik merupakan usia yang rawan untuk kehamilan. selain itu, ibu cenderung memberi perhatian yang kurang terhadap kehamilannya dikarenakan sudah mengalami kehamilan lebih dari sekali dan tidak bermasalah pada kehamilan sebelumnya.

###### **b) Paritas**

Pada kehamilan, rahim ibu teregang oleh adanya janin. Bila terlalu sering melahirkan, rahim akan semakin lemah. Bila ibu telah

melahirkan 4 anak atau lebih, maka perlu diwaspadai adanya gangguan pada waktu kehamilan, persalinan dan nifas. Risiko abortus spontan meningkat seiring dengan paritas ibu.

c) Jarak kehamilan

Bila jarak kelahiran dengan anak sebelumnya kurang dari 2 tahun, rahim dan kesehatan ibu belum pulih dengan baik. Kehamilan dalam keadaan ini perlu diwaspadai karena ada kemungkinan pertumbuhan janin kurang baik, mengalami persalinan yang lama, atau perdarahan (abortus). Insidensi abortus pada wanita yang hamil dalam 3 bulan setelah melahirkan aterm.

d) Riwayat abortus sebelumnya

Menurut Prawirohardjo (2009) riwayat abortus pada penderita abortus merupakan predisposisi terjadinya abortus berulang. Kejadiannya sekitar 3-5%. Data dari beberapa studi menunjukkan bahwa setelah 1 kali abortus pasangan punya risiko 15% untuk mengalami keguguran lagi, sedangkan bila pernah 2 kali maka risikonya akan meningkat 25%. Beberapa studi menyatakan risiko abortus setelah 3 kali abortus berurutan adalah 30-45%.

e) Faktor genetik

Sebagian besar abortus spontan disebabkan oleh kelainan kariotip embrio yang merupakan kelainan sitogenik berupa aneuploidi yang disebabkan oleh kejadian sporadis dari fertilitas abnormal. Sebagian dari kejadian abortus pada trimester pertama berupa trisomi autosom yang timbul selama gametogenesis pada pasien dengan kariotip normal.

f) Faktor anatomik

Defek anatomik uterus diketahui sebagai penyebab komplikasi obstetrik, seperti abortus berulang, prematuritas, dan malpresentasi janin. Kelainan anatomik uterus lainnya seperti septum uterus dan uterus bikornis. Mioma uteri dapat menyebabkan infertilitas maupun abortus berulang dan Sindroma Asherman juga dapat menyebabkan gangguan tempat implantasi serta pasokan darah pada permukaan endometrium.

g) Faktor immunologis

Dalam faktor immunologis ada dua jenis faktor yang mempengaruhi terjadinya abortus khususnya pada kejadian abortus berulang. Faktor dengan penyebab autoimun yaitu antibodi dengan fosfolipid bermuatan

negatif yang terdeteksi sebagai antikoagulan lupus dan antibodi antifosfolipid yang banyak terjadi pada abortus berulang.

h) Faktor infeksi

Penyakit yang diakibatkan oleh penularan virus atau bakteri yang berdampak pada janin atau unit fetoplasenta seperti infeksi kronis endometrium, amnionitis, infeksi organ genitalia, dan HIV (Human immunodeficiency virus).

i) Faktor hormonal

Ovulasi, implantasi, serta kehamilan dini bergantung pada koordinasi yang baik pada sistem pengaturan hormon maternal. Sistem hormonal ibu hamil yang perlu diperhatikan terutama setelah konsepsi yaitu kadar progesteron, fase luteal dan kadar insulin. Kadar progesteron ibu yang rendah dapat berisiko abortus karena progesteron berperan dalam reseptivitas endometrium terhadap implantasi embrio.

j) Serviks inkompeten

Merupakan kelainan yang ditandai adanya pembukaan serviks tanpa rasa nyeri pada trimester kedua atau awal trimester tiga yang disertai prolaps dan menggembungnya selaput ketuban dan ekspulsi janin imatur. Riwayat trauma pada serviks saat adanya dilatasi atau pada kuretase menjadi salah satu penyebab dari serviks inkompeten.

k) Trauma fisik

Trauma yang dapat mengakibatkan abortus seperti trauma akibat suatu benturan benda tumpul dalam kecelakaan, luka bakar, kekerasan dan terkena senjata tajam yang mengakibatkan perdarahan pada saat kehamilan.

2. Faktor Eksternal

a) Faktor lingkungan dan pemakaian obat

Diperkirakan 1-10% malformasi janin akibat dari paparan obat, bahan kimia, atau radiasi dan umumnya berakhir dengan abortus, misalnya adanya paparan terhadap buangan gas anestesi dan tembakau. Karbonmonoksida juga menurunkan pasokan oksigen ibu dan janin serta memacu neurotoksin dengan adanya gangguan pada sistem sirkulasi fetoplasenta dapat terjadi gangguan pertumbuhan janin berakibat terjadinya abortus. Kebiasaan minum alkohol dan yang mengandung kafein secara berlebihan serta kegagalan efektivitas alat kontrasepsi dalam rahim juga berisiko terhadap insiden abortus pada kehamilan muda.

b) Pendidikan

Martadisoebrata dalam Wahyuni (2012) menyatakan bahwa pendidikan sangat dibutuhkan manusia untuk pengembangan diri dan meningkatkan kematangan intelektual seseorang. Kematangan intelektual akan berpengaruh pada wawasan dan cara berfikir baik dalam tindakan dan pengambilan keputusan maupun dalam membuat kebijaksanaan dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Pendidikan yang rendah membuat seseorang acuh tak acuh terhadap program kesehatan sehingga mereka tidak mengenal bahaya yang mungkin terjadi, meskipun sarana kesehatan telah tersedia namun belum tentu mereka mau menggunakannya.

c) Status ekonomi (pendapatan)

Sosial ekonomi masyarakat yang sering dinyatakan dengan pendapatan keluarga, mencerminkan kemampuan masyarakat dari segi ekonomi dalam memenuhi kebutuhan hidupnya termasuk kebutuhan kesehatan dan pemenuhan zat gizi. Hal ini pada akhirnya berpengaruh pada kondisi saat kehamilan yang berisiko pada kejadian abortus. Selain itu, pendapatan juga mempengaruhi kemampuan dalam mengakses pelayanan kesehatan, sehingga adanya kemungkinan risiko terjadinya abortus dapat terdeteksi.

d) Pekerjaan

Beberapa wanita yang sudah bekerja juga akan terhambat karirnya ketika memilih untuk meneruskan kehamilannya. Kondisi pekerjaan yang dilakukan oleh seorang wanita dapat juga setara dengan beban kerja laki-laki baik dari jabatan ataupun jenis pekerjaannya ataupun didukung dengan sosial ekonomi yang rendah sehingga wanita berisiko mengalami kehamilan yang tidak diinginkan.

e) Alkohol

Alkohol dinyatakan meningkatkan risiko abortus spontan, meskipun hanya digunakan dalam jumlah sedang.

f) Merokok

Wanita yang merokok diketahui lebih sering mengalami abortus spontan daripada wanita yang tidak merokok. Kemungkinan bahwa risiko abortus spontan pada perokok, disebabkan wanita tersebut juga minum alkohol saat hamil. Baba et al (2010) menyatakan bahwa kebiasaan gaya hidup termasuk status merokok pada ibu dan

suaminya berpengaruh terhadap kejadian abortus. Merokok 1-19 batang perhari dan lebih dari 20 batang perhari memiliki efek pada ibu mengalami abortus spontan yang lebih awal.

c. Faktor ayah

Tidak banyak yang diketahui tentang faktor ayah dalam terjadinya abortus spontan. Translokasi kromosom pada sperma dapat menyebabkan abortus dimana abnormalitas kromosom pada sperma berhubungan dengan abortus (Carrel dkk 2003 dalam Handono 2009).

### 2.2.3 Klasifikasi Abortus

Menurut Mochtar Rustam abortus dibagi menjadi 2 golongan yaitu :

a. Abortus Spontan

Adalah abortus yang terjadi dengan tidak didahului faktor-faktor mekanisme ataupun medisinalis, semata-mata disebabkan oleh faktor-faktor ilmiah. Abortus ini terbagi lagi menjadi :

1. Abortus Kompletus ( keguguran lengkap) adalah seluruh hasil konsepsi dikeluarkan, sehingga rongga rahim kosong.
2. Abortus Inkompletus (keguguran bersisa) adalah hanya sebagian dari hasil konsepsi yang dikeluarkan, yang tertinggal adalah desidua dan plasenta.
3. Abortus Insipiens ( keguguran sedang berlangsung ) adalah abortus yang sedang berlangsung, dengan ostium sudah terbuka dan ketuban yang teraba.
4. Abortus Iminens ( keguguran membakat ) adalah keguguran membakat dan akan terjadi.
5. Missed Abortion adalah keadaan dimana janin sudah mati, tetapi tetap berada dalam rahim dan tidak dikeluarkan selama 2 bulan atau lebih.
6. Abortus Habitualis adalah keadaan dimana penderita mengalami keguguran berturut-turut 3 kali atau lebih.
7. Abortus Septik adalah keguguran disertai infeksi berat dengan penyebaran kuman atau toksinnya kedalam peredaran darah atau peritoneum.

b. Abortus Provokatus

Adalah abortus yang disengaja, baik dengan memakai obat-obatan maupun alat-alat. Abortus ini terbagi lagi menjadi :

1. Abortus Medisinalis Adalah abortus karena tindakan kita sendiri, dengan alasan bila kehamilan dilanjutkan dapat membahayakan jiwa ibu (berdasarkan indikasi medis). Biasanya perlu mendapat persetujuan 2 sampai 3 tim dokter ahli.
2. Abortus Kriminalis Adalah abortus yang terjadi oleh karena tindakan-tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis.

#### **2.2.4 Komplikasi Abortus**

Komplikasi yang berbahaya pada abortus ialah perdarahan, perforasi, infeksi dan syok.

##### **a. Perdarahan**

Perdarahan dapat diatasi dengan pengosongan uterus dari sisa-sisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian transfusi darah. Kematian karena perdarahan dapat terjadi apabila pertolongan tidak diberikan pada waktunya.

##### **b. Perforasi**

Perforasi uterus pada kerokan dapat terjadi terutama pada uterus dalam posisi hiperretrofleksi. Jika terjadi peristiwa ini, penderita perlu diamati dengan teliti. Jika ada tanda bahaya, perlu segera dilakukan laparotomi, dan tergantung dari luas dan bentuk perforasi dikerjakanlah penjahitan luka perforasi atau histerektomi. Perforasi uterus pada abortus yang dikerjakan oleh orang awam menimbulkan persoalan gawat karena perlukaan uterus biasanya luas dan mungkin pula terjadi perlukaan pada kandung kemih dan usus. Dengan adanya dugaan atau kepastian terjadinya perforasi, laparotomi harus segera dilakukan untuk menentukan luasnya perlukaan pada uterus dan apakah ada perlukaan pada alat-alat lain, untuk selanjutnya mengambil tindakan-tindakan seperlunya guna mengatasi keadaan.

##### **c. Infeksi**

Komplikasi umumnya adalah metritis, tetapi dapat juga terjadi parametritis, peritonitis, endokarditis dan septikemia. Infeksi yang terjadi umumnya karena adanya bakteri anaerob, kadang ditemukan koliform. Terapi infeksi antara lain adalah evakuasi segera produk konsepsi disertai antimikroba spektrum luas secara intravena. Apabila timbul sepsis dan syok maka perlu diberikan terapi suportif.

##### **d. Syok**

Syok pada abortus bisa terjadi karena perdarahan (syok hemoragik) dan karena infeksi berat (syok endoseptik).

#### e. Kematian Maternal

Salah satu hal yang ditakuti dari kehamilan risiko tinggi adalah terjadinya kematian ibu. Penyebab kematian tersebut dapat digolongkan dalam tiga kelompok besar, yaitu :

##### 1. Penyebab kematian langsung

Penyebab langsung adalah penyebab obstetri dari kematian ibu, sehingga dapat didefinisikan sebagai kematian yang disebabkan oleh komplikasi dalam masa kehamilan, proses persalinan, atau masa nifas dan oleh karena intervensi, kelalaian, kesalahan dalam pengelolaan, maupun oleh suatu sebab yang ditimbulkan salah satu faktor tersebut. Bentuk penyebab kematian adalah “trias klasik” berupa perdarahan, infeksi, dan gestosis.

##### 2. Penyebab kematian-antara

Faktor penyebab kematian bersumber dari individu yang bersangkutan, seperti grande multipara serta penyakit yang menyertai kehamilan, seperti penyakit jantung, paru, dan ginjal, asma, dan infeksi pada kehamilan, persalinan, serta kala nifas. Kehamilan yang disertai penyakit ini dapat dimasukkan ke dalam kehamilan risiko tinggi dalam skala terbatas.

Penyebab kematian ibu terbesar yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan (HDK), infeksi, partus lama/macet, dan abortus.

### **2.2.5 Keadaan Psikologis Pada ibu hamil dengan riwayat abortus**

Keguguran spontan yang terjadi pada kehamilan akan memberikan dampak pada wanita yang mengalaminya. Pada kenyataannya wanita yang mengalami keguguran pada kehamilan pertama tidak akan dengan mudah menerima jika dirinya keguguran. Keguguran yang dialami seorang wanita menghilangkan harapan untuk menjadi seorang ibu. Proses dinamika pada kehamilan hingga keguguran sangatlah kompleks, wanita mengalami perubahan emosi dari perasaan bahagia mengetahui dirinya hamil hingga akhirnya merasakan kehilangan saat keguguran.

Perubahan emosi pada wanita yang mengalami abortus yaitu merasa kehilangan, sedih, merasa kosong, marah, merasa tidak cukup, bersalah dan cemburu merupakan berbagai perasaan yang kadang-kadang dialami setelah berakhirnya kehamilan (Patel, 2010). Wanita akan kehilangan kepercayaan diri akibat merasa tidak mampu untuk mempercayai tubuh untuk melahirkan. Perasaan ini tidak mudah ditunjukkan begitu saja oleh orang yang tidak dapat merefleksikan

emosinya, karena terkadang ada beberapa orang yang menyimpan perasaan negatifnya untuk dirinya sendiri.

Sulit mengetahui apakah wanita yang mengalami abortus tersebut baik-baik saja atau mengalami dampak psikis dari abortus. Terlebih ketika seseorang secara fisik dalam keadaan sehat maka wanita tersebut dianggap baik-baik saja. Berdasarkan pemaparan hasil penelitian diatas mengenai dampak psikis, penting apabila wanita yang mengalami abortus mendapatkan perhatian khusus. Ini untuk menghindari kejadian berulang pada kehamilan selanjutnya. Blackmore, dkk (dalam Azis, 2017) juga menambahkan jika wanita yang pernah mengalami keguguran dimasa lalu memiliki tingkat kecemasan dan depresi yang lebih tinggi selama kehamilan, yang terus berlanjut sampai hampir tiga tahun setelah mereka melahirkan bayi yang sehat.

Sarafino (2012) mengatakan bahwa dukungan sosial adalah kenyamanan, perhatian, penghargaan atau bantuan yang diperoleh individu dari orang lain, dimana orang lain dapat diartikan sebagai individu perorangan atau kelompok. Dukungan sosial ini mampu membantu wanita yang mengalami keguguran pada kehamilan pertama untuk kembali bangkit dari kesedihan yang melandanya. Selain itu, ketika stress dapat dikurangi atau diturunkan wanita akan mampu melakukan adaptasi dengan hidup yang baru, mengatasi, dan meningkatkan diri ataupun mengubah dirinya dari keterpurukan dalam hidupnya, sehingga wanita memiliki keteguhan hati dan kekuatan untuk menghadapi abortus spontan yang dialami.

Dukungan sosial dapat diberikan siapa saja yang memiliki kedekatan dengan wanita yang mengalami abortus. Dukungan sosial dapat diperoleh dari sejumlah orang yang dianggap penting (significant others) seperti suami, anak, orang tua, saudara atau kerabat. Dukungan sosial melibatkan hubungan sosial yang berarti sehingga menimbulkan pengaruh positif bagi penerimanya (Susanti, 2017). Pada wanita menikah yang mengalami abortus spontan pada kehamilan pertamanya, wanita mempunyai kedekatan emosional dengan suami, sebagai pasangan hidupnya. Dukungan yang didapatkan dari suami nantinya akan menjadi sumber kekuatan sendiri bagi wanita dalam menghadapi abortus.

## **2.2.6 Penatalaksanaan**

### **a. Abortus Imminens**

#### **1. Tirah baring**

Istirahat baring (bedrest), bertujuan untuk menambah aliran darah ke uterus dan mengurangi perangsangan mekanis. Ibu (pasien) dianjurkan untuk istirahat baring. Apabila ibu dapat istirahat dirumah, maka tidak perlu dirawat.



Ibu perlu dirawat apabila perdarahan sudah terjadi beberapa hari, perdarahan berulang atau tidak dapat beristirahat dirumah dengan baik misalnya tidak ada yang merawat atau ibu merasa sungkan bila rumah hanya beristirahat saja. Perlu dijelaskan kepada ibu dan keluarganya, bahwa beristirahat baring dirumah atau dirumah bersalin atau rumah sakit adalah sama saja pengaruhnya terhadap kehamilannya. Apabila akan terjadi abortus inkomplit, dirawat dimanapun tidak mencegahnya.

2. Periksa tanda-tanda vital (suhu, nadi dan pernafasan).  
Kolaborasi dalam pemberian sedativa (untuk mengurangi rasa sakit dan rasa cemas), tokolisis dan progesterone, preparat hematik (seperti sulfat ferosus atau tablet besi).
3. Hindarkan intercourse.
2. Diet tinggi protein dan tambahan vitamin C.
3. Bersihkan vulva minimal 2 kali sehari untuk mencegah infeksi terutama saat masih mengeluarkan cairan coklat.

b. Abortus Insipiens

1. Apabila bidan menghadapi kasus abortus insipiens segera berkonsultasi dengan dokter ahli kandungan sehingga pasien mendapat penanganan yang tepat dan cepat.
2. Pada kehamilan lebih dari 12 minggu, bahwa perforasi pada kerokan lebih besar, maka sebaiknya proses abortus dipercepat dengan pemberian infus oksitosin.
3. Biasanya penatalaksanaan yang dilakukan pada kehamilan kurang dari 12 minggu yang disertai perdarahan adalah pengeluaran janin atau pengosongan uterus memakai kuret vakum atau cunam abortus, disusul dengan kerokan memakai kuret tajam.
4. Bila janin sudah keluar, tetapi plasenta masih tertinggal dilakukan pengeluaran plasenta secara manual.

c. Abortus Inkomplit

Dalam menghadapi kasus abortus incomplete, bidan dapat berkonsultasi dengan dokter sehingga tidak merugikan pasien. Penatalaksanaan yang biasanya dilakukan pada kasus abortus inkomplete ini adalah :

1. Bila disertai syok karena perdarahan diberikan infuse cairan fisiologi NaCl atau Ringer Laktat dan tranfusi darah secepat mungkin.
2. Setelah syok diatasi dilakukan kerokan dengan kuret tajam dan diberikan suntikan untuk mempertahankan kontraksi otot uterus.

3. Bila janin sudah keluar, tetapi plasenta masih tertinggal dilakukan pengeluaran plasenta secara manual.
  4. Diberikan antibiotika untuk mencegah infeksi.
- d. Abortus Komplit
1. Untuk mendapatkan gambaran yang jelas tentang abortus komplit, bidan dapat berkonsultasi dengan dokter sehingga tidak merugikan pasien.
  2. Tidak memerlukan terapi khusus tetapi untuk membantu involusi uterus dapat diberikan methergin tablet.
  3. Bila pasien anemia dapat diberikan sulfat ferosus (zat besi) atau transfuse darah.
  4. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi vitamin dan mineral.

Kehamilan risiko tinggi dapat dicegah dengan pemeriksaan dan pengawasan kehamilan yaitu deteksi dini ibu hamil risiko tinggi yang lebih difokuskan pada keadaan yang menyebabkan kematian ibu dan bayi. Pengawasan antenatal menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah dan persiapan persalinan.<sup>29</sup> Anjurkan setiap ibu hamil untuk melakukan kunjungan antenatal komprehensif yang berkualitas minimal 4 kali dengan 1 kali pada trimester 1, 1 kali pada trimester II dan 2 kali pada trimester III, termasuk minimal 1 kali kunjungan diantar suami/pasangan atau anggota keluarga. Adapun tujuan pengawasan antenatal adalah diketahuinya secara dini keadaan risiko tinggi ibu dan janin sehingga dapat :

1. Melakukan pengawasan yang lebih intensif
2. Memberikan pengobatan sehingga risikonya dapat dikendalikan
3. Melakukan rujukan untuk mendapatkan tindakan yang akurat.
4. Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu

### **2.2.7 Manajemen SOAP Kehamilan**

Menurut Varney, didalamnya tersirat proses berfikir bidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan maka didokumentasikan dalam bentuk SOAP, yaitu :

a. S (Data Subjektif)

Data subjektif (S) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan

berhubungan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis.

a) Pengkajian

1. Data Subjektif

Data subjektif adalah data yang di ambil dari hasil anamnesa/pertanyaan yang diajukan kepada klien sendiri (auto anamnesa) atau keluarga (allo anamnesa). Dalam anamnesa perlu dikaji:

1) Identitas klien meliputi:

Data pribadi yang diperlukan berupa nama, usia, suku, agama, pekerjaan, pendidikan, alamat dan nomor telepon beserta data suaminya.

2) Keluhan utama

Keluhan utama yang biasa di alami ibu hamil trimester III seperti nyeri pinggang, varises, kram otot, hemoroid, sering BAK, obstipasi, sesak napas, dan lainsebagainya.

3) Riwayat perkawinan

Dikaji status perkawinan jika menikah apakah ini pernikahan yang pertama atau tidak serta mendapat gambaran suasana rumah tangga pasangan.

4) Riwayat menstruasi

Riwayat menstruasi yang dikaji seperti menarche (usia pertama kali menstruasi), siklus menstruasi (jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya), volume (berapa banyak ganti pembalut dalam sehari), dan keluhan (misalnya dismenorhoe/nyeri saathaid).

5) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Riwayat kehamilan dikaji untuk mengetahui kehamilan ke berapa, persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan atau tidak, bagaimana keadaan bayi, selama nifas ada atau tidak kelainan dan gangguan selamamasalaktasi. Riwayat kehamilan juga dikaji seperti haid petama haid terakhir (HPHT), taksiran tanggal persalinan (TTP).

6) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang dikaji untuk mengetahui masalah atau tanda-tanda bahaya dan keluhan-keluhan yang lazim pada kehamilan trimester III. Kunjungan antenatal minimal 4 kali sampai trimester III, kapanpergerakan janin yang pertama sekali dirasakan

oleh ibu. Dalam 24 jam berapa banyak pergerakan janin yang dirasakan. Adapun dalam riwayat kehamilan sekarang mengenai keluhan yang dirasakan seperti: rasa lelah, mual muntah, sakit kepala yang berat, penglihatan kabur, rasa gatal pada vulva, dan lainnya.

7) Riwayat sehari-hari

a. Pola makan dan minum

Minuman air putih 8 gelas/hari. Frekuensi, jenis dan keluhan dalam pola makan dan minum juga perlu dikaji.

b. Pola eliminasi

Sering BAK dialami pada kehamilan trimester III. Pengaruh hormon progesteron dapat menghambat peristaltik usus yang menyebabkan obstipasi (sulit buang air besar). Frekuensi, warna, konsistensi dan keluhan eliminasi juga perlu dikaji.

c. Pola aktivitas

Ibu hamil trimester III boleh melakukan aktivitas seperti biasanya, jangan terlalu berat, istirahat yang cukup dan makan yang teratur agar tidak menimbulkan kelelahan yang akan berdampak pada kehamilan.

d. Pola tidur dan istirahat

Pada kehamilan trimester III tidur dan istirahat sangat perlu. Di siang hari dianjurkan istirahat/tidur 1-2 jam dan pada malam hari 7-8 jam.

e. Pola seksualitas

Pola seksualitas pada kehamilan trimester III mengalami penurunan minat akibat dari perubahan/ketidaknyamanan fisiologis yang dialami ibu. Perlu dikaji frekuensi dan keluhan yang dialami selama berhubungan seksual.

f. Personal Hygiene

Perubahan hormonal mengakibatkan bertambahnya keringat. Dianjurkan mandi minimal 2 kali sehari, membersihkan alat genitalia ketika mandi atau ketika merasa tidak nyaman. Jenis pakaian yang dianjurkan berbahan katun agar mudah menyerap keringat.

g. Obat-obatan yang dikonsumsi

Pada kehamilan trimester III, mengonsumsi suplemen dan vitamin. Misalnya tablet Fe untuk penambahan darah dan kalsium untuk penguatan tulang janin.

#### h. Riwayat psikososial spiritual

Perlu dikaji bagaimana pengetahuan ibu tentang kehamilan sekarang, bagaimana respon, dukungan keluarga dan suami terhadap kehamilan, pengambilan keputusan dalam keluarga serta ketaatan ibu dalam beragama.

#### b. O (Data Objektif)

Data Objektif (O) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimaksudkan dalam data objektif ini.

##### a) Pemeriksaan umum

##### 1. Keadaan umum: kesadaran composmentis (Manuaba, 2012: 114).

Pada saat ini diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (Romauli, 2011: 172).

##### 1) Tanda-Tanda Vital

##### a. Tekanan Darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70– 130/90 mmHg. Wanita yang tekanan darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita nulipara dengan sistolik > 120 mmHg, berisiko mengalami pre eklampsia (Marmi, 2011: 163).

##### b. Pernafasan

Untuk mengetahui sistem pernafasan, normalnya 16–24 kali per menit (Romauli, 2011: 173).

##### c. Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Hipotiroidisme jika denyut nadi >100 dpm. Periksa adanya eksoftalmia dan hiperrefleksia yang menyertai (Marmi, 2011: 163).

##### d. Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36,5–37,5oC. Suhu tubuh lebih dari 37oC perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011: 173).

##### 2) Pemeriksaan Antopometri

a. Berat Badan

Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5– 16,5 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/minggu (Manuaba, 2012: 95).

b. Tinggi Badan Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik. Tinggi badan harus diukur pada saat kunjungan awal (Wheeler, 2009: 71). Ibu hamil dengan tinggi badan kurang dari 145 cm tergolong risiko tinggi (Romauli, 2011: 173).

c. Lingkar Lengan Atas (LILA)

Standar minimal ukuran LILA pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm (Kemenkes RI, 2013: 28). Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk sringing ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK), dimana LILA kurang dari 23,5 cm ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan BBLR (Kemenkes, Direktorat Bina Kesehatan Ibu, 2010: 9).

3) Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi (Romauli, 2011:174).

b. Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011: 174). Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya pre eklampsia (Saifuddin, 2010: 543).

c. Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklampsia (Romauli, 2011: 174).

d. Mulut

Gusi akan menjadi lebih hiperemis dan lunak sehingga dengan trauma sedang saja bisa menyebabkan perdarahan. Epulis selama kehamilan akan muncul (Saifuddin, 2010: 185).

e. Leher

Bendungan vena kemungkinan gangguan aliran darah akibat penyakit jantung atau aneurisma vena (Manuaba, 2007: 162). Pembesaran pada tiroid menunjukkan adanya penyakit hipotiroid dan hipertiroid dapat menimbulkan masalah pada ibu dan bayi. Wanita hipertiroid berisiko mengalami preeklamsia dan gagal jantung. Bayi dapat mengalami tirotoksikosis neonatus dan meninggal dalam rahim. Hipotiroid jarang terjadi pada masa kehamilan jika wanita terus mendapat pengobatan tiroid, biasanya levotiroksin. Tanpa obat-obatan yang tepat, bayi baru lahir dapat mengalami hipotiroidisme.

f. Payudara

Normal bentuk simetris, hiperpigmentasi pada areola mammae, puting susu bersih dan menonjol, ada atau tidak pengeluaran ASI.

g. Abdomen

Ada tidaknya luka bekas operasi sectio caesare. Menurut Sofian (2013) perbedaan abdomen pada nulipara dan multipara diantaranya yaitu pada nulipara perut tegang, pusat menonjol, dan rahim tegang, sedangkan pada multipara perut longgar, perut gantung, banyak striae, pusat tidak begitu menonjol dan perut agak lunak. Setelah minggu ke-16, gerakan pertama sudah dapat dirasakan (Manuaba, 2012).

h. Genetalia

Pemeriksaan alat genetalia eksterna terdiri dari inspeksi vulva untuk mengetahui pengeluaran cairan atau darah dari liang senggama, perlukaan pada vulva/labia mayor, dan pertumbuhan abnormal (kondiloma akuminata-lata, kista bartholini, abses bartholini, fibroma labia mayor). Menurut Sofian (2013:37), perbedaan genetalia pada multipara dan nulipara diantaranya pada nulipara labia mayor nampak bersatu, himen koyak pada beberapa tempat, vagina sempit dengan rugae yang utuh, serviks licin, bulat dan tidak dapat

dilalui oleh satu ujung jari, perineum utuh dan baik, sedangkan pada multipara labia mayor terbuka, adanya kurunkula himenalis, vagina lebih lebar rugae kurang menonjol, serviks bisa terbuka satu jari, kadang kala ada bekas robekan persalinan yang lalu, pada perineum terdapat bekas robekan atau bekas episiotomi.

i. Anus

Hemoroid sering terjadi pada wanita hamil sebagai akibat dari konstipasi dan peningkatan tekanan vena pada bagian bawah karena pembesaran uterus (Saifuddin, 2010: 185).

j. Ekstremitas

Menurut Manuaba (2012), varises atau penampakan pembuluh darah vena terjadi karena pengaruh dari estrogen dan progesteron, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Varises terjadi di sekitar genetalia eksterna, kaki dan betis dan payudara.

4) Pemeriksaan Khusus

a. TFU Mc. Donald

Menurut Mc. Donald pemeriksaan tinggi fundus uteri dapat dilakukan dengan menggunakan pita pengukur, dengan cara memegang tanda-nol pita pengukur pada aspek superior simpisis pubis dan menarik pita pengukur secara longitudinal sepanjang aspek tengah uterus ke ujung atas fundus, sehingga dapat ditentukan tinggi fundus uteri dalam cm.

b. Palpasi

a) Leopold I

Menentukan tinggi fundus uteri, bagian janin dalam fundus, dan konsistensi fundus (Manuaba, 2010: 118).

b) Leopold II Normal teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus dan pada sisi lain teraba bagian kecil janin. Tujuannya yaitu untuk mengetahui batas kiri/ kanan pada uterus ibu yaitu punggung janin pada letak bujur (Romauli, 2011: 175-176).

c) Leopold III Normal pada bagian bawah janin teraba bagian bulat, keras dan melenting (kepala janin). Tujuannya untuk mengetahui presentasi/ bagian



terbawah janin yang ada di simfisis ibu. apabila kepala sudah masuk rongga panggul maka kepala tidak bisa digoyangkan (Romauli, 2011).

d) Leopold IV Leopold IV bertujuan untuk menentukan berapa masuknya bagian bawah ke dalam rongga panggul. Convergent berarti sebagian kecil bagian terendah masuk PAP. Divergent berarti sebagian besar bagian terendah masuk PAP. Bila sejajar berarti sebagian dari bagian terendah masuk PAP (Marmi, 2011: 163). Pada primigravida, posisi bagian terendah masuk ke dalam PAP pada usia kehamilan  $\geq 36$  minggu, sedangkan pada multigravida pada saat menjelang persalinan (Romauli, 2011).

c. Tafsiran Berat Janin ( TBJ)

Menurut Mochtar (1998) dalam Kusyanti (2012: 92), menurut rumusnya Johnson tausak adalah:  $BB = (MD-n) \times 155$  Keterangan : BB = berat badan janin MD = jarak symphysis fundus uteri N = 11 jika kepala sudah masuk PAP, 12 jika kepala belum masuk PAP

d. Denyut Jantung Janin

Pemeriksaan denyut jantung janin dapat menggunakan alat-alat yaitu: stetoskop laeneck (fundoskop), alat dopton (doppler), dan ultrasonografi. Jumlah denyut jantung janin normal antara 120 sampai 160 denyut permenit (Manuaba, dkk, 2012). Cara menghitung frekuensi bunyi jantung ialah dengan mendengarkan 3 kali 5 detik dengan interval 5 detik. Kemudian jumlah bunyi jantung dikalikan empat, untuk keteraturan dihitung 5 detik pertama, 5 detik ketiga, dan 5 detik kelima dalam satu menit. Interval DJJ antara 5 detik pertama, ketiga, dan 1 menit tidak boleh lebih dari 2. Bunyi jantung kurang dari 120kali/menit atau lebih dari 160 kali/ menit atau tidak teratur, janin dalam keadaan asfiksia atau kekurangan  $O^2$  (Wirakusumah, 2014).

5) Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan Hemoglobin

Menurut Manuaba (2012), Pemeriksaan Hb minimal dilakukan 2x selama hamil, trimester I dan trimester III. Hasil

pemeriksaan Hb dengan Sahli dapat digolongkan sebagai berikut: Hb 11g% tidak anemia. Hb 9–10g% anemia ringan. Hb 7–8g% anemia sedang. Hb < 7g% anemia berat.

b. Pemeriksaan Golongan Darah

Diambil dari darah perifer, bertujuan untuk mengetahui golongan darah, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Mengetahui golongan darah ini sebagai persiapan ibu apabila ibu mengalami perdarahan selama persalinan, sehingga transfusi dapat segera dilakukan (Romauli, 2011:187-188)

c. Reduksi urin

Reduksi urin bertujuan untuk mengetahui kadar glukosa dalam urin, dilakukan pada kunjungan pertama kehamilan. Cara menilai hasilnya: Hijau jernih/biru: negative, hijau keruh: positif 1/+, hijau keruh, kekuningan, (1-1,5 %): positif 2/+, jingga/kuning keruh (2-3,5 %): glukosa dan merah kekuningan, keruh/merah bata: 3,52 glukosa. Dapat pula diukur dengan cara dipstik yaitu dengan mencelupkan strip ke dalam urine segar (5 detik) sampai semua test area terendam dalam urine. Baca hasil test dengan cara membandingkan warna pada standart warna yang tersedia, 30 detik untuk memeriksa glukosa urine, pada 60 detik untuk memeriksa protein urin.

d. Protein urin

Pemeriksaan urine dilakukan pada kunjungan pertama dan setiap kunjungan trimester III. Cara mengetahui dengan metode dibakar, dilihat warnanya, kemudian ditetesi asam asetat 2–3 tetes, lalu dilihat warnanya lagi. Cara menilai hasil: tidak ada kekeruhan (-). Ada kekeruhan ringan tanpa butir-butir (+). Kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir (++) . Kekeruhan jelas dan berkeping-keping (+++). Sangat keruh berkeping besar atau bergumpal (++++) (Romauli, 2011).

e. Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan USG dilakukan secara rutin sebelum usia gestasi mencapai 20 minggu, yakni untuk menentukan taksiran persalinan dan menentukan apakah terjadi gestasi multipel. Saifuddin, (2010: 252), bahwa pemeriksaan USG pada Trimester II dan III untuk penentuan usia kehamilan,

evaluasi pertumbuhan janin, penentuan presentasi janin, penilaian jumlah cairan amnion.

f. Kartu Skor Poedji Rochjati

Kartu Skor Poedjo Rochjati dapat digunakan untuk mengetahui kehamilan termasuk resiko rendah, resiko tinggi atau resiko sangat tinggi. Untuk jarak terlalu lama hamil lagi yaitu >10 tahun dapat berisiko perdarahan atau janin mati dalam kandungan.

c. A (Assessment)

Dari hasil pemeriksaan tersebut harus dapat diketahui tentang bagaimana keadaan kesehatan umum ibu, apakah primigravida atau multigravida, atau bagaimana keadaan jalan lahir, apakah benar hamil, berapa usia kehamilan saat ini, apakah janin hidup, apakah janin tunggal atau kembar, bagaimana letak janin, apakah intrauteri atau ekstrauteri, serta penolong ibu hamil dan kemungkinan jalannya persalinan (Manuaba, 2010:123). Menurut Marmi (2011:194) untuk menentukan diagnosa kehamilan langkah-langkahnya yaitu menetapkan normalitas kehamilan, membedakan antara ketidaknyamanan dalam kehamilan dan kemungkinan komplikasi, mengidentifikasi tanda dan gejala penyimpangan dari keadaan normal serta mengidentifikasi kemungkinan kebutuhan belajar.

Hal ini juga menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan pasien dan analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data pasien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Hasil analisa untuk menetapkan diagnosa kebidanan seperti :

- a) G (gravida) merupakan menentukan kehamilan keberapa
- b) P (partus) merupakan jumlah anak baik aterm, preterm, imtur, dan hidup
- c) A (abortus) merupakan riwayat keguguran
- d) Usia kehamilan
- e) Anak hidup/meninggal
- f) Anak tunggal/kembar
- g) Letak anak apakah bujur/lintang, habitus fleski/defleksi, posisi puka/puki, presentasi bokong/kepala.
- h) Anak intrauterine/ekstrauterine

i) Keadaan umum ibu dan janin serta masalah keluhan utama

Diagnosa kebidanan menurut Manuaba (2012:123-131) adalah G1/>1PAPIAH, usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal/ganda, intrauterine / ekstrauterin, situs bujur / lintang, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala / bokong / lintang, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik. Prognosa baik.

d. P (Penatalaksanaan)

Planning / perencanaan, adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien secara optimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Rencana asuhan ini harus bidan mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, anatara lain dokter.

Dalam planning ini juga harus mencantumkan evaluasi, yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektifitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/ asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan. Untuk mendokumentasikan proses evaluasi ini, diperlukan sebuah catatan perkembangan, dengan tetap mengacu pada SOAP.

Menurut Hani (2010) Dalam pelaksanaan seluruh rencana tindakan yang sudah disusun dilaksanakan dengan efisi dan aman:

- a) Memberikan informasi terhadap perubahan fisiologis yang biasa terjadi pada kehamilan trimester III untuk memberikan pemahaman kepada klien dan menurunkan kecemasan serta membantu penyesuaian aktivitas perawat mandiri.
- b) Memberikan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) seperti
  1. Nutrisi ibu hamil
  2. Hygiene selama kehamilan trimester III
  3. Hubungan seksual
  4. Aktivitas dan istirahat
  5. Perawatan payudara dan persiapan laktasi
  6. Tanda-tanda persalinan

## 2.3 Konsep Dasar Persalinan

### 2.3.1 Definisi Persalinan

Persalinan dan kelahiran merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan. Meskipun persalinan adalah suatu hal yang fisiologi, namun di dalam menghadapi proses persalinan dimana terjadi serangkaian perubahan fisik dan psikologis (Toddy, 2014).

Persalinan adalah peristiwa yang penuh dengan tekanan pada kebanyakan wanita melahirkan yang menyebabkan bertambahnya rasa sakit, ketakutan dan ketaatan (Purwaningsih, dkk. 2014).

Persalinan normal adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan aterm (bukan prematur dan postmatur), mempunyai onset yang spontan, selesai setelah 4 jam dan sebelum 24 jam sejak saat awitannya (bukan partus presipitatus atau partus lama), mempunyai janin (tunggal) dengan presentasi vertex (puncak kepala) dan oksiput pada bagian anterior pelvis, terlaksana tanpa bantuan seperti vorsep, tidak mencakup komplikasi (seperti perdarahan hebat), dan mencakup kelahiran plasenta yang normal

### 2.3.2 Sebab Mulainya Persalinan

Perlu diketahui bahwa selama kehamilan, dalam tubuh wanita terdapat 2 hormon yang dominan, yaitu:

#### a. ESTEROGEN

Berfungsi untuk meningkatkan sensitifitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis.

#### b. PROGESTERON

Berfungsi untuk menurunkan sensitifitas otot rahim; menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis, serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi sampai saat ini hal yang menyebabkan mulainya proses persalinan belum diketahui benar; yang ada hanya berupa teori-teori yang kompleks antara lain:

##### a) Teori Penurunan Hormon

##### 1. Penurunan Hormone Progesteron

Pada akhir kehamilan kadar progesterone menurun menjadikan otot rahim sensitive sehingga menimbulkan his.

##### 2. Peningkatan Hormone Oksitosin

Pada akhir kehamilan hormone oksitosin akan bertambah sehingga dapat menimbulkan his.

b) Plasenta Menjadi Tua

Dengan tuanya kehamilan plasenta menjadi tua, Villi Corialis mengalami perubahan sehingga kadar progesterone dan estrogen menurun. (Asrinah, 2010:3)

c) Peningkatan Hormone Oksitosin

Pada akhir kehamilan hormone oksitosin akan bertambah sehingga dapat menimbulkan his. Dengan tuanya kehamilan plasenta menjadi tua, Villi Corialis mengalami perubahan sehingga kadar progesterone dan estrogen menurun. (Asrinah, 2010:3)

d) Keregangan Otot-otot

Ototrahim akan meregang dengan majunya kehamilan, oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya atau mulai persalinan.

e) Pengaruh Janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal pada janin memegang peranan dalam proses persalinan, oleh karena itu pada anencephalus kehamilan lebih lama dari biasanya.

f) Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan dari desidua meningkat saat umur kehamilan 15 minggu. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan.

### 2.3.3 Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Manuaba dalam Buku Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan telah disebutkan bahwa tanda-tanda persalinan dibagi menjadi dua fase, yaitu tanda bahwa persalinan sudah dekat dan tanda timbulnya persalinan (inpartu).

a. Tanda-tanda Persalinan Sudah Dekat

a) Lightening

Pada minggu ke-36 pada primigravida terjadi penurunan fundus karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh :

1. Kontraksi Braxton Hicks
2. Ketegangan otot perut
3. Ketegangan ligamentum rotundum
4. Gaya berat janin kepala ke arah bawah

b) Terjadinya His Permulaan

Makin tua usia kehamilan, pengeluaran progesterone dan estrogen semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering disebut his palsu. Sifat his palsu:

1. Rasa nyeri ringan dibagian bawah
2. Datangnya tidak teratur
3. Tidak ada perubahan serviks
4. Durasinya pendek
5. Tidak bertambah jika beraktivitas

b. Tanda-Tanda Timbulnya Persalinan (inpartu)

Menurut Marmi (2012), pada fase ini sudah memasuki tanda-tanda inpartu, sebagai berikut:

a) Kontraksi Uterus (HIS)

His adalah gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang dimulai dari fundus uteri di mana tuba falopii memasuki dinding uterus, awal gelombang tersebut didapat dari 'pacemaker' yang terdapat di dinding uterus daerah tersebut.

Kontraksi menyebabkan serviks membuka secara bertahap (mengalami dilatasi), menipis dan tertarik sampai hampir menyatu dengan korpus uteri.

His yang menimbulkan pembukaan servick dengan kecepatan tertentu disebut HIS efektif. HIS efektif mempunyai sifat adanya dominan kontraski uterus pada fundus utri, kondisi berlangsung secara sinkron dan harmonis, adanya intensitas kontraksi yang maksimal antara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang sering, lama his berkisar 45-60 detik. His persalinan memiliki sifat sebagai berikut:

1. Pinggang terasa sakit dan mulai menjalar ke depan.
2. Teratur dengan interval yang mungkin pendek dan kekuatannya makin besar.
3. Mempunyai pengaruh terhadap perubahan servick.
4. Penambahan aktivitas (seperti berjalan) maka his tersebut semakin meningkat.

b) Keluarnya lender bercampur darah pervaginam (show)

Lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lender berasal dari kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.

c) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun apabila tidak tercapai, maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum atau section caesaria.

#### 2.3.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

##### a. Power / Kekuatan

Adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah: his, kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerjasama yang baik dan sempurna.

##### a) Kontraksi Uterus (HIS)

His (kontraksi) adalah serangkaian kontraksi rahim yang teratur, yang secara bertahap akan mendorong janin melalui *serviks* (rahim bagian bawah) dan *vagina* (jalan lahir), sehingga janin keluar dari rahim ibu.

##### b) Tenaga Meneran

Pada saat kontraksi uterus dimulai ibu menarik nafas dalam, nafas ditahan, kemudian segera mengejan kea rah bawah (rectum) seperti akan BAB. Kekuatan meneran mendorong bayi ke bawah dan menimbulkan keregangan yang bersifat pasif.

Kekuatan his dan reflex mengejan makin mendorong bagian terendah sehingga terjadilah pembukaan pintu dengan *crowning* dan penipisan perineum, selanjutnya kekuatan reflex mengejan dan his menyebabkan ekspulsi kepala sebagian berturut-turut lahir Uibun-ubun Besar, dahi, muka, kepala dan seluruh badan.

##### c) Passage / Panggul / Jalan lahir

Faktor paling penting dalam menentukan proses persalinan salah satunya adalah pelvis minor yang tersusun dari tulang-tulang yang kokoh dan kemudian dihubungkan oleh persendian dan jaringan ikat yang kuat. Pelvik minor dibagi menjadi 3 bagian yakni:

##### 1. Pintu atas panggul (PAP)

1) Bagian anterior PAP, yaitu batas atas sejati, dibentuk oleh tepi atas tulang pubis.

2) Bagian Lateral PAP dibentuk oleh linea iliopektena, yaitu sepanjang tulang inominata.



- 3) Bagian posteriornya dibentuk oleh bagian-bagian anterior tepi atas sacrum dan promontorium sacrum.

## 2. Cavum Pelvis

Cavum pelvis merupakan bagian terluas dan bentuknya hampir seperti lingkaran. Batasannya yakni :

- a) Anterior : titik tengah permukaan belakang os pubis
- b) Lateral : 1/3 bagian atas dan tengah foramen obsturatorium
- c) Posterior : Hubungan antara vertebra sacralis kedua dan ketiga ukuran depan belakang 12,75 cm dan ukuran melintangnya 12.5 cm

## 3. Bidang sempit panggul

Bidang sempit panggul merupakan bidang yang membentang melalui tepi bawah symphysis menuju ke spina isciadica dan memotong ujung atas sacrum.

### a) Pintu bawah panggul

Pintu bawah panggul terdiri dari dua buah segitiga yang mempunyai basis bersama dan merupakan bagian terbawah diameter pintu bawah panggul antara lain:

1. Anterior posterior anatomis mulai dari margo inferior symphysis pubis keujung os coccygis yakni 9,5 cm
2. Anterior posterior obstetrik mulai dari margo inferior pubis ke articulatio sacrococcygealis yakni 11,5 cm
3. Transfersa yakni jarak antara permukaan dalam tuber isciadikum kanan dan kiri yakni 11 cm.
4. Sagitalis posterior yakni mulai dari pertengahan diameter transfersa ke artikulasio sacro coccygelis yakni 9cm
5. Sagitalis anterior mulai dari pertengahan diameter transfersa ke angulus subpubicus 6 cm.

### b. Passager/fetus

Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, persentasi, letak, sikap, dan posisi janin.

- a) Kelainan bentuk dan besar janin (ansefalus, hidrocefalus dan janin makrosomia)
- b) Kelainan pada letak kepala dan juga letak janin misalnya sungsang yaitu Malpresentasi, lilitan tali pusat, paritas, hidramnion, plasenta previa, panggul sempit (CPD), janin mati, usia kehamilan, kelainan

bentuk uterus maka dari itu dapat mengakibatkan timbulnya penyebab kematian perinatal termasuk diantaranya adalah kelainan presentasi bokong, kejadian hipoksia dan trauma lahir. Pada perinatal sering ditemui pada kasus persalinan dengan malpresentasi yaitu pada presentasi bokong.

c. Psikologis Ibu

Banyaknya wanita normal bisa merasakan kegairahan dan kegembiraan disaat merasa kesakitan awal menjelang kelahiran bayinya. Perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anaknya. Khususnya rasa lega itu berlangsung bila kehamilannya mengalami perpanjangan waktu. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu “keadaan yang belum pasti” sekarang menjadi hal yang nyata.

Psikologis meliputi :

- a) Melibatkan psikologis ibu, emosi dan persiapan intelektual
- b) Pengalaman bayi sebelumnya
- c) Kebiasaan adat
- d) Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu

Keadaan stres dan cemas dan depresi dapat mempengaruhi persalinan karena dapat mempengaruhi kontraksi yang dapat mempengaruhi proses persalinan, untuk itu sangat penting bagi bidan dalam mempersiapkan mental ibu menghadapi proses persalinan.

d. Penolong

Peran penolong adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu baik dari segi emosi atau perasaan maupun fisik.

Seorang bidan harus bekerja sesuai dengan standar yang telah ditentukan dan untuk pertolongan persalinan ditetapkan standar asuhan persalinan normal (APN) yang terdiri dari 58 langkah dengan tetap memperhatikan 5 aspek benang merah asuhan persalinan normal yakni, membuat keputusan klinik, asuhan sayang ibu dan sayang bayi, pencegahan infeksi, pencatatan atau rekamedik asuhan persalinan dan rujukan (Liliyana, 2011)

### 2.3.5 Perubahan Fisiologis Persalinan

#### a. Perubahan sistem reproduksi

##### 1) Segmen atas rahim dan segmen bawah rahim

Dalam persalinan segmen atas rahim sangat berperan aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan dan mendorong anak keluar. Sebaliknya segmen bawah rahim memegang peranan pasif makin tipis dengan majunya persalinan karena meregang sebagai persiapan jalan untuk dilalui bayi.

##### 2) Perubahan Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata sebesar 10-20 mmHg dan kenaikan diastolis rata-rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi uterus, tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi bila terjadi kontraksi.

##### 3) Perubahan Metabolisme selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerob maupun anaerob akan naik secara perlahan. Kenaikan sebagian besar disebabkan oleh karena kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh.

##### 4) Perubahan Suhu Badan

Suhu badan akan sedikit meningkat selama persalinan, suhu mencapai tertinggi selama persalinan dan segera setelah kelahiran. Kenaikan ini dianggap normal asal tidak melebihi  $0,5^{\circ}$ - $1^{\circ}$ C.

##### 5) Denyut Jantung

Pada setiap kontraksi, 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk ke dalam sistem vaskuler ibu. Hal ini akan meningkatkan curah jantung sekitar 10% sampai 15% pada tahap pertama persalinan dan sekitar 30% sampai 50% pada tahap kedua persalinan.

##### 6) Pernafasan

Sistem pernafasan juga beradaptasi. Peningkatan aktivitas fisik dan peningkatan pemakaian oksigen terlihat dari peningkatan frekuensi pernafasan. Hiperventilasi dapat menyebabkan alkalosis respiratorik (pH meningkat), hipoksia dan hipokapnea (karbondioksida menurun), Pada tahap kedua persalinan.

##### 7) Perubahan pada ginjal

Pada trimester ke dua, kandung kemih menjadi organ abdomen. Apabila terisi, kandung kemih dapat teraba di atas simpisis pubis. Selama persalinan wanita dapat mengalamikesulitan untuk berkemih secara spontan akibat berbagai alasan : edema jaringan akibat tekanan bagian

presentasi, rasa tidak nyaman, sedasi dan rasa malu. Proteinuria +1 dapat dikatakan normal dan hasil ini merupakan respons rusaknya jaringan otot akibat kerja fisik selama persalinan.

#### 8) Perubahan gastrointestinal

Persalinan mempengaruhi sistem saluran cerna wanita. Bibir dan mulut dapat menjadi kering akibat wanita bernafas melalui mulut, dehidrasi dan sebagai respons emosi terhadap persalinan. Selama persalinan, motilitas dan absorpsi saluran cerna menurun dan waktu pengosongan lambung menjadi lambat. Wanita sering kali merasa mual dan memuntahkan makanan yang belum dicerna sebelum bersalin. Mual dan sendawa juga terjadi sebagai respons refleks terhadap dilatasi serviks lengkap. Ibu dapat mengalami diare pada awal persalinan. Bidan dapat meraba tinja yang keras atau tertahan pada rektum. Mual atau muntah biasa terjadi sampai mencapai akhir kala I.

#### 9) Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2 gr/100 ml, selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca salin kecuali ada perdarahan postpart. (Supriatiningsih, 2015)

#### b. Perubahan Psikologis

Perubahan psikologis yang terjadi yaitu:

##### a) Perasaan tidak enak dan kecemasan

Biasanya perasaan cemas pada ibu saat akan bersalin berkaitan dengan keadaan yang mungkin terjadi saat persalinan, disertai rasa gugup.

##### b) Takut dan ragu-ragu akan persalinan yang dihadapi

Ibu merasa ragu apakah dapat melalui proses persalinan secara normal dan lancar

##### c) Apakah bayi normal atau tidak

Biasanya ibu akan merasa cemas dan ingin segera mengetahui keadaan bayinya apakah terlahir dengan sempurna atau tidak.

##### d) Apakah ia sanggup merawat bayinya

Sebagai ibu baru atau ibu muda biasanya ada pikiran yang melintas apakah ia mampu merawat dan bisa menjadi seorang ibu yang baik untuk anaknya.

### 2.3.6 Perubahan dan Adaptasi Psikologis dalam Masa Persalinan

- a. Perasaan tidak enak
- b. Takut dan ragu akan persalinan yang akan dihadapi
- c. Sering memikirkan apakah persalinan berjalan normal
- d. Menganggap persalinan sebagai percobaan
- e. Apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya
- f. Apakah bayinya normal apa tidak
- g. Apakah ia sanggup merawat bayinya
- h. Ibu merasa cemas
- i. Tampak "lepas kontrol" dalam persalinan (dalam nyeri hebat, menggeliat kesakitan, panik, menjerit, tidak merespon saran atau pertanyaan yang membantu).
- j. Merasa dilakukan tanpa hormat Merasa diabaikan atau dianggap remeh Respons "melawan atau menghindari", yang dipicu oleh adanya bahaya fisik, ketakutan, kecemasan dan bentuk distres lainnya.

### 2.3.7 Mekanisme Persalinan

Keluarnya janin dalam rahim pada proses persalinan, janin harus melalui beberapa mekanisme persalinan. Adapun mekanisme persalinan tersebut yaitu (Cunningham, F. G, dkk, 2012) :

- a. Penurunan

Pada primipara kepala janin turun ke rongga panggul/ masuk ke PAP pada akhir minggu 36 kehamilan, sedangkan pada multipara terjadi saat mulainya persalinan. Masuknya kepala janin melintasi PAP dapat dalam keadaan sinklitismus atau asinklitismus, dapat juga dalam keadaan melintang, Penurunan kepala janin terjadi selama persalinan karena daya dorong dari kontraksi dan posisi serta peneranan (selama kala II) oleh ibu.

Sinklitimus adalah bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP (sutura sagitalis berada ditengah tengah jalan lahir atau PAP) asinklitismus adalah bila arah sumbu kepala janin miring dengan bidang PAP (sutura sagitalis mendekati promontorium atau simfisis pubis).

Tetapi apabila persalinan sungsang maka lebih dahulu bokong lepaskan dari p.a.p dan ibu berada dalam posisi Trendelenburg, Tangan kiri letakkan dikepala dan tangan kanan pada bokong, Putar kearah muka/perut janin, Lalu tukar tangan kiri diletakkan di bokong dan tangan kanan dikepala (Rustam Mochtar, 2011).

b. Fleksi

Kepala akan tertahan oleh serviks, dinding panggul atau dasar panggul, dengan demikian kepala akan fleksi, dagu janin akan mendekati dadanya dan diameter suboksipitobregmatika yang lebih pendek menggantikan diameter oksipitofrontal yang lebih panjang

c. Rotasi internal

Kepala janin akan bergerak dari posisinya menuju anterior, menuju simpisis pubis atau yang lebih jarang ke posterior, menuju lubang sakrum.

d. Ekstensi

Setelah kepala yang terfleksi maksimal mencapai vulva, kepala akan mengalami ekstensi untuk melewati pintu keluar vulva yang mengarah ke atas dan ke depan. Kepala dilahirkan melalui ekstensi terlebih dahulu, kemudian lahir oksiput, bregma, dahi, hidung, mulut dan dagu.

e. Rotasi eksternal

Gerakan yang sesuai dengan rotasi badan janin berfungsi membawa diameter biakromionnya berhimpit dengan diameter anteroposterior pintu bawah panggul, dengan demikian satu bahu akan terletak anterior dibelakang simpisis dan yang lain di posterior.

f. Ekspulsi

Setelah kedua bahu tersebut lahir sisa badan bayi lainnya akan segera terdorong ke luar.

### 2.3.8 Tahapan persalinan (Kala Persalinan)

Proses persalinan terdiri dari 4 kala, yaitu :

a. Kala I (pembukaan)

Kala I adalah pembukaan serviks yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). Pada primigravida kala I berlangsung kira – kira 13 jam, sedangkan pada multigravida kira – kira 7 jam. Gejala pada kala I ini dimulai bila timbulnya his dan mengeluarkan lendir darah. Lendir darah tersebut berasal dari lender kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh– pembuluh kapiler yang berada disekitar kanalis serviks itu pecah karena pergeseran ketika serviks membuka. Kala pembukaan dibagi atas 2 fase, yaitu :

- a) Fase laten: berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.
- b) Fase aktif: dibagi dalam 3 fase lagi, yaitu :

- 1) Fase akselerasi yaitu dalam waktu 2 jam permukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- 2) Fase dilatasi maksimal yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sampai cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
- 3) Fase deselerasi yaitu pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap (10 cm). Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida, pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek.

b. Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Gejala dan tanda kala II persalinan adalah: Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan vagina, perineum menonjol, Vulva dan spingter ani membuka, meningkatkan pengeluaran lendir bercampur darah. Sedangkan tanda pasti kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah pembukaan serviks telah lengkap dan terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina. Kala II pada primi: 1 ½ jam – 2 jam, pada multi ½ jam – 1 jam.

### 2.3.9 Komplikasi Intrapartum Pada Riwayat Abortus

a. Persalinan lama

a) Definisi persalinan lama

Partus lama ( partus tak maju ) yaitu persalinan yang ditandai tidak adanya pembukaan serviks dalam 2 jam dan tidak adanya penurunan janin dalam 1 jam. Partus lama ( partus tak maju ) berarti meskipun kontraksi uterus kuat, janin tidak dapat turun karena faktor mekanis.

Kemacetan persalinan biasanya terjadi pada pintu atas panggul, tetapi dapat juga terjadi pada rongga panggul atau pintu bawah panggul. Biasanya tidak ada pembukaan serviks, turunnya kepala dan putar paksi sebelum 2 jam terakhir. Dalam penentuan batas waktu, terdapat varian sebuah sumber yang menyatakan bahwa batasan waktu dalam penentuan partus lama adalah 18 jam.

b) Penatalaksanaan Persalinan Lama

1. Persalinan palsu / belum inpartu (False labor)

Bila his belum teratur dan porsio masih tertutup, pasien boleh pulang. Periksa adanya infeksi saluran kencing. Ketuban pecah dan bila didapatkan adanya infeksi obati secara adekuat. Bila tidak pasien boleh rawat jalan.

## 2. Fase laten yang memanjang (Prolonged latent phase)

Diagnosis fase laten yang memanjang dibuat secara retrospektif. Bila his terhenti disebut persalinan palsu atau belum inpartu. Bila mana kontraksi makin teratur dan pembukaan bertambah sampai 3 cm, pasien tersebut dikatakan masuk fase laten.

Apabila ibu berada dalam fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada kemajuan, lakukan pemeriksaan dalam :

- 1) Bila tidak ada perubahan penipisan dan pembukaan serviks tidak didapatkan tanda gawat janin, kaji ulang diagnosis nya kemungkinan ibu belum dalam keadaan inpartu.
- 2) Bila didapatkan perubahan dalam penipisan dan pembukaan serviks:
  - a. Lakukan penilaian setiap 4 jam sekali
  - b. Jika pasien tidak masuk fase laten setelah dilakukan pemberian oksitosin selama 8 jam, lakukan section cesarea.
- 3) Bila didapatkan adanya tanda infeksi:
  - a. Berikan induksi dengan oksitosin
  - b. Berikan antibiotik kombinasi selama persalinan
  - c. Ampisilin 2 gr Intra Vena (IV) setiap 6 jam
  - d. Ditambah gentamicin 5 mg/kg berat badan intravena setiap 24 jam
- 4) Jika persalinan pervaginam stop antibiotika pasca persalinan
- 5) Jika dilakukan section cesare, lanjutkan antibiotika dan metronidazole 500 mg intravena setiap 8 jam sampai ibu bebas demam selama 48 jam.

## b. Fase aktif yang memanjang (prolonged active phase)

Bila tidak didapatkan adanya chefalo pelvik disproporsi (CPD) atau adanya obstruksi :

- a) Berikan penanganan kontraksi dan mempercepat kemajuan persalinan.
- b) Bila ketuban utuh, pecahkan ketuban Bila kecepatan permukaan serviks pada waktu fase aktif kurang dari 1 cm per jam lakukan penilaian kontraksi uterus.



- c) Jika his tidak adekuat (kurang dari 3 his dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik), pertimbangkan adanya inersia uteri.
- d) Jika his adekuat (3 kali dalam 10 menit dan lamanya lebih dari 40 detik), pertimbangkan adanya disproporsi obstruksi, mal posisi atau mal presentasi.

c. Ketuban Pecah Dini

a) Definisi Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini adalah menurut (Sagita, 2017) ketuban pecah dini ditandai dengan keluarnya cairan berupa air-air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu dan dapat dinyatakan pecah dini terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Cairan keluar melalui selaput ketuban yang mengalami robekan, muncul setelah usia kehamilan mencapai 28 minggu dan setidaknya satu jam sebelum waktu kelahiran yang sebenarnya. Penatalaksanaan ketuban pecah dini

b) Penatalaksanaan KPD

Memerlukan pertimbangan usia kehamilan, adanya infeksi pada komplikasi ibu dan janin dan adanya tanda-tanda persalinan. Penanganan ketuban pecah dini menurut Sarwono (2010), meliputi :

1) Konserpatif

- a. Pengelolaan konserpatif dilakukan bila tidak ada penyulit (baik pada ibu maupun pada janin) dan harus di rawat dirumah sakit.
- b. Berikan antibiotika (ampicilin 4 x 500 mg atau eritromicin bila tidak tahan ampicilin) dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari.
- c. Jika umur kehamilan <32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- d. Jika usia kehamilan 32-27 minggu, belum in partu, tidak ada infeksi, tes buss negatif beri deksametason, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin, terminasi pada kehamilan 37 minggu.
- e. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan tokolitik (salbutamol), deksametason, dan induksi sesudah 24 jam.
- f. Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi.
- g. Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intra uterin).

- h. Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memacu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, deksametason IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.
- d. Persalinan dengan Operasi Caesar
- a) Definisi operasi Caesar
- Operasi caesar adalah operasi kandungan yang dilakukan ketika perkembangan persalinan terlalu lambat atau ketika janin tampak berada dalam masalah, ibu mengalami perdarahan, posisi bayi melintang, bentuk dan ukuran tubuh bayi yang besar atau persalinan dengan usia ibu yang tidak muda lagi sekitar usia 35 - 40 tahun (Janiwarty dan Pieter, 2013).
- b) Penatalaksanaan persalinan dengan operasi sesar
- Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien Post SC Menurut “Bobak” ( 2004 ), “ Wiknjasastro” ( 2002 ) diantaranya:
1. Penatalaksanaan secara medis
    - 1) Analgesik diberikan setiap 3 – 4 jam atau bila diperlukan seperti Asam Mefenamat, Ketorolak, Tramadol.
    - 2) Pemberian tranfusi darah bila terjadi perdarahan partum yang hebat.
    - 3) Pemberian antibiotik seperti Cefotaxim, Ceftriaxon dan lain-lain. Walaupun pemberian antibiotika sesudah Sectio Caesaria efektif dapat dipersoalkan, namun pada umumnya pemberiannya dianjurkan.
    - 4) Pemberian cairan parenteral seperti Ringer Laktat dan NaCl.
  2. Penatalaksanaan secara keperawatan
    - 1) Periksa dan catat tanda – tanda vital setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan 30 menit pada 4 jam kemudian Perdarahan dan urin harus dipantau secara ketat.
    - 2) Mobilisasi Pada hari pertama setelah operasi penderita harus turun dari tempat tidur dengan dibantu paling sedikit 2 kali. Pada hari kedua penderita sudah dapat berjalan ke kamar mandi dengan bantuan.
    - 3) Pemulangan Jika tidak terdapat komplikasi penderita dapat dipulangkan pada hari kelima setelah operasi.

e. Persalinan premature

a) Definisi persalinan premature

Persalinan prematur merupakan proses persalinan sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu lengkap atau kurang dari 259 hari, yang dihitung dari hari pertama haid terakhir. Jika usia kehamilan tak diketahui dengan pasti, maka yang menjadi patokan adalah berat bayi saat lahir yang hanya berkisar 1.000 - 2.500 gram ( dr. Panji, SpA, 2012).

Minggu terakhir masa kehamilan merupakan masa yang penting dalam pembentukan tahap akhir berbagai organ vital, termasuk otak dan paru-paru, serta proses peningkatan berat badan janin. Oleh karena itu, bayi yang lahir prematur berisiko mengalami gangguan kesehatan karena kondisi organ tubuh yang belum sempurna, sehingga membutuhkan perawatan intensif.

b) Penatalaksanaan persalinan premature

1. Tokolisis

Pemberian tokolisis masih perlu dipertimbangkan bila dijumpai kontraksi uterus yang regular dengan perubahan serviks. Alasan pemberian tokolisis pada persalinan preterm adalah :

- 1) Mencegah mortalitas dan morbiditas pada bayi premature
- 2) Memberi kesempatan bagi terapi kortikosteroid untuk menstimulir surfaktan paru janin
- 3) Memberi kesempatan transfer intrauterine pada fasilitas yang lebih lengkap optimalisasi personel

Beberapa obat yang digunakan sebagai tokolisis adalah:

- a) Kalsium antagonis: nifedipin 10 mg/oral diulangi 2-3 kali/jam, dilanjutkan tiap 8 jam sampai kontraksi hilang. Obat dapat diberikan lagi jika timbul kontraksi berulang.
- b) Obat  $\beta$ -mimetik: seperti terbutalin, ritrodin, isoksuprin, dan salbutamol, dapat digunakan, terapi nifedipin mempunyai efek samping lebih kecil.
- c) Sulfat magnesikus dan anti prostaglandin (indometasin): jarang dipakai karena efek samping pada ibu ataupun janin.
- d) Untuk menghambat proses persalinan preterm selain tokolisis, perlu membatasi aktivitas atau tirah baring.

2. Kortikosteroid

Pemberian terapi kortikosteroid dimaksudkan untuk pematangan surfaktan paru janin, menurunkan insidensi RDS, mencegah

perdarahan intraventrikular, yang akhirnya menurunkan kematian neonatus. Kortikosteroid perlu diberikan bila manusia kehamilan kurang dari 35 minggu.

Obat yang diberikan adalah: deksametason atau betametason. Pemberian steroid ini tidak diulang karena risiko terjadinya pertumbuhan janin terhambat.

Pemberian siklus tunggal kortikosteroid adalah:

- 1) Betametason: 2 x 12 mg i.m. dengan jarak pemberian 24 jam
- 2) Deksametason 4 x 6 mg i.m. dengan jarak pemberian 12 jam

### 3. Antibiotika

Antibiotika hanya diberikan bila mana kehamilan mengandung risiko terjadinya infeksi. Obat diberikan per oral, yang dianjurkan adalah eritromisin 3 x 500 mg selama 3 hari. Obat pilihan lain adalah ampisilin 3 x 500 mg selama 3 hari, atau dapat menggunakan antibiotika lain seperti klindamisin. Tidak dianjurkan pemberian ko-amoksiklaf.

Beberapa hal yang harus diperhatikan pada pemeriksaan pasien dengan KPD/PPROM (Preterm premature rupture of the membrane) adalah:

- 1) Semua alat yang digunakan untuk periksa vagina harus steril
- 2) Periksa dalam vagina tidak dianjurkan, tetapi dilakukan dengan pemeriksaan spekulum.
- 3) Pada pemeriksaan USG jika didapat penurunan indeks cairan amnion (ICA) tanpa adanya kecurigaan kelainan ginjal dan tidak adanya IUGR mengarah pada kemungkinan KPD.

Persiapan persalinan preterm perlu pertimbangan berdasar :

- 1) Usia gestasi
  1. Usia gestasi 34 minggu atau lebih: dapat melahirkan di tingkat dasar/primer, mengingat prognosis relatif baik.
  2. Usia gestasi kurang dari 34 minggu: harus dirujuk kerumah sakit dengan fasilitas perawatan neonatus yang memadai.

#### 2) Keadaan selaput ketuban

Bila didapat KPD/PPROM dengan usia kehamilan kurang dari 28 minggu, maka ibu dan keluarga dipersilahkan untuk memilih cara pengelolaan setelah diberi konseling dengan baik.

f. Atonia uteri

a) Definisi Atonia Uteri

Atonia uteri adalah suatu keadaan dimana lemahnya kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak dapat menghentikan perdarahan yang terjadi dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir.

b) Penatalaksanaan ruptur uteri

1. Pemijatan uterus
2. Oksitosin dapat diberikan
3. Antisipasi dini akan kebutuhan darah dan transfusi sesuai kebutuhan, jika perdarahan terus berlangsung, memastikan plasenta lahir lengkap, jika terdapat tanda-tanda sisa plasenta, sisa plasenta tersebut dikeluarkan, uji pembekuan darah sederhana. Kegagalan terbentuknya pembekuan darah setelah 7 menit atau adanya bekuan lunak yang dapat pecah dengan mudah menunjukkan adanya koagulopati.
4. Jika perdarahan terus berlangsung kompresi bimanual internal atau kompresi aorta abdominalis.
5. Jika perdarahan masih berlangsung setelah dilakukan kompresi, ligasi arteri uterina dan ovarika, histerektomi jika terjadi perdarahan yang mengancam jiwa.

g. Perdarahan postpartum

a) Definisi Perdarahan Postpartum

Adalah perdarahan pervaginam 500 cc atau lebih setelah kala III selesai setelah plasenta lahir). Fase dalam persalinan dimulai dari kala I yaitu serviks membuka kurang dari 4 cm sampai penurunan kepala dimulai, kemudian kala II dimana serviks sudah membuka lengkap sampai 10 cm atau kepala janin sudah tampak, kemudian dilanjutkan dengan kala III persalinan yang dimulai dengan lahirnya bayi dan berakhir dengan pengeluaran plasenta. Perdarahan postpartum terjadi setelah kala III persalinan selesai (Saifuddin, 2014).

b) Penatalaksanaan

Penggunaan uterotonika (oksitosin saja sebagai pilihan pertama) memainkan peran sentral dalam penatalaksanaan perdarahan postpartum. Pijat rahim disarankan segera setelah diagnosis dan resusitasi cairan kristaloid isotonik juga dianjurkan. Penggunaan asam traneksamat disarankan pada kasus perdarahan yang sulit diatasi atau

perdarahan tetap terkait trauma. Jika terdapat perdarahan yang terusmenerus dan sumber perdarahan diketahui, embolisasi arteri uterus harus dipertimbangkan. Jika kala tiga berlangsung lebih dari 30 menit, peregangan tali pusat terkendali dan pemberian oksitosin (10 IU) IV/IM dapat digunakan untuk menangani retensio plasenta. Jika perdarahan berlanjut, meskipun penanganan dengan uterotonika dan intervensi konservatif lainnya telah dilakukan, intervensi bedah harus dilakukan tanpa penundaan lebih lanjut (WHO, 2012).

### 2.3.10 Penatalaksanaan Persalinan Riwayat Abortus Untuk Mencegah Perdarahan Post Partum

Penatalaksanaan dimulai dari kala I sampai kala IV, sebagai berikut:

#### a. Kala I

Adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0 (nol) sampai pembukaan lengkap (10cm). Proses ini berlangsung kurang lebih 18-24 jam, yang terbagi menjadi 2 fase:

- a) Fase laten (8 jam) : pembukaan 0 cm sampai pembukaan 3 cm.
- b) Fase aktif (7 jam) : pembukaan serviks 3 cm sampai pembukaan 10 cm.

Pendapat lain mengatakan bahwa fase laten adalah pembukaan serviks 0-3 cm, dan fase aktif persalinan dari pembukaan 4 dan seterusnya dengan adanya aktifitas uterus regular, kontraksi menjadi kuat, dan sering sampai kira kira 3-1 kalikontraksi per 10 menit. Lamanya kala I pada multipara sekitar 7 jam, dan persalinan dikatakan normal apabila selesai dalam 24 jam.

Pada fase laten, his timbul di awali setiap 10-20 menit, durasi 15-20 detik. Intensitas ini ibu merasa tidak nyaman, namun masih dapat tersenyum, komunikasi lancar, mampu menjawab pertamuaan, tampak gembira, mampu melakukan relaksasi, sadar bahwa awal persalinan telah dialaminya.

Berdasarkan kurve FriedmanMultigravida pembukaan 2 cm / jam, pada fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Pada multigravida OUI sudah sedikit terbuka. OUI dan OUE serta penipisan dan pendataran servik terjadi dalam saat yang sama.

Pada fase laten ini, tindakan yang dibetirikan kepada ibugrande multipara : pasang infus, pemantauan pengeluaran pervaginam (cairan, ketuban, darah, lender campur darah), pemantauan tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan), pemantaun kesejahteraan ibu dan janin, dan pemantauan kemajuan persalinan.

Pada fase aktif, penurunan bagian presentasi janin yang progresif terjadi selama akhir fase aktif. Kontraksi uterus menjadi lebih sering, lebih lama dan intensitas menjadi kuat. pada fase ini his terjadi 2-3 menit, durasi 60 detik, dengan intensitas kuat. Ibu merasa cemas karena dirasakan nyeri setiap his, mulai mengalami rasa takut, kehilangan control, penurunan kemampuan aktifitas, kehilangan rasa kegembiraan, takut kesendirian, kemampuan relaksasi menurun sampai hilang, tegang, tidak percaya diri.

Pada fase transisi, kontraksi uterus menjadi setiap 2 menit, durasi 60-75 bahkan sampai 90 detik, dengan intensitas kuat. Pada fase ini kondisi yang dominan pada ibu adalah cemas karena semakin meningkatnya nyeri akibat his, gelisah, takut sendirian, selalu berubah posisi, gerakan tangan tak terkontrol sebagai tanda adanya nyeri, lelah, ibu takut perutnya robek setiap munculnya his, muncul keraguan akan kemampuan untuk melahirkan, iritabel, adakalanya tidak suka mendengarkan pembicaraan atau disentuh.

Pada Kala I tugas penolong adalah mengawasi dan menanamkan semangat kepada ibu bahwa proses persalinan adalah fisiologis tanamkan rasa percaya diri dan percaya pada penolong. Pada kala pembukaan dilarang mengejan karena belum waktunya dan hanya akan menghabiskan tenaga ibu. Biasanya kala I berakhir apabila pembukaan sudah lengkap sampai 10. Keluhan utama klien pada kala I adalah nyeri. Nyeri tersebut bersifat visceral yang disebabkan oleh kontraksi uterus, dilatasi servikstekanan bagian terendah janin pada segmen bawah Rahim (SBR), Regangan ligamen uterus dan vagina.

Pada saat fase aktif dan transisi, pemantauan terhadap ibu lebih intensif, memberikan kenyamanan, memantau kemajuan persalinan, menganjurkan ibu miring kiri, memotivasi ibu menggunakan teknik relaksasi, memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan, mengosongkan kandung kemih, memotivasi keluarga untuk memberikan dukungan psikososial.

#### b. Kala II

Kala II dimulai ketika pembukaan serviks lengkap dan berakhir dengan lahirnya seluruh tubuh janin. Kala II persalinan berlangsung selama 1 jam untuk primigravida dan setengah jam untuk multigravida.

Pada Kala II his terkoordinir, kuat, cepat dan lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk panggul pada multigravida sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris timbul rasa mengedan, karena tekanan pada rectum, ibu seperti merasa akan buang air besar dengan tanda anus terbuka. Kala II pada primi 1½ jam – 2 jam, pada multi ½ - 1 jam.

Pada permulaan kala II persalinan, umumnya kepala janin sudah masuk ke PAP ketuban yang menonjol biasanya akan pecah sendiri. Apabila belum pecah, ketuban harus dipecahkan. His datang lebih sering dan lebih kuat, lalu timbul keinginan untuk mengejan.



c. Kala III

Kala III dimulai dengan keluarnya bayi dari uterus dan diakhiri dengan keluarnya plasenta. Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Seluruh proses biasanya berlangsung selama 5-30 menit setelah bayi lahir. Lepasnya plasenta ditandai dengan perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang dan semburan darah tiba-tiba.

Tindakan pencegahan perdarahan post partum pada grande multiapar yaitu menerapkan manajemen aktif kala III. Tindakan yang dapat dilakukan pada , manajemen aktif kala III menurut WHO yaitu :

a) Memberikan obat uterotonika (untuk kontraksi rahim)

Selama kala tiga, miometrium berkontraksi menyebabkan konstiksi pembuluh darah yang berjalan di dalam miometrium juga yang menuju ke perlekatan plasenta sehingga aliran darah berhenti.

Uterotonika memacu kontraksi otot uterus untuk mencegah atoni dan mempercepat lepasnya plasenta. Obat uterotonika yang paling sering digunakan adalah oksitosin, ergometrin dan misoprostol.

Oksitosin merupakan oksitosika utama yang dipakai dalam pencegahan dan penanganan perdarahan pascasalin, diberikan pada saat penanganan aktif kala tiga sebagai sebuah tindakan preventif. Oksitosin diberikan lewat intara muscular sebanyak 10 Internasional Unit (IU).

Ergometrin adalah alkaloida ergot yang menghasilkan kontraksi tetanik dalam 5 menit setelah pemberian intramuskular. Awitan keunjanya berada dalam tempo 1 menit setelah penyuntikan intravena, gtiga hingga tujuh menit pada penyuntikan intra muscular, dan sampai sepuluh menit jika preparat ini diberikan per oral.

misoprostol banyak digunakan dalam praktek obstetrik karena sifatnya yang bisa memacu kontraksi miometrium yakni sebagai obat induksi persalinan dan uterotonika penting untuk mengatasi perdarahan pascasalin karena atoni uteri. Misoprostol rektal dengan dosis tinggi (1000 µg) terbukti efektif menghentikan perdarahan pascasalin, perdarahan berhenti dalam 3 menit dan tidak memerlukan oksitosika tambahan lagi.

b) Penjepitan tali pusat dan penegangan tali pusat terkendali

Setelah bayi lahir, tali pusat segera dijepit dan dipotong dan lakukan penegangan tali pusat. Penegangan tali pusat ini bertujuan untuk melihat pelepasan plasenta. Pelepasan plasenta diidentifikasi dengan tanda-tanda:

1. Fundus yang berkontraksi
2. Tali pusat memanjang
3. Perubahan bentuk uterus dan bentuk cakram menjadi bentuk oval bulat, sewaktu plasenta bergerak ke arah segmen bagian bawah
4. Darah berwarna gelap keluar dengan tiba-tiba dari introitus

c) Mengeluarkan plasenta

Segera setelah tanda-tanda pelepasan plasenta terlihat dan uterus mulai berkontraksi tegangkan tali pusat dengan satu tangan dan tangan yang lain (pada dinding abdomen) menekan uterus ke arah lumbal dan kepala ibu (dorso-kranial). Lakukan secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversio uteri. Lahirkan plasenta dengan peregangan yang lembut mengikuti kurva alamiah panggul (posterior kemudian anterior).

Ketika plasenta tampak di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya. Putar plasenta secara lembut hingga selaput ketuban terpinil menjadi satu.

d) Rangsangan taktil (pemijatan) uterus

Segera setelah plasenta lahir, lakukan masase fundus uteri dengan tangan kiri sedangkan tangan kanan memastikan bahwa kotiledon dan selaput plasenta dalam keadaan lengkap. Periksa sisi maternal dan fetal. Periksa kembali uterus setelah satu hingga dua menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Evaluasi kontraksi uterus setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama satu jam kedua pasca persalinan.

Jika terjadi perdarahan hebat setelah plasenta lahir dan kontraksi uterus lemah telungkupkan telapak tangan pada fundus uteri dan rasakan kontraksi uterus setelah itu massage dengan gerakan memutar pada fundus uteri dan lakukan terus sampai uterus dapat berkontraksi. Setelah uterus dapat berkontraksi baik, letakkan jari jemari dibelakang fundus dan dorong keluar agar bekuan darah keluar, simpan wadah di

depan vulva untuk menampung darah yang keluar dan hitung jumlah perdarahan kemudian dokumentasikan.

d. Kala IV

Kala pengawasan dimulai dari lahirnya plasenta sampai 1 jam. Periksa fundus uteri setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 20-30 menit selama jam kedua. Jika kontraksi tidak kuat massase uterus sampai menjadi keras. Kala IV mungkin menjadi lebih panjang pada mul,tipara dari pada primipara, tetapi biasanya rata rata 4 sampai 12 jam.

Higene juga perlu diperhatikan, istirahat dan biarkan bayi berada pada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi . IMD pada satu jam pertama dapat meningkatkan potensi keberhasilan menyusui secara eksklusif selama enam bulan dan dilanjutkan dengan makanan pendamping ASI sampai bayi berumur 2 tahun. Manfaat yang lain adalah mencegah terjadinya perdarahan post partum. Isapan bayi pada payudara akan merangsang pelepasan oksitosin. Pengkajian tanda tanda perdarahan intensif untuk grande multipara:

- a) Nadi dan pernapasan lebih cepat, tekanan darah menurun.
- b) Oliguria
- c) Perkiraan jumlah darah yang keluar lebih banyak
- d) Rahim lembek (kontraksi uterus tidak baik)
- e) Tinggi fundus uteri bertambah

Selama proses bersalin ibu membutuhkan perawatan baik fisik maupun psikososial. Perawat harus membantu ibu memenuhi kebutuhan fisiknya selama persalinan dengan melakukan intervensi keperawatan. Beberapa kebutuhan fisik individu pada proses persalinan yang harus dipenuhi akan dijelaskan sebagai berikut:

a) Kebutuhan Cairan dan Nutrisi

Sebagian ibu masih berkeinginan untuk makan selama fase laten persalinan, tetapi memasuki fase aktif, hanya ingin minum saja. Pemberian makan dan minum selama persalinan merupakan hal yang tepat, karena memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi (dehidrasi dapat menghambat kontraksi/tidak teratur dan kurang efektif). Oleh karena itu, anjurkan ibu makan dan minum selama persalinan dan kelahiran bayi, anjurkan keluarga selalu menawarkan makanan ringan dan sering minum pada ibu selama persalinan.

b) Kebutuhan Eliminasi

Selama persalinan terjadi penekanan pada pleksus sakrum oleh bagian terendah janin sehingga menyebabkan retensi urin maupun sering berkemih. Pemenuhan kebutuhan eliminasi selama persalinan perlu difasilitasi agar membantu kemajuan persalinan dan pasien merasa nyaman. Oleh karena itu, anjurkan ibu untuk bereliminasi secara spontan minimal 2 jam sekali selama persalinan, apabila tidak mungkin dapat dilakukan kateterisasi.

c) Hygiene umum

Meliputi mandi, mengelap badan, vulva hygiene, oral hygiene, rambut dan pakaian harus di jaga untuk rasa nyaman, menambah rasa percaya diri klien dan meminimalkan resiko infeksi.

d) Posisi dan Ambulasi

Persalinan merupakan peristiwa yang normal, tanpa disadari dan mau tidak mau harus berlangsung. Selama persalinan, pemilihan posisi dapat membantu ibu tetap tenang dan rileks. Oleh karena itu, berikan pilihan posisi persalinan yang aman dan nyaman. Tidur terlentang tidak perlu ibu lakukan terus menerus selama persalinan, ibu dapat berdiri dan jalan-jalan. Memberikan suasana yang nyaman dan tidak menunjukkan ekspresi yang terburu-buru akan memberikan kepastian pada ibu. Adapun posisi persalinan dapat dilakukan dengan duduk/setengah duduk; merangkak; berjongkok/berdiri; dan berbaring miring ke kiri.

e) Control rasa nyeri

Perawat membantu klien melakukan teknik relaksasi, latihan peregangan otot maupun upaya mengontrol nyeri lainnya yang bias dilakukan klien.

### 2.3.11 Manajemen SOAP Persalinan

a. Subjektif : pengumpulan dan analisa data dasar

a) Biodata

Mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk menilai keadaan klien secara keseluruhan yang terdiri atas data istri dan suami, meliputi nama ibu dan suami, umur, pernikahan keberapa dan lamanya, suku, agama, pendidikan, pekerjaan, dan alamat.

b) Alasan masuk dan keluhan utama

Alasan ibu datang ke tempat pelayanan kesehatan dan keluhan yang dirasakan ibu sekarang. dalam kasus persalinan, keluhan yang sering dirasakan oleh ibu seperti nyeri perut tembus belakang serta

pengeluaran lendir, darah, atau air ketuban dari jalan lahir. Jika dalam persalinan gemelli keluhan utama yang sering dialami oleh ibu seperti nyeri perut hebat atau bahkan belum merasakan sakit sama sekali sehingga ibu datang ke tempat pelayanan kesehatan untuk mendapatkan tindakan operatif (anjuan dokter).

c) Riwayat kehamilan sekarang

Mengumpulkan semua data yang dibutuhkan mengenai riwayat kehamilan ibu yang sekarang, meliputi:

1. Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) untuk menghitung usia kehamilan ibu berdasarkan siklus haid ibu.
2. Keluhan yang dialami ibu selama hamil, pada kasus kehamilan kembar keluhan yang sering dialami seperti nyeri perut, pusing dan sakit kepala akibat dari hipertensi atau preeklamsi, mual muntah, mengalami sesak karena ukuran perut yang lebih besar dari pada kehamilan tunggal, sering buang air kecil.
3. Pergerakan janin pertama kali, pada kehamilan kembar pergerakan janin dapat dirasakan ibu pada dua sisi perut atau pada keseluruhan perut ibu.

d) Riwayat kebidanan

1. Riwayat menstruasi

Data ini digunakan untuk mendapatkan gambaran tentang keadaan dasar dari organ reproduksi pasien. Beberapa data yang harus kita peroleh dari riwayat menstruasi antara lain yaitu menarche (usia pertama kali mengalami menstruasi yang pada umumnya wanita Indonesia mengalami menarche pada usia sekitar 12 sampai 16 tahun), siklus menstruasi (jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari yang biasanya sekitar 21 sampai 34 hari), volume darah data ini menjelaskan seberapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan biasanya acuan yang digunakan berupa kriteria banyak atau sedikitnya, keluhan, beberapa wanita menyampaikan keluhan yang dirasakan ketika mengalami menstruasi dan dapat merujuk kepada diagnosa tertentu.

2. Gangguan kesehatan alat reproduksi

Data ini sangat penting untuk kita karena akan memberikan petunjuk bagi kita tentang organ reproduksi pasien. Ada beberapa penyakit organ reproduksi yang berkaitan erat

dengan personal hygiene pasien, atau kebiasaan lain yang tidak mendukung kesehatan reproduksinya.

3. Riwayat Kontrasepsi

Riwayat kontrasepsi sangat diperlukan karena kontrasepsi hormonal.

4. Riwayat Obstetri

Informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, usia gestasi pada saat itu, tipe persalinan (spontan, forseps, ekstraksi vakum, atau bedah sesar), berat lahir, jenis kelamin, dan komplikasi lain. Dalam kasus ini data obstetri yang dikumpulkan berupa riwayat kehamilan dan persalinan lalu ibu, apakah ada riwayat hamil dan melahirkan kembar atau tidak.

5. Riwayat kesehatan

Data riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai penanda akan adanya penyulit masa hamil. Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan pasien yang perlu diketahui adalah apakah pasien pernah atau sedang menderita penyakit seperti jantung, diabetes melitus, ginjal, hipertensi atau hipotensi, hepatitis, dan lain-lain.

e) Riwayat keluarga

Informasi tentang keluarga pasien penting untuk mengidentifikasi wanita yang beresiko menderita penyakit genetik yang dapat mempengaruhi hasil akhir kehamilan atau beresiko memiliki bayi yang menderita penyakit genetik. Dalam kasus ini data yang diperlukan adalah apakah ada salah satu dari keluarga yang juga pernah hamil kembar (riwayat kembar dari keluarga).

f) Riwayat sosial

Riwayat sosial yang perlu untuk diketahui seperti status perkawinan, sumber dukungan, respon ibu terhadap kehamilan ini, respon keluarga terhadap kehamilan ini, pengetahuan ibu tentang perawatan kehamilan, adat istiadat setempat yang berkaitan dengan masa hamil, perencanaan KB. Berdasarkan kasus ini, data yang diperlukan meliputi, respon keluarga mengenai kehamilan ibu sekarang ini (kehamilan kembar) terutama suami.

g) Pola kehidupan sehari-hari

Data pola kehidupan sehari-hari yang perlu untuk dikaji adalah pola makan ibu, pola minum, pola istirahat, dan aktivitas sehari-hari (Romauli, 2011:164-170).

h) Respon suami terhadap kehamilan

Data respon suami terhadap kehamilan ini sangat penting karena dapat dijadikan sebagai acuan mengenai bagaimana pola kita dalam memberikan asuhan pada klien.

i) Dukungan keluarga lain terhadap kehamilan

Hal ini juga perlu untuk ditanyakan karena keluarga selain suami juga sangat berpengaruh besar bagi kehamilan klien.

j) Pengambilan keputusan

Pengambilan keputusan perlu ditanyakan karena untuk mengetahui siapa yang diberi kewenangan klien dalam mengambil keputusan apabila bidan mendiagnosa adanya keadaan patologis bagi kondisi kehamilan klien yang memerlukan adanya penanganan serius.

b. Objektif

Data yang diperoleh dari apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan pada waktu pemeriksaan termasuk juga hasil pemeriksaan laboratorium, USG, dll. Apa yang diobservasi oleh bidan akan menjadi komponen yang berarti dari diagnosa yang akan ditegakkan (Nurasiah dkk, 2014).

a) Pemeriksaan Umum

Pemeriksaan fisik digunakan untuk mengetahui kondisi pasien secara menyeluruh. Langkahlangkah pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara sistematis, meliputi:

1. Keadaan umum pasien
2. Kesadaran (komposmentis, somnolen, apatis, dan lainnya)
3. Pemeriksaan tanda-tanda vital

1) Tekanan darah

Deteksi tekanan darah yang cenderung naik diwaspadai adanya gejala hipertensi dan preeklamsi. Tekanan darah normalnya berkisar sistolik 110–120 mmHg dan diastolik 80–90 mmHg (Walyani, 2014)

2) Nadi

Untuk mengetahui denyut nadi ibu, normalnya 60–100 x/menit (Walyani, 2014).

3) Pernapasan

Untuk mengetahui kelainan saluran nafas, normalnya 18–24 x/menit (Walyani, 2014).

4) Suhu tubuh

Untuk mengetahui suhu ibu, pada suhu badan normalnya 36,5 C–37,5 C (Walyani, 2014).

b) Pemeriksaan Antropometri

1. Tinggi badan

Ukuran tinggi badan yang sangat penting untuk mengetahui ukuran panggul. Tinggi badan ibu dikategorikan beresiko apabila hasil pengukuran <145 cm (Walyani, 2014).

2. Berat badan

Untuk mengetahui kenaikan berat badan, karena kenaikan berat badan yang mendadak dapat menyebabkan preeklamsia. Kenaikan berat badan ibu hamil normalnya berkisar 6,5-16kg (Saryono dalam Walyani, 2014).

3. LILA (lingkar lengan atas)

Untuk mengetahui status gizi ibu (Sulistyawati, 2012).

c) Pemeriksaan fisik pada ibu bersalin

1. Inspeksi

Inspeksi adalah memeriksa dengan cara melihat atau memandang meliputi:

1) Kepala

a. Rambut

Untuk mengetahui bagaimana keadaan kulit kepala pada rambut untuk menilai kebersihan, kelembapan, kerontokan.

b. Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis, kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklampsia.

c. Wajah



Tampak kloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmen yang berlebihan, tidak sembab, bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan.

d. Telinga

Untuk melihat simetris kanan dan kiri atau tidak, keadaan telinga, liang telinga, ada serumen atau tidak.

e. Hidung

Untuk menilai ada benjolan tidak, ada sekret atau tidak pada hidung.

f. Mulut/gigi/gusi

Untuk mengetahui kebersihan mulut, ada caries atau tidak pada gigi, ada pembengkakan atau tidak pada gusi.

g. Leher

Normal tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran kelenjar limfe dan tidak ditemukan bendungan vena jugularis.

h. Payudara

Normal bentuk simetris, hiperpigmentasi pada areola mammae, puting susu bersih dan menonjol, ada atau tidak pengeluaran ASI.

i. Genitalia

Tidak oedema, tidak ada varises dan kelainan lainnya

j. Ekstremitas

Pada kaki dan tangan apakah terjadi oedema, ada varices atau tidak, reflek patella positif atau negatif.

d) Pemeriksaan khusus obstetri

1. Abdomen

a. Inspeksi

Bentuk, bekas luka operasi, terdapat linea nigra, striae dan pembesaran abdomen. Pembesaran perut pada kehamilan kembar lebih besar dari usia kehamilan dibandingkan dengan kehamilan tunggal.

b. Palpasi

Menggunakan Teknik Leopold

1) Leopold I

Untuk mengetahui tinggi fundus uteri bagian yang berada pada bagian fundus dan mengukur tinggi fundus uteri dari simpisis untuk menentukan usia kehamilan (Walyani, 2015). Dikarenakan lingkaran perut mengecil akibat berkurangnya air ketuban, pada kasus serotinus TFU biasanya tidak mengalami penambahan tinggi fundus tetapi mengalami penurunan. (Menurut Norma dan Dwi, 2013).

2) Leopold II

Untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang, dan bagian janin yang teraba disebelah kanan dan kiri (Walyani, 2015).

3) Leopold III

Untuk menentukan bagian janin yang ada di bawah (presentasi) (Walyani, 2015).

4) Leopold IV

Untuk menentukan apakah bagian janin sudah masuk panggul atau belum (Walyani, 2015).

5) TBJ

Perkiraan ini hanya berlaku untuk janin dengan presentasi kepala. Rumusnya adalah sebagai berikut:  $(TFU \text{ (cm)} - n) \times 155 = \text{berat (gram)}$ . Bila kepala belum masuk panggul maka  $n=12$ , kepala sudah masuk panggul maka  $n=1$ .

6) DJJ

Periksa dengar harus dilakukan 1 menit penuh dan menilai denyut jantung janin dalam batas normal yaitu 120-160 kali per menit.

e) Pemeriksaan dalam

Beberapa hal yang dinilai pada pemeriksaan dalam adalah, keadaan perineum dan vagina, porsio, keadaan serviks, keadaanketuban, letak atau presentasi janin, penurunan bagian terendah janin, adanya penyusupan atau tidak, penumbungan, kesesuaian ukuran panggul dalam dengan bagian terendah janin, dan menilai pelepasan cairan seperti lendir, darah dan air ketuban. Pada kehamilan kembar, hasil dari pemeriksaan dalam hanya akan

mendapatkan bagian terendah janin pertama baik presentasi kepala, bokong ataupun posisi janin lintang. (Baety, 2012 : 9 dan 19-42 ).

f) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan yang dilakukan untuk melengkapi data yang telah ada yang biasanya meliputi pemeriksaan laboratorium, dan ultrasonografi (Walyani, 2014).

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada kehamilan postdate seperti USG, KTG untuk menilai ada tidaknya gawat janin, warna air ketuban dengan amnioskopi atau amniotomi, dan pemeriksaan sitologi vagina dengan indeks kariopiknotik (Norma dan Dwi (2013).

c. A (Analysis/Assessment)

Merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan, karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Hal ini juga menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan pasien dan analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data pasien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Hasil analisa untuk menetapkan diagnosa kebidanan seperti :

- a) G (gravida) merupakan menentukan kehamilan berapa
- b) P(partus) merupakan jumlah anak baik aterm, preterm, imtur, dan hidup
- c) A (abortus) merupakan riwayat keguguran
- d) Usia kehamilan
- e) Anak hidup/meninggal
- f) Anak tunggal/kembar
- g) Letak anak apakah bujur/lintang, habitus fleski/defleksi, posisi puka/puki, presentasi bokong/kepala.
- h) Anak intrauterine/ekstrauterine
- i) Keadaan umum ibu dan janin serta masalah keluhan utama

d. Planing

Pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan renca asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien dan keluarga, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya (Walyani, 2014).

Menurut Penatalaksanaan menurut Manuaba dkk (2013), meliputi:

- a) Mempertimbangkan usia kehamilan benar-benar lebih dari 42 minggu, berat janin, evaluasi hasil USG, dan kematangan servik uteri.
- b) Melakukan expectative manajemen (manajemen menunggu), yaitu mengharap proses persalinan tanpa rangsangan dari luar, dengan tetap melakukan evaluasi kesejahteraan janin yang adekuat.
- c) Anjurkan pasien tidur miring kiri, melakukan pemantauan elektronik jantung janin, memberi oksigen bila ditemukan keadaan jantung yang abnormal, memperhatikan jalannya persalinan, dan segera setelah bayi lahir harus diperiksa terhadap kemungkinan hipoglikemi, hipovolemi, hipotermi, dan polisitemi (Saifuddin, 2009).

## **2. 4 KONSEP DASAR NIFAS**

### **2. 4.1 Pengertian Nifas**

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Sulistiyawati, 2015). Berdasarkan pengertian tersebut maka dapat disimpulkan bahwa masa nifas dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan pulihnya alat-alat reproduksi seperti sebelum hamil (6 minggu). Dikutip dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, asuhan masa nifas adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan bidan pada masa nifas sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan (Andina vita Sutanto, 2018).

### **2.4.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas**

Asuhan yang diberikan kepada ibu nifas menurut Asih (2016) bertujuan untuk:

- a) Memulihkan kesehatan klien. Memberikan KIE pada klien untuk menyediakan nutrisi sesuai kebutuhan berdasarkan anjuran bidan, mengatasi anemia, mencegah infeksi pada alat-alat kandungan dengan memperhatikan kebersihan diri, mengembalikan kesehatan umum dengan pergerakan otot (senam nifas) untuk memperlancar peredaran darah.
- b) Mempertahankan kesehatan fisik dan psikologis.
- c) Mencegah infeksi dan komplikasi.
- d) Memperlancar pembentukan dan pemberian Air Susu Ibu (ASI).
- e) Mengajarkan ibu untuk melaksanakan perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan memelihara bayi dengan baik, sehingga bayi dapat mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang optimal.
- f) Memberikan pendidikan kesehatan dan memastikan pemahaman serta kepentingan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehat pada ibu dan keluarganya melalui KIE.
- g) Memberikan pelayanan Keluarga Berencana.

### **2. 4.3 Tahapan Masa Nifas**

Tahapan masa nifas menurut Sulistiyawati (2015: 5) adalah sebagai berikut:

- a. Puerperium dini Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

- b. Puerperium intermedial Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.
- c. Remote puerperium Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

#### 2.4.4 Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

- a. Involusi Uterus Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat hanya 60 gram.

**Tabel 2.1 Perubahan Normal Pada Uterus**

Involusi Uteri	TFU	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta Lahir	Setinggi pusat	1000gr	12,5 cm
7hari (minggu 1)	Pertengahan antara pusat dan simpisis	500gr	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350gr	5 cm
6 minggu	Normal	60gr	2,5 cm

(Sumber : Ambarwati, 2010: 76)

Proses involusi uterus menurut Marmi (2015: 85) antara lain, sebagai berikut:

- a) Iskemia miometrium

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

- b) Atrofi jaringan

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta.

- c) Autolisis

Autolisis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga panjangnya 10 kali dari semula dan lebar lima kali dari semula selama kehamilan atau dapat juga dikatakan

sebagai perusakan secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

d) Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi perdarahan. Penurunan ukuran uterus yang cepat itu dicerminkan oleh perubahan lokasi uterus ketika turun keluar dari abdomen dan kembali menjadi organ pelvis.

b. Perubahan pada Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. (Nurjannah, 2013: 57)

c. Perubahan Ligamen

Setelah bayi lahir, ligamen dan diafragma pelvis fasial yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain: ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi, ligamen, fasial, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur.

d. Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lokhea yang berbau tak sedap menandakan adanya infeksi.

**Tabel 2.2 Pengeluaran Lokhea Selama Post Partum**

<b>Lochea</b>	<b>Waktu Muncul</b>	<b>Warna</b>	<b>Ciri-Ciri</b>
Rubra/ merah	1-4 hari	Merah	Terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan meconium.
Sanguinolenta	4-7 hari	Merah kecokl atan	Berlendir
Serosa	7-14 hari	Kuning kecokl atan	Mengandung serum, leukosit dan robekan atau laserasi plasenta
Alba/ putih	> 14 hari	Putih	Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

Sumber : Sulistyawati, 2015: 76

e. Perubahan pada Vulva, Vagina, dan Perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut. Kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Hymen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi kurunkulae motiformis yang khas bagi wanita multipara. Pada post natal hari kelima, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil (Marmi, 2015: 90).

f. Perubahan Sistem Pencernaan

Menurut Rukiyah (2010: 64), beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan antara lain :

a) Nafsu makan

Pasca melahirkan, ibu biasanya merasa lapar sehingga ibu diperbolehkan untuk mengonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan



diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan satu atau dua hari.

b) Motilitas

Secara khas, penurunan otot tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anestesia bisa memperlambat pengembalian tonus otot dan motilitas ke keadaan normal.

c) Pengosongan usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema selama melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal.

g. Perubahan Sistem Perkemihan

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Namun kadang-kadang ibu nifas mengalami sulit buang air kecil karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan adanya edema kandung kemih selama persalinan. Kandung kemih pada puerperium sangat kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih penuh atau sesudah buang air kecil masih tertinggal urin residu. Sisa urin dan trauma kandung kemih waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi (Ambarwati, 2010: 81).

h. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamen rotundum menjadi kendur. Stabilisasi sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusanya serat-serat elastis kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan dibantu dengan latihan (Ambarwati, 2010: 82)

i. Perubahan Sistem Endokrin

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin. Menurut Sulistyawati (2015: 80), hormon-hormon yang berperan pada proses tersebut, antara lain:

a) Hormon Plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (Human Chorionic Gonadotropin) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 postpartum.

b) Hormon Pituitari

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c) Hipotalamik Pituitari Ovarium

Lamanya seorang wanita mendapat menstruasi juga dipengaruhi oleh faktor menyusui. Seringkali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar esterogen dan progesteron.

d) Kadar Esterogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar esterogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI.

j. Perubahan Tanda Vital

Menurut Mansyur (2014: 63), beberapa perubahan tanda-tanda vital biasa terlihat jika wanita dalam keadaan normal. Peningkatan kecil sementara, baik peningkatan tekanan darah sistole maupun diastole dapat timbul dan berlangsung selama sekitar empat hari setelah wanita melahirkan.

a) Suhu Badan

Satu hari (24 jam) post partum suhu tubuh akan naik sedikit (37,5-38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali/menit sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat.

c) Tekanan darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena adanya perdarahan. Tekanan darah tinggi pada post partum dapat menandakan terjadinya preeklamsia postpartum.

d) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran nafas.

e) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Pada kehamilan terjadi peningkatan sirkulasi volume darah yang mencapai 50%. Mentoleransi kehilangan darah pada saat melahirkan perdarahan pervaginam normalnya 400-500 cc. Sedangkan melalui seksio caesaria kurang lebih 700-1000 cc. Bradikardi (dianggap normal), jika terjadi takikardi dapat merefleksikan adanya kesulitan atau persalinan lama dan darah yang keluar lebih dari normal atau perubahan setelah melahirkan.

f) Perubahan Sistem Hematologi

Jumlah Hb, Hmt, dan eritrosit sangat bervariasi pada saat awal – awal masa post partum sebagai akibat dari volume darah, plasenta, dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut. Selama kelahiran dan post partum, terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan Hmt dan Hb pada hari ke-3 sampai hari ke-7 postpartum, yang akan kembali normal dalam 4-5 minggu postpartum (Sulistiyawati, 2015: 82)

#### 2.4.5 Perubahan Psikologis Ibu Nifas

Menurut Herawati Mansur (2014: 134-135), adaptasi psikologis postpartum oleh rubin dibagi dalam 3 (tiga) periode yaitu sebagai berikut:

a. Periode Taking In

Periode ini berlangsung 1-2 hari setelah melahirkan. Ibu pasif terhadap lingkungan. Oleh karena itu, perlu menjaga komunikasi yang baik. Ibu menjadi sangat tergantung pada orang lain, mengharapkan segala sesuatu kebutuhan dapat dipenuhi orang lain. Perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan perubahan tubuhnya. Ibu mungkin akan bercerita tentang pengalamannya ketika melahirkan secara berulang-ulang. Diperlukan lingkungan yang kondusif agar ibu dapat tidur dengan tenang untuk memulihkan keadaan tubuhnya seperti sediakala. Nafsu makan bertambah sehingga dibutuhkan peningkatan nutrisi, dan kurangnya nafsu makan menandakan ketidaknormalan proses pemulihan

b. Periode Taking Hold

Periode ini berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dalam merawat bayi. Ibu menjadi sangat sensitif, sehingga mudah tersinggung. Oleh karena itu, ibu membutuhkan sekali dukungan dari orang-orang terdekat. Saat ini merupakan saat yang baik bagi ibu untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat

diri dan bayinya. Dengan begitu ibu dapat menumbuhkan rasa percaya dirinya. Pada periode ini ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, misalkan buang air kecil atau buang air besar, mulai belajar untuk mengubah posisi seperti duduk atau jalan, serta belajar tentang perawatan bagi diri dan bayinya.

c. Periode Letting Go

Periode ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Secara umum fase ini terjadi ketika ibu kembali ke rumah. Ibu menerima tanggung jawab sebagai ibu dan mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat bayi meningkat. Ada kalanya, ibu mengalami perasaan sedih yang berkaitan dengan bayinya, keadaan ini disebut baby blues.

#### 2.4.6 Kunjungan Nifas

Menurut Prawirohardjo, 2014 kunjungan nifas dilakukan paling sedikit 4 kali. Hal ini dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir serta untuk mencegah terjadinya masalah.

a. Kunjungan Pertama dilakukan 6-8 jam setelah persalinan

Tujuan:

- a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
- c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- d) Pemberian ASI awal.
- e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia

b. Kunjungan Kedua dilakukan nifas hari ke-6

Tujuan:

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal yaitu uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- b) Menilai adanya tanda-tandademam, infeksi, atau perdarahan abnormal.
- c) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat.
- d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.

- e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.
- c. Kunjungan ketiga dilakukan 2-3 minggu setelah persalinan  
Tujuan dilakukannya kunjungan ketiga sama seperti tujuan dilakukannya kunjungan kedua (6 hari setelah persalinan).
- d. Kunjungan keempat dilakukan 4-6 minggu setelah persalinan  
Tujuan dilakukannya kunjungan keempat antara lain menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu atau bayi alami. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

#### **2.4.7 Standar Pelayanan Nifas (3 Standar)**

Dalam standar pelayanan kebidanan dalam masa nifas terdapat tiga standar, yaitu standar 13, standar 14, dan standar 15. Masing-masing dijelaskan sebagai berikut:

- a. Standar 13 Perawatan Bayi Baru Lahir  
Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan, mencegah hipoksia sekunder, menemukan kelainan, dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai kebutuhan. Bidan juga mencegah atau menangani hipotermia.
- b. Standar 14 Penanganan pada Dua Jam Pertama Setelah Persalinan  
Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam 2 jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan. Selain itu, bidan memberikan penjelasan tentang hal-hal yang mempercepat pulihnya kesehatan ibu, dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI.
- c. Standar 15 Pelayanan Bagi Ibu dan Bayi pada Masa Nifas  
Bidan melakukan kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua, dan minggu keenam setelah persalinan, untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar, penemuan dini penanganan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, serta imunisasi dan KB.

#### **2.4.8 Bahaya yang dapat timbul setelah persalinan pada Kehamilan riwayat abortus**

Bahaya yang dapat timbul setelah persalinan pada riwayat abortus Menurut umi sukowati, dkk 2010 antara lain adalah :

- a. Rahim tidak berkontraksi setelah proses persalinan dimana dapat menimbulkan perdarahan setelah persalinan.
- b. *Retensi plasenta*, merupakan suatu keadaan dimana plasenta belum dapat lahir dalam waktu setengah jam setelah janin lahir sebagai akibat dari kurangnya kontraksi uterus. Hal ini dapat menyebabkan perdarahan setelah proses persalinan.
- c. Subinvolusi uteri.

#### **2.4.9 Komplikasi Pasca Partum**

Kehamilan dengan riwayat abortus pada saat pasca persalinan sangat beresiko terjadinya perdarahan post partum (atonia uteri) Menurut (umi sukowati, dkk 2010) Atonia uteri adalah suatu keadaan dimana uterus gagal berkontraksi dengan baik setelah persalinan. Penyebab atonia uteri adalah antara lain :

- a. umur ibu yang terlalu muda (kurang dari 20 tahun) terlalu tua (lebih dari 40 tahun)
- b. status paritas (multipara dan gerande multipara)
- c. partus lama atau partus tak maju
- d. uterus terlalu regang / besar (pada kehamilan kembar (bayi besar)
- e. kelain uterus
- f. faktor social ekonomi yang berpengaruh terhadap status gizi ibu.

#### **2.4.10 Untuk Menangani Atonia Uteri Bisa Dilakukan Dengan KBI Dan KBE**

##### **a. KBI**

Kompresi bimanual interna yaitu uterus ditekan di antara telapak pada dinding abdomen dan tinju tangan dalam vagina untuk menjepit pembuluh darah di dalam miometrium.

- a) Periksa vagina dan serviks. Jika ada selaput atau bekuan darah pada kavum uteri mungkin hal ini menyebabkan uterus tak dapat berkontraksi secara penuh.
- b) Letakkan tangan kiri tepat di atas fundus uteri ibu untuk menekan uterus dari luar
- c) Masukkan tangan secara obstetric ke dalam lumen vagina
- d) Kepalkan tangan dalam dan tempatkan pada fornik anterior, tekan dinding anterior uterus, kearah tangan luar yang menahan dan

mendorong dinding posterior uterus ke arah depan sehingga uterus ditekan dari arah depan dan belakang.

- e) Tekan kuat uterus dengan kedua tangan secara kuat. Hal ini dimaksudkan untuk memberikan tekanan langsung pada pembuluh darah di dalam dinding uterus dan juga merangsang miometrium untuk berkontraksi.
- f) Evaluasi hasil kompresi bimanual internal:
  1. Jika uterus berkontraksi dan perdarahan berkurang, teruskan melakukan KBI selama 2 menit, kemudian perlahan-lahan keluarkan tangan dari dalam vagina, pantau kondisi ibu secara melekat selama kala IV
  2. Jika uterus berkontraksi tetapi perdarahan terus berlangsung, periksa perineum, vagina dan serviks apakah terjadi laserasi di bagian tersebut, segera lakukan penjahitan bila ditemukan laserasi.
  3. Kontraksi uterus tidak terjadi dalam 5 menit, ajarkan pada keluarga untuk melakukan kompresi bimanual eksternal, kemudian teruskan dengan langkah-langkah penatalaksanaan atonia uteri selanjutnya. Minta keluarga untuk mulai menyiapkan rujukan.
- g) Keluarkan tangan kanan, bersihkan sarung tangan dan rendam dalam klorin 0,5 %.
- h) Cuci tangan dan lengan, keringkan dengan handuk

b. KBE

Kompresi bimanual eksterna yaitu menekan uterus melalui dinding abdomen dengan jalan saling mendekatkan kedua belah telapak tangan yang melingkupi uterus.

1. Jika uterus tidak berkontraksi. Anjurkan keluarga untuk mulai melakukan kompresi bimanual eksternal (KBE) dengan posisi penolong masih melakukan KBI
2. Keluarkan tangan perlahan-lahan
3. Berikan ergometrin 0,2 mg LM (jangan diberikan jika hipertensi)
4. Pasang infus menggunakan jarum ukuran 16 atau 18 dan berikan 500 ml RL + 20 unit oksitosin. Habiskan 500 ml pertama secepat mungkin.
5. Jika uterus berkontraksi ulangi KBI selama 2 menit.

6. Keluarkan tangan kanan, bersihkan sarung tangan dan rendam dalam klorin 0,5 %. 33. Cuci tangan dan lengan, keringkan dengan handuk.
7. Jika uterus tidak berkontraksi maka rujuk segera
8. Dekontaminasi dan Pencegahan Infeksi Pasca Tindakan.



### 2.4.11 Manajemen Soap Nifas

Menurut Varney, didalamnya tersirat proses berfikir bidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan maka didokumentasikan dalam bentuk SOAP, yaitu :

#### a. S (Data Subjektif)

Data subjektif (S) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis.

#### a) Pengkajian

##### 1. Data Subjektif

Data subjektif adalah data yang di ambil dari hasil anamnesis/pertanyaan yang diajukan kepada klien sendiri (auto anamnesis) atau keluarga (allo anamnesis). Dalam anamnesis perlu dikaji:

##### 1) Identitas klien meliputi:

Data pribadi yang diperlukan berupa nama, usia, suku, agama, pekerjaan, pendidikan, alamat dan nomor telepon beserta data suaminya.

##### 2) Keluhan utama

Keluhan utama yang biasa di alami ibu hamil trimester III seperti nyeri pinggang, varices, kram otot, hemoroid, sering BAK, obstipasi, sesak napas, dan lain sebagainya.

##### 3) Riwayat Perkawinan

Dikaji status perkawinan jika menikah apakah ini pernikahan yang pertama atau tidak serta mendapat gambaran suasana rumah tangga pasangan.

##### 4) Riwayat menstruasi

Riwayat menstruasi yang dikaji seperti menarche (usia pertama kali menstruasi), siklus menstruasi (jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya), volume (berapa banyak ganti pembalut dalam sehari), dan keluhan (misalnya dismenorrhoe/nyeri saathaid).

5) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Riwayat kehamilan dikaji untuk mengetahui kehamilan ke berapa, persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan atau tidak, bagaimana keadaan bayi, selama nifas ada atau tidak kelainan dan gangguan selama masa laktasi. Riwayat kehamilan juga dikaji seperti haid pertama haid terakhir (HPHT), taksiran tanggal persalinan (TTP).

6) Riwayat sehari-hari

a. Pola makan dan minum

Minuman air putih 8 gelas/hari. Frekuensi, jenis dan keluhan dalam pola makan dan minum juga perlu dikaji.

b. Pola eliminasi

Sering BAK dialami pada kehamilan trimester III. Pengaruh hormon progesteron dapat menghambat peristaltik usus yang menyebabkan obstipasi (sulit buang air besar). Frekuensi, warna, konsistensi dan keluhan eliminasi juga perlu dikaji.

c. Pola aktivitas

Ibu hamil trimester III boleh melakukan aktivitas seperti biasanya, jangan terlalu berat, istirahat yang cukup dan makan yang teratur agar tidak menimbulkan kelelahan yang akan berdampak pada kehamilan.

d. Pola tidur dan istirahat

Pada kehamilan trimester III tidur dan istirahat sangat perlu. Di siang hari dianjurkan istirahat/tidur 1-2 jam dan pada malam hari 7-8 jam.

e. Pola seksualitas

Pola seksualitas pada kehamilan trimester III mengalami penurunan minat akibat dari perubahan/ketidaknyamanan fisiologis yang dialami ibu. Perlu dikaji frekuensi dan keluhan yang dialami selama berhubungan seksual.

f. Personal Hygiene

Perubahan hormonal mengakibatkan bertambahnya keringat. Dianjurkan mandi minimal 2 kali sehari, membersihkan alat genitalia ketika mandi atau

ketika merasa tidak nyaman. Jenis pakaian yang dianjurkan berbahan katun agar mudah menyerap keringat.

g. Obat-obatan yang dikonsumsi

Pada kehamilan trimester III, mengonsumsi suplemen dan vitamin. Misalnya tablet Fe untuk penambahan darah dan kalsium untuk penguatan tulang janin.

h. Riwayat psikososial spiritual

Perlu dikaji bagaimana pengetahuan ibu tentang kehamilan sekarang, bagaimana respon, dukungan keluarga dan suami terhadap kehamilan, pengambilan keputusan dalam keluarga serta ketaatan ibu dalam beragama.

i. Riwayat keluarga berencana

Dikaji untuk mengetahui jenis alat kontrasepsi yang pernah digunakan ibu sebelumnya dan untuk mengetahui rencana KB yang akan digunakan ibu setelah melahirkan.

2. Objektif

Data Objektif (O) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimaksudkan dalam data objektif ini.

a) Pemeriksaan umum

1. Keadaan umum: kesadaran composmentis (Manuaba, 2012: 114). Pada saat ini diperhatikan pula bagaimana sikap tubuh, keadaan punggung, dan cara berjalan (Romauli, 2011: 172).

1) Tanda-Tanda Vital

a. Tekanan Darah

Tekanan darah dalam batas normal, yaitu 100/70– 130/90 mmHg. Wanita yang tekanan

darahnya sedikit meningkat di awal pertengahan kehamilan mungkin mengalami hipertensi kronis atau jika wanita nulipara dengan sistolik > 120 mmHg, berisiko mengalami pre eklampsia (Marmi, 2011: 163).

b. Pernafasan

Untuk mengetahui sistem pernafasan, normalnya 16–24 kali per menit (Romauli, 2011: 173).

c. Nadi

Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Hipotiroidisme jika denyut nadi >100 dpm. Periksa adanya eksoftalmia dan hiperrefleksia yang menyertai (Marmi, 2011: 163).

d. Suhu

Suhu tubuh yang normal adalah 36,5–37,5oC. Suhu tubuh lebih dari 37oC perlu diwaspadai adanya infeksi (Romauli, 2011: 173).

b) Pemeriksaan fisik

1. Kepala

Bersih atau kotor, pertumbuhan, warna, mudah rontok atau tidak. Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi (Romauli, 2011:174).

2. Muka

Tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmentasi yang berlebihan, tidak sembab. Bentuk simetris, bila tidak menunjukkan adanya kelumpuhan (Romauli, 2011: 174). Edema pada muka atau edema seluruh tubuh merupakan salah satu tanda gejala adanya pre eklampsia (Saifuddin, 2010: 543).

3. Mata

Bentuk simetris, konjungtiva normal warna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi

hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya pre eklamsia (Romauli, 2011: 174).

#### 4. Mulut

Gusi akan menjadi lebih hiperemis dan lunak sehingga dengan trauma sedang saja bisa menyebabkan perdarahan. Epulis selama kehamilan akan muncul (Saifuddin, 2010: 185).

#### 5. Leher

Bendungan vena kemungkinan gangguan aliran darah akibat penyakit jantung atau aneurisma vena (Manuaba, 2007: 162). Pembesaran pada tiroid menunjukkan adanya penyakit hipotiroid dan hipertiroid dapat menimbulkan masalah pada ibu dan bayi. Wanita hipertiroid berisiko mengalami preeklamsia dan gagal jantung. Bayi dapat mengalami tirotoksikosis neonatus dan meninggal dalam rahim. Hipotiroid jarang terjadi pada masa kehamilan jika wanita terus mendapat pengobatan tiroid, biasanya levotiroksin. Tanpa obat-obatan yang tepat, bayi baru lahir dapat mengalami hipotiroidisme

#### 6. Dada dan Axila menurut Ambarwati (2008) dalam buku Asuhan Kebidanan pada ibu nifas, yaitu:

- 1) Mamae Untuk mengetahui adanya pembesaran pada mamae, simetris atau tidak, puting susu menonjol atau tidak, ada benjolan atau tidak, dan sudah ada pengeluaran kolostrum atau belum.
- 2) Axila Untuk mengetahui adanya nyeri tekan dan adanya benjolan pada daerah axila

#### 7. Genetalia

Untuk mengetahui apakah ada varises pada vagina, dan adakah pengeluaran pervaginam yaitu pengeluaran lokea (warna, bau, banyaknya, konsistensi), serta adakah robekan jalan lahir dan kontraksi uterus.

## 8. Anus

Untuk mengetahui adakah Hemoroid, dan varises pada anus (Sulistyawati, 2012).

## 9. Ekstermitas

Untuk mengetahui adakah varises, odema atau tidak, apakah kuku jari pucat, suhu atau kehangatan, dan untuk mengetahui reflek patella (Hani,dkk, 2011).

## c) Pemeriksaan Khusus

## 1. Palpasi

## 1) Payudara

Untuk mengetahui adanya benjolan pada payudara yang abnormal, kolostrum dan ASI yang keluar

## 2) Abdomen

Untuk mengetahui TFU, konsistensi uterus, kontraksi uterus, kandung kemih

## b. Assesment

Diagnosa yang ditegakkan dalam ruang lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan. Dianosa kebidanan yang ditegakkan pada ibu nifas dengan bendungan ASI adalah Ny... P... A... umur ....tahun, post partum .... jam/hari ....

## c. Planning

## a) Penatalaksanaan 6-8 jam post partum

1. Mencegah perdarahan masa nifasoleh karena atonia uteri.
2. Deteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta lakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.
3. Pemberian ASI awal.
4. Konselingibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan karena atonia uteri.
5. Mengajarkan cara mempererat hubungan ibu dan bayi baru lahir.
6. Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.

## b) Penatalaksanaan 6 hari Post Partum

1. Memastikan involusi uterusberjalan normal, uterusberkontraksi baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.
2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.
3. Memastikan ibu cukup istirahat, makanan dan cairan.

4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.
  5. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
- c) Penatalaksanaan 2 minggu Post Partum
1. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.
  2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.
  3. Memastikan ibu cukup istirahat, makanan dan cairan.
  4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.
  5. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
- d) Penatalaksanaan 6 minggu post partum
1. Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
  2. Memberikan konseling KB secara dini.

## **2.5 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir Normal**

### **2.5.1 Pengertian**

Bayi baru lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru lahir mengalami proses kelahiran, berusia 0 - 28 hari, BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturase, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan (ekstrauterain) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik (Marmi dkk, 2015).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir pada usia kehamilan genap 37-41 minggu, dengan presentasi belakang kepala atau letak sungsang yang melewati vagina tanpa memakai alat. (Tando, Naomy Marie, 2016).

Menurut Sarwono (2005) dalam buku Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir (Sondakh,2017) Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir cukup bulan, 38-42 minggu dengan berat badan sekitar 2500-3000gram dan panjang badan sekitar 50-55 cm.

### **2.5.2 Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir Normal**

Secara khusus asuhan bayi baru lahir bertujuan untuk sebagai berikut (Stright,2014)

- a. Mencapai dan mempertahankan jalan nafas dan mendukung pernafasan
- b. Mempertahankan menghangatkan dan mencegah hipotermia.
- c. Memastikan keamanan dan mencegah cedera dan infeksi.
- d. Mengidentifikasi masalah-masalah actual atau potensial yang memerlukan perhatian segera.
- e. Memfasilitasi terbitnya hubungan dekat orangtua dan bayi.
- f. Membantu orang tua dalam mengembangkan sikap sehat tingkat praktik membesarkan anak.
- g. Memberikan informasi kepada orang tua tentang perawatan bayi baru lahir

### **2.5.3 Lingkungan Adaptasi Bayi Baru Lahir**

Bayi yang lahir akan mengalami adaptasi sehingga yang semula bersifat bergantung kemudian menjadi mandiri secara fisiologis. Perubahan Fisiologi (Sondakh,2017)

- a. Perubahan pada sistem pernapasan

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam 30 detik sesudah kelahiran. Pernapasan ini timbul sebagai akibat aktivitas normal sistem saraf pusat dan perifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya. Frekuensi pernapasan bayi baru lahir berkisar 30-60 kali/menit.



b. Perubahan sistem Kardiovaskuler

Dengan berkembangnya paru-paru, pada alveoli akan terjadi peningkatan tekanan oksigen. Sebaliknya, tekanan karbon dioksida akan mengalami penurunan. Hal ini mengakibatkan terjadinya penurunan resistansi pembuluh darah dari arteri pulmonalis mengalir keparu-paru dan ductus arteriosus tertutup.

c. Perubahan termoregulasi dan metabolik

Suhu lingkungan yang tidak baik akan menyebabkan bayi menderita hipotermi dan trauma dingin (cold injury). Pengaturan suhu tanpa menggigil ini merupakan hasil penggunaan lemak coklat untuk memproduksi panas, mekanisme hilangnya panas melalui:

a) Konduksi

Konduksi yaitu proses kehilangan panas melalui benda-benda padat yang berkontak dengan kulit bayi. Kehilangan panas secara konduktif jarang terjadi kecuali bayi diletakkan pada alas yang dingin.

b) Konveksi

Konveksi yaitu proses kehilangan panas melalui aliran udara di sekitar bayi. Suhu udara di kamar bersalin tidak boleh kurang dari 20° C dan sebaiknya tidak berangin. Trolis resusitasi harus mempunyai sisi untuk meminimalkan konveksi ke udara sekitar bayi.

c) Evaporasi

Evaporasi yaitu proses kehilangan panas melalui penguapan air pada kulit bayi yang basah. Bayi baru lahir dalam keadaan basah dapat dengan cepat kehilangan panas dengan cara ini. Bayi harus dikeringkan sesegera mungkin setelah dilahirkan.

d) Radiasi

Radiasi yaitu proses kehilangan panas melalui benda padat dekat bayi yang tidak berkontak secara langsung dengan kulit bayi. Bayi pada saat lahir memiliki suhu 0,5 - 1° C lebih tinggi dari suhu ibunya, namun bisa mengalami penurunan suhu menjadi 35 - 35,5° C dalam 15 - 30 menit karena kecerobohan petugas kesehatan yang tidak memperhatikan ruang bersalin tidak cukup hangat.

d. Perubahan Sistem Neurologis

Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak

terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas.

e. Perubahan Gastrointestinal

Kadar gula darah tali pusat 65mg/100mL akan menurun menjadi 50mg/100 mL dalam waktu 2 jam sesudah lahir, energi tambahan yang diperlukan neonatus pada jam-jam pertama sesudah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula akan mencapai 120mg/100mL.

f. Perubahan Ginjal

Sebagian besar bayi berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir dan 2-6 kali sehari pada 1-2 hari pertama, setelah itu mereka berkemih 5-20 kali dalam 24 jam.

g. Perubahan Hati

Dan selama periode neontaus, hati memproduksi zat yang esensial untuk pembekuan darah. Hati juga mengontrol jumlah bilirubin tak terkonjugasi yang bersirkulasi, pigmen berasal dari hemoglobin dan dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah.

h. Perubahan Imun

Bayi baru lahir tidak dapat membatasi organisme penyerang dipintu masuk. Imaturitas jumlah sistem pelindung secara signifikan meningkatkan resiko infeksi pada periode bayi baru lahir.

#### 2.5.4 Tatalaksana Bayi Baru Lahir

Tatalaksana bayi baru lahir meliputi:

a. Asuhan bayi baru lahir pada 0 – 6 jam:

- a) Asuhan bayi baru lahir normal, dilaksanakan segera setelah lahir, dan diletakkan di dekat ibunya dalam ruangan yang sama.
- b) Asuhan bayi baru lahir dengan komplikasi dilaksanakan satu ruangan dengan ibunya atau di ruangan khusus.
- c) Pada proses persalinan, ibu dapat didampingi suami.

b. Asuhan bayi baru lahir pada 6 jam sampai 28 hari:

- a) Pemeriksaan neonatus pada periode ini dapat dilaksanakan di puskesmas/ pustu/ polindes/ poskesdes dan/atau melalui kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan.
- b) Pemeriksaan neonatus dilaksanakan di dekat ibu, bayi didampingi ibu atau keluarga pada saat diperiksa atau diberikan pelayanan kesehatan

### 2.5.5 Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi merupakan awal yang harus dilakukan pada bayi baru lahir karena bayi baru lahir rentan terhadap infeksi. Pada saat penanganan bayi baru lahir, pastikan penolong untuk melakukan tindakan pencegahan infeksi pada bayi baru lahir, adalah sebagai berikut.:

- a. Cuci tangan dengan seksama sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi.
- b. Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- c. Pastikan semua peralatan dan bahan yang di gunakan, terutama klem, gunting, pengisap lender DeLee, dan benang tali pusat telah di infeksi tingkat tinggi atau steril.
- d. Pastikan semua pakaian, handuk, selimut, dan ain yang di gunakan untuk bayi, dalam keadaan bersih, demikian pula dengan timbangan, pita pengukur, thermometer, stetoskop.

### 2.5.6 Bounding Attachment

Bounding adalah proses pembentukan sedangkan attachment (membangun ikatan) jadi bounding attachment adalah sebuah peningkatan hubungan kasih sayang dengan keterikatan batin antara orangtua dan bayi. Hal ini merupakan proses dimana sebagai hasil dari suatu interaksi terus-menerus antara bayi dan orang tua yang bersifat saling mencintai memberikan keduanya pemenuhan emosional dan saling membutuhkan.

Caranya untuk melakukan bounding adalah inisiasi dini, pemberian ASI Eksklusif, Rawat gabung, Kontak mata, Suara, Aroma, Entrainment. Bioritme (Rukiyah, 2012).

### 2.5.7 Reflek pada Bayi Baru Lahir

- a. Refleks Mencari (Root Reflex)

Refleks pada bayi ini terjadi ketika sudut bayi dibelai atau disentuh. Bayi akan memutar kepalanya dan membuka mulutnya untuk mengikuti dan mencari arah datangnya belaian tersebut atau darimana sentuhan tersebut berasal.

- b. Refleks Mengisap (Sucking Reflex)

Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan . tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu.

c. Refleksi Glabella

Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4 sampai 5 ketukan pertama

d. Refleksi genggam (palmar grasp)

Dengan meletakkan jari telunjuk pada palmar, tekanan dengan gentle, normlanya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak tangan bayi ditekan: bayi mengepalkan tinjunya.

e. Refleksi babinski

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hyperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi.

f. Refleksi moro

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.

g. Refleksi tonik leher atau "fencing"

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi apabila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respons ini dapat tidak ada atau tidak lengkap segera setelah lahir.

h. Refleksi ekstrusi

Bayi baru lahir menjulurkan lidah ke luar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting.

i. Refleksi melangkah

Bayi menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras.

j. Refleksi merangkak

Bayi akan berusaha merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar (Marmi dkk, 2015).

### 2.5.8 Dampak Pada Bayi Yang Ditimbulkan Oleh Riwayat Abortus

Menurut Prawiroharjo, dampak kehamilan berisiko bagi janin adalah sebagai berikut:

a. Aspirasi meconium

a) Pengertian aspirasi meconium

Sindroma aspirasi mekonium (SAM) merupakan sekumpulan gejala yang diakibatkan oleh terhisapnya cairan amnion mekonial ke dalam saluran pernapasan bayi. Kandungan mekonium antara lain adalah sekresi gastrointestinal, hepar, dan pankreas janin, debris seluler, cairan amnion, serta lanugo.

b) Penatalaksanaan

Segera setelah lahir, maka sisa-sisa mekonium yang masih tersisa dalam mulut dan saluran nafas harus segera dihisap. Untuk menghindari resiko berlanjutnya teraspirasi mekonium, maka sisa mekonium yang terdapat pada rongga hidung, mulut, atau tenggorokan segera dikeluarkan, dengan menggunakan pengisap (suction).

Jika terdapat tanda-tanda distress, mekonium yang telah masuk ke dalam trakhea dikeluarkan melalui trakheal tube. Sebaiknya, dilakukan pengisapan sampai saluran pernafasan yang lebih dalam sampai tidak ada lagi mekonium yang keluar di dalam suction. Bila bayi tidak memperlihatkan pernafasan spontan atau depresi pernafasan, tonus otot berkurang, dan denyut jantung bayi kurang dari 100 kali per menit, maka sesegera mungkin dilakukan laringoskopi untuk pengisapan sisa mekonium dari hipofaring (dengan penglihatan langsung), kemudian dilakukan intubasi dan pengisapan trakhea.

Apabila bayi mengalami distress respirasi, maka perlu segera diberikan oksigen. Untuk mempertahankan oksigenasi yang adekuat, PaO<sub>2</sub> dipertahankan antara 50-80 mmHg, untuk memenuhi kebutuhan normal fungsi jaringan dan mencegah asidosis dan kemungkinan terjadinya syok. Untuk mempertahankan keadaan tersebut, dapat dicapai dengan pemberian oksigen dengan menggunakan head box atau CIPAP atau pernafasan buatan, tergantung hasil analisis gas darah. Bila denyut jantung bayi dan pernafasan mengalami depresi sangat berat, lebih baik dilakukan ventilasi tekanan positif meskipun masih didapatkan mekonium pada saluran nafas. Bayi yang tercemar mekonium dan kemudian mengalami apne (henti nafas) atau distress pernafasan (pernafasan sulit), maka harus dilakukan pengisapan trakhea terlebih dahulu sebelum diberikan ventilasi tekanan positif, meskipun pada awalnya bayi aktif.

Kandungan mekonium terdiri dari sejumlah bakteriostatik normal dari cairan amnion. Ketika sulit membedakan antara aspirasi mekonium dengan pneumonia, maka bayi dengan gambaran infiltrat pada rongga

thoraks harus diberikan antibiotik. Pada kasus kelainan paru yang berat, perlu digunakan ventilator untuk mempertahankan saturasi oksigen dan kestabilan pernafasan.

b. Bayi lahir dengan BBLR

a) Definisi

Bayi berat lahir rendah (BBLR) adalah bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram tanpa memandang masa gestasi. Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam 1 (satu) jam setelah lahir. Penyebab paling besar lahirnya bayi BBLR adalah masalah selama kehamilan pada ibu, dapat berupa penyakit penyerta pada ibu, kurang nutrisi, maupun usia ibu.

c. APGAR SCORE yang rendah

Penilaian Awal BBL merupakan penilaian awal secara cepat dan tepat kondisi

a) Pengertian APGAR SCORE yg rendah

Pengertian Sebenarnya, bayi yang dinyatakan sangat sehat kadang-kadang memiliki skor yang lebih rendah dari biasanya, terutama pada menit pertama saat bayi baru lahir. Hasil penilaian Apgar Score yang sedikit rendah pada menit pertama setelah kelahiran bayi adalah kondisi yang normal.

b) Penatalaksanaan

a) Asfiksia berat (jika nilai score APGAR 0-3)

Memerlukan resusitasi segera secara aktif dan pemberian oksigen terkendali, karena selalu disertai asidosis. Pada pemeriksaan fisik ditemukan frekuensi jantung kurang dari 100 kali/menit, tonus otot buruk, sianosis berat, dan kadang-kadang pucat, refleks iritabilitas tidak ada.

b) Asfiksia ringan – sedang (nilai APGAR 4-6)

Memerlukan tindakan resusitasi serta pemberian oksigen sampai bayi dapat bernafas normal. Kolaborasi dalam melakukan pemberian suction, kolaborasi dalam pemberian O<sub>2</sub>, observasi respirasi bayi, dan beri kehangatan pada bayi.

c) Bayi normal jika nilai score apgar 7-10

Bayi normal tidak memerlukan resusitasi dan pemberian oksigen secara terkendali.

d. Fetal Distress

a) Pengertian fetal distress

Gawat janin adalah Denyut jantung janin (DJJ) kurang dari 100 per menit atau lebih dari 180 per menit (Nugroho, 2012). Gawat janin terjadi

bila janin tidak menerima  $O^2$  yang cukup, sehingga akan mengalami hipoksia. Situasi ini dapat terjadi (kronik) dalam jangka waktu yang lama atau akut. Gawat janin merupakan suatu reaksi ketika janin tidak memperoleh oksigen yang cukup (Dewi.A.h., Cristine.C.P., 2010).

Menurut Prawirohardjo (2007) penyebab gawat janin sebagai berikut :

- a) Persalinan berlangsung lama Persalinan lama adalah persalinan yang terjadi lebih dari 24 jam pada primigravida dan lebih dari 18 jam pada multigravida (Nugrahaeni, 2010).
- b) Induksi persalinan dengan oksitosin Induksi persalinan ialah suatu tindakan terhadap ibu hamil belum inpartu baik secara operatif maupun mesinal, untuk merangsang timbulnya kontraksi rahim sehingga terjadi persalinan. Akibat pemberian oksitosin yang berlebih-lebihan dalam persalinan dapat mengakibatkan relaksasi uterus tidak cukup memberikan pengisian plasenta.
- c) Ada perdarahan Perdarahan yang dapat mengakibatkan gawat janin yaitu karena solusio plasenta.

Gawat janin sendiri dapat dideteksi melalui perubahan yang tidak normal menjelang persalinan, seperti perubahan gerakan janin yang melambat. Dokter juga dapat melakukan pemantauan detak jantung janin dan perubahan warna cairan ketuban. Jika hasil pengamatan menunjukkan janin dalam keadaan gawat, dokter dapat segera melakukan penanganan yang tepat sesuai dengan kondisi ibu dan janin. Jika tidak tertangani atau tidak segera dilahirkan, janin dapat mengalami kematian. Kendati demikian, sebagian besar kasus dengan gejala gawat janin dapat dilahirkan dengan selamat.

#### b) Penatalaksanaan

Menurut Prawirohardjo (2009) penanganan gawat janin saat persalinan adalah sebagai berikut :

1. Penanganan gawat janin adalah sebagai berikut:
  - 1) Cara pemantauan
 

Kasus resiko rendah – auskultasi DJJ selama persalinan :

    - i. Setiap 15 menit kala I
    - ii. Setiap setelah his kala II
    - iii. Hitung selama satu menit setelah his selesai
  - 2) Kasus resiko tinggi – gunakan pemantauan DJJ elektronik secara berkesinambungan

- 3) Hendaknya sarana untuk pemeriksaan pH darah janin disediakan
  2. Interpretasi data dan pengelolaan
    - a. Untuk memperbaiki aliran darah uterus : Pasien dibaringkan miring ke kiri, untuk memperbaiki sirkulasi plasenta.
    - b. Hentikan infus oksitosin (jika sedang diberikan)
    - c. Berikan oksigen 6-8 L/menit.
    - d. Untuk memperbaiki hipotensi ibu (setelah pemberian anastesi epidural) segera berikan infus 1 L infus RL.
    - e. Kecepatan infus cairan-cairan intravaskular hendaknya dinaikkan untuk meningkatkan aliran darah dalam arteri uterina.
  3. Untuk memperbaiki aliran darah umbilikus
    - a. Pasien dibaringkan miring ke kiri, untuk memperbaiki sirkulasi plasenta.
    - b. Berikan ibu oksigen 6-8 L/menit.
    - c. Perlu kehadiran dokter spesialis anak Biasanya resusitasi intrauterin tersebut diatas dilakukan selama 20 menit.
  4. Tergantung terpenuhinya syarat-syarat, melahirkan janin dapat pervaginam atau perabdominal.
- e. Kelahiran Prematur
- a) Pengertian kelahiran premature
 

Umumnya kehamilan disebut cukup bulan bila berlangsung antara 37-41 minggu dihitung dari hari pertama siklus haid terakhir pada siklus 28 hari. Sedangkan persalinan yang terjadi sebelum usia kandungan mencapai 37 minggu disebut dengan persalinan prematur (Sulistiarini & Berliana, 2016).

Persalinan premature menurut World Health Organization (WHO) didefinisikan persalinan dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu atau berat janin kurang dari 2500 gram. Terdapat 3 subkategori usia kelahiran prematur berdasarkan kategori World Health Organization (WHO), yaitu:

    1. Extremely preterm (< 28 minggu)
    2. Very preterm (28 hingga < 32 minggu)
    3. Moderate to late preterm (32 hingga < 37 minggu).
  - b) Penatalaksanaan
 

Menurut Rukiyah & Yulianti (2012), beberapa penatalaksanaan atau penanganan yang dapat diberikan pada bayi prematur adalah sebagai berikut:



1. Mempertahankan suhu tubuh dengan ketat. Bayi prematur mudah mengalami hipotermi, oleh sebab itu suhu tubuhnya harus dipertahankan dengan ketat.
2. Mencegah infeksi dengan ketat. Bayi prematur sangat rentan dengan infeksi, perhatikan prinsip-prinsip pencegahan infeksi termasuk mencuci tangan sebelum memegang bayi.
3. Pengawasan nutrisi. Reflek menelan bayi prematur belum sempurna, oleh sebab itu pemberian nutrisi harus dilakukan dengan cermat.
4. Penimbangan ketat. Perubahan berat badan mencerminkan kondisi gizi/nutrisi bayi dan erat kaitannya dengan daya tahan tubuh, oleh sebab itu penimbangan berat badan harus dilakukan dengan ketat.
5. Kain yang basah secepatnya diganti dengan kain yang kering dan bersih serta pertahankan suhu tetap hangat.
6. Kepala bayi ditutup topi dan beri oksigen bila perlu.
7. Tali pusat dalam keadaan bersih.
8. Beri minum dengan sonde/tetes dengan pemberian ASI.

f. Kematian janin.

a) Pengertian kematian janin

Menurut WHO dan The American College of Obstetricians and Gynecologists yang disebut kematian janin adalah janin yang mati dalam rahim dengan berat badan 500 gram atau lebih atau kematian janin dalam rahim pada kehamilan 20 minggu atau lebih.

b) Penatalaksanaan

Bila diagnosis kematian janin telah ditegakkan, penderita segera diberi informasi. Diskusikan kemungkinan penyebab dan rencana penatalaksanaannya. Rekomendasikan untuk segera diintervensi.

Bila kematian janin lebih dari 3-4 minggu, kadar fibrinogen menurun dengan kecenderungan terjadinya koagulopati. Masalah akan menjadi rumit bila kematian janin terjadi pada salah satu dari bayi kembar.

Bila diagnosis kematian janin telah ditegakkan, dilakukan pemeriksaan tanda vital ibu, dilakukan pemeriksaan darah perifer, fungsi pembekuan, dan gula darah. Diberikan kIE pada pasien dan keluarga tentang kemungkinan penyebab kematian janin, rencana tindakan, dukungan, dukungan mental emosional pada penderita dan keluarga, yakinkan bahwa kemungkinan lahir pervaginam.

Persalinan pervaginam dapat ditunggu lahir spontan setelah 2 minggu, umumnya tanpa komplikasi. Perssalina dapat terjadi secaraaktif dengan induksi persalinan dengan oksitosin atau misoprostol. Tindakan peraabdominam bila janin letak lintang. Induksi persalinan dapat dikombinasi oksitosin + misoprostol. Hati hati pada induksi dengan uterus pasca secsio sesarea ataupun miomektomi, bahaya terjadinya ruptuta uteri.

Pada kematian janin 24-28 minggu dap[at digunakan, misoprostol secara vaginal (50 – 100 ug tiap 4 – 6 jam) dan induksi oksitosin. Pada kehamilan diatas 28 minggu dosis misoprostol 25 ug pervaginam / 6 jam.

Setelah bayi lahir dilakukan ritual keagamaan merawat mayat bayi bersama keluarga. Idealnya pemeriksaan otopsi atau patologi plasenta akan membantu mengungkap penyebab kematian janin.

### 2.5.9 Manajemen SOAP Bayi Baru Lahir

Menurut Varney, didalamnya tersirat proses berfikir bidan yang sitematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan maka didokumentasikan dalam bentuk SOAP , yaitu :

#### a. S (Data Subjektif)

Data subjektif (S) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut helen varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data Subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis.

#### b. O (Objektif)

Data Objektif (O) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama (pengkajian data), terutama data uyang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimaksudkan dalam data objektif ini.

##### a) Keadaan umum:

1. Secara keseluruhan (perbandingan tubuh bayi secara proporsional/tidak)
2. Bagian kepala, badan dan ekstremitas (pemeriksaan ada/tidaknya kelainan)

3. Tonus otot dan tingkat aktivitas (gerakan bayi aktif/tidak)
  4. Warna kulit dan bibir (kemerahan/kebiruan)
  5. Tangis bayi (melengking, merintih, normal)
- b) Tanda-tanda vital
1. Periksa frekuensi napas dihitung selama satu menit penuh dengan mengamati naik/turun perut bayi. Bayi dalam keadaan tenang, laju napas normalnya 40-60 kali permenit.
  2. Periksa frekuensi jantung dengan menggunakan stetoskop dan dihitung selama satu menit. Laju jantung normal 120-160 denyut per menit.
  3. Suhu tubuh bayi baru lahir normalnya  $36,5-37,2^{\circ}\text{C}$  diukur menggunakan termometer
- c) Pemeriksaan Antropometri
1. Berat badan
 

Berat badan bayi baru lahir yang normal, yaitu berkisar antara 2500-4000 gram. Diukur dengan keadaan tidak terbungkus, tetapi dalam melakukan pemeriksaan berat badan bayi baru lahir tetap harus dibungkus dan hasilnya dikurangkan dari berat bungkus bayi.
  2. Panjang badan
 

Rentangkan bayi dengan lembut, dengan pita pengukur, ukurlah dari ujung kepala sampai ujung tumitnya, normal panjang bayi baru lahir berkisar antara 45-53 cm.
  3. Mengukur lingkar kepala (KL), lingkar dad (LD), lingkar perut (LP), lingkar lengan atas (LILA).
- d) Pemeriksaan Fisik
- a. Kepala
    - a) Ubun-ubun. Ukuran bervariasi dan tidak ada standar. Ubun-ubun merupakan titik lembut pada bagian atas kepala bayi ditempat tulang tengkorak yang belum sepenuhnya bertemu.
      1. Sutura, molase. Perubahan bentuk kepala janin (molding/molase)
        - 0 : sutura terpisah
        - 1 : Sutura (pertemuan dua tulang tengkorak) yang tepat/bersesuaian.
        - 2 : Sutura tumpang tindih tetapi dapat diperbaiki
        - 3 : Sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki.

2. Penonjolan atau daerah cekung. Periksa adanya kelainan baik karena trauma persalinan (kaput suksadaneum, sefalo hematoma) atau adanya cacat kongenital (hidrosefalus)
3. Ukur lingkar kepala untuk mengukur ukuran frontal oksipitalis kepala bayi.

b. Telinga

Untuk memeriksa telinga bayi, tatap wajah bayi. Bayangkan sebuah garis melintasi kedua matanya, normalnya beberapa bagian telinga harus berada diatas garis ini.

c. Mata

Lihat kedua mata bayi, perhatikan apakah kedua matanya tampak normal dan apakah bergerak bersama, lakukan pemeriksaan dengan melakukan penyinaran pada pupil bayi. Normalnya, jika disinari pupil akan mengecil.

d. Hidung dan mulut

Yang pertama kita lihat apakah bayi dapat bernapas dengan mudah melalui hidung atau ada hambatan, kemudian lakukan pemeriksaan pada bibir dan langit-langit, refleks isap, dinilai dengan mengamati pada saat bayi menyusui atau dengan cara menekan sedikit pipi bayi untuk membuka mulut bayi kemudian masukkan jari tangan Anda untuk merasakan isapan bayi. Perhatikan adanya kelainan kongenital seperti labiopalatoskizis.

e. Leher

Periksa lehernya apakah pembengkakan dan benjolan. Pastikan untuk melihat tiroid (gumpalan didepan tenggorok bengkak). Hal ini merupakan masalah pada bayi baru lahir.

f. Dada

Pada daerah yang dipeiksa adalah bentuk dari dada, puting, bunyi napas, bunyi jantung (dilakukan pemeriksaan dengan menggunakan stetoskop)

g. Bahu

Lengan dan tangan. Yang dilakukan adalah melihat gerakan bayi apakah aktif atau tidak kemudian menghitung jumlah jari bayi.

h. Perut

Pada perut yang perlu dilakukan pemeriksaan, yaitu bentuk perut bayi, lingkar perut, penonjolan sekitar tali pusat, kemudian saat bayi menangis, perdarahan pada tali pusat, dinding perut lembek (pada

saat bayi tidak menangis) dan benjolan yang terdapat pada perut bayi.

i. Alat kelamin

Hal yang perlu diperhatikan:

1. Bayi laki-laki, normalnya ada dua testis dalam skrotum. Kemudian pada ujung penis terdapat lubang.
2. Bayi perempuan, normalnya labia mayora menutupi labia minora, pada vagina terdapat lubang, pada uretra terdapat lubang dan mempunyai klitoris.

j. Pinggul, tungkai dan kaki

Untuk memeriksa pinggul, pegang tungkai kaki bayi. Tekan pangkal paha dengan lembut ke sisi luar, dengarkan atau rasakan adakah bunyi “Klik” ketika anda menggerakkan kakinya. Jika mendengar bunyi “klik” segera laporkan ke dokter anak untuk dilakukan pemeriksaan lanjutan. Selanjutnya, lakukan gerakan dengan lembut setiap kaki naik dan turun, kembali dengarkan dan rasakan suara “klik” ketika anda menggerakannya. Pada pemeriksaan pinggul dan kaki yang perlu diperiksa adalah gerakan, bentuk simetris, dan panjang kedua kaki harus sama, serta jumlah jari.

k. Punggung dan anus

Pada bagian ini yang diperiksa adalah pembengkakan ataupun ada cekungan pada punggung bayi dengan cara membalikkan badan bayi dan melihat punggungnya, kemudian jari anda menuruni punggung bayi untuk merasakan benjolan pada tulang punggungnya. Pada anus diperiksa lubangnya apakah telah mengeluarkan mekonium/cairan.

l. Kulit

Pada kulit yang perlu diperhatikan verniks (cairan keputih-putihan, keabu-abuan, kekuning-kuningan, berminyak, dan berlendir yang berfungsi melindungi kulit bayi agar tidak tenggelam oleh air ketuban selama ia berada di dalam rahim), warna, pembengkakan atau bercak hitam, dan tanda lahir.

m. Reflek

- a) Rooting reflek, yaitu bila jarinya menyentuh daerah sekitar mulut bayi maka ia akan membuka mulutnya dan memringkan kepalanya ke arahdatangnya jari.

- b) Grasping reflek, reflek yang timbul di luar kemauan Kesadaran bayi. Contoh : bila bayi di angkat atau di renggut secara kasar dari gendongan kemudian seolah-olah bayi melakukan gerakan yang mengangkat tubuhnya pada orang yang mendekapnya.
- c) Refleks mencari puting (rooting), yaitu bayi menoleh ke arah sentuhan di pipinya atau di dekat mulut, berusaha untuk menghisap.
- 4. Refleks menghisap (suckling), yaitu aerola puting susu tertekan gusi bayi, lidah, dan langit-langit sehingga sinus latiferus tertekan dan mengeluarkan ASI.
- 5. Refleks menelan (swallowing), dimana ASI di mulut bayi mendesak otot di daerah mulut dan faring sehingga mengaktifkan refleks menelan dan mendorong ASI ke daerah lambung. (Rukiyah, dkk, 2013)

c. A ( Assesment)

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan analisis dan interpretasi, objektif dalam suatu identifikasi. Yaitu: Diagnosis/masalah, antisipasi diagnosis lain/masalah potensial.

d. P ( Planning)

- 1) Membersihkan jalan nafas
- 2) Memotong dan merawat tali pusat

Setelah bayi lahir, tali pusat dipotong 3 cm dari dinding perut bayi dengan gunting steril dan diikat dengan pengikat steril. Luka tali pusat dibersihkan dan dirawat dengan perawatan terbuka tanpa dibubuhi apapun (Kemenkes RI, 2013).

3) Menilai Apgar Score

- a) Penilaian awal bayi baru lahir
- b) Segera setelah bayi lahir, letakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut bawah ibu. Segera lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan:
  - 1. Apakah bayi cukup bulan ?
  - 2. Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium ?
  - 3. Apakah bayi menangis atau bernapas ?
  - 4. Apakah tonus otot bayi baik ?

Keadaan umum bayi dinilai setelah lahir dengan penggunaan nilai APGAR. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau tidak. Yang dinilai ada 5 poin

1. Appearance (warna kulit)
2. Pulse rate (denyut jantung)
3. Grimace (tonus otot)
4. Activity (aktivitas)
5. Respiratory (pernapasan).

Setiap penilaian diberi nilai 0, 1, dan 2. Bila dalam 2 menit nilai apgar tidak mencapai 7, maka harus dilakukan tindakan resusitasi lebih lanjut, oleh karena bila bayi menderita asfiksia lebih dari 5 menit, kemungkinan terjadinya gejala-gejala neurologik lanjutan di kemudian hari lebih besar. berhubungan dengan itu penilaian apgar selain pada umur 1 menit, juga pada umur 5 menit (Kemenkes RI, 2013).

#### 4) Inisiasi Menyusu Dini

Proses Inisiasi Menyusu Dini :

- a) Sesaat setelah lahiran sehabis ari-ari dipotong, bayi langsung diletakan di dada si ibu tanpa membersihkan sibayi kecuali tangannya, kulit bertemu kulit.
- b) Setelah si bayi merasa lebih tenang, maka secara otomatis kaki si bayi akan mulai bergerak-gerak seperti hendak merangkak.
- c) Setelah melakukan gerakan kaki tersebut, bayi akan melanjutkan dengan mencium tangannya, ternyata bau tangan si bayi sama dengan bau air ketuban.
- d) Setelah itu, si bayi akan mulai meremas-remas puting susu si ibu, yang bertujuan untuk kegiatan ini juga tergantung dari si bayi itu.
- e) Terakhir baru mulailah si bayi itu menyusu.

#### 5) Pemberian vitamin K

Cara Pemberian Injeksi Vitamin K1 Profilaksis

- a) Semua bayi baru lahir harus diberikan injeksi vitamin K1 profilaksis.
- b) Jenis vitamin K yang digunakan adalah vitamin K1 (phytomenadione) injeksi dalam sediaan ampul yang berisi 10 mg Vitamin K1 per 1 ml.

#### 6) Pencegahan Infeksi Mata

Beri salep mata antibiotika pada kedua mata untuk merawat mata bayi. Tetes mata untuk pencegahan infeksi mata dapat diberikan setelah ibu dan keluarga memomong dan diberi ASI. Pencegahan infeksi tersebut menggunakan salep mata tetrasiklin 1 %. Salep antibiotika tersebut harus diberikan dalam waktu satu jam setelah kelahiran. Upaya profilaksis infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari satu jam setelah kelahiran.

#### 7) Pemberian Imunisasi

Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Terdapat jadwal pemberian imunisasi Hepatitis B, jadwal pertama imunisasi Hepatitis B sebanyak 3 kali, yaitu pada usia 0 (segera setelah lahir menggunakan uniject), jadwal kedua imunisasi Hepatitis B sebanyak 4 kali yaitu pada usia 0 dan DPT + Hepatitis B (Combi I, II dan III) pada 2,3 dan 4 bulan usia bayi.

#### 8) Pemantauan Tanda Bahaya

Tanda ini mencakup:

- a) Tidak bisa menyusu
- b) Kejang
- c) Mengantuk atau tidak sadar
- d) Frekuensi napas < 20 kali/menit atau apnu (pernapasan berhenti selama >15 detik)
- e) Frekuensi napas > 60 kali/menit
- f) Merintih
- g) Tarikan dada bawah ke dalam yang kuat Sianosis sentral (Kemenkes RI, 2013).

## 2.6 Konsep Keluarga Berencana

### 2.6.1 Pengertian

Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, Pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan (Sulistiyawati, 2013).

### 2.6.2 Tujuan Program KB

#### a. Tujuan Umum

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Sulistiyawati, 2013).

#### b. Tujuan Lainnya

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomer 87 tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pengembangan Keluarga, Keluarga Berencana, dan Sistem Informasi Keluarga, kebijakan KB bertujuan untuk :



- a) Mengatur kehamilan yang diinginkan
- b) Menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak
- c) Meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi
- d) Meningkatkan partisipasi dan kesertaan pria dalam praktek Keluarga Berencana
- e) Mempromosikan penyusuan bayi sebagai upaya untuk menjarangkan jarak kehamilan.

### **2.6.3 Sasaran program KB**

Menurut BKKBN (2015), sasaran strategis BKKBN 2015-2019 yang tertera pada Renstra BKKBN 2015-2019 dalam upaya untuk mencapai tujuan utama, sebagai berikut:

- a. Menurunnya Laju Pertumbuhan Penduduk (MLPP)
- b. Menurunnya Angka Kelahiran Total (TFR) per WUS (15 - 49 tahun)
- c. Meningkatnya pemakaian kontrasepsi (CPR)
- d. Menurunnya kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi (unmet need)
- e. Menurunnya angka kelahiran pada remaja usia 15-19 tahun (ASFR 15-19 tahun)
- f. Menurunnya kehamilan yang tidak diinginkan dari Wanita Usia Subur (15-9 tahun)

### **2.6.4 Ruang Lingkup Program KB**

- a. Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) KIE bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktek KB sehingga tercapai penambahan peserta baru, selain itu juga untuk meletakkan dasar bagi mekanisme sosial-kultural yang dapat menjamin berlangsungnya proses penerimaan KB di masyarakat.
- b. Konseling merupakan tindak lanjut dari KIE. Bila seseorang telah termotivasi melalui KIE, maka selanjutnya perlu diberikan konseling. Konseling dibutuhkan bila seseorang menghadapi suatu masalah yang tidak dapat dipecahkannya sendiri.
- c. Pelayanan kontrasepsi Pelayanan kontrasepsi merupakan sebuah dukungan dan pemantapan penerimaan gagasan KB yaitu untuk menurunkan angka kelahiran yang bermakna. Guna mencapai tujuan tersebut maka ditempuh kebijaksanaan mengkatagorikan tiga fase yaitu : Fase menunda

perkawinan/kesuburan, fase menjarangkan kehamilan, dan fase menghentikan/mengakhiri kehamilan/kesuburan. Maksud kebijakan tersebut yaitu untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua.

- d. Pelayanan infertilitas Permasalahan infertilitas ini sering membuat pasangan suami isteri tidak harmonis, oleh sebab itu penyediaan layanan infertilitas bertujuan memberikan pelayanan untuk menangani berbagai permasalahan gangguan dan kelainan hormonal. Kesuburan merupakan salah satu masalah kesehatan yang terjadi tidak hanya di Indonesia tetapi juga di seluruh dunia.
- e. Pendidikan sex (sex education) Masih banyak para remaja yang mengalami hamil di luar perkawinan dan perkawinan yang berakhir dengan perceraian. Faktor yang mempengaruhi hal itu diantaranya kurangnya pengetahuan tentang sek. Karena itu masalah Sex Education atau Family Life Education sudah tidak dapat ditunda lagi pelaksanaannya.
- f. Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan Kebutuhan akan hal ini secara nyata telah diperlihatkan oleh masyarakat dengan adanya masa pertunangan, serta nasihat atau khotbah perkawinan.
- g. Konsultasi genetik Adanya pogram KB, maka orang akan mempunyai anak yang relative lebih sedikit dibandingkan dengan mereka yang hidup ratusan tahun yang lalu. Untuk itu diperlukan jaminan bahwa anak yang dilahirkan itu bebas dari kelainan genetik yang akan membenahi orang tuanya dan masyarakat.
- h. Tes keganasan Melalui program KB, maka pelayanan yang bersifat health maintenance ini dapat dikembangkan. Hal ini pada gilirannya akan sangat meningkatkan penerimaan norma keluarga kecil yang bahagia sejahtera.
- i. Adopsi

Adopsi merupakan pengangkatan anak yang bertujuan untuk meneruskan keturunan dan merupakan motivasi dan salah satu jalan keluar sebagai alternative yang positif serta manusiawi terhadap naluri kehadiran seorang anak di dalam sebuah keluarga, yang bertahu – tahun belum dikaruniai anak. Dengan adopsi pasangan infertil dapat mempunyai keturunan, walaupun bukan keturunan hasil perkawinannya sendiri.

## 2.6.5 Alat kontrasepsi yang dianjurkan

### a. Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu:

#### a) Metode Operatif Wanita (MOW) / Tubektomi

Menurut Affandi (2011) tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi.

##### 1. Manfaat:

- 1) Tidak akan memengaruhi produksi hormon sehingga tidak akan terjadi perubahan pada gairah seks atau pun menstruasi.
- 2) Hanya perlu satu kali menjalani tubektomi.
- 3) Memiliki tingkat keberhasilan yang tinggi dalam mencegah kehamilan.

##### 5. Keterbatasan

- a) Tidak dapat melindungi dari penyakit menular seksual, sehingga masih diperlukan alat kontrasepsi lain seperti kondom.
- b) Sulit untuk dilakukan penyambungan tuba kembali apabila wanita yang telah menjalani tubektomi ingin kembali hamil.
- c) Semakin muda usia seorang wanita melakukan tubektomi, maka semakin tinggi kemungkinan gagal.
- d) Biayanya relatif besar.

#### b) Metode Operatif Pria (MOP) / Vasektomi

##### 1. Keuntungan

- 1) Vasektomi lebih dari 99 persen efektif untuk mencegah kehamilan
- 2) Efek jangka panjang bagi kesehatan jarang terjadi
- 3) Tidak memengaruhi kadar hormon, gairah seks atau mengganggu aktivitas hubungan seksual.

##### 2. Kerugian

- 1) Vasektomi tidak melindungi dari penyakit menular seksual (PMS), jadi Anda mungkin perlu menggunakan kondom juga.
- 2) Vasektomi sulit dikembalikan ke kondisi semula. Anda harus tetap menggunakan kontrasepsi setelah operasi sampai tes menunjukkan air mani bebas dari sperma.
- 3) Kemungkinan komplikasi bisa terjadi, termasuk pengumpulan darah di dalam skrotum (hematoma), benjolan keras yang disebut granuloma sperma (disebabkan oleh kebocoran sperma dari saluran), infeksi, atau

nyeri testis jangka panjang yang mungkin memerlukan operasi lebih lanjut

- 4) Tabung vas deferens dapat tersambung kembali, tetapi ini sangat jarang terjadi

b. IUD pasca plasenta

a. Pengertian

IUD Post plasenta adalah pemasangan IUD yang dilakukan 10 menit setelah plasenta lahir atau sebelum penjahitan uterus pada tindakan Seksio Sesaria (BKKBN, 2010).

Pemasangan AKDR berdasarkan waktu pemasangan dapat dibagi menjadi 3

- a) *Immediate postplacental insertion (IPP)* yaitu AKDR dipasang dalam waktu 10 menit setelah plasenta dilahirkan.
- b) *Early postpartum insertion (EP)* yaitu AKDR dipasang antara 10 menit sampai dengan 72 jam postpartum.
- c) *Interval insertion (INT)* yaitu AKDR dipasang setelah 6 minggu postpartum.

Pemasangan AKDR dalam 10 menit setelah plasenta lahir dapat dilakukan dengan 2 cara, yaitu :

a) Dipasang dengan tangan secara langsung

Setelah plasenta dilahirkan dan sebelum perineorafi, pemasang melakukan kembali toilet vulva dan mengganti sarung tangan dengan yang baru. Pemasang memegang AKDR dengan jari telunjuk dan jari tengah kemudian dipasang secara perlahan-lahan melalui vagina dan servik sementara itu tangan yang lain melakukan penekanan pada abdomen bagian bawah dan mencengkeram uterus untuk memastikan AKDR dipasang di tengah-tengah yaitu di fundus uterus. Tangan pemasang dikeluarkan perlahan-lahan dari vagina. Jika AKDR ikut tertarik keluar saat tangan pemasang dikeluarkan dari vagina atau AKDR belum terpasang di tempat yang seharusnya, segera dilakukan perbaikan posisi AKDR.

b) Dipasang dengan *ring forceps*

Sama dengan pemasangan dengan menggunakan tangan secara langsung akan tetapi AKDR diposisikan dengan menggunakan *ring forceps*, bukan dengan tangan.

b. Jenis

Bahan spiral yang paling umum digunakan adalah plastic atau plastic bercampur tembaga. Terdapat dua jenis IUD yaitu IUD dengantembaga dan IUD dengan hormon (dikenal dengan IUS = Intrauterine System). IUD tembaga (copper) melepaskan partikel tembaga untuk mencegah kehamilan sedangkan IUS melepaskan hormon progesterin (Kusmarjadi, 2010)

c. Cara Kerja

- a. Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi
- b. Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
- c. Mencegah sperma dan ovum bertemu dengan membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi sperma untuk fertilisasi.

d. Efektivitas

Efektivitas sangat tinggi. Tiap tahunnya 3-8 wanita mengalami kehamilan dari 1000 wanita yang menggunakan IUD jenis Copper T 380A. Kejadian hamil yang tidak diinginkan pada pasca insersi IUD post plasenta sebanyak 2.0 - 2.8 per 100 akseptor pada 24 bulan setelah pemasangan. Setelah 1 tahun, penelitian menemukan angka kegagalan IUD post plasenta 0.8 %, dibandingkan dengan pemasangan setelahnya. Sesuai dengan kesepakatan WHO, IUD dapat dipakai selama 10 tahun walaupun pada kemasan tercantum efektifitasnya hanya 4 tahun (BKKBN, 2010).

e. Keuntungan

- a) Langsung bisa dipasang pada ibu yang melahirkan di pelayanan kesehatan
- b) Efektif dan tidak berefek pada produksi menyusui
- c) Aman untuk wanita yang menderita HIV
- d) Kesuburan dapat kembali lebih cepat setelah pelepasan
- e) Resiko terjadi infeksi rendah yaitu dari 0,1-1,1 %
- f) Kejadian terjadinya luka di daerah leher rahim sangat rendah yaitu sekitar 1 kejadiannya dari jumlah populasi 1150 sampai 3800 wanita
- g) Mudah dilakukan pada wanita dengan epidural
- h) Sedikit kasus perdarahan daripada IUD yang dipasang di waktu menstruasi

f. Kerugian

Angka keberhasilannya ditentukan oleh waktu pemasangan, tenaga kesehatan yang memasang, dan teknik pemasangannya. Waktu pemasangan dalam 10 menit setelah keluarnya plasenta memungkinkan angka kegagalannya lebih kecil ditambah dengan ketersediaan tenaga kesehatan yang terlatih (dokter atau bidan) dan teknik pemasangan sampai ke bagian puncak rahim juga dapat memperkecil kegagalan pemasangan.

g. Efek samping dan komplikasi

a) Amenorea

Lakukan pemeriksaan apakah ibu sedang hamil atau tidak, apabila tidak, jangan lepaskan AKDR, berikan konseling dan cari tahu penyebab terjadinya amenorea. Apabila ibu sedang dalam keadaan hamil, maka jelaskan dan sarankan untuk melepas AKDR apabila kehamilan kurang dari 13 minggu dan benang AKDR masih terlihat, namun apabila benang tidak terlihat, atau kehamilan sudah lebih dari 13 minggu maka jangan lepaskan AKDR (Saifuddin, 2010).

b) Kejang

Lakukan pemeriksaan adanya Penyakit Radang Panggul (PRP) dan penyebab lain yang dapat menimbulkan kejang, jika ada kemudian tangani kejang sesuai dengan penyebab timbulnya kejang, jika penyebab tersebut tidak ditemukan, berikan analgesik yang bertujuan untuk meringankan kejang, jika pasien mengalami kejang berat, maka lepaskan AKDR lalu bantu pasien untuk menentukan metode kontrasepsi lain yang dapat digunakan (Saifuddin, 2010).

c) Adanya pengeluaran cairan dari vagina/cairan yang dicurigai PRP

Lakukan pemeriksaan Infeksi Menular Seksual (IMS), kemudian lepaskan AKDR apabila pada pasien dicurigai menderita gonorrhoe atau infeksi klamidia, dan lakukan pengobatan yang memadai. Obati dan lepaskan AKDR sesudah 48 jam apabila pasien mengalami PRP, jika AKDR pasien sudah dikeluarkan, berikan saran penggunaan metode lain hingga masalah teratasi (Saifuddin, 2010).

d) Benang yang hilang

Terlebih dahulu pastikan apakah pasien dalam keadaan hamil atau tidak dan apakah AKDR terlepas. Berikan kondom apabila pasien sedang tidak

hamil dan AKDR tidak lepas. Periksa benang AKDR dalam saluran endoserviks dan kavum uteri setelah haid berikutnya. Segera rujuk pasien ke dokter dan lakukan pemeriksaan X-ray atau pemeriksaan ultrasound apabila benang AKDR tidak ditemukan. Apabila tidak hamil dan AKDR tidak ditemukan, pasang AKDR baru, lalu bantu pasien menentukan metode kontrasepsi lainnya (Saifuddin, 2010).

e) Perdarahan vagina yang hebat dan tidak teratur

Terlebih dahulu pastikan apakah terdapat infeksi pelvic dan kehamilan ektopik. Apabila tidak terdapat kelainan patologis, perdarahan berkelanjutan serta perdarahan hebat, maka lakukan konseling dan pemantauan. Untuk mengatasi perdarahan berikan ibuprofen (800 mg, 3x sehari selama seminggu) dan beri tablet zat besi (1 tablet setiap hari selama 1-3 bulan). Apabila pasien telah menggunakan AKDR lebih dari 3 bulan dan diketahui menderita anemia ( $Hb < 7g\%$ ) sarankan pasien untuk melepas AKDR dan bantu pasien untuk memilih kontrasepsi lain yang sesuai. Apabila pasien menghendaki, maka AKDR mungkin dilepaskan (Saifuddin, 2010).

h. Petunjuk Bagi Klien

- a) Kembali memeriksakan diri setelah 4 sampai 6 minggu setelah pemasangan AKDR
- b) Selama bulan pertama menggunakan AKDR, periksalah benang AKDR secara rutin terutama setelah haid
- c) Setelah bulan pertama pemasangan, hanya perlu memeriksa keberadaan benang setelah haid apabila mengalami :
  1. Kram/kejang di perut bagian bawah
  2. Perdarahan (spooting) di antara haid atau setelah senggama
  3. Nyeri setelah senggama atau apabila pasangan mengalami tidak nyaman selama melakukan hubungan seksual.
- d) Copper T-380A perlu dilepas setelah 10 tahun pemasangan, tetapi dapat dilakukan lebih awal apabila diinginkan.
- e) Kembali ke klinik apabila :
  1. Tidak dapat meraba benang AKDR
  2. Merasakan bagian yang keras dari AKDR
  3. AKDR terlepas
  4. Siklus terganggu/meleset

5. Terjadinya pengeluaran cairan dari vagina yang mencurigakan
6. Adanya infeksi.

i. Teknik Pemasangan Manual (Pascaplasenta)

Berikut ini teknik pemasangan yang dilakukan secara manual pada IUD post plasenta (Saifuddin, 2010):

- a) Gunakan sarung tangan panjang (hingga menutupi siku lengan) yang steril dengan baju kedap air steril.
- b) Pegang IUD dengan menggenggam lengan vertikal antara jari telunjuk dan jari tengah tangan yang dominan.
- c) Visualisasikan serviks dengan bantuan spekulum vagina dan jepit serviks dengan forsep cincin.
- d) Keluarkan spekulum secara perlahan , dengan arah agak tegak lurus terhadap punggung ibu, masukkan tangan yang memegang IUD ke dalam vagina dan masuk ke uterus melalui serviks.
- e) Lepaskan forsep yang menjepit serviks dan tempatkan tangan yang tidak dominan pada abdomen untuk menahan uterus dengan mantap. Stabilisasi uterus dengan penekanan memegang IUD, hal ini bertujuan untuk membantu pemasang mengetahui ke arah mana tangan yang memegang IUD diarahkan serta memastikan tangan telah mencapai fundus.
- f) Setelah mencapai fundus ke<sup>o</sup>f. Putar tangan yang memegang IUD sebesar 45 arah kanan untuk menempatkan IUD secara horizontal pada fundus, merapat ke dinding lateral uterus, lalu keluarkan tangan secara perlahan.
- g) Jangan sampai IUD tergeser ketika mengeluarkan tangan.

### 2.6.6 Manajemen SOAP Keluarga Berencana

a. S ( Subjektif)

Menanyakan identitas, HPHT, Menanyakan keluhan, riwayat keluhan, menanyakan riwayat kesehatan yang lalu, riwayat keluarga, riwayat reproduksi, riwayat KB, pemenuhan kebutuhan sehari-hari, data psikologi dan spiritual.

b. O ( Objektif)

- a) Pemeriksaan Umum terdiri dari keadaan umum untuk mengetahui keadaan pasien sehat.
- b) Pemeriksaan tanda vital



1. Tekanan darah (vital sign) untuk mengetahui faktor resiko hipertensi atau hipotensi dengan nilai satuannya mmHg. Keadaan normal antara 100/80 mmHg sampai 130/90 mmHg.
2. Pengukuran suhu untuk mengetahui suhu badan pasien, suhu badan normal adalah 36°C sampai 37°C. Bila suhu lebih dari 37,5°C harus dicurigai adanya infeksi.
3. Nadi memberikan gambaran kardiovaskuler. Denyut nadi normal 70 x/menit sampai 88 x/menit.
4. Pernafasan mengetahui sifat pernafasan dan bunyi nafas dalam satu menit. Pernafasan normal 22x/menit sampai 24 x/menit.

c) Pemeriksaan Fisik

1. Kepala : menilai keadaan kulit dan rambut kepala bersih atau tidak, adanya nyeri tekan atau benjolan.
2. Wajah : keadaan wajah pucat atau tidak adakah kelainan, adakah oedema.
3. Mata : konjungtiva berwarna merah muda atau tidak, sklera berwarna putih atau tidak.
4. Hidung: untuk mengetahui apakah ada polip atau tidak.
5. Telinga : bagaimana keadaan daun telinga, liang telinga apakah ada kelainan atau tidak dan ada serumen atau tidak.
6. Mulut : untuk mengetahui mulut bersih apa tidak ada caries atau tidak dan ada karang gigi atau tidak.
7. Leher : apakah ada pembesaran kelenjar gondok atau tyroid, limfe, dan vena jugungularis.
8. Dada : apakah simetris kanan kiri dan apakah ada benjolan pada payudara atau tidak.
9. Abdomen : apakah ada jaringan parut atau bekas operasi, adakah nyeri tekan serta adanya massa.
10. Ekstermitas atas dan bawah: ada cacat atau tidak, oedema atau tidak, terdapat varises atau tidak.
11. Genitalia : untuk mengetahui keadaan vulva adakah tanda-tanda infeksi, varises, pembesaran kelenjar bartholini dan perdarahan.
12. Anus : Apakah ada hemoroid atau tidak.

c. A (Assesment)

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah serta diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi agar masalah tersebut tidak terjadi (Nurhayati dkk, 2013: 143).

d. P (Planning)

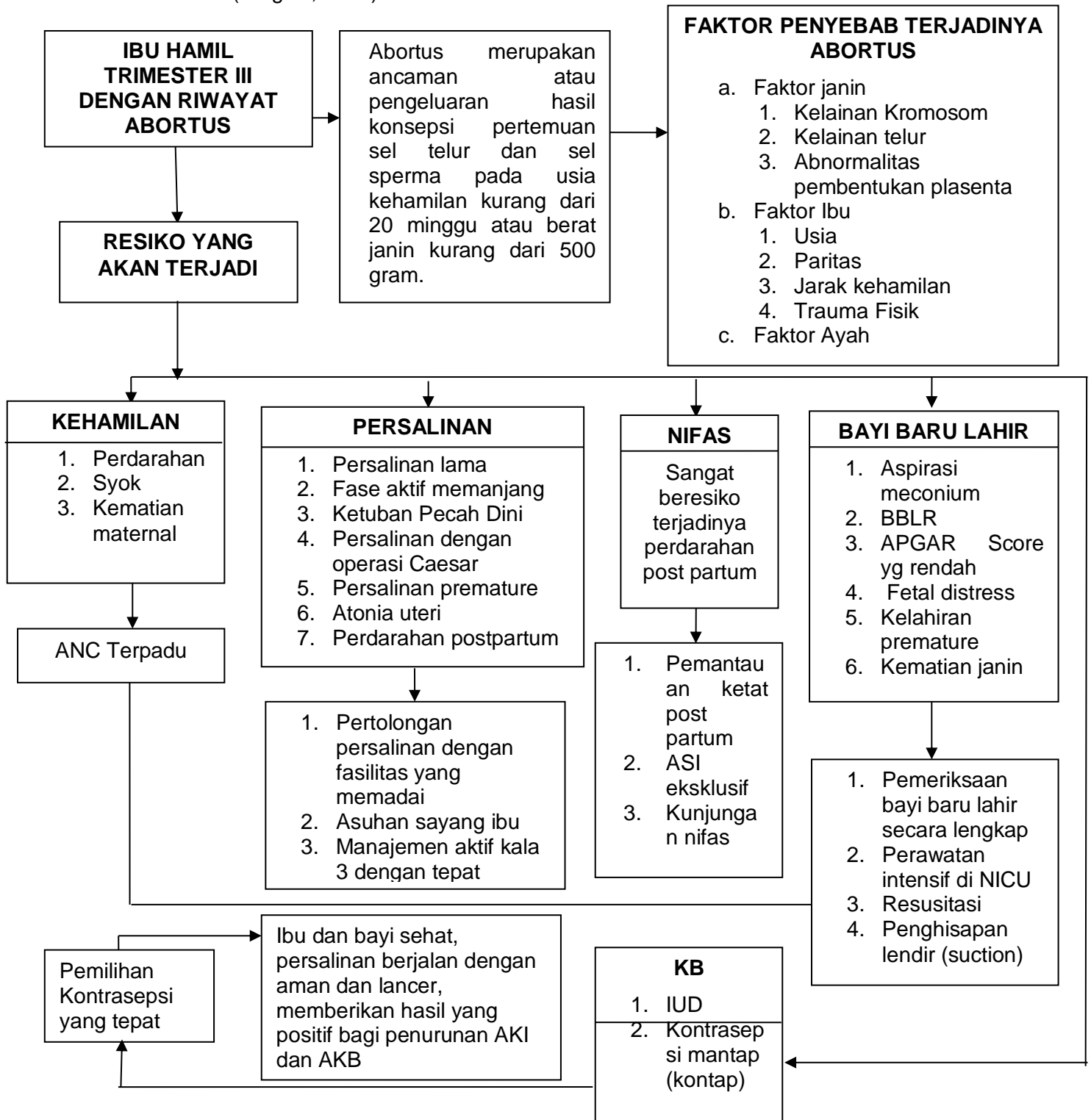
Menurut Saifuddin (2010), rencana tindakan yang dapat dilakukan pada akseptor baru KB adalah:

- a) Lakukan pendekatan pada ibu/klien dan suami serta keluarga. Rasional : membangun kepercayaan ibu dan keluarga serta suami terhadap tenaga kesehatan dan menjalin hubungan yang baik (Saifuddin, 2110).
- b) Berikan kesempatan pada klien untuk mengemukakan masalahnya. Rasional : informasi yang didapatkan dari masalah yang dialami ibu dapat membantu dalam memilih cara atau alat KB yang cocok dengan keadaan dan kebutuhannya (Sulistyawati, 2011).
- c) Jelaskan tentang KB (definisi, jenis, cara kerja, indikasi dan kontraindikasi, keuntungan dan kekurangan, efek samping). Rasional : untuk menambah pengetahuan klien tentang alat kontrasepsi yang akan digunakannya (Sulistyawati, 2011).
- d) Lakukan informed consent sebagai bukti bahwa ibu setuju dengan tindakan yang akan dilakukan. Rasional : setiap tindakan medis yang mengandung resiko harus dengan persetujuan tertulis yang ditanda tangani oleh yang berhak memberikan persetujuan, yaitu klien yang bersangkutan dalam keadaan sadar dan sehat mental (Saifuddin, 2010).
- e) Jelaskan kepada klien tentang hasil pemeriksaan. Rasional : menurut Tresnawati (2013: 123), kontra indikasi implan yaitu hamil atau diduga hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, benjolan / kanker payudara atau riwayat kanker payudara atau riwayat kanker payudara, tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi, menderita mioma uterus dan kanker payudara, penyakit jantung, hipertensi, diabetes militus, penyakit tromboemboli, gangguan toleransi glukosa. Hal ini yang akan dicegah sehingga dilakukan pemeriksaan yang lengkap pada calon akseptor.

- f) Lakukan tehnik pemasangan KB yang baik dan benar sesuai standar yang berlaku. Rasional : semua tahap proses pemasangan harus dilakukan secara berhati-hati dan lembut, untuk mencegah infeksi maupun ekspulsi (Saifuddin, 2010).
- g) Lakukan konseling pasca pemakaian dan kapan kunjungan ulang klien tersebut. Rasional : untuk mengantisipasi terjadinya infeksi (Affandi, 2012).

## 2.7 Kerangka Teori

Kerangka teori adalah uraian yang menegaskan teori yang dijadikan landasan (*grand theory*) yang digunakan untuk menjelaskan fenomena yang diteliti. Dalam kerangka teori dijelaskan mengenai faktor-faktor apa saja yang dapat mempengaruhi variabel yang akan diteliti, serta bagaimana alur pemikiran mengenai hubungan diantara variabel-variabel tersebut (Ningsih, 2016).



**Gambar 2.8 Kerangka Teori Kehamilan Dengan Riwayat Abortus**