

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Medis

1. Kehamilan

a. Definisi

Masa Kehamilan adalah masa yang dihitung dari konsepsi sampai lahir janin yaitu dimulai dari fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi yang berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional.(prawirohardjo, 2010 halaman. 213). Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati (Varney, 2010 hal. 492). Kehamilan merupakan saat yang menyenangkan dan dinanti – nantikan, tetapi juga dapat menjadi saat kegelisahan dan keprihatinan (Saifudin, AB, 2010. Hal. U-1).

b. Perubahan fisiologis kehamilan

Dengan terjadinya kehamilan maka seluruh sistem genitalia wanita mengalami perubahan yang mendasar sehingga dapat menunjang perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim.

1) Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Pada awal kehamilan penebalan uterus distimulasi terutama oleh *hormone estrogen* dan sedikit oleh progesterone, akan tetapi setelah kehamilan 12 minggu lebih,

penambahan ukuran uterus di dominasi oleh desakan dari hasil konsepsi (Prawirohardjo, 2010, hal. 175).

2) Servik

Satu bulan setelah konsepsi servik akan menjadi lebih lunak dan kebiruan, perubahan ini terjadi akibat vaskularisasi dan dan terjadinya edeme pada seluruh serviks. Serviks manusia merupakan organ yang kompleks dan heterogen mengalami perubahan yang luar biasa selama kehamilan dan persalinan (Prawirohardjo,2010, hal.177).

3) Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu (Manuaba 2010, hal. 92). proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda,folikel ini akan berfungsi maksimal 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil *progesterone* dalam jumlah yang relative minimal (Prawirohardjo,2010 hal. 178).

4) Vagina dan perineum

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh *estrogen* sehingga tampak makin berwarna merah dn kebiruan (Manuaba, 2012, hal. 92). Selama masa kehamolan peningkatan vaskularisasi dan hyperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva,sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda Chadwick.

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertrofi sel otot polos (Prawirohardjo, 2010, hal.178).

5) Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusa, dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. perubahan ini dihasilkan dari cadangan melanin pada daerah epidermal dan dermal. *Estrogen* dan progesterone diketahui mempunyai peran dalam melanogenesis (Prawirohardjo, 2010, hal.179).

6) Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan asi pada saat laktasi (Manuaba, 2012, hal. 92). pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak, setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat (Prawirohardjo, 2010, hal.179).

7) Perubahan metabolik

Sebagian besar penambahan berat badan berasal dari uterus dan isinya, kemudian payudara, volume darah dan cairan ekstraseluler. asam folat dibutuhkan untuk pertumbuhan dan pembelahan sel dalam sintesis DNA/RNA (Prawirohardjo, 2010, hal.180-183).

8) Perubahan sistem kardiovaskuler

Pada minggu kelima cardiac output akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi resistensi vaskuler iskemik. volume darah akan meningkat secara progresif mulai minggu ke 6-8 kehamilan dan mencapai puncaknya pada minggu ke 32-34 dengan perubahan kecil setelah minggu tersebut. Peningkatan volume plasma akan meningkat kira-kira 40-45 %. Hal ini dipengaruhi oleh aksi progesterone dan *estrogen* pada ginjal yang diinisiasi oleh jalur *rennin-angiotensin* dan aldosteron. penambahan volume darah ini sebagian besar berupa plasma dan eritrosit. Eritroprotein ginjal akan meningkatkan jumlah sel darah merah sebanyak 20-30 %, tetapi tidak sebanding dengan peningkatan volume plasma sehingga akan mengakibatkan hemodilusi dan penurunan konsentrasi hemoglobin dari 15 g/dl menjadi 12,5 g/dl, dan pada 6 % perempuan bisa mencapai dibawah 11 g/dl. Pada kehamilan lanjut kadar haemoglobin dibawah 11 g/dl itu merupakan suatu hal yang abnormal dan biasanya lebih berhubungan dengan defisiensi zat besi daripada dengan hipervolemia. kebutuhan zat besi selama kehamilan kurang lebih 1000 mg atau rata-rata 6-7 mg/hari (Prawirohardjo, 2010, hal.182).

9) Sistem respirasi

Selama kehamilan sirkumferensia torak akan bertambah kurang lebih 6 cm, tetapi tidak mencukupi penurunan kapasitas residu fungsional dan volume residu paru-paru karena pengaruh

diafragma yang naik kurang lebih 4 cm selama kehamilan. Perubahan ini akan mencapai puncaknya pada minggu ke 37 dan akan kembali hampir seperti sedia kala dalam 24 minggu setelah persalinan (Prawirohardjo, 2010, hal.185).

10) Traktus urinaris

Karena pengaruh desakan hamil muda dan turunnya kepala bayi pada hamil tua, terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering berkemih. Pada kehamilan ureter membesar untuk dapat menampung banyaknya pembentukan urine, terutama pada ureter kanan yang terhambat karena pengaruh *progesterone* (manuaba.2010, hl 94). Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan uterus sering berkemih. Ginjal akan membesar (Prawirohardjo, 2010, hal. 185).

11) Sistem endokrin

Kelenjar hipofis akan membesar kurang lebih 135%, *hormone prolaktin* akan meningkat 10 kali lipat pada saat kehamilan aterm. Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Kelenjar adrenal pada kehamilan akan mengecil (Prawirohardjo, 2010, hal. 185).

12) Sistem muskuluskeletal

Sendi sakroiliaka, sakrokoksigsis dan pubis akan meningkat mobilitasnya, yang disebabkan karena pengaruh hormonal, morbilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan

pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan (Prawirohardjo, 2010, hal. 186).

c. Tanda – tanda kehamilan (Manuaba 2010;h.107)

1) Tanda tidak pasti / tanda dugaan adanya kehamilan

a) *Amenorea* (terlambat datang bulan). Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de Graaf dan ovulasi. Dengan mengetahui hari pertama haid terahir dengan perhitungan rumus naegle, dapat ditentukan perkiraan persalinan.

b) Mual dan muntah (*emesis*) Pengaruh *estrogen* dan progesterone menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual dan Muntah terutama pada pagi hari disebut morning sicknes. Dalam batas yang fisiologis, keadaan ini dapat diatasi. Akibat mual dan muntah nafsu makan berkurang.

c) Ngidam Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam.

d) Sinkope atau pingsan. Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkop atau pingsan. Keadaan ini mengholang setelah usia kehamilan 16 minggu.

e) Payudara tegang. Pengaruh *estrogen* *Oprogesterone* dan somatomotrofin menimbulkan deposit lemak,air,dan

garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang.ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada kehamilan pertama.

- f) Sering miksi.desakan rahim ke depan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Pada triwulan kedua, gejala ini sudah menghilang.
- g) Konstipasi atau obstipasi.pengaruh *progesterone* dapat menghambat peristaltic usus, menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.
- h) Pigmentasi kulit, keluarnya melanophore stimulating *hormone hipofisis* anterior menyebabkan pigmentasi kulit di sekitar pipi (*kloasma gravidarum*), pada dinding perut (*strie lividae, strie nigra, linea alba* makin hitam), dan sekitar payudara (hiperpigmentasi aerola mammae, putting susu makin menonjol,kelenjar montgometri menonjol, pembuluh darah menifes sekitar payudara), di sekitar pipi (*kloasma gravidarum*).
- i) Epulis. Hipertrofi gusi yang disebut epulus, dapat terjadi bila hamil.
- j) Varises atau penampakan pembuluh darah vena. Karena pengaruh *estrogen* dan *progesterone* terjadi penampakan pembuluh darah vena, penampakan pembuluh darah itu terjadi di sekitar genitalia eksterna, kaki dan betis, dan payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat menghilang setelah persalinan.

2) Tanda kemungkinan

Tanda – tanda kemungkinan hamil (Mochtar,2012, hal.35)

- a) Perut membesar
- b) Uterus mebesar, terjadi perubahan dalam bentuk,besar dan konsistensi rahim.
- c) Tanda hegar ditemukannya serviks dan isthmus uteri yang lunak pada pemeriksaan bimanual saat usia kehamilan 4 sampai 6 minggu.
- d) Tanda *Chadwick* perubahan warna menjadi kebiruan yang terlihat di portio, vagina dan labia. Tanda tersebut timbul akibat pelebaran vena karena peningkatan kadar estrogen.
- e) Tanda *Piskacek*, pembesaran dan pelunakan rahim ke salah satu sisi rahim yang berdekatan dengan tuba uterine. Biasanya tanda ini ditemukan di usiakehamilan 7-8 minggu
- f) Kontraksi – kontraksi kecil uterus jika di rangsang (*Braxton Hicks*).
- g) Teraba Ballotemen
- h) Reaksi kehamilan positif

3) Tanda pasti kehamilan (Manuaba,2010,hal. 109)

- a) Gerakan janin dalam Rahim
- b) Terlihat / teraba gerakan janin dan teraba bagian-bagian janin.
- c) Denyut jantung janin didengar dengan stetoskop, laenec, alat karrdiotokografi, alat dopler, dilihat dengan ultrasonografi, pemeriksaan dengan alat canggih yaitu rontgen untuk melihat kerangka janin, ultrasonografi.

4) Diagnosis banding kehamilan (Mochtar,2012, hal.37)

- a) Hamil palsu, gejala dapat sama dengan kehamilan seperti *amenoroe*,perut membesar, mual, muntah, air susu keluar, bahkan wanita tersebut merasakan gerakan janin. Namun, pada pemeriksaan uterus tidak membesar, tanda – tanda kehamilan lain dan reaksi kehamilan negative.
- b) Mioma uteri, perut dan rahim membesar, tetapi pada perabaan, rahim terasa padat, kadang kala berbenjol-bejol. Tanda kehamilan negative dan tidak dijumpai tanda – tand kehamilan lainnya.
- c) Kista ovarium, perut membesar bahkan maskin bertambah besar, tetapi pada pemeriksaan dalam, rahim teraba sebesar biasa, reaksi kehamilan negative, tanda – tanda kehamilan lain negative.
- d) Kandung kemih penuh dan dan terjadi retensi urin. Pada pemasangan kateter, keluar banyak urin.
- e) Hematometra, uterus membesar karena berisi darah yang disebabkan *hymen impeforata*, stenosis vagina atau servik.

d. Proses kehamilan

1) Ovulasi

Adalah proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh *sistem hormonal* yang kompleks dimana proses pertumbuhan ovum dimulai dari *epitel germinal,oogonium,folikel primer*,dan terjadilah proses pematangan pertama (Manuaba,2010, hal. 75).

2) Spermatozoa

Pertumbuhan *spermatozoa* dipengaruhi oleh sistem *hormonal* yang kompleks dari panca indra, hipotalamus, hipofisis, dan sel interstitial Leydig sehingga dapat mengalami proses mitosis. Pada setiap hubungan seksual dikeluarkan sekitar 3 cc sperma yang mengandung 40 sampai 60 juta spermatozoa setiap cc. Bentuk spermatozoa 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 energy sehingga dapat bergerak) (Manuaba, 2010, hal. 76). Secara embrional, spermatogonium berasal dari sel-sel primitive tubulus testis. Setelah bayi laki-laki lahir, jumlah spermatogonium yang ada tidak mengalami perubahan sampai masa akhir balak. Pada masa pubertas, dibawah pengaruh sel-sel interstitial Leydig, sel-sel spermatogonium tadi mulai aktif mengadakan mitosis dan terjadilah spermatogenesis (Mochtar, 2012 hal. 16).

3) Konsepsi

Konsepsi adalah suatu peristiwa penyatuan sel mani dengan sel telur di tuba uterin. Dalam pembuahan satu sperma yang telah mengalami proses kapasitasi yang dapat melintasi zona pelusida dan masuk ke vitellus ovum. Setelah ovum matang maka siap dibuahi oleh sperma setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam, sedangkan spermatozoa hidup selama tiga hari di dalam genitalia interna (Manuaba, 2010, hal. 79).

4) Nidasi atau implantasi

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium (Mochtar, 2012 hal. 17). setelah pertemuan kedua inti ovum dan spermatozoa, terbentuk zigot yang dalam beberapa jam telah mampu membelah dirinya menjadi dua dan seterusnya. Berbarengan dengan pembelahan inti, hasil konsepsi terus berjalan menuju uterus. Hasil pembelahan sel memenuhi seluruh ruangan dalam ovum yang besarnya 100 MU atau 0,1 mmdan disebut stadium morula.selama pembelahan sel di bagian dalam, terjadi pembentukan sel di bagia luar morula yang kemungkinan berasal dari korona radiate yang menjadi sel trofoblas. Sel trofoblas dalam pertumbuhannya, mampu mengeluarkan *hormone korionik gonadotropin*, yang mempertahankan korpus *luteum gravidarum* (Manuaba, 2010 hal.80).

5) Pembentukan Plasenta

Terjadinya nidasi mendorong sel blastula mengadakan diferensiasi. Sel yang dekat dengan ruangan ekoseelum membentuk entoderm dan yolk sac (Kantong kuning telur) sedangkan sel lain membentuk ectoderm dan ruangan amnion (Manuaba 2010, hal 82). Ruang amnion inilah yang akan bertumbuh pesat mendesak ekoseelum sehingga dinding ruang amnion mendekati korion. Mosobles diantara ruang amnion dan mudigah menjadi padat yang disebut dengan body stalk dan nantinya akan menjadi tali pusat. Pada tali pusat ini terdapat darah, kedau adalah 2 arteri umbilikalis dan 1 vena umbilikalis.Kedua arteri dan satu vena ini berfungsi

untuk menghubungkan sistem kardiovaskuler janin dengan plasenta. Sistem kardiovaskuler akan terbentuk kira-kira pada kehamilan minggu ke sepuluh (Mochtar, 2012, hal. 19).

e. Tumbuh kembang kehamilan trimester I sampai trimester III

(Manuaba,2014, hal. 81-40)

1) Trimester I

a) Periode embrionik

Periode embrionik dimulai pada permulaan minggu ke tiga setelah ovulasi dan fertilisasi, periode embrionik berlangsung selama 8 minggu dan merupakan saat terjadinya organogenesis. Hormone *human Chorionic gonadotropin* (hCG) akan menjadi positif pada saat ini.terdapat ruang intervillus sejati yang mengandung mesoderm korionik angioblastik.

Selama minggu ketiga, terbentuk pembuluh darah janin dalam Villi korionik.Pada minggu keempat, sistem kardiovaskuler telah terbentuk sehingga terbentuklah sirkulasi dalam embrio serta antara embrio dan vilus korionik.Dan mulai ada pembentukan sekat dalam jantung di pertengahan minggu ke empat, bakal lengan dan tungkai telah terbentuk, dan selubung amnion mulai terlepas dari body stalk, yang selanjutnya menjadi tali pusat.

Pada akhir minggu keenam, embrio memiliki panjang 22 hingga 24 mm, serta kepala berukuran relative besar dibandingkan badan. Jantung telah terbentuk sempurna.Jari –

jari tangan dan kaki mulai ditemukan, dan lengan menekuk pada siku. Bibir atas telah sempurna, dan telinga luar membentuk peninggian definitive pada masing – masing sisi kepala.

b) Periode janin

Akhir periode embrionik dan permulaan periode janin, dimulai 8 minggu pascafertilisasi atau 10 minggu setelah menstruasi terakhir. Pada saat ini embrio-fetus memiliki panjang hampir 4 cm. Perkembangan selama periode janin terdiri atas pertumbuhan dan perkembangan struktur – struktur yang dibentuk saat periode embrionik.

Pada minggu ke 12 uterus biasanya teraba tepat diatas simfisis pubis, dan panjang kepala bokong janin adalah 6 hingga 7 cm. Pusat penulangan telah timbul pada sebagian tulang janin, jari tangan dan kaki juga telah berdiferensiasi. Kulit dan kuku telah berkembang dan muncul tunas – tunas rambut yang tersebar. Genitalia eksterna mulai memperlihatkan tanda pasti jenis kelamin laki-laki atau perempuan. Janin mulai melakukan pergerakan spontan.

2) Trimester II

Pada minggu ke 14 jenis kelamin telah dapat ditentukan dengan cara inspeksi genitalia eksterna. Panjang kepala-bokong janin adalah 12 cm, dan berat janin 110 g. minggu ke 20 merupakan titik pertengahan kehamilan, berat janin sudah mencapai lebih dari 300 g, dan berat ini mulai bertambah secara linear.

Sejak titik ini gerakan janin sudah aktif kurang lebih setiap menit. Kulit janin telah menjadi kurang transparan, lanugo seperti beledu menutupi seluruh tubuh janin, dan telah terbentuk sebagian rambut di kulit kepala.

Pada minggu ke 24 janin memiliki berat sekitar 630 gram. Kulit secara khas tampak keriput, dan penimbunan lemak dimulai. Kepala masih relative besar. Alis mata dan bulu mata dapat dikenali. Periode kanalikular perkembangan paru- paru, saat membesarnya bronkus dan bronkiolus serta berkembangnya duktus alveolaris, hampir selsesai. Pada minggu ke 28, janin memiliki panjang kepala-bokong sekitar 25 cm, dan berat janin sekitar 1100 g. kulit janin yang tipis berwarna merah dan ditutupi oleh verniks kaseosa. Pada minggu ke 32 janin telah mencapai panjang kepala – bokong 28 cm dan berat sekitar 1800 g. Kulit permukaan masih merah dan keriput.

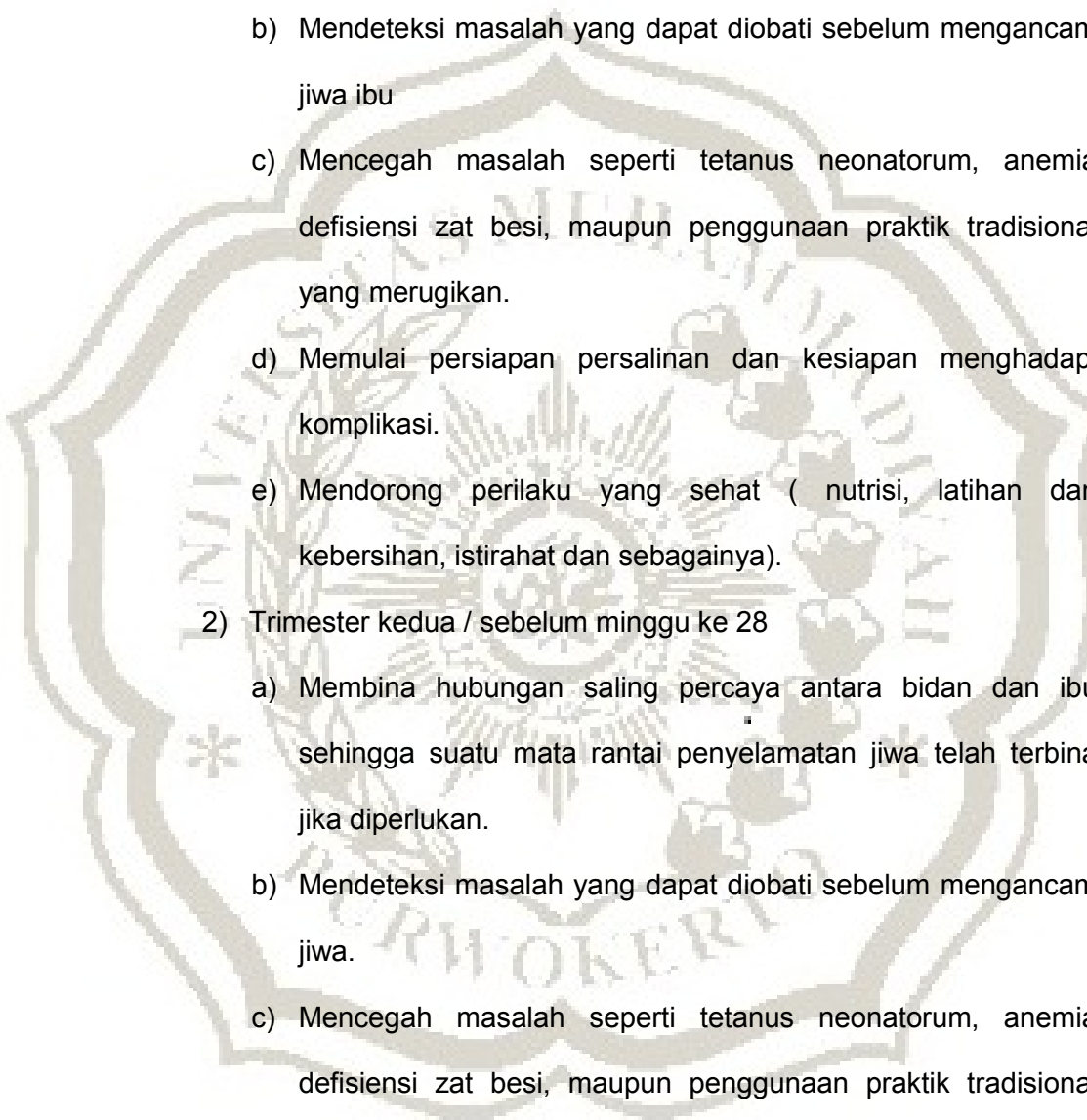
3) Trimester III

Pada minggu ke -36, panjang kepala-bokong pada janin sekitar 32 cm dan berat sekitar 2500 g, karena penimbunan lemak subkutan, tubuh menjadi lebih bulat, serta gambaran keriput pada wajah mulai menghilang.

f. Asuhan Kehamilan

Asuhan Kehamilan (Asrinah,dkk, 2010, hal 6).

1) Trimester pertama / sebelum minggu ke 14

- 
- a) Membina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu sehingga mata rantai penyelamatan jiwa telah terbina jika diperlukan.
 - b) Mendeteksi masalah yang dapat diobati sebelum mengancam jiwa ibu
 - c) Mencegah masalah seperti tetanus neonatorum, anemia defisiensi zat besi, maupun penggunaan praktik tradisional yang merugikan.
 - d) Memulai persiapan persalinan dan kesiapan menghadapi komplikasi.
 - e) Mendorong perilaku yang sehat (nutrisi, latihan dan kebersihan, istirahat dan sebagainya).
- 2) Trimester kedua / sebelum minggu ke 28
- a) Membina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu sehingga suatu mata rantai penyelamatan jiwa telah terbina jika diperlukan.
 - b) Mendeteksi masalah yang dapat diobati sebelum mengancam jiwa.
 - c) Mencegah masalah seperti tetanus neonatorum, anemia defisiensi zat besi, maupun penggunaan praktik tradisional yang merugikan.
 - d) Memulai persiapan persalinan dan kesiapan menghadapi komplikasi.
 - e) Mendorong perilaku yang sehat (nutrisi, latihan dan kebersihan, istirahat dan sebagainya).

- f) Kewaspadaan khusus mengenai PIH (tanya ibu mengenai gejala PIH, pantau tekanan darahnya, edeme, proteinuria)
- 3) Trimester ketiga / sebelum minggu ke 40
- a) Membina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu sehingga suatu mata rantai penyelamatan jiwa telah terbina jika diperlukan.
 - b) Mendeteksi masalah yang dapat diobati sebelum mengancam jiwa.
 - c) Mencegah masalah seperti tetanus neonatorum, anemia defisiensi zat besi, maupun penggunaan praktik tradisional yang merugikan.
 - d) Memulai persiapan persalinan dan kesiapan menghadapi komplikasi.
 - e) Mendorong perilaku yang sehat (nutrisi, latihan dan kebersihan, istirahat dan sebagainya).
 - f) Kewaspadaan khusus mengenai PIH (tanya ibu mengenai gejala PIH, pantau tekanan darahnya, edeme, proteinuria)
- 4) Pelayanan standar yaitu 7 T, sesuai dengan kebijakan Departemen Kesehatan, standar minimal pelayanan pada ibu hamil yaitu :
- a) Timbang berat badan
 - b) Ukur tekanan darah
 - c) Ukur tinggi fundus uteri.
 - d) Pemberian imunisasi TT lengkap.

- e) Pemberian tablet besi (Fe) minimal 90 tablet selama kehamilan dengan dosis satu tablet setiap harinya.
 - f) Lakukan tes Penyakit Menular Seksual (PMS)
 - g) Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.
- g. Ketidaknyamanan Pada masa kehamilan
- 1) Nausea
Nausea, dengan atau tanpa di sertai muntah-muntah, ditafsirkan sebagai *morning sickness*, tetapi paling sering terjadi pada siang atau sore hari atau bahkan sepanjang hari (Varney, 2007; hal .536-537).
 - 2) Ptialisme
Ptialisme merupakan kondisi yang tidak lazim, yang dapat disebabkan oleh peningkatan keasaman di dalam mulut atau peningkatan asupan zat pati, yang menstimulasi kelenjar saliva pada wanita yang rentan mengalami sekresi berlebihan (Varney, 2007; h.537).
 - 3) Keletihan
Keletihan dialami pada trimester pertama, namun alasannya belum diketahui.Salah satu dugaan adalah bahwa keletihan diakibatkan oleh penurunan drastis laju metabolisme dasar pada awal kehamilan, tetapi alasan hal ini terjadi masih belum jelas.Untungnya, keletihan merupakan ketidaknyamanan yang terbatas dan biasanya hilang pada akhir trimester pertama (Varney, 2007; h.537).

4) Nyeri Punggung Bagian Atas

Nyeri punggung bagian atas terjadi selama trimester pertama akibat peningkatan ukuran payudara, yang membuat payudara menjadi berat. Pembesaran ini dapat mengakibatkan tarikan otot jika payudara tidak disokong adekuat (Varney, 2007; h.538).

Metode untuk mengurangi nyeri ini ialah dengan menggunakan bra yang berukuran sesuai ukuran payudara. Dengan mengurangi mobilitas payudara, bra penyokong yang berukuran tepat juga mengurangi ketidaknyamanan akibat nyeri tekan pada payudara yang timbul karena pembesaran payudara (Varney, 2007; h.538).

5) Leukorea

Leukorea adalah sekresi vagina dalam jumlah besar, dengan konsistensi kental atau cair, yang dimulai pada trimester pertama. Upaya untuk mengatasi leukorea adalah dengan memperhatikan kebersihan tubuh pada area tersebut dan mengganti *panty* berbahan katun dengan sering (Varney, 2007; h.538).

6) Peningkatan Frekuensi Berkemih

Frekuensi berkemih selama trimester pertama terjadi akibat peningkatan berat pada fundus uterus. Peningkatan berat pada fundus uterus ini membuat istmu menjadi lunak (tanda hegar), menyebabkan antefleksi pada uterus yang membesar. Hal ini menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Frekuensi berkemih pada trimester ketiga paling sering dialami oleh wanita primigravida setelah *lightening* terjadi. Efek *lightening* adalah

bagian presentasi akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Tekanan ini menyebabkan wanita merasa perlu berkemih (Varney, 2007; h.538).

7) Nyeri Ulu Hati

Nyeri ulu hati, ketidaknyamanan yang mulai timbul menjelang akhir trimester ke dua dan bertahan hingga trimester ketiga adalah kata lain untuk regurgitasi atau refluks isi lambung yang asam menuju esophagus bagian bawah akibat peristaltis balikan. Isi lambung bersifat asam karena sifat asam hidroklorida ini menyebabkan materi tersebut membakar tenggorok dan teraba tidak enak (Varney, 2007; h.538).

8) Flatulen

Peningkatan flatulen diduga akibat penurunan motilitas gastrointestinal. Hal ini kemungkinan merupakan akibat efek peningkatan progesteron yang merelaksasi otot halus dan akibat pergeseran serta tekanan pada usus halus karena pembesaran uterus (Varney, 2007; h.539).

9) Konstipasi

Wanita yang sebelumnya tidak mengalami konstipasi dapat memiliki masalah ini pada trimester kedua atau ketiga. Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltis yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesterone (Varney, 2007; h.539).

10) Hemoroid

Hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua hemoroid sering didahului oleh konstipasi. Oleh karena itu, semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesterone juga menyebabkan hemoroid. Progesteron juga menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar (Varney, 2007; h.539).

11) Kram Tungkai

Dasar fisiologis untuk kram kaki belum diketahui dengan pasti. Selama beberapa tahun, kram kaki diperkirakan disebabkan oleh gangguan asupan kalsium atau asupan kalsium yang tidak adekuat atau ketidakseimbangan rasio kalsium dan fosfor dalam tubuh. Salah satu dugaan lainnya adalah bahwa uterus yang membesar memberi tekanan baik pada pembuluh darah panggul, sehingga mengganggu sirkulasi, atau pada saraf sementara saraf ini melewati foramen obturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah (Varney, 2007; h.540).

12) Edema Dependen

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan pada vena kava inferior saat ia berada dalam posisi telentang. Pakaian ketat yang menghambat aliran balik

vena dari ekstremitas bagian bawah juga memperburuk masalah (Varney, 2007; h.540).

13) Varises

Varises dapat diakibatkan oleh gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Perubahan ini diakibatkan penekanan uterus yang membesar pada vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan penekanan pada vena kava inferior saat ia berbaring. Pakaian yang ketat menghambat aliran vena balik dari ekstremitas bagian bawah, atau posisi berdiri yang lama memperberat masalah tersebut (Varney, 2007; h.540).

14) Dispareunia

Perubahan fisiologis menjadi penyebab, seperti kongesti vagina/panggul akibat gangguan sirkulasi yang dikarenakan tekanan uterus yang membesar atau tekanan bagian presentasi. Masalah-masalah fisik kemungkinan disebabkan abdomen yang membesar atau dijumpai pada tahap akhir kehamilan saat bagian presentasi mengalami penurunan ke dalam pelvis sejati (Varney, 2007; h.540-541).

15) Nokturia

Aliran balik vena dari ekstremitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada posisi lateral rekumben karena uterus tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena kava inferior. Bila wanita berbaring dalam posisi ini pada saat tidur di malam hari,

akibatnya adalah pola diurnal kebalikan sehingga terjadi peningkatan keluaran urine pada saat ini (Varney, 2007; h.541).

16) Insomnia

Insomnia, baik pada wanita yang mengandung maupun tidak, dapat disebabkan oleh sejumlah penyebab, seperti kekhawatiran, kecemasan, terlalu gembira menyambut suatu acara untuk keesokan hari. Wanita hamil, bagaimanapun, memiliki tambahan alasan fisik sebagai penyebab insomnia. Hal ini meliputi ketidaknyamanan akibat uterus yang membesar, ketidaknyamanan lain selama kehamilan, dan pergerakan janin., terutama jika janin tersebut aktif (Varney, 2007; h.541).

17) Nyeri pada Ligamentum Teres Uteri

Ligamentum terdiri atas sejumlah besar otot polos yang merupakan lanjutan otot polos uterus. Jaringan otot ini memudahkan ligamentum latum untuk hipertrofi selama kehamilan berlangsung dan, yang terpenting, meregang seiring pembesaran uterus. Ligamentum teres uteri secara anatomis memiliki kemampuan memanjang saat terus meninggi dan masuk ke dalam abdomen. Nyeri pada ligamentum teres uteri diduga terjadi akibat peregangan dan kemungkinan akibat penekanan berat uterus yang meningkat pesat pada ligament (Varney, 2007; h.541-542).

18) Nyeri Punggung Bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosacral. Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan

karena nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya. Perubahan-perubahan ini disebabkan oleh berat uterus yang membesar (Varney, 2007; h.542).

19) Hiperventilasi dan Sesak Nafas

Peningkatan jumlah progesteron selama kehamilan di duga memengaruhi langsung pusat pernapasan untuk menurunkan kadar karbondioksida dan meningkatkan kadar oksigen. Peningkatan kadar oksigen menguntungkan janin. Hiperventilasi akan menurunkan kadar karbondioksida (Varney, 2007; h.543). Sesak nafas merupakan ketidaknyamanan terbesar yang dialami pada trimester ketiga. Selama periode ini, uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu, diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan (Varney, 2007; h.543).

20) Kesemutan dan Baal pada Jari

Perubahan pada pusat gravitasi akibat uterus yang membesar dan bertambah berat dapat menyebabkan wanita mengambil postur dengan posisi bahu terlalu jauh ke belakang dan kepalanya antefleksi sebagai upaya menyeimbangkan berat bagian depannya dan lengkung punggungnya. Postur ini diduga menyebabkan penekanan pada saraf median dan ulnar lengan, yang akan mengakibatkan kesemutan dan baal pada jari-jari (Varney, 2007; h.543).

21) Sindrom Hipotensi Telentang

Sindrom hipotensi telentang menyebabkan wanita merasa seperti ingin pingsan dan ia menjadi tidak sadarkan diri bila masalah tidak segera ditangani. Sindrom hipotensi telentang terjadi saat wanita berbaring pada posisi telentang (seperti saat sedang tidur atau berada di atas meja pemeriksaan) karena berat total uterus yang membesar berikut isinya menekan vena kava inferior dan pembuluh darah lainnya pada sistem vena. Aliran vena balik dari bagian bawah tubuh dihambat, yang akhirnya mengakibatkan jumlah darah yang mengisi jantung berkurang dan kemudian akan menurunkan curah jantung. Sindrom hipotensi telentang dapat segera diatasi dengan meminta wanita tersebut berbaring ke samping atau duduk (Varney, 2007; h.544).

h. Tanda bahaya pada Kehamilan

1) Perdarahan

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Penyebab lainnya antara lain karena kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum, pembesaran uterus yang diatas normal (mola hidatidosa), pembesaran uterus yang tidak sesuai (lebih kecil) dari usia kehamilan, adanya massa di adneksa (KET) (Prawirohardjo, 2010; h. 282).

Perdarahan kehamilan lanjut atau di atas usia 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa. Perdarahan yang terjadi sangat terkait dengan luasnya plasenta dan kondisi segmen bawah

rahim yang menjadi tempat implanisasi plasenta tersebut (Prawirohardjo, 2010; h.282).

2) Hipertensi gestasional

Diagnosis hipertensi gestasional ditegakan pada perempuan yang memiliki tekanan darah lebih dari 140/90 mmHg untuk pertama kalinya setelah pertengahan kehamilan, tetapi tidak mengalami proteinuria. hipertensi gestasional diklasifikasikan ulang sebagai hipertensi transisional jika tidak timbul bukti preeklampsia, dan tekanan darah kembali ke normal pada 12 minggu pascapartum (Williams, 2014; h.741).

3) Preeklampsia

Pada umumnya Ibu hamil dengan usia kehamilan di atas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah di atas normal sering diasosiasikan dengan preeklampsia. Data atau informasi awal terkait dengan tekanan darah sebelum hamil akan sangat membantu petugas kesehatan untuk membedakan hipertensi kronis (yang sudah ada sebelumnya) dengan preeklampsia (Prawirohardjo, 2010; h.283)

4) Eklampsia

Timbulnya kejang pada perempuan dengan preeklampsia yang tidak disebabkan oleh penyebab lain dinamakan eklampsia. kejang yang timbul merupakan kejang umum dan dapat terjadi sebelum, saat atau setelah persalinan (Williams, 2014; h.741).

5) Nyeri Hebat di Daerah Abdominal pelvikum

Tanda-tanda nya :

a. Trauma Abdomen

- b. Preeklamsia
- c. Tinggi Fundus Uteri lebih besar dari usia kehamilan
- d. Bagian-bagian janin sulit diraba
- e. Uterus tegang dan nyeri
- f. Janin mati dalam rahim

Bila hal tersebut diatas terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat diatas, maka diagnosis nya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan maupun yang tersembunyi (Prawirohardjo, 2010; h. 283).

2. Persalinan

a. Definisi

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada *serviks*, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (varney, hal. 672). persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin + uri) yang dapat hidup ke dunia luar,dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Mochtar, 2012, hal.69). periode dari awitan kontraksi uterus yang regular sampai ekspulsi plasenta (wiliams, 2014, hal.392).

b. Sebab – sebab Mulainya persalinan

Sebab – sebab mulainya persalinan (Mochtar,2012,hal.70).

1) Teori penurunan hormone

1-2 minggu sebelum partus mulai terjadi penurunan kadar hormone *estrogen* dan *progesterone*. *progesteron* bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim. Karena itu, akan terjadi kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan his jika kadar *progesterone* turun.

2) Teori plasenta menjadi tua

penuaan plasenta akan menyebabkan turunnya kadar progesterone sehingga terjadi kekejangan pembuluh darah. Hal tersebut akan menimbulkan kontraksi rahim.

3) Teori distensi rahim

rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot – otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi uteroplacenta.

4) Teori iritasi mekanik

di belakang servik terletak ganglion servikale. Apabila ganglion tersebut di geser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.

5) Induksi partus (*Induction of labour*). Partus dapat pula ditimbulkan dengan

- a) Gagang laminaria, beberapa laminaria dimasukan ke dalam kanalis servisis dengan tujuan merangsang pleksus Franken hauser,
- b) Amniotomi, pemecahan ketuban

c) Tetesan oksitosin : pemberian oksitosin melalui tetesan per infuse.

c. Tanda – Tanda Persalinan/ tanda dan gejala menjelang persalinan (Helen Varney hal.672-678).

1) Lightening

merupakan penurunan bagian presentasi bayi ke pelvis minor, biasanya di masa ini ibu akan merasa sesak nafas yang dirasakan sebelumnya akan berkurang karena pada saat kejadian ini akan menciptakan ruang yang lebih besar di dalam abdomen atas untuk ekspansi paru tetapi *lightening* tetap menimbulkan rasa tidak nyaman akibat tekanan bagian presentasi pada struktur di area pelvis minor.

2) Perubahan Serviks

Selama masa hamil, servik dalam keadaan menutup, panjang dan lunak, dan pada masaini servik masih lunak dan mengalami penipisan (*effacement*) dan kemungkinan sedikit dilatasi. Perubahan servik ini terjadi akibat peningkatan intensitas kontraksi *Braxton Hicks*. Dari perubahan inilah bisa meyakinkan ibu bahwa dirinya akan berlanjut ke proses persalinan begitu muncul kontraksi.

3) Bloody Show

Ditandai dengan adanya plak lendir yang disekresi serviks sebagai proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan, bloody show terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket, biasanya keluar dalam bentuk

massa. Hal ini merupakan tanda pasti persalinan akan terjadi bila pada 48 jam sebelumnya tidak dilakukan pemeriksaan vagina, karena tanda-tanda bloody show tersebut bisa terjadi karena trauma kecil saat pemeriksaan.

4) Lonjakan energi

Beberapa wanita akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-48 jam sebelum persalinan mulai, setelah beberapa hari sebelumnya merasa kelelahan fisik karena tuanya kehamilan maka ibu mendapati satu hari sebelum persalinan dengan energi yang penuh. Peningkatan energi ini tampak dari aktifitas yang dilakukannya seperti membersihkan rumah, mencuci dan menyetrika tirai, menyikat lantai, memasak dan membekukan makanan, dan melakukan berbagai tugas rumah tangga lain, yang sebelumnya tidak mampu dilakukan, sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi, persalinan menjadi panjang dan sulit.

5) Adanya kontraksi / HIS

Kekuatan fisiologis utama selama persalinan adalah kontraksi uterus yang menimbulkan nyeri pada tubuh, kontraksi ini merupakan kontraksi yang involunter karena berada di bawah pengaruh saraf intrinsic.

Kontraksi uterus bersifat intermiten sehingga ada periode relaksasi uterus diantara kontraksi, memiliki fungsi penting :

- a) Mengistirahatkan otot uterus
- b) Memberi kesempatan istirahat bagi wanita

c) Mempertahankan kesejahteraan bayi karena kontraksi uterus

d) menyebabkan kontriksi pembuluh darah plasenta.

Durasi kontraksi uterus bervariasi, tergantung pada kala persalinan wanita tersebut, kontraksi pada persalinan aktif berlangsung dari 45 sampai 90 detik dengan durasi rata-rata 60 detik. Pada persalinan awal kontraksi hanya berlangsung 15 sampai 20 detik.

6) Penipisan dan pembukaan

Terjadi karena saluran serviks yang semula memiliki panjang dua sampai tiga sentimeter memendek sampai pada titik saluran serviks yang menghilang sehingga hanya menyisakan os eksternal dengan bagian tepi tipis. Penipisan dan pembukaan awal bervariasi antara primigravida dan multigravida yang memasuki persalinan, serviks primigravida umumnya menipis 50 sampai 60 persen dan membuka selebar ujung jari sampai 1 sentimeter sebelum mencapai persalinan akibat kontraksi Braxton Hicks sebelum proses persalinan dimulai.

d. Mekanisme persalinan

Mekanisme persalinaan (Williams, 2014, hal. 396).

1) Engagement

ketika diameter biparietal – diameter transversal terbesar pada presentasi oksiput, melewati *aperture pelvis superior*. Pada keadaan ini, kepala kadang – kadang disebut mengambang (

floating). Kepala berukuran normal biasanya mengalami engage dengan sutura sagitalis yang mengarah ke anteroposterior.

2) Asinklitismus

defleksi lateral ke arah posisi anterior atau *posterior pelvis*.

3) Desensus

biasanya dimulai dengan proses engagement, desensus ditimbulkan oleh beberapa kekuatan : tekanan cairan amnion, tekanan langsung fundus pada bokong saat kontraksi, tekanan ke bawah otot – otot abdomen maternal, dan ekstensi pelurusan tubuh janin.

4) Fleksi

setelah kepala yang sedang desensus mengalami hambatan, baik dari serviks, dinding pelvis, atau dasar pelvis, normalnya kemudian terjadi fleksi kepala. Pada keadaan ini dagu mengalami kontak lebih dekat dengan dada janin, dan diameter suboksipitobregmatikum yang lebih pendek menggantikan diameter oksipitofrontalis yang lebih panjang.

5) Rotasi internal

gerakan perputaran kepala sehingga oksiput secara bertahap bergerak ke arah simfisis pubis di bagian anterior dari posisi awal, ke arah posterior menuju lengkung sacrum.

6) Ekstensi,

setelah rotasi internal, kepala yang berada pada posisi fleksi maksimal mencapai vulva dan mengalami ekstensi. keadaan ini

menyebabkan dasar oksiput berkontak langsung dengan batas inferior simfisis pubis. Kepala lahir dengan urutan oksiput, bregma, dahi, hidung, mulut, dan akhirnya dagu melewati tepi anterior perineum.

7) Rotasi eksternal

gerakan ini sesuai dengan rotasi tubuh janin dan membuat diameter bisakrominal berkorelasi dengan diameter anteroposterior aperture pelvis inferior.

8) Ekspulsi

segera setelah rotasi eksternal, bahu anterior terlihat dibawah simfisis pubis, dan peritoneum segera terdistensi oleh bahu posterior. Setelah kelahiran bahu, bagian tubuh lainnya lahir dengan cepat.

e. Tahap – tahap persalinan (Mochtar, 2012, hal. 71).

1) Kala I (Kala pembukaan)

Ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (*Bloody show*) karena servik mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (*effacement*). Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler di sekitar kanalis serviks akibat pergeseran ketika servik mendatar dan membuka. Kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase yaitu :

a) Fase laten

Pembukaan servik yang berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm, lamanya 7 – 8 jam.

b) Fase aktif

Berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase

c) Periode akselerasi

Berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm

d) Periode dilatasi maksimal

Selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.

e) Periode deselerasi

Berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap)

2) Kala II (Kala pengeluaran Janin)

His mulai terkoordinasi, kuat , cepat, dan lebih lama kira – kira 2 – 3 menit sekali. Kepala janin mulai turun dan masuk ke ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot – otot dasar panggul yang melalui lengkung reflex menimbulkan rasa mencedan, karena tekanan pada rectum ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka, pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his dan mencedan terpinpin, akan lahir kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primi berlangsung selama 1 setengah – 2 jam, pada multi setengah jam sampai 1 jam.

3) Kala III (kala pengeluaran Uri)

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih

tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5 – 10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong ke dalam vagina, dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira – kira 100 sampai 200 cc.

4) Kala IV

Adalah kala pengawasan selama 1 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum.

f. Asuhan Persalinan

1) Asuhan persalinan Kala I

a) Diagnosis

Ibu sudah dalam persalinan kala I jika pembukaan servik kurang dari 4 cm dan kontraksi terjadi teratur minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik.

b) Penanganan

(1) Bantulah ibu jika sudah tampak gelisah, ketakutan dan kesakitan

(2) Jika ibu tampak kesakitan lakukan asuhan yang diperlukan

(3) Penolong tetap menjaga privasi ibu dalam persalinan

(4) Menjelaskan kemajuan persalinan dan perubahan yang terjadi serta prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil- hasil pemeriksaan.

(5) Penuhi kebutuhan cairan ibu.

(6) Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin.

c) Pemantauan

Tabel 2.1 pemantauan persalinan kala I

Parameter	Frekuensi pada fase laten	Frekuensi pada fase aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu Badan	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30-60 menit
Denyut jantung janin	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan servik	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam

Sumber : Saifudin (2010;h.N-9)

d) Pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam sebaiknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I pada persalinan dan setelah selaput ketuban pecah.

Yang perlu dicatat pada pemeriksaan dalam :

- (1) Warna cairan amnion
- (2) Dilatasi serviks
- (3) Penurunan kepala

e) Kemajuan Persalinan dalam Kala I

Kemajuan yang cukup baik

- (1) Kontraksi uterus yang progresif dengan peningkatan frekuensi dan durasi
- (2) Kecepatan pembukaan servik
- (3) Servik tampak dipenuhi bagian terbawah janin

Kemajuan yang kurang baik

- (1) Konraksi yang tidak teratur dan tidak sering pada fase laten
- (2) Kecepatan pembukaan servik lambat dari 1cm per jam selama persalinan fase aktif.
- (3) Servik tidak dipenuhi oleh bagian bawah janin.

2) Asuhan persalinan Kala II

a) Diagnosis

Persalinan kala II ditegakan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap. Atau kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.

b) Penanganan

- (1) Memberikan dukungan terus menerus pada ibu
- (2) Menjaga kebersihan diri ibu
- (3) Memberi dukungan mental untuk mengurangi kecemasan atau ketakutan ibu.
- (4) Mengatur posisi ibu.
- (5) Menjaga kandung kemih tetap kosong
- (6) Memberikan cukup minum

c) Posisi ibu saat meneran

- (1) Bantu ibu untuk memperoleh posisi yang paling nyaman baginya.
- (2) Ibu dibimbing mengejan selama his, anjurkan ibu untuk mengambil napas.
- (3) Periksa DJJ pada saat kontraksi dan setelah kontraksi untuk memastikan janin tidak mengalami bradikardi (<120)

d) Kelahiran Kepala Bayi

- (1) Mintalah ibu mengedan atau memberikan sedikit dorongan kepala bayi baru lahir
- (2) Letakan satu tangan kepala bayi agar defleksi tidak terlalu cepat
- (3) Menahan perinium dengan satu tangan lainnya jika diperlukan
- (4) Mengusap muka bayi untuk membersihkannya dari kotoran lendir/darah.
- (5) Periksa tali pusat :
 - (a) Jika tali pusat mengelilingi leher bayi dan terlihat longgar, selipkan tali pusat melalui kepala bayi.
 - (b) Jika lilitan tali pusat terlalu ketat, tali pusat di klem pada dua tempat kemudian digunting diantara kedua klem tersebut, sambil melindungi leher bayi.

e) Kelahiran Bahu dan Anggota seluruhnya

- (1) Biarkan kepala bayi berputar dengan sendirinya
- (2) Tempatkan kedua tangan pada sisi kepala dan leher bayi
- (3) Lakukan tarikan lembut ke bawah untuk melahirkan bahu depan
- (4) Lakukan tarikan ke bawah lembut untuk melahirkan bahu belakang
- (5) Selipkan satu tangan ke bahu dan lengan bagian belakang bayi sambil menyangga kepala dan selipkan satu tangan lainnya ke punggung bayi untuk mengeluarkan tubuh bayi seluruhnya.

- (6) Letakan bayi diatas perut ibu
 - (7) Secara menyeluruh, keringkan bayi, bersihkan matanya, dan nilai pernapasan bayi.
 - (8) Klem dan potong tali pusat.
 - (9) Pastikan bahwa bayi tetap hangat dan memiliki kontak kulit dengan kulit dengan dada ibu.
- 3) Asuhan perslinan Kala III
- a) Manajemen aktif kala III meliputi :
 - (1) Pemberian oksitosin dengan segera
 - (2) Pengendalian tarikan pada tali pusat
 - (3) Pemijatan uterus segera setelah plasenta lahir
 - b) Penanganan
 - (1) Memberikan oksitosin untuk merangsang uterus berkontraksi, diberikan dalam 2 menit setelah kelahiran bayi.
 - (2) Lakukan peregangan tali pusat terkendali atau PTT dengan cara :
 - (a) Satu tangan diletakan pada korpus uteri tepat diatas simfisis pubis.selama kontraksi dengan mendorong korpus uteri dengan gerakan dorso kranial ke arah belakang dan kearah kepala ibu
 - (b) Tangan yang satu memegang tali pusat dengan klem 5-6 cm di depan vulva.
 - (c) Jaga tahanan ringan pada tali pusat dan tunggu adanya kontraksi kuat (2-3 menit)

(d) Selama kontraksi, lakukan tarikan terkendal pada tali pusat yang terus menerus dalam tegangan yang sama dengan tangan ke uterus.

(3) PTT dilakukan hanya selama uterus berkontraksi.

(4) Begitu plasenta terlepas keluarkan dengan menggerakkan tangan atau klem pada tali pusat mendekati plasenta., keluarkan plasenta dengan gerakan ke bawah dan ke atas sesuai dengan jalan lahir. kedua tangan dapat memegang plasenta dan perlahan memutar plasenta searah jarum jam untuk mengeluarkan selaput ketuban.

(5) Segera setelah plasenta dan selaputnya dikeluarkan, masase fundus uterus agar menimbulkan kontraksi.

(6) Jika menggunakan manajemen aktif dan plasenta belum juga lahir dalam waktu 15 menit, berikan oksitosin 10 unit I.M dosis kedua, dalam jarak waktu 15 menit pemberian oksitosin dosis pertama.

(7) Jika menggunakan manajemen aktif dan plasenta belum juga lahir dalam waktu 30 menit :

(a) Periksa kandung kemih dan lakukan kateterisasi jika kandung kemih penuh

(b) Periksa adanya tanda-tanda pelepasan plasenta.

(c) Berikan oksitosin 10 unit I.M dosis ketiga, dalam jarak 15 menit dari pemberian oksitosin dosis pertama.

(d) Siapkan rujukan jika tidak ada tanda- tanda pelepasan plasenta

- (8) Periksa ibu secara seksama dan jahit semua robekan pada serviks atau vagina atau perbaiki episiotomi.

4) Asuhan Persalinan Kala IV

a) Diagnosis

Dua jam pertama setelah persalinan merupakan waktu yang kritis bagi ibu dan bayi, petugas/bidn harus memastikan bahwa keduanya dalam kondisi yang stabil dan mengambil tindakan yang tepat untuk melakukan stabilisasi.

b) Penanganan

- (1) Periksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan 20-30 menit selama jam kedua.
- (2) Periksa tekanan darah, nadi, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua.
- (3) Anjurkan ibu untuk minum agar mencegah dehidrasi.
- (4) Bersihkan perinium ibu dan kenakan pakaian ibu yang bersih dan kering.
- (5) Biarkan ibu beristirahat dan bantu ibu pada posisi yang nyaman
- (6) Biarkan bayi berada pada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi
- (7) Ajari ibu dan keluarga tentang bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi dan tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi.

g. Komplikasi/Penyulit pada Persalinan

1) Persalinan/ Kelahiran Prematur

Persalinan yang dimulai setiap saat setelah awal minggu gestasi ke-20 sampai akhir minggu gestasi ke-37 (Varney, 2008; h.782).

2) Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini dapat secara teknis didefinisikan sebagai pecah ketuban sebelum awitan persalinan, tanpa memperhatikan usia gestasi (Varney, 2008; h.788).

3) Amnionitis dan Korloamnionitis

Yaitu terjadinya infeksi pada kulit ketuban dan cairan ketuban. Biasanya terjadi akibat pecah ketuban yang lama (lebih dari 24 jam), dengan atau tanpa persalinan yang memanjang, pada pemeriksaan dalam atau manipulasi vagina atau prosedur intrauteri yang berulang (Varney, 2008; h.792).

4) Prolaps Tali Pusat

Terdapat dua jenis prolaps tali pusat : menumbung (frank) atau terkemuka (accult). Pada prolaps tali pusat menumbung, tali pusat masuk ke dalam serviks. Pada prolaps tali pusat terkemuka, tali pusat berada di samping bagian presentasi, tetapi tidak masuk ke dalam serviks (Varney, 2008; h.793).

5) Disproporsi Sefalopelvik

Yaitu disproporsi antara ukuran janin dan ukuran pelvis, yakni ukuran pelvis tertentu tidak cukup besar untuk

mengakomodasi keluarnya janin melalui pelvis sampai terjadi kelahiran per vaginam (Varney, 2008; h. 796-797).

6) Disfungsi Uterus

Yaitu terjadinya pemanjangan waktu setiap fase atau kala persalinan yang melebihi waktu yang diperkirakan. Hal ini diidentifikasi berdasarkan sedikitnya kemajuan pendataran serviks atau dilatasi atau penurunan bagian presentasi janin (Varney, 2008; h.798).

7) Kelelahan Ibu (Distress Maternal)

Kelelahan Ibu (Distress Maternal) harus dicegah karena memburuknya kondisi wanita akan membahayakan Ibu dan janin yang belum lahir (Varney, 2008; h. 800).

8) Rupture Uteri

Yaitu terjadinya robekan/ laserasi pada uterus yang terjadi sebelum atau selama kehamilan, yang dapat disebabkan oleh bekas SC, dorongan fundus saat bersalin, janin besar. Tanda dan gejala ruptur uteri dapat menyerupai tanda dan gejala gangguan berat lainnya (Varney, 2008; h. 801).

h. Induksi Persalinan

Induksi persalinan adalah suatu upaya agar persalinan mulai berlangsung sebelum atau sesudah kehamilan cukup bulan dengan jalan merangsang timbulnya his (Mochtar,2012;h.40)

1) Indikasi dilakukan induksi persalinan :

- a) Penyakit hipertensi dalam kehamilan termasuk preeklamsi dan eklamsi

- b) Postmaturitas
- c) Ketuban pecah dini
- d) Kematian janin dalam kandungan
- e) Diabetes mellitus, pada kehamilan 37 minggu, dll.

2) Kontraindikasi dilakukan induksi persalinan

- a) Disporosi sevalopelvik
- b) Ibu menderita penyakit jantung berat
- c) Hati-hati pada bekas operasi atau uterus yang cacat, seperti pada bekas seksio sesarea, miomektomi yang luas dan ekstensif.

3) Cara Induksi persalinan

Dengan Metode / cara kimiawi

a) *Oksitosin drip*

Kemasan yang dipakai adalah pitosin, sintosinon, pemberiannya dapat secara intramuscular, intravena, infus tetes, dan secara bukal. Cara yang paling baik dan aman adalah pemberian infus tetes (drip) karena dapat diatur dan diawasi efek kerjanya.

Cara :

- (1) Kandung kemih dan rectum terlebih dahulu dikosongkan
- (2) Masukkan 5 satuan oksitosin kedalam 500 cc dektor 5% aau NaCl 0,9% dan diberikan per infus dengan kecepatan pertama 10 tetes per menit
- (3) Kecepatan dapat dinaikan 5 tetes setiap 15 menit sampai tetes maksimal 4-60 tetes per menit.

(4) Oksitosin drip akan lebih berhasil jika nilai pelvis di atas 5 dan dilakukan amniotomi.

3. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram, bayi lahir normal adalah bayi yang lahir cukup bulan 38-42 minggu dengan berat badan sekitar 2500 gram dan panjang badan sekitar 50-55 cm (sondakh,2013, hal.150)

b. Asuhan Bayi Baru Lahir .

Komponen asuhan bayi baru lahir (JNPK – KR, 2008 h. 124)

1) Pencegahan Infeksi

BBL sangat rentan terhadap infeksi mikroorganisme yang terpapar atau terkontaminasi selama proses persalinan berlangsung amupun beberapa saat setelah lahir. Untuk tidak menambah resiko infeksi maka sebelum menangani BBL, pastikan penolong persalinan pemberi asuhan BBL telah melakukan upaya pencegahan infeksi.

2) Penilaian Bayi baru lahir

Segera setelah lahir, letakan bayi di atas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut bawah ibu. Segera lakukan penilaian awal :

Apakah bayi cukup bulan ?

a) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?

b) Apakah bayi menangis atau bernafas ?

c) Apakah tonus otot bayi baik ?

3) Pencegahan kehilangan panas

Mekanisme pengaturan temperature tubuh pada BBL belum berfungsi sempurna. Maka perlu dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh untuk menghindari terjadinya hipotermi. Bayi mengalami hipotermi, sangat beresiko tinggi untuk mengalami sakit berat atau bahkan kematian.

Upaya mencegah terjadinya kehilangan panas :

- a) Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks
Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, ganti handuk basah dengan handuk kering, biarkan bayi diatas perut ibu.
- b) Letakkan bayi agar terjadi kontak kulit ibu ke kulit bayi
Letakkan bayi tengkurap di dada ibu, luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi sedikit lebih rendah dari puting payudara ibu,.
- c) Selimuti ibudan bayi dan pakaikan topi di kepala bayi.
Selimuti tubuh ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.
- d) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir,

Lakukan penimbangan setelah 1 jam kontak kulit ibu ke kulit bayi.

- (1) Bersihkan jalan nafas (bila perlu)
- (2) Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira – kira 2 menit setelah lahir.
- (3) Lakukan inisiasi menyusui dini dengan cara kontak kulitbayi denganibu.
- (4) Beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1 % pada kedua mata
- (5) Beri suntikan vitamin K1 1 mg intramuscular, di paha kiri anterolateral setelah inisiasi menyusui dini.
- (6) Beri imunisasi hepatitis B 0,5 mg intramuscular, dipaha kanan anterolateral, diberikan kira – kira 1- 2 jam setelah pemberian Vit K1.

c. Pemeriksaan Neurologis

Menurut Sondakh (2013); h. 163 , pemeriksaan neurologis meliputi :

1) Refleks *Morro*/Terkejut

Apabila bayi diberi sentuhan mendadak terutama dengan jari dan tangan, maka akan menimbulkan gerak terkejut.

2) Refleks Menggenggam

Apabila telapak tangan bayi disentuh dengan jari pemeriksa, maka ia akan berusaha menggenggam jari pemeriksa.

3) Refleks *Rooting*/Mencari

Apabila pipi bayi disentuh oleh jari pemeriksa, maka ia akan menoleh dan mencari sentuhan itu.

4) Refleks Menghisap/*Sucking* Refleks

Apabila bayi diberi dot/putting, maka ia akan berusaha untuk menghisap.

5) *Glabella* Refleks

Apabila bayi disentuh pada daerah os glabella dengan jari tangan pemeriksa, maka ia akan mengerutkan keningnya dan kedipkan matanya.

6) *Gland* Refleks

Apabila bayi disentuh pada lipatan paha kanan dan kiri, maka ia berusaha mengangkat kedua pahanya.

7) *Tonick Neck* Refleks

Apabila bayi diangkat dari tempat tidur (digendong), maka ia akan berusaha mengangkat kepalanya.

d. Jadwal Kunjungan Neonatal

Pelayanan kesehatan Kepada neonatal sedikitnya 3 kali yaitu :

1) Kunjungan Neonatal (KN 1)

Setelah lahir pada pemantauan dilakukan yaitu menjaga kehangatan agar bayi tetap hangat dan kering, menilai keadaan bayi secara umum, memeriksa adanya cairan, atau bau busuk pada tali pusat, pemberian ASI awal.

2) Pada Kunjungan Neonatal (KN 2)

Neonatal II (KN 2) pada hari ke 3 sampai hari ke 7 hari. Pada pemantauan dilakukan yaitu menanyakan pada ibu mengenai

keadaan bayi, menanyakan bagaimana bayi menyusu, memeriksa apakah ada nanah pada tali pusat, memeriksa apakah bayi terlihat kuning (ikterus)

3) Kunjungan Neonatal III (KN 3)

Pada hari ke 8 sampai hari ke 28 hari pada pemantauan dilakukan yaitu pada tali pusat bayi biasanya sudah lepas.

Memastikan apakah bayi mendapat ASI yang cukup, bayi mendapat imunisasi berikut

- a) BCG untuk mencegah tubercolosis
- b) Vaksin polio 1 secara oral
- c) Vaksin hepatitis B.

(Prawirohardjo, 2010, hal.N-30 sampai N-36)

e. Komplikasi pada bayi baru lahir dan Neonatus

1) Asfiksia

Asfiksia adalah keadaan dimana bayi tidak bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir (JNPK-KR 2008, h. 146)

Penatalaksanaan bayi asfiksia

- a) Jaga bayi tetap hangat
- b) Atur posisi bayi dengan kepala ekstensi
- c) Hisap lendir
- d) Keringkan dan rangsang bayi
- e) Atur kembali posisi bayi dan hangatkan bayi

f) Lakukan penilaian bayi, bila bayi bernafas normal maka lakukan asuhan bayi pasca resusitasi, jika bayi megap – megap mulai lakukan ventilasi.

g) Tahap ventilasi

(1) Pemasangan sungkup

(2) Lakukan 2 kali ventilasi

(3) Lihat apakah dada mengembang atau tidak, jika tidak mengembang maka periksa :

(a) Posisi sungkup, pastikan tidak ada udara yang bocor

(b) Periksa posisi kepala, pastikan posisi sudah menghidu

(c) Periksa cairan atau lendir di mulut. Bila ada lendir cairan lakukan penghisapan

(d) Lakukan tiupan 2 kali dengan tekanan 30 cm air (ulangan), bila dada mengembang lakukan tahap berikutnya :

(i) Ventilasi 20 kali dalam 30 detik

(ii) Ventilasi, setiap 30 detik hentikan dan lakukan Siapkan penilaian ulang pernafasan.

(iii) rujukan jika bayi belum bernafas spontan sesudah 2 menit resusitasi.

(iv) Lanjutkan ventilasi sambil memeriksa denyut jantung janin

2) Prematuritas dan BBLR

BBLR dibedakan menjadi 2 (prawirohardjo, pelayanan kesehatan maternal, neonatal, 2010, hal.M-122).

- a) BBLSR atau premature Kecil berat badan < 1500 g atau < 32 minggu, biasanya sering terjadi masalah berat , misalnya sukar bernafas, kesukaran pemberian minum, ikterus berat dan infeksi. Bayi rentan terjadi hipotermia jika tidak dalam incubator.
- b) BBLR atau bayi premature sedang berat badan $1500 - 2500$ gram atau umur kehamilan 33-38 minggu

3) Letargi

Jika bayi letargi (tonus otot rendah, tidak ada gerakan), sangat mungkin bayi sakit berat dan harus segera di rujuk ke tempat pelayanan yang sesuai.

4) Hipotermia

Hipotermia dapat terjadi sngat cepat pada bayi sangat kecil atau bayi yang diresusitasi atau dipisahkan dari ibu.

Hipotermi berat jika suhu < 35 C, penanganannya :

- a) Gunakan alat yang tersedia (incubator, radiant heater, kamar hangat, tempat tidur hangat)
- b) Rujuk segera ke pelayanan kesehatan yang mempunyai NICU
- c) Jika bayi sianosis atau biru atau sukar bernafas (frekuensi < 30 > 60 x per menit, tarikan dinding dada ke dalam atau merinyih), beri oksigen lewat kateter hidung atau nasal prong.

Jika bayi tidak begitu tampak sakit dan suhu aksiler 35 C atau lebih :

(1) Pastikan bayi di jaga tetap hangat, bungkus bayi dengan kain lunak, kering, selimuti, dan pakai topi untuk menghindari kehilangan panas.

(2) Dorong ibu untuk segera menyusui setelah bayi siap

(3) Pantau suhu aksiler setiap jam sampai normal.

(4) Bayi dapat diletakkan dalam incubator atau dibawah radiant heater.

5) Kejang

Kejang dapat disebabkan oleh meningitis, ensefalopati, atau hipoglikemi berat.

6) Sifilis Kongenital

Jika bayi menunjukkan tanda – tanda sifilis, rujuk ke NICU. Tanda – tanda sifilis termasuk :

- a) Edema umum
- b) Ruam kulit
- c) Telapak tangan atau kaki melepuh
- d) Rhinitis
- e) Kondiloma anal
- f) Pembesaran hepar / lien
- g) Paralisis anggota tubuh bagian bawah
- h) Ikterus
- i) Pucat

4. Nifas

a. Definisi

Masa nifas adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai dengan alat – alat kandungan kembali seperti sebelum hamil (Mochtar 2012, hal. 87). masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat –alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil dan berlangsung kira-kira 6 minggu (prawirohardjo, 2010, hal.23). periode pascapartum/masa nifas adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin(menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil (Varney, 2008, hal 958). Masa nifas adalah satu periode dalam minggu-minggu pertama setelah kelahiran.Lamanya periode ini tidak pasti sebagian besar antara 4 sampai 6 minggu. Walaupun merupakan masa kehamilan, nifas ditandai oleh banyak perubahan fisiologis (Williams,2014, hal. 674).

b. Tujuan asuhan masa nifas

Mengetahui kebutuhan ibu dan bayi pada periode pascaperslinan, mengenali komplikasi pascaperslinan pada ibu dan pada bayi, melakukan upaya pencegahan infeksi yang diperlukan serta menjelaskan dan melaksanakan ASI eksklusif, konseling HIV /AIDS dan kontrasepsi, prosedur imunisasi. (Prawirohardjo, 2010, hal. 356).

c. Periode Masa Nifas

Terdapat 3 periode masa nifas (Mochtar, 2012 hal. 87)

- 1) Puerperium dini yaitu kepulihan saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan- jalan.
- 2) Puerperium intermediate yaitu kepulihan menyeluruh alat – alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.
- 3) Puerperium lanjut yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih kembali sehat sempurna, terutama jika selama hamil atau sewaktu persalinan timbul komplikasi.

d. Perubahan fisiologis masa nifas

Pengerutan rahim (involusi) (Mochtar, 2012, hal. 87)

- 1) Uterus secara berangsur – angsur menjadi kecil atau berinvolusi hingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.
- 2) Bekas implantasi uri. Placental bed mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm , pada minggu keenam 2,4 cm, dan akhirnya pulih.
- 3) Luka – luka pada jalan lahir jika tidak disertai dengan infeksi akan sembuh dalam 6 – 7 hari.
- 4) Rasa Nyeri yang disebut after paints, (merian atau mules – mules)disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pascapersalinan.

e. Lochea dalam masa nifas

Adalah cairan skret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas (Mochtar, 2012, hal. 87).

- 1) Lochea rubra (cruenta) : berisi darah segar dan sisa – sisa selaput ketuban, sel – sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari pascapersalinan.
- 2) Lochea sangunolenta : berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir, hari ke 3 – 7 persalinan.
- 3) Lochea serosa : berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7 – 14 pascapersalinan.
- 4) Lochea alba : cairan putih, setelah 2 minggu

f. Perubahan Psikologis Masa Nifas

- 1) *Fase taking in* (ketergantungan) : hal ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah persalinan. Pada fase ini ibu masih merasa ketidaknyamanan seperti rasa mules, nyeri pada jahitan, pola istirahat kurang, kelelahan.
- 2) *Fase taking hold* : Berlangsung 3 sampai 10 hari setelah persalinan. Pada fase ini timbul rasa khawatir akan ketidakmampuannya merawat bayinnya.
- 3) *Fase letting go* : fase dimana ibu sudah menerima perannya dan bertanggung jawab dan bisa menyesuaikan diri. Fase ini akan berlangsung 10 hari setelah persalinan.

g. Ketidaknyamanan fisik dalam masa nifas

Terdapat beberapa ketidaknyamanan pada masa nifas, meskipun dianggap normal , keadaan tersebut dapat menyebabkan distress fisik yang bermakna.

- 1) Nyeri setelah melahirkan

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus yang berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri ini lebih umum terjadi pada paritas tinggi dan pada wanita menyusui. Alasan nyeri yang lebih berat pada wanita dengan paritas tinggi adalah penurunan tonus otot uterus secara bersamaan, menyebabkan relaksasi intermiten. Berbeda pada wanita primipara yang tonus ototnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi tanpa relaksasi intermiten. Pada wanita menyusui, isapan bayi menstimulasi produksi oksitosin oleh hipofise posterior. Pelepasan oksitosin tidak hanya memicu reflex let down (pengeluaran ASI) pada payudara, tetapi juga menyebabkan kontraksi uterus. Nyeri setelah melahirkan akan hilang jika uterus tetap berkontraksi dengan baik saat kandung kemih kosong. Kandung kemih yang penuh mengubah posisi uterus ke atas, menyebabkan relaksasi dan kontraksi uterus lebih nyeri.

2) Keringat Berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan. Cara menguranginya sangat sederhana yaitu dengan membuat kulit tetap bersih dan kering.

3) Pembesaran payudara

Diperkirakan bahwa pembesaran payudara disebabkan oleh kombinasi akumulasi dan stasis air susu serta peningkatan

vaskularisasi dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ketiga postpartum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui berahir sekitar 24 hingga 48 jam.

4) Nyeri perineum

Beberapa tindakan dapat mengurangi ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau luka episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomy tersebut. Sebelum tindakan dilakukan, penting untuk memeriksa perineum untuk menyingkirkan komplikasi seperti hematoma. Pemeriksaan ini juga mengindikasikan tindakan lanjutan apa yang mungkin paling efektif.

5) Konstipasi

Rasa takut dapat menghambat fungsi bowel jika wanita takut bahwa hal tersebut dapat merobek jahitan atau akibat nyeri yang disebabkan oleh ingatannya tentang tekanan bowel pada saat persalinan. Konstipasi lebih lanjut mungkin diperberat dengan longgarnya abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga atau empat.

6) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid, mungkin mereka sangat merasakan nyeri selama beberapa hari. Hemoroid yang terjadi selama masa kehamilan dapat menimbulkan traumatis dan menjadi lebih edeme selama kala dua persalinan.

h. Program kunjungan Masa nifas (Saifudin, 2010, hal.N-23)

1) Kunjungan pertama (6-8 jm post partum)

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

2) Kunjungan kedua (6 hari setelah postpartum)

- a) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- b) Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.
- c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
- d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda – tanda penyulit.
- e) Memberikan konselling pada ibu mengenai asuhan pada bayi , tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari – hari.

3) Kunjungan ketiga (2 minggu setelah post partum)

- a) Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- b) Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.
- c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
- d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda – tanda penyulit.
- e) Memberikan konselling pada ibu mengenai asuhan pada bayi , tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari – hari.

4) Kunjungan ke empat (6 minggu post partum)

- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit yang dialami atau bayinya
 - b) Memberikan konselling untuk KB secara dini.
- i. Abnormalitas yang menyertai Masa nifas

Abnormalitas yang terjadi pada masa nifas (Manuaba, 2010, hal. 418)

1) Abnormalitas rahim

a) Subinvolusi uterus

Adalah terjadinya proses involusi rahim tidak berjalan sebagaimana mestinya, sehingga proses pengecilannya terlambat, penyebabnya bisa disebabkan karena infeksi

endometrium, terdapat sisa plasenta dan selaputnya, terdapat bekuan darah atau mioma uteri.

b) Perdarahan kala nifas sekunder

Adalah perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama, penyebabnya adalah terdapatnya sisa plasenta atau selaput ketuban, infeksi pada endometrium, dan inversion uteri

c) Flegmasia alba dolens

Adalah infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis. Yang menimbulkan gejala :

- (1) Terjadi pembengkakan pada tungkai
- (2) Vena tampak berwarna putih
- (3) Terasa sangat nyeri
- (4) Tampak bendungan pembuluh darah
- (5) Suhu tubuh dapat meningkat

2) Abnormalitas Payudara

Untuk dapat melancarkan pengeluaran ASI dilakukan persiapan sejak awal hamil dengan melakukan masase, menghilangkan kerak pada puting susu sehingga duktusnya tidak tersumbat. Berbagai variasi puting susu dapat terjadi diantaranya terlalu kecil, puting susu mendatar, dan puting susu masuk ke dalam. Pengeluaran ASI pun dapat bervariasi seperti tidak keluar sama sekali (agalaksia), ASI sedikit (oligolaksia), terlalu banyak (poligalaksia), dan pengeluaran berkepanjangan (galaktorea).

a) Bendungan ASI

Terjadi karena sumbata pada saluran ASI, tidak dikosongkan seluruhnya. Keluhan yang muncul adalah mammae bengkak, keras, dan terasa panas, sampai suhu badan

meningkat. Penanganannya dengan mengosongkan ASI dengan masase dan pompa, memberikan estradiol sementara menghentikan pembuatan ASI, dan pengobatan simtomatis sehingga keluhan berkurang.

b) Mastitis dan abses payudara

Bakteri yang sering masuk menyebabkan infeksi payudara adalah stafilokokus aureus yang masuk melalui luka puting susu. Infeksi ini menimbulkan demam, nyeri local pada payudara, terjadi pematatan payudara, dan terjadi perubahan warna kulit pada payudara. Infeksi payudara atau mastitis dapat berkelanjutan menjadi abses dengan kriteria warna kulit menjadi merah, terdapat rasa nyeri dan pada pemeriksaan terdapat pembengkakan, dibawah kulit teraba cairan. Dalam keadaan abses payudara perlu dilakukan insisi agar pus dapat dikeluarkan untuk mempercepat penyembuhan.

j. Pencegahan infeksi pada masa nifas

Dalam upaya menurunkan infeksi pada masa nifas dapat dilakukan pencegahan (Manuaba, 2010, hal. 416).

1) Pencegahan pada waktu hamil

- a) Meningkatkan keadaan umum penderita
- b) Mengurangi factor predisposisi infeksi pada masa nifas

2) Pencegahan saat persalinan

- a) Mengurangi perlukaan sebanyak mungkin
- b) Merawat perlukaan plasenta sebaik – baiknya
- c) Mencegah terjadinya perdarahan postpartum

- d) Mengurangi melakukan pemeriksaan dalam
 - e) Menghindari persalinan yang berlangsung lama.
- 3) Pencegahan pada masa nifas
- a) Melakukan mobilisasi dini sehingga darah lochea keluar dengan lancar
 - b) Merawat luka dengan baik
 - c) Rawat gabung dengan isolasi untuk mengurangi infeksi nosokomial.

5. Keluarga Berencana

a. Definisi

Keluarga berencana adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah anak dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi dan metode medis yang dicanangkan oleh pemerintah untuk menurunkan angka kelahiran (Manuaba, 2014).KB merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengaturan kehamilan dan merupakan hak setiap individu sebagai makhluk seksual. (Affandi, 2012,)

b. Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan umum keluarga berencana adalah membentuk keluarga kecil yang sesuai dengan kekuatan social ekonomi suatu keluarga dengan cara mengatur kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya, keluarga berencana juga bertujuan untuk memperhatikan berbagai kepentingan manusia dan

masyarakat, antara lain orang tua, anak-anak dan masyarakat (Mochtar, 2012, hal. 193).

c. Penapisan KB

Tabel 2.2 Penapisan KB Metode Nonoperatif

Metode Hormonal (Pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk)	YA	TIDAK
Apakah hari haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan		
Apakah mengalami perdarahan / perdarahan bercak antara haid setelah senggama		
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata.		
Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual.		
Apakah pernah nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema)		
Apakah pernah tekanan darah diatas 160 mmHg(sistolik) atau 90 mmHg (diastolic)		
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara		
Apakah anda sering minum obat-obatan anti kejang (epilepsy)		
AKDR (semua jenis pelepas tembaga atau progestin)		
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu.		
Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain.		
Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)		
Apakah pernah mengalami radang panggul atau kehamilan ektopik		
Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4 jam)		
Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		
Apakah pernah mengalami dismenorea berat yang membutuhkan analgetika dan / atau istirahat baring.		
Apakah pernah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid atau setelah senggama.		
Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung vascular atau congenital		

Sumber : Affandi, 2012, hal.u-10 sampai u-11

Tabel 2.3 penapisan KB Tubektomi

Keadaan Klien	Dapat dilakukan pada fasilitas rawat jalan	Dilakukan di fasilitas rujukan
Keadaan Umum (anamnesis dan pemeriksaan fisik)	Keadaan umum baik, tidak ada tanda – tanda penyakit jantung, paru, atau ginjal.	Diabetes tidak terkontrol, riwayat gangguan pembekuan darah, ada tanda – tanda penyakit jantung, paru, atau ginjal.
Keadaan emosional	Tenang	Cemas, takut
Tekanan darah	< 160/100 mmHg	>160/100 mmHg
Berat Badan	35-85 kg	>85 kg ; < 35 kg
Riwayat operasi abdomen/ panggul	Bekas seksio sesarea (tanpa perlekatan)	Operasi abdomen lainnya, perlekatan atau terdapat kelahiran pada pemeriksaan panggul
Riwayat radang panggul, hamil ektopik, Anemia	Pemeriksaan dalam normal Hb > 8 g%	Pemeriksaan dalam ada kelainan Hb < 8 g%

Sumber : Affandi, 2012, hal.u-11 sampai u-12

Tabel 2.4 penapisan Metode Vasektomi

Keadaan Klien	Dapat dilakukan pada pasien rawat jalan	Dilakukan pada fasilitas rujukan
Keadaan umum (anamnesis dan pemeriksaan fisik)	Keadaan umum baik, tidak ada tanda – tanda penyakit jantung, paru, atau ginjal.	Diabetes tidak terkontrol, riwayat gangguan pembekuan darah, tand – tanda penyakit jantung, paru atau ginjal.
Keadaan emosional	Tenang	Cemas, takut
Tekanan darah	< 160/100mmHg	>160/100 mmHg
Infeksi atau kelainan skrotum/ inguinal	Normal	Tanda – tanda infeksi atau ada kelainan
Anemia	Hb >8 g%	Hb<8 g%

Sumber : Affandi, 2012, hal.u-12

d. Jenis – Jenis KB

1) Metode Kontrasepsi alamiah

a) MAL (*Metode Amenore Laktasi*)

Kontrasepsi yang menggunakan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif, tanpa makanan atau minuman tambahan.

Metode MAL dapat digunakan sebagai kontrasepsi apabila ibu

masih menyusui secara eksklusif (full breast feeding). Ibu belum mendapatkan haid, bayi belum berusia 6 bulan namun efektif hanya sampai 6 bulan. Metode kontrasepsi ini yaitu menekan atau menunda ovulasi.

a. Kelebihan

Bagi Ibu :

- (a) Efektifitas tinggi
- (b) Tidak mengganggu senggama
- (c) Tidak ada efek samping secara sistemik
- (d) Tidak perlu pengawasan medis
- (e) Tidak perlu obat atau alat
- (f) Tanpa biaya

Bagi Bayi :

- (a) Mendapatkan antibody dari ASI
- (b) Sumber asupan gizi yang terbaik untuk tumbuh kembang bayi

b. Kekurangan

- (a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan.
- (b) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi social
- (c) Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan
- (d) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B / HBV dan HIV / AIDS.

(Affandi,2012)

b. Senggama terputus

Adalah metode kontrasepsi tradisional dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi.sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum.

a. Kelebihan

- (a) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana.
- (b) Efektif jika dilaksanakan dengan benar
- (c) Tidak mengganggu produksi ASI
- (d) Tidak ada efek samping
- (e) Dapat digunakan setiap waktu
- (f) Tidak membutuhkan biaya

b. Kekurangan

- (a) Efektifitas sangat tergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya.
- (b) Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual

c. Kondom

Kondom tidak hanya mencegah kehamilan, tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV / AIDS.cara kerja kondom yaitu menghalangi pertemuan sperma dan ovum.

a. Kelebihan

- (a) Efektif bila digunakan dengan benar
- (b) Tidak mengganggu produksi ASI
- (c) Tidak mengganggu kesehatan klien

- (d) Tidak mempunyai pengaruh sistemik
- (e) Murah dan dapat dibeli secara umum
- (f) Tidak perlu pemeriksaan tenaga kesehatan
- (g) Sebagai kontrasepsi sementara apabila kontrasepsi lainnya sedang ditunda

b. Kekurangan

- (a) Efektifitas kurang
- (b) Mengganggu saat berhubungan
- (c) Harus tersedia setiap kali berhubungan
- (d) Beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum

(, Affandi, 2012).

2. Kontrasepsi hormonal

a) Pil Kombinasi

Alat kontrasepsi yang berisi hormone estrogen dan progesterone dalam bentuk pil, yang dapat mengatur siklus haid.cara kerjanya dengan menekan ovulasi, mencegah implantasi, sehingga lendir servik mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma.dan pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula.

a. Kelebihan

- (a) Memiliki efektifitas yang tinggi
- (b) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (c) Siklus haid menjadi teratur

- (d) Mudah dihentikan setiap saat
 - (e) Dapat digunakan jangka panjang
 - (f) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan
 - (g) Membantu mencegah kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, penyakit radang panggul, dan kelainan jinak pada payudara.
- b. Kekurangan
- (a) Mual terutama pada 3 bulan pertama
 - (b) Perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama 3 bulan pertama
 - (c) Menyebabkan pusing
 - (d) Nyeri pada payudara
 - (e) Kenaikan berat badan
 - (f) Tidak dianjurkan untuk wanita yang masih menyusui
 - (g) Tidak mencegah IMS (Infeksi Menular Seksual) HIV/AIDS.
- c. Kontraindikasi menggunakan pil kombinasi
- (a) Hamil atau diduga hamil
 - (b) Menyusui eksklusif
 - (c) Perdarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya
 - (d) Penyakit hati akut (hepatitis)

(e) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah . 180/110 mmHg.

(f) Tidak dapat menggunakan pil secara teratur setiap hari.

d. Efek samping

(a) Amenore

Penanganan, lakukan pemeriksaan dalam atau tes kehamilan, bila tidak hamil dan pasien minum pil dengan benar, tidak datang haid kemungkinan besar karena kurang adekuatnya efek estrogen terhadap endometrium, hal tersebut tidak perlu penanganan khusus, apabila pasien hamil hentikan penggunaan pil dan beritahu pada pasien bahwa pil yang telah diminumnya tidak mempunyai efek pada janin.

(b) Mual, pusing, muntah

Lakukan tes kehamilan. Bila tidak hamil, sarankan minum pil saat makan malam, atau sebelum tidur.

(c) Perdarahan pervaginam atau (spotting)

Lakukan tes kehamilan, sarankan minum pil pada waktu yang sama, jelaskan bahwa perdarahan atau spotting hal yang biasa terjadi pada 3 bulan pertama, dan akan berhenti. Bila perdarahan / spotting tetap terjadi gantilah pil dengan metode kontrasepsi yang lain.

b) Suntikan Kombinasi

Kontrasepsi ini berisi 25 mg Depo Medrokiprogesterone asetat dan 5 mg estradiol sipionat yang diberikan secara IM di bokong.cara kerjanya menekan ovulasi,membuat lendir servik menjadi kental, perubahan pada endometrium sehingga implantasi terganggu, menghambat transportasi gamet oleh tuba.

(1) Kelebihan

- (a) Resiko terhadap kesehatan kecil
- (b) Tidak berpengaruh pada hubungan seksual
- (c) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- (d) Kontrasepsi jangka panjang.

(2) Kekurangan

- (a) Terjadi perubahan pada pola haid yang tidak teratur, mengalami bercak (spotting)
- (b) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, keluhan ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga.
- (c) Penambahan berat badan.
- (d) Tidak menjamin terhadap perlindungan penularan IMS maupun HIV/AIDS.

(e) Terlambatnya pemulihan kesuburan setelah berhenti pemakaian.

(3) Kontra Indikasi

- (a) Hamil atau diduga hamil
- (b) Menyusui dibawah 6 minggu pascapersalinan

(c) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

(d) Virus hepatitis

(e) Usia < 35 tahun perokok

(f) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah tinggi (180/90 mmHg)

(g) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migraine

(h) Kanker atau tumor payudara

(4) Yang harus diwaspadai pada pengguna suntik kombinasi

(a) Nyeri dada hebat atau napas pendek, kemungkinan adanya bekuan darah di paru atau serangan jantung

(b) Sakit kepala hebat atau gangguan penglihatan. Kemungkinan terjadi stroke, hipertensi atau migraine.

(c) Nyeri tungkai hebat, kemungkinan telah terjadi sumbatan pembuluh darah pada tungkai

(d) Tidak terjadi perdarahan atau spotting selama 7 hari, sebelum suntikan berikutnya, kemungkinan terjadi kehamilan.

(Affandi, 2012)

c) Suntikan progestin

Suntikan progesterone mengandung progestin yang tidak menekan produksi ASI justru memperbaiki laktasi.

(1) Cara kerja

- (a) Mencegah ovulasi
- (b) Mengentalkan lendir servik sehingga menurunkan kemampuan presentasi sperma,
- (c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi
- (d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

(2) Kelebihan

- (a) Sangat efektif
- (b) Pencegahan kehamilan jangka panjang
- (c) Tidak terpengaruh pada hubungan suami istri
- (d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
- (e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI
- (f) Dapat digunakan oleh wanita usia > 35 tahun sampai premenopause
- (g) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik
- (h) Menurunkan kejadian penyakit jinak kanker payudara
- (i) Mencegah beberapa penyakit radang panggul
- (j) Menurunkan krisis anemis bulan sabit (Sickle cell)

(3) Kekurangan

- (a) Sering ditemukan gangguan haid seperti :siklus haid yang memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting) tidak haid sama sekali.
- (b) Pasien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan.
- (c) Tidak dapat digantikan sewaktu – waktu sebelum suntikan berikutnya
- (d) Kenaikan berat badan
- (e) Tidak menjamin perlindungan dari penyakit IMS maupun HIV / AIDS
- (f) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- (g) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, sakit kepala, timbulnya jerawat atau cloasma.

(4) Indikasi

- (a) Usia reproduksi
- (b) Nulipara dan yang telah memiliki anak
- (c) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memilikieftifitas tinggi

- (d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
 - (e) Setelah melahirkan dan menyusui
 - (f) Setelah abortus dan keguguran
 - (g) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi.
 - (h) Tekanan darah < 180 / 110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit.
 - (i) Sering lupa menggunakan pil.
 - (j) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.
- (5) Kontraindikasi
- (a) Hamil / diduga hamil
 - (b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
 - (c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid terutama amenore.
 - (d) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
 - (e) Diabetes mellitus disertai komplikasi.
- (6) Waktu memulai menggunakan kontrasepsi
- (a) Setiap saat selama siklus haid
 - (b) Mulai hari pertama sampai hari ke tujuh siklus haid

(c) Pada ibu yang tidak haid injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, asalkan ibu tidak hamil.

(d) Ibuyang ingin menggunakan AKDR dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama dapat diberikan pada hari pertama sampai hari ke tujuh siklus haid, atau dapat diberikansetiap saat setelah harike tujuh siklus haid.

(7) Peringatan untuk pemakai kontrasepsi suntikan progestin

(a) Setiap terlambat haid harus dipikirkan adanya kemungkinan hamil.

(b) Nyeri abdomen bawah yang berat kemungkinan gejala kehamilan ektopik terganggu

(c) Timbulnya abses atau perdrahan tempat injeksi

(d) Sakit kepala migren, sakit kepala berulang yang berat, atau kaburnya penglihatan

(e) Perdarahan berat yang 2 kali lebih panjang dari massa haid atau 2 kali lebih banyak dalam satu periode.

(Affandi, 2012)

d) Kontrasepsi implant

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan hingga 5 tahun.

(1) Cara kerja

(a) Menebalkan mucus servik sehingga tidak dapat dilewati oleh sperma.

(b) Membantu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.

(c) Menekan ovulasi.

(2) Kelebihan

(a) Efektif digunakan hingga 5 tahun

(b) Pengembalian kesuburan yang cepat setelah pelepasan.

(c) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam

(d) Bebas dari pengaruh estrogen

(e) Tidak mengganggu hubungan suami istri

(f) Pasien hanya perlu periksa kembali 1 minggu setelah pemasangan dan untuk pelepasan.

(3) Kekurangan

(a) Nyeri kepala

(b) Peningkatan atau penurunan berat badan

(c) Nyeri payudara

(d) Rasa mual

(e) Tidak memberikan perlindungan terhadap IMS maupun HIV/AIDS

(4) Kontra indikasi

(a) Hamil atau diduga hamil

(b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

(c) Terdapat tumor atau kanker payudara ataupun riwayat kanker payudara.

(d) Miom uterus. (Panduan Praktis Pelayanan Pontrasespi, 2012)

3. Kontrasepsi non hormonal (Alat Kontrasespi dalam rahim)

Kontrasepsi ini tidak mengandung hormonal dan cukup efektif untuk jangka panjang sampai 10 tahun, alat kontrasepsi dalam rahim menghambat sperma dan ovum bertemu.

a) Kelebihan

- a. Sebagai kontrasespi yang efektifitasnya tinggi berjangka 8-10 tahun
- b. Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- c. Tidak ada efek samping hormonal
- d. Tidak mempengaruhi produksi ASI
- e. Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus.

b) Kekurangan

- (1) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan) haid lebih banyak dan lama saat haid lebih sakit.
- (2) Tidak mencegah IMS maupun HIV / AIDS

c) Kontra indikasi

- (1) Sedang hamil atau diduga hamil
- (2) Perdarahan vagina yang tidak diketahui

(3) Sedang menderita infeksi alat genital (Vaginitis, servitis)

(4) Tumor jinak pada rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri

(5) Kanker alat genital

Ukuran rongga panggl < 5cm (Affandi, 2012)

B. Tinjauan Asuhan Kebidanan

1. Manajemen kebidanan menurut Helen Varney

Langkah 1: pengumpulan data dasar

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

- a) Keluhan utama
- b) Riwayat Kesehatan klien
- c) Pemeriksaan fisik secara lengkap sesuai dengan kebutuhan
- d) Meninjau catatan terbaru dan catatan sebelumnya
- e) Meninjau data laboratorium

Pada langkah ini, dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, pada langkah ini bidan mengumpulkan data dasar secara lengkap.

Langkah 2: interpretasi data dasar

Pada langkah ini, kegiatan yang dilakukan adalah menginterpretasikan semua data dasar yang telah dikumpulkan sehingga ditemukan diagnosis atau masalah, dan kebutuhan klien

berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnose yang spesifik.

Langkah 3: Identifikasi diagnose / masalah potensial

Pada langkah ini, mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian diagnosis dan masalah yang sudah teridentifikasi.

Langkah 4 : Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Langkah ini bertujuan untuk mengidentifikasi perlunya tindakan yang dilakukan oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien

Langkah 5 : Perencanaan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang dilakukan secara menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah - langkah sebelumnya, tidak hanya meliputi hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi dilihat juga dari apa yang akan diperkirakan terjadi selanjutnya

Langkah 6: Pelaksanaan

Pada langkah ini kegiatan yang dilakukan adalah melaksanakan rencana asuhan yang sudah dibuat pada langkah 5 secara aman dan efisien. dalam situasi ini, bidan harus berkolaborasi dengan tim kesehatan lain atau dokter, dengan demikian bidan hanya

bertanggungjawab atas terlaksananya rencana asuhan yang menyeluruh yang telah dibuat bersama tersebut.

Langkah 7: Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi efektifitas dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosa.

2. Dokumentasi SOAP

a. Dokumentasi SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, Planning)

- 1) Pembuatan grafik metode SOAP merupakan pengelolaan informasi yang sistematis yang mengatur penemuan dan konklusi kita menjadi suatu rencana asuhan.
- 2) Metode ini merupakan inti sari dari proses penatalaksanaan kebidanan guna menyusun dokumentasi asuhan,
- 3) SOAP merupakan urutan langkah yang dapat membantu kita mengatur pola pikir kita dan memberikan asuhan yang menyeluruh.

b. SOAP

1) Subjektif

Pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis Berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien (ekspresi mengenai kekhawatiran dan keluhannya) Pada orang yang bisu, dibelakang data diberi tanda "o" atau "x"

2) Objektif

a) Pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien,

Hasil pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan diagnostik lain

b) Informasi dari keluarga atau orang lain

3) Assesment

Pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan)
data subjektif dan objektif

a) Diagnosis atau masalah Diagnosis atau masalah potensial

b) Antisipasi diagnosis/ masalah potensial / tindakan segera

4) Planning

Pendokumentasian tindakan (I) dan evaluasi (E), meliputi
asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnostik/laboratorium,
konseling, dan tindak lanjut (Follow up)

C. Tinjauan Hukum

Karena latar belakang pendidikan bidan sangat bervariasi, maka organisasi profesi IBI membuat standar praktik bidan berdasarkan kompetensi inti, sehingga dengan adanya standar praktik bidan, bidan mempunyai ukuran yang sama untuk semua bidan dalam melaksanakan tugasnya walaupun latar belakang pendidikannya berbeda-beda (Tresnawati,2013;h.42)

Landasan hukum yang dipakai seorang bidan dalam melakukan asuhan kebidanan komprehensif dari kehamilan, persalinan, bayi baru lahir (bbl), nifas dan KB adalah :

Seorang bidan mempunyai kewenangan memberikan pelayanan menurut peraturan menteri kesehatan republik Indonesia nomor : HK.02.02/MENKES/ 149/2010 TENTANG IZIN dan PENYELENGGARAAN PRAKTIK BIDAN yang terdiri dari beberapa pasal, sesuai dengan pasal 9 bidan dalam menjalankan praktek,

berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi pelayanan kesehatan ibu dan bayi, pelayanan kebidanan pada ibu diberikan pada masa kehamilan, masa persalinan, masa nifas dan masa menyusui, serta pelayanan reproduksi perempuan.

Bidan berwenang memberi Pelayanan kepada ibu sebagaimana dimaksud dalam *pasal 10* yang meliputi:

- a. Penyuluhan dan konseling
- b. Pemeriksaan fisik
- c. Pelayanan antenatal pada kehamilan normal.
- d. Pertolongan persalinan normal.
- e. Pelayanan ibu nifas normal.

Pelayanan kebidanan kepada bayi sebagaimana dimaksud dalam *pasal 9 ayat 3* meliputi:

- a. Pemeriksaan bayi baru lahir
- b. Perawatan tali pusat
- c. Perawatan bayi
- d. Resusitasi pada bayi baru lahir
- e. Pemberian imunisasi bayi dalam rangka menjalankan tugas pemerintah.
- f. Pemberian penyuluhan.

Bidan dalam memberikan pelayanan Kebidanan berwenang untuk melakukan asuhan sesuai dengan *pasal 11* yang meliputi:

- a. Memberikan imunisasi dalam rangka menjalankan tugas pemerintah
- b. Bimbingan senam hamil
- c. Episiotomy
- d. Penjahitan luka episiotomy

- e. Kompresi bimanual dalam rangka kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan.
 - f. Pencegahan anemia
 - g. Inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif.
 - h. Resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia.
 - i. Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk
 - j. Pemberian minum dengan sonde dan pipet
 - k. Pemberian obat bebas, uteritonika untuk postpartum dan manajemen aktif kala III.
 - l. Pemberian surat keterangan kelahiran
 - m. Pemberian surat keterangan hamil untuk keperluan cuti melahirkan
- Bidan berwenang memberikan pelayanan reproduksi perempuan dengan pasal 12 yang meliputi :
- a. Memberikan alat kontrasepsi oral, suntikan dan alat kontrasepsi dalam rahim dan kondom dalam rangka menjalankan tugas pemerintah.
 - b. Memasang alat kontrasepsi dalam rahim di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah dengan supervise dokter.
 - c. Memberikan penyuluhan/konseling pemilihan kontrasepsi.
 - d. Melakukan pencabutan alat kontrasepsi dalam rahim di fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah.
 - e. Memberikan konseling dan tindakan pencegahan kepada perempuan pada masa pranikah dan prahamii.

Bidan berwenang memberikan pelayanan kesehatan masyarakat sesuai dengan pasal 13 yang meliputi:

- a. Melakukan pembinaan peran serta masyarakat dibidang kesehatan ibu dan bayi

- b. Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas
- c. Melaksanakan deteksi dini, merujuk dan memberikan penyuluhan infeksi menular seksual (IMS), penyalahgunaan narkotika psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA) serta penyakit lainnya.

(Tresnawati, 2013 ; hal. 46-50)

