

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

I. TINJAUAN MEDIS

A. KEHAMILAN

1. Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Prawirohardjo, 2009; h.89).

Lama kehamilan yaitu 280 hari atau 40 pekan (minggu) atau 10 bulan (lunar months) (Mochtar, 2012; h.35)

Kehamilan adalah merupakan transisi, yakni suatu masa antara kehidupan sebelum memiliki anak yang sekarang berada dalam kandungan dan kehidupan nanti setelah anak tersebut lahir (Sukarni, 2013; h.63).

Pembagian kehamilan dibagi menjadi 3 trimester : trimester I dimulai dari konsepsi sampai umur kehamilan 3 bulan (0 – 12 minggu), trimester II dari umur kehamilan 13 – 27 minggu dan trimester III dimulai dari 28 minggu hingga 40 minggu (Mochtar, 2012; h.35).

Disimpulkan kehamilan adalah hasil dari konsepsi (bertemunya sel sperma dan ovum) yang berimplantasi di dalam rahim serta akan tumbuh dan berkembang menjadi janin sampai lahir.

2. Proses Permulaan Kehamilan

Menurut Rustam Mochtar, 2012; h.16 proses permulaan kehamilan harus ada ovum (sel telur), spermatozoa (sel sperma), pembuahan (konsepsi : fertilisasi), nidasi, dan plasentasi.

a. Sel Telur (ovum)

Urutan pertumbuhan ovum:

- 1) Oogonium
- 2) Oosit pertama (*primary obcyte*)
- 3) *Primary ovarian follicle*
- 4) Likuor folikularis
- 5) Pematangan pertama ovum, dan
- 6) Pematangan kedua ovum pada saat sperma membuahi ovum

b. Sel Mani (Spermatozoon)

Urutan pertumbuhan sperma (spermatogenesis):

- 1) Spermatogonium, membelah dua;
- 2) Spermatisit pertama, membelah dua;
- 3) Spermatisit kedua, membelah dua;
- 4) Spermatid, kemudian tumbuh menjadi
- 5) Spermatozoon (sperma)

c. Pembuahan (Konsepsi : Fertilisasi)

Pembuahan adalah suatu peristiwa penyatuan sel mani dengan sel telur di tuba uterine. Dalam beberapa jam setelah pembuahan, mulailah pembelahan zigot yang terjadi selama 3

hari sampai stadium morula. Hasil konsepsi tadi tetap digerakkan ke arah rongga rahim oleh

- 1) Arus dan getaran rambut getar (silia), dan
- 2) Kontraksi tuba

Hasil konsepsi tiba dalam kavum uteri pada tingkat blastula.

d. Nidasi (Implantasi)

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium.

e. Plasentasi dan mukosa rahim

Mukosa rahim pada wanita yang tidak hamil terdiri atas stratum kompaktrum dan stratum spongiosum.

Desidua adalah mukosa rahim pada kehamilan yang terbagi atas:

- 1) Desidua basalis: yang terletak diantara hasil konsepsi dan dinding rahim, tempat terjadinya plasentasi;
- 2) Desidua kapsularis: yang meliputi hasil konsepsi ke arah rongga rahim, dan lama kelamaan bersatu dengan desidua vera karena obliterasi; dan
- 3) Desidua vera (parietalis): yang meliputi lapisan dalam dinding rahim lainnya.

3. Pertumbuhan dan Perkembangan Hasil Konsepsi

Menurut Mochtar, 2012; h.16. Ovum yang telah dibuahi (konsepsi : ferilisasi) segera membelah diri yang kemudian diikuti

dengan implantasi atau nidasi. Dari pembuahan sampai nidasi, diperlukan waktu kira – kira 6 – 7 hari.

Pertumbuhan mudigah (embrio) bermula dari lempeng embrional (*embryonal plate*), yang selanjutnya berdiferensiasi menjadi tiga unsur lapisan: sel – sel ektodermal, sel – sel mesodermal, dan sel – sel entodermal. Ruang amnion akan tumbuh pesat mendesak eksoselom sehingga dinding ruang amnion mendekati korion. Mesoblas di antara ruang amnion dan mudigah menjadi padat, disebut *body stalk*, yang merupakan jembatan antara mudigah dan dinding trofoblas dan akan menjadi tali pusat (Mochtar, 2012; h.19).

Menurut Williams, 2014; h.81. Pertumbuhan dan perkembangan janin, yaitu:

Minggu ke 0 : Sperma membuahi ovum (fertilisasi : konsepsi) kemudian hasil konsepsi membentuk blastokista, dan implantasi blastokista. Vilus korionik primitif dibentuk segera setelah implantasi yang disebut sebagai embrio.

Minggu ke 4 : System kardiovaskular terbentuk sehingga terbentuklah sirkulasi dalam embrio. Pada minggu ini embrio memiliki panjang 4 – 5 mm. Bakal lengan dan tungkai telah terbentuk, dan selubung amnion mulai terlepas dari *body stalk*, yang selanjutnya menjadi tali pusat.

Minggu ke 6 : embrio memiliki panjang 22 – 24 mm, serta kepala berukuran relative besar dibandingkan badan. Jantung telah terbentuk sempurna. Jari – jari tangan dan kaki telah ditemukan, dan lengan menekuk pada siku. Bibir atas telah sempurna, dan telinga luar membentuk peninggian definitive pada masing – masing sisi kepala.

Minggu ke 8 : Pertumbuhan dan pematangan struktur – struktur yang dibentuk saat periode embrionik.

Minggu ke 12 : Uterus biasanya teraba tepat di atas simfisis pubis, dan panjang kepala – bokong janin adalah 6 – 7 cm. Pusat penulangan telah timbul pada sebagian besar tulang janin, jari tangan dan kaki juga telah berdiferensiasi. Kulit dan kuku telah berkembang dan muncul tunas – tunas rambut yang tersebar. *Genitalia externa* mulai memperlihatkan tanda pasti jenis kelamin laki – laki atau perempuan. Janin mulai pergerakan spontan.

Minggu ke 16 : panjang kepala – bokong janin adalah 12 cm, dan berat janin 110 g. Jenis kelamin telah dapat ditentukan.

Minggu ke 20 : janin sekarang memiliki berat lebih dari 300 g, dan berat ini mulai bertambah secara linear. Sejak titik ini, janin bergerak kurang lebih setiap menit, dan

aktif sekitar 10 – 30 persen total waktu. Kulit janin telah menjadi kurang transparan, lanugo seperti beledu menutupi seluruh tubuh janin dan telah terbentuk sebagian rambut di kulit kepala.

Minggu ke 24 : janin sekarang memiliki berat sekitar 630 g. kulit secara khas tampak keriput, dan penimbunan lemak dimulai. Kepala masih relative besar, alis dan bulu mata biasanya dapat dikenali. Periode kanalikular perkembangan paru – paru, saat membesarnya bronkus dan bronkiolus serta berkembangnya duktus alveolaris, hamper selesai.

Minggu ke 28 : panjang kepala – bokong sekitar 25 cm dan berat janin sekitar 1100 g. kulit janin yang tipis berwarna merah dan ditutupi oleh verniks caseosa. Membrane pupil baru saja menghilang dari mata.

Minggu ke 32 : janin telah mencapai panjang kepala – bokong 28 cm dan berat sekitar 1800 g. kulit permukaan masih merah dan keriput.

Minggu ke 36 : panjang kepala – bokong pada janin usia ini adalah sekitar 32 cm dan berat janin sekitar 2500 g. karena penimbunan lemak subkutan, tubuh menjadi lebih bulat, serta gambaran keriput pada wajah telah menghilang.

Minggu ke 40 : merupakan periode saat janin dianggap aterm menurut usia yang dihitung dari awal periode menstruasi terakhir. Janin telah berkembang sempurna. Panjang kepala – bokong sekitar 36 cm dan berat kira – kira 3600 g.

4. Diagnosa Kehamilan (Tanda – tanda Pasti Kehamilan, Tidak Pasti, Kemungkinan)

a. Tanda Pasti Kehamilan (Mochtar, 2012; h.36)

- 1) Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasa atau diraba, juga bagian – bagian janin.
- 2) Denyut jantung janin:
 - a) Didengar dengan stetoskop – *monaural Laennec*
 - b) Dicatat dan didengar dengan alat Doppler
 - c) Dicatat dengan foto – elektrokardiogram
 - d) Dilihat pada ultrasonografi
- 3) Terlihat tulang – tulang janin dalam foto rontgen

b. Tanda Mungkin Hamil

Uji kehamilan didasarkan pada adanya produksi *chorionik gonadotropin* (HCG). Hormon ini disekresikan ke dalam sirkulasi ibu hamil dan dieksresikan melalui urine. Hormon *Chorionik Gonadotropin* (HCG) dapat dideteksi pada sekitar 26 hari setelah konsepsi (Prawirohardjo, 2014; h.215).

Perubahan Anatomik dan Fisiologik pada Kehamilan

(Prawirohardjo, 2014; h.217)

- 1) Tanda *Chadwick*, adalah perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan pada vulva, vagina, dan serviks.
- 2) Tanda *Goodel*, adalah perubahan konsistensi serviks dibandingkan dengan konsistensi kenyal pada saat tidak hamil.
- 3) Tanda *Hegar*, adalah pelunakan dan kompresibilitas ismus serviks sehingga ujung – ujung jari seakan dapat ditemukan apabila ismus ditekan dari arah yang berlawanan.
- 4) Tanda *Piskacek*, uterus membesar secara simetris dan menonjolan salah satu kornu tersebut dapat dikenali melalui pemeriksaan bimanual pelvik pada usia kehamilan delapan hingga sepuluh minggu.
- 5) Tanda *Braxton Hicks*, kontraksi yang terjadi akibat peregangan myometrium yang disebabkan oleh terjadinya pembesaran uterus.

c. Tanda Tidak Pasti Kehamilan

- 1) *Amenorhea* (tidak mendapat haid)

Wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir (HPHT), supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan hari perkiraan lahir (HPL), yang dihitung

dengan menggunakan rumus dari *Neagele*. Tanda ini sangat penting, karena wanita hamil tidak mendapat haid (Mochtar, 2012; h.35).

2) Mual dan Muntah

Biasanya terjadi pada bulan – bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama terutama pada pagi hari atau yang sering disebut dengan *morning sicknes* (Prawirohardjo, 2014; h.2015).

3) Mengidam

Keadaan dimana wanita hamil menginginkan sesuatu baik makanan maupun minuman (Mochtar, 2012; h.35).

4) Anoreksia

Saat trimester pertama, ibu hamil mengalami hilang nafsu makan (Mochtar, 2012; h.35).

5) Mammae Membesar dan Tegang

Mammae menjadi membesar dan tegang karena pengaruh dari hormon estrogen dan progesterone yang merangsang duktus dan alveoli mammae. Kelenjar *montgomery* terlihat lebih membesar (Mochtar, 2012; h.35).

6) Miksi Sering

Pada ibu hamil hal ini normal, karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar (Mochtar, 2012; h.35).

7) Konstipasi/ Obstipasi

Hal ini disebabkan karena tonus otot – otot usus menurun oleh pengaruh *hormone* steroid (Mochtar, 2012; h.35).

8) Pigmentasi Kulit

Pigmentasi kulit biasanya dijumpai di muka, areola payudara, dan dinding perut (Mochtar, 2012; h.35).

5. Perubahan Anatomi Ibu Hamil

a. System Reproduksi dan Payudara

1) Perubahan Uterus

Perubahan uterus merupakan perubahan anatomic yang paling nyata pada ibu hamil karena meningkatnya konsentrasi *hormone* estrogen dan progesterone pada awal kehamilan. Bentuk uterus yang seperti buah avokad (sebelum hamil) akan berubah bentuk menjadi globuler pada awal kehamilan dan avoid (membulat) pada trimester kedua. Pada trimester ketiga, volume uterus semakin bertambah besar sebagai akibat pertumbuhan yang cepat dari konsepsi (Prawirohardjo, 2014; h.217).

2) Serviks Uteri

Perubahan pada serviks dapat ditentukan 1 bulan setelah konsepsi. Serviks menjadi lunak yang biasa disebut tanda *goodell* (Straach, dkk., 2005 dalam Williams, 2014; h.114).

3) Ovarium

Selama kehamilan, ovulasi berhenti dan masih terdapat satu korpus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta (Mochtar, 2012; h.30).

4) Vagina dan Vulva

Vagina dan vulva akan mengalami hipervaskularisasi yang menyebabkan vulva dan vagina terlihat lebih merah atau kebiruan atau yang biasa disebut dengan tanda *chadwick* (Mochtar, 2012; h.30).

Sekresi serviks ke dalam vagina mengalami peningkatan selama kehamilan berupa cairan putih agak kental. pH cairan ini bersifat asam, berkisar dari 3,5 – 6 yang disebabkan oleh peningkatan produksi asam laktat dari glikogen di epitel vagina oleh kerja *Lactobacillus acidophilus* (Williams, 2014; h.116).

5) Mammae

Pada minggu – minggu awal kehamilan akan terasa nyeri pada mammae. Setelah bulan kedua, mammae

membesar, puting menjadi lebih besar dan berwarna lebih gelap (Williams, 2014; h.116).

Hiperpigmentasi terjadi pada puting susu dan areola payudara, apabila diperas keluar air susu jolong (kolostrum) yang berwarna kuning (Mochtar, 2012; h.32).

b. Perubahan Kulit

1) Aliran Darah ke Kulit

Meningkatnya aliran darah ke kulit selama kehamilan berfungsi untuk mengeluarkan kelebihan panas yang terbentuk karena meningkatnya metabolisme (Williams, 2014; h.116).

2) Dinding Abdomen

Rahim yang semakin besar mengakibatkan peregangan dan yang membuat robeknya serabut elastis di bawah kulit, sehingga timbul striae gravidarum, linea nigra dan linea alba (Mochtar, 2012; h.30).

3) Hiperpigmentasi

Hal ini terjadi pada hampir 90% wanita (Muallen dan Rubeis, 2006 dalam Williams, 2014; h.116). Garis tengah kulit abdomen (linea alba) mengalami pigmentasi sehingga warnanya berubah menjadi hitam kecoklatan (linea nigra). Kadang muncul bercak – bercak kecoklatan ireguler dengan berbagai ukuran di wajah dan

leher yang biasa disebut dengan cloasma gravidarum (Williams, 2014; h.116).

4) Perubahan Vaskular

Angioma atau vascular spider adalah tonjolan – tonjolan kecil merah di kulit, terutama di wajah, leher, dada atas, dan lengan yang akan menghilang setelah melahirkan (Williams, 2014; h.116).

c. Perubahan Metabolik

1) Penambahan Berat

Pada wanita hamil akan mengalami penambahan berat badan yang disebabkan oleh uterus dan isinya, payudara, dan peningkatan volume darah serta cairan ekstrasel ekstrasvaskular. Berat badan ibu hamil akan bertambah antara 6,5 kg sampai 16,5 kg selama hamil atau 0,5 kg per minggu (Manuaba, 2012; h.95)..

2) Metabolisme Air

Meningkatnya retensi air merupakan perubahan normal fisiologis pada kehamilan (Heenan, dkk., 2003; Lindheimer dan Davison, 1995 dalam Williams, 2014; h.117).

Pada aterm, kandungan air di janin, plasenta dan cairan amnion mendekati 3,5 L. sebanyak 3,0 L lainnya terakumulasi akibat meningkatnya volume darah ibu serta ukuran uterus dan payudara. Karena itu, jumlah minimal

air tambahan untuk ibu hamil adalah 6,5 L (Williams, 2014; h.117).

3) Metabolisme Protein

Produk – produk konsepsi, uterus, dan darah ibu relative lebih kaya akan protein yaitu sekitar 500 g protein atau sekitar separuh dari peningkatan total selama kehamilan (Hyttén dan Leitch, 1971 dalam Williams, 2014; h.118).

4) Metabolisme Karbohidrat

Kehamilan normal ditandai oleh hipoglikemia puasa, hiperglikemia pasca makan dan hiperinsulinemia ringan (Phelps, dkk., 1981 dalam Williams, 2014; h.118).

Wanita hamil berubah cepat dari keadaan pascamakan yang ditandai oleh peningkatan menetap kadar glukosa ke keadaan puasa yang ditandai oleh penurunan glukosa plasma dan sebagian asam amino (Williams, 2014; h.118).

5) Metabolisme Lemak

Selama kehamilan, konsentrasi lemak, lipoprotein apolipoprotein dalam plasma meningkat (Hyttén dan Thomsén, 1968; Pipe, dkk., 1979 dalam Williams, 2014; h.115). Lemak ini mulai tersedia pada pertengahan kehamilan untuk disalurkan melalui plasenta selama trimester akhir ketika laju pertumbuhan janin maksimal

bersama dengan kebutuhan asam lemak esensial (Herera, dkk., 2006; Innis, 2005).

d. System Kardiovaskular

Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan vena kava inferior dan aorta bawah ketika berada dalam posisi terlentang. Penekanan vena kava inferior ini akan mengurangi darah balik ke vena ke jantung. 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. Volume plasma akan meningkat kira – kira 40 – 45 %. Hal ini dipengaruhi oleh aksi progesterone dan estrogen pada ginjal yang diinisiasi oleh jalur renin – angiotensin dan aldosterone. Penambahan volume darah ini sebagian besar berupa plasma dan eritrosit (Prawirohardjo, 2014; 183).

e. Traktus Digestivus

Semakin besarnya uterus, lambung dan usus akan tergeser. Perubahan yang nyata akan terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus dan penurunan sekresi asam hidrokloroid dan peptin di lambung sehingga akan menimbulkan gejala berupa pyrosis yang disebabkan oleh reflex asam lambung ke esophagus bawah sebagai akibat perubahan posisi lambung dan menurunnya tonus sfingter esophagus bagian bawah. Mual terjadi akibat penurunan asam hidrokloroid dan

penurunan motilitas, serta konstipasi sebagai akibat penurunan motilitas usus besar (Prawirohardjo, 2014; h.185)

f. Traktus Urinarius

Pada wanita hamil ginjal akan membesar, filtrasi glomerulus dan aliran plasma darah juga akan meningkat. Pada bulan – bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan sering kencing akan timbul kembali karena kemih mulai tertekan kembali.

Pada ureter akan terjadi dilatasi dimana sisi kanan akan lebih membesar dibandingkan ureter kiri karena ureter kiri dilindungi oleh kolon sigmoid dan adanya tekanan yang kuat pada kanan uterus sebagai konsekuensi dari dekstrorotasi uterus (Prawirohardjo, 2014; h.186).

g. System Endokrin

Pada wanita hamil, *hormone prolactin* akan meningkat 10x lipat pada saat kehamilan aterm. Kelenjar hipofisis akan membesar $\pm 135\%$. Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari *hyperplasia* kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Prawirohardjo, 2014; h.186).

h. System Muskuloskeletal

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan (Prawirohardjo, 2014; h.186).

6. Ketidaknyamanan dan Cara Penanganan pada Saat Kehamilan

a. Mual dan muntah

Mual dan muntah merupakan keluhan yang umum pada ibu hamil. Biasanya berlangsung sampai umur kehamilan 16 minggu. Dalam kasus ini, ibu hamil dianjurkan untuk makan dalam porsi kecil secara lebih sering (Williams, 2014; h.220).

b. Nyeri punggung

Semakin bertambahnya umur kehamilan menyebabkan meningkatnya nyeri punggung. Hal tersebut juga disebabkan karena ibu kelelahan, membungkuk berlebihan, mengangkat beban. Ibu dianjurkan untuk memberi banatalan penyangga di punggung ketika duduk, menghindari sepatu berhak tinggi, berjongkok ketika mengambil sesuatu di bawah (Wiliams, 2014; h.220).

c. Varises

Terjadi karena pembesaran pembuluh darah kaki akibat tekanan rahim pada daerah panggul dan pengaruh kenaikan

hormone. Cara mengatasinya dengan menghindari terlalu lama berdiri, melipat kaki sewaktu duduk, meninggikan kaki pada saat berbaring (Varney, 2007; h.540).

d. *Heartburn*

Gejala ini merupakan salah satu keluhan tersering wanita hamil yang disebabkan oleh reflex isi lambung ke dalam esophagus bawah. Hal ini diatasi dengan cara makan lebih sering dalam porsi kecil, menghindari berbaring datar atau membungkuk (Williams, 2014; h.221).

e. Konstipasi

Konstipasi terjadi akibat penurunan peristaltis yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesterone. Konstipasi biasanya muncul pada TM II dan III. Konstipasi dapat diatasi dengan memperbanyak konsumsi makanan berserat tinggi, minum air putih 8 – 10 gelas per hari, berolahraga ringan secara teratur terutama jalan kaki (Varney, 2007; h.359).

f. Kram

Kram kaki disebabkan oleh gangguan asupan kalsium yang tidak adekuat atau ketidakseimbangan rasio kalsium dan fosfor dalam tubuh, 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. Cara

mengatasinya dengan cara meluruskan kaki yang kram dan menekan tumitnya serta anjurkan ibu untuk elevasi kaki secara teratur (Varney, 2007; h.540).

g. Keletihan

Keletihan dialami pada TM I. Keletihan diakibatkan oleh penurunan drastis laju metabolisme dasar dalam tubuh. Cara mengatasinya adalah istirahat yang cukup pada siang dan malam hari, melakukan olahraga ringan seperti jalan kaki serta asupan dengan nutrisi yang baik (Varney, 2007; h.537).

7. Komplikasi dalam Kehamilan

Dalam buku Mochtar (2012;h.141-184) menyebutkan :

a. Hiperemesis Gravidarum

Adalah mual dan muntah yang berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena keadaan umumnya menjadi buruk, karena terjadi dehidrasi.

b. Toksemia Gravidarum

Istilah toksemia gravidarum untuk kumpulan gejala-gejala dalam kehamilan yang merupakan trias HPE (Hipertensi, Proteinuria, dan Edema), yang kadang-kadang bila keadaan lebih parah diikuti oleh KK (kejang-kejang/konvulsi dan koma).

c. Abortus (Keguguran) dan Kelainan dalam Tua Kehamilan

Keguguran adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan.

d. Kematian Janin dalam Kandungan

Hal ini adalah keadaan tidak adanya tanda-tanda kehidupan janin dalam kandungan. Kematian Janin Dalam Kandungan (KJDK) atau *intra uterine fetal death* (IUFD) sering dijumpai, baik pada kehamilan di bawah 20 minggu maupun sesudah kehamilan 20 minggu.

e. Perdarahan Antepartum

Perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu.

f. Anemia dalam Kehamilan

Menurut KemenKes RI, 2013; h. 160:

1) Definisi

Anemia adalah suatu kondisi dimana terdapat kekurangan sel darah merah atau hemoglobin.

2) Diagnosis

Kadar Hb <11 gr/dl (pada trimester I dan III) atau <10,5 g/dl (pada trimester II).

3) Factor predisposisi

- i. Diet rendah zat besi, B12, dan asam folat
- ii. Kelainan gastrointestinal
- iii. Penyakit kronis
- iv. Riwayat keluarga

4) Tatalaksana

(a) Tatalaksana umum

Apabila didiagnosis anemia telah ditegakkan, lakukan pemeriksaan apusan darah tepi untuk melihat morfologi sel darah merah. Bila pemeriksaan apusan darah tepi tidak tersedia, berikan suplementasi besi dan asam folat. Tablet yang saat ini banyak tersedia di Puskesmas adalah tablet tambah darah yang berisi 60 mg besi elemental dan 250 mcg asam folat. Pada ibu hamil dengan anemia, tablet tersebut dapat diberikan 3 kali sehari. Bila dalam 90 hari muncul perbaikan, lanjutkan pemberian tablet sampai 42 hari pascasalin. Apabila setelah 90 hari pemberian tablet besi dan asam folat kadar hemoglobin tidak meningkat rujuk pasien ke pusat pelayanan yang lebih tinggi untuk mencari penyebab anemia.

(b) Tatalaksana khusus

- i. Bila tersedia fasilitas pemeriksaan penunjan, tentukan penyebab anemia berdasarkan hasil pemeriksaan darah perifer lengkap dan apus darah tepi.
- ii. Transfusi untuk anemia dilakukan pada pasien dengan kondisi berikut:

Kadar Hb <7 g/dl atau kadar hematocrit <20%. Kadar Hb >7 g/dl dengan gejala klinis pusing, pandangan berkunang – kunang atau takikardi.

8. Asuhan pada Kehamilan

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetric untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kegiatan (Prawirohardjo, 2014; h.278).

1) Tujuan Asuhan Kehamilan

Tujuan umum asuhan antenatal adalah menyiapkan seoptimal mungkin fisik dan mental ibu dan anak selama dalam kehamilan, persalinan, dan nifas, dengan demikian didapatkan ibu dan anak yang sehat (Mochtar, 2012; h.38).

Tujuan khusus:

- a. Mengenali dan menangani penyulit – penyulit yang mungkin dijumpai dalam kehamilan, persalinan dan nifas.
- b. Mengenali dan mengobati penyakit – penyakit yang mungkin diderita sedini mungkin.
- c. Menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan anak.

Memberikan nasihat – nasihat tentang cara hidup sehari – hari dan keluarga berencana, kehamilan, persalinan, nifas dan laktasi (Mochtar, 2012; h.38).

2) Jadwal Kunjungan pada Pemeriksaan Antenatal

Pemeriksaan antenatal paling sedikit 4 kali kunjungan. Minimal dilakukan sekali kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28 minggu, sekali kunjungan antenatal selama

kehamilan 28 – 36 minggu dan dua kali kunjungan antenatal pada usia kehamilan >36 minggu (Prawirohardjo, 2014; h.279).

3) Standar Minimal Asuhan Antenatal 10 T:

- a) Timbang BB
- b) Ukur Tekanan darah
- c) Nilai sTatus gizi
- d) Ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU)
- e) Tentukan presentase janin dan DJJ
- f) Imunisasi TT
- g) Pemberian Tablet besi
- h) Pemeriksaan laboraTorium
- i) Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan
- j) Tatalaksana penanganan khusus

(KEMENKES RI, 2012)

B. PERSALINAN

1. Definisi

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan dan tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 2014; h.164).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir (Sukarni, 2013; h.187).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Mochtar, 2012; h.69).

Dari berbagai pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah proses keluarnya hasil konsepsi (janin dan plasenta) dari dalam rahim ibu.

2. Teori Terjadinya Persalinan

Terdapat beberapa teori yang berkaitan dengan mulai terjadinya persalinan. Dalam bukunya Manuaba; 2014, menyebutkan bahwa teori kemungkinan terjadinya persalinan adalah:

a) Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

b) Teori Penurunan Progesteron

Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya, otot rahim mulai berkontraksi.

c) Teori Oksitosin Internal

Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Dengan menurunnya konsentrasi progesterone akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas, sehingga persalinan dapat dimulai.

d) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak usia kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.

e) Teori Hipotalamus – Hipofisis dan Glandula Suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi kelambatan persalinan karena karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturitas janin dan mulainya persalinan.

3. Tanda Mulainya Persalinan

- a) Kekuatan his makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek
- b) Keluarnya lendir bercampur darah
- c) Pada pemeriksaan dalam, dijumpai perubahan serviks (pelunakan serviks, pendataran serviks dan pembukaan serviks)
(Manuaba, 2014; h.168)

4. Factor yang Mempengaruhi Persalinan

a) *Passanger* (Janin)

Cara penumpang (*passanger*) atau janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa factor, yakni: ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin (Bobak, 2005; h.235).

b) *Passage* (Jalan Lahir)

Faktor *passage* atau yang disebut jalan lahir diklasifikasikan menjadi 2 jenis yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak.

- 1) Jaringan Keras
- 2) Jaringan Lunak

Terdiri dari segmen bawah rahim yang meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina, dan introitus vagina.

c) *Power* (Kekuatan)

Ibu melakukan kontraksi involunter dan volunter secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi uterus involunter yang biasa disebut kekuatan primer, menandai mulainya persalinan. Apabila serviks berdilatasi, usaha volunter dimulai untuk mendorong yang biasa disebut kekuatan sekunder, yang memperbesar kekuatan kontraksi involunter (Bobak, 2005; h.241).

Menurut Mochtar; 2012, power merupakan tenaga yang dikeluarkan untuk mendorong lahirnya janin, yaitu kontraksi uterus atau his dari tenaga mengejan ibu. Menurut sifatnya:

- 1) His Pendahuluan
 - a) His tidak kuat, tidak teratur
 - b) Menyebabkan “show”
- 2) His Pembukaan (Kala I)
 - a) His pembukaan serviks sampai terjadi pembukaan lengkap 10 cm
 - b) Mulai kuat, teratur dan sakit
- 3) His Pengeluaran (Kala II)
 - a) Sangat kuat, teratur, terkoordinasi dan lama
 - b) His untuk mengeluarkan janin
 - c) Koordinasi bersama antara his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligament

4) His Pelepasan Plasenta

Kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.

5) His Pengiring (Kala IV)

Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, pengecilan rahim akan terjadi dalam beberapa jam atau hari. (Mochtar, 2012; h.65)

5. Tahapan Persalinan

Tahapan dalam persalinan dibagi menjadi IV kala, yaitu kala I (kala pembukaan), kala II (kala pengeluaran janin), kala III (kala pelepasan plasenta), dan kala IV (kala pengawasan) (Mochtar, 2012; h.71)

a. Kala I (kala pembukaan)

Kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Kala I dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

1) Fase Laten

Pembukaan serviks yang berlangsung sampai pembukaan 3 cm. lamanya 7 – 8 jam.

2) Fase Aktif

Berlangsung selama 6 jam dan dibagi menjadi 3 subfase:

a) Periode akselerasi, berlangsung 2 jam, pembukaan serviks menjadi 4 cm.

b) Periode dilatasi maksimal, berlangsung 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.

- c) Periode deselerasi, berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap). (Mochtar, 2012; h.71)

Ada perbedaan lama persalinan pada primigravida dan multigravida, yaitu pada primigravida berlangsung selama 10 – 12 jam sedangkan pada multigravida berlangsung selama 6 – 8 jam (Manuaba, 2014; h.175).

b. Kala II (kala pengeluaran janin)

Menurut Manuaba; 2014, gejala utama kala II adalah:

- 1) His semakin kuat, dengan interval 2 – 3 menit, dengan durasi 50 – 100 detik.
- 2) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus frankenhauser.
- 4) Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi kepala membuka pintu, suboksiput bertindak sebagai hipomoglion berturut – turut lahir ubun – ubun besar, dahi, hidung dan muka, dan kepala seluruhnya.
- 5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala terhadap punggung.
- 6) Setelah putar paksi luar berlangsung, kepala dipegang pada os oksiput dan di bawah dagu, ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu depan, dan curam ke atas untuk melahirkan

bahu belakang. Setelah kedua bahu lahir, lakukan sangga susur untuk melahirkan badan sampai tungkai.

7) Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit (Manuaba, 2014; h.173 – 174).

c. Kala III (pelepasan plasenta)

Setelah bayi lahir, kontraksi rahim berhenti sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat yang berisi plasenta. Seluruh proses biasanya berlangsung 5 – 30 menit setelah bayi lahir (Mochtar, 2012; h.73).

a) Tanda – tanda pelepasan plasenta menurut Manuaba, 2014; h.191 adalah:

- 1) Terjadi kontraksi rahim, sehingga rahim membulat, keras, dan terdorong ke atas.
- 2) Plasenta didorong ke arah segmen bawah rahim
- 3) Tali pusat bertambah panjang
- 4) Terjadi perdarahan mendadak

b) Bentuk pelepasan plasenta

Bentuk pelepasan plasenta (Manuaba, 2014; h.189), yaitu:

- 1) Secara *Schutze*, pelepasan plasenta mulai dari pertengahan sehingga plasenta lahir diikuti oleh pengeluaran darah.
- 2) Secara *Duncan*, pelepasan plasenta dari daerah tepi sehingga terjadi perdarahan dan diikuti oleh pelepasan plasenta.

Untuk membuktikan plasenta telah lepas dapat dilakukan pemeriksaan:

- 1) Perasat *Kustner*. Tali pusat dikencangkan, tangan ditekankan di atas simfisis, bila tali pusat masuk kembali berarti tali pusat belum lepas.
- 2) Perasat *Klein*. Ibu disuruh mengejan sehingga tali pusat ikut serta turun atau memanjang. Bila mengejan dihentikan dapat terjadi: tali pusat tertarik kembali berarti plasenta belum lepas. Tali pusat tetap di tempat berarti plasenta sudah lepas.
- 3) Perasat *Strasman*. Tali pusat dikencangkan dan rahim diketok – ketok, bila getarannya sampai pada tali pusat berarti plasenta belum lepas.
- 4) Perasat *Manuaba*. Tangan kiri memegang uterus pada segmen bawah rahim, sedangkan tangan kanan memegang dan mengencangkan tali pusat. Kedua tangan ditarik berlawanan, dapat terjadi: tarikan terasa berat dan tali pusat tidak memanjang berarti plasenta belum lepas. Tarikan terasa ringan dan tali pusat memanjang berarti plasenta telah lepas.
- 5) Plasenta dilahirkan secara *Crede* dengan dorongan pada fundus uteri.

d. Kala IV (kala pengawasan)

Kala IV berisi tentang tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan. Pemantauan pada kala IV sangat penting terutama untuk menilai apakah terdapat risiko atau terjadi perdarahan pasca persalinan. Pengisian pemantauan kala IV dilakukan setiap 15 menit pada satu jam pertama setelah melahirkan dan setiap 30 menit pada satu jam berikutnya.

6. Komplikasi atau Penyulit pada Persalinan

a) Persalinan Prematur

Persalinan yang terjadi pada usia kehamilan kurang dari aterm (37 minggu). Persalinan premature memerlukan pemantauan secara khusus karena mempunyai resiko yang tinggi dengan kelahiran Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) (Varney, 2008; h.782).

b) Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini adalah ketuban yang pecah sebelum ada tanda – tanda persalinan tanpa melihat usia gestasi. Dikatakan ketuban pecah dini apabila ketuban pecah lebih dari 8 jam dan tidak ada pembukaan serviks (Varney, 2008; h.788).

c) Amnionitis atau Korioamnionitis

Amnionitis adalah terjadinya infeksi pada kulit ketuban dan cairan ketuban, biasanya terjadi karena ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam), dengan atau tanpa persalinan yang memanjang, pada pemeriksaan dalam (Varney, 2008; h.792).

d) Prolaps Tali Pusat

Prolaps tali pusat yaitu menumbung atau tali pusat masuk ke dalam serviks. Prolaps tali pusat dapat menyebabkan hipoksia pada janin. Terdapat dua jenis prolapsus tali pusat, yaitu: menumbung (*frank*) dan terkemuka (*occult*) (Varney, 2008; h.793).

e) Disfungsi Uterus

Merupakan diagnosa yang ditegakan dengan melakukan observasi pemanjangan waktu setiap fase atau kala persalinan yang melebihi waktu persalinan (Varney, 2008; h.800).

f) Rupture Uterus

Rupture uterus terjadi robekan atau laserasi pada uterus, yang dapat disebabkan oleh bekas SC, dorongan fundus saat bersalin, janin besar. Tanda gejala ruptur uterus dapat meyerupai tanda dan gejala gangguan berat lainnya. Perdarahan terjadi ke dalam peritoneum dapat mengiritasi diafragma dan menyebabkan nyeri menjalar ke dada (Varney, 2008; h.801).

7. Asuhan Persalinan Normal

a) Mengenali gejala dan tanda kala dua

(1) Mendengar, melihat dan memeriksa gejala dan tanda kala dua

(a) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran

(b) Ibu merasakan regangan yang semakin menigkat pada rektum dan vagina

(c) Perinium tampak menonjol

(d) Vulva dan sfingter ani membuka

b) Menyiapkan Pertolongan Persalinan

(2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asfiksia → tempat datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

(a) Menggelar kain diatas perut ibu, tempat resusitasi dan ganjal bahu bayi

(b) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai dalam partus set

(3) Pakai celemek plastik

(4) Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue handuk pribadi yang bersih dan kering.

(5) Memakai sarung tangan DTT untuk melakukan periksa dalam.

(6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril. Pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

c) Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin Baik

(7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati – hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT.

- (a) Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang.
 - (b) Buang kapas atau kassa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
 - (c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% → langkah 9)
- (8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.
- (a) Bila selaput belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
- (9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
- (10) Periksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi / saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 – 160 x/menit).
- (a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
 - (b) Mendokumentasikan hasil – hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil – hasil penilaian serta asuhan lainnya pada patograf.

d) Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran

(11) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

(a) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada

(b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran.

(12) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

(13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran:

(a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif

(b) Dukung dan beri ibu semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai

(c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).

- (d) Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi
 - (e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
 - (f) Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum)
 - (g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
 - (h) Segera rujuk apabila bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multigravida).
- (14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- e) Persiapan pertolongan kelahiran bayi
- (15) Letakan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm.
 - (16) Letakkan kain bersih yang di lipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
 - (17) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
 - (18) Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- f) Menolong kelahiran bayi
- Lahirnya Kepala
- (19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan

yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernapas cepat dan dangkal.

(20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.

(a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi

(b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut.

(21) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahirnya Bahu

(22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

Lahirnya Badan dan Tungkai

(23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku

sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

(24) Setelah tubuh dari lengan lahir, penelusurkan tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk diantara kaki dan pegang masing – masing mata kaki dengan ibu jari dan jari – jari lainnya).

g) Penanganan bayi baru lahir

(25) Lakukan penilaian (selintas):

(a) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernapas tanpa kesulitan?

(b) Apakah bayi bergerak aktif?

Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau megap – megap segera lakukan tindakan resusitasi (langkah 25 ini berlanjut ke langkah – langkah prosedur resusitasi bayi baru lahir dengan asfiksia).

(26) Keringkan dan posisikan tubuh bayi di atas perut ibu:

(a) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya (tanpa membersihkan verniks) kecuali bagian tangan.

(b) Ganti handuk basah dengan handuk yang kering

(c) Pastikan bayi dalam kondisi mantap di atas perut ibu

(27) Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tak ada bayi lain dalam uterus (hamil tunggal).

(28) Beritahukan pada ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin (agar uterus berkontraksi baik).

(29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

(30) Dengan menggunakan klem, jepit tali pusat (dua menit setelah bayi lahir) pada sekitar 3 cm dari pusar (umbilikus) bayi. Dari sisi luar klem penjepit, dorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan lakukan penjepitan kedua pada 2 cm distal dari klem pertama.

(31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat

(a) Dengan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit kemudian lakukan penggungtingan tali pusat (lindungi perut bayi) diantara 2 klem tersebut

(b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan kembali benang ke sisi berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan dengan simpul kunci

(c) Lepaskan klem dan masukan dalam wadah yang telah disediakan.

(32) Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada-perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara

payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.

(33) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi

h) Penatalaksanaan aktif kala tiga

(34) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 – 10 cm dari vulva.

(35) Letakkan satu tangan diatas kain yang pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.

(36) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang – atas (dorsocranial) secara hati – hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 4- detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.

(a) Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga melakukan stimulasi puting susu.

i) Mengeluarkan plasenta

(37) Lakukan penengangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap dilakukan tekanan dorso-kranial).

(a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta

(b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:

(i) Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM

(ii) Lakukan katerisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh

(iii) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan

(iv) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya

(v) Segera rujuk jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir

(vi) Bila terjadi pendarahan, lakukan plasenta manual

(38) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

(a) Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari – jari tang atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.

j) Rangsangan taktil (Massase) uterus

(39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).

(a) Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik melakukan rangsangan taktil/massage.

k) Menilai perdarahan

(40) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.

(41) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perinium. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan pendarahan.

l) Melakukan asuhan pascapersalinan

(42) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi pendarahan pervaginam.

(43) Beri cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu – bayi (didada ibu paling sedikit 1 jam).

(a) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30 – 60 menit, menyusui pertama biasanya berlangsung sekitar 10 – 15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.

(b) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.

(44) Lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1mg intramuskular dipaha kiri anterolateral setelah satu jam kontak kulit ibu-bayi.

(45) Berikan suntikan imunisasi Hepatitis B (setelah satu jam pemberian vitamin K1) di paha kana anterolateral.

(a) Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu – waktu bisa disusukan

(b) Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusui di dalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui.

m) Evaluasi

(46) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam

(a) 2 – 3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan

(b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan

(c) Setiap 20 – 30 menit pada jam kedua pascapersalinan

(d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri

(47) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan massase uterus dan mneilai kontraksi

(48) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

(49) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.

(a) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pascapersalinan

(b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

(50) Periksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40 – 60 kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5 – 37,5).

n) Kebersihan dan keamanan

(51) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.

(52) Buang bahan - bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

(53) Bersihkan badan ibu menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

(54) Pastikan bahwa ibu nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.

(55) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.

(56) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.

(57) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang kering dan bersih.

o) Dokumentasi

(58) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV. (JNPK-KR, 2008; h.18 - 23).

8. Komplikasi atau Penyulit pada Persalinan

g) Persalinan Prematur

Persalinan yang terjadi pada usia kehamilan kurang dari aterm (37 minggu). Persalinan premature memerlukan pemantauan secara khusus karena mempunyai resiko yang tinggi dengan kelahiran Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) (Varney, 2008; h.782).

h) Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini adalah ketuban yang pecah sebelum ada tanda – tanda persalinan tanpa melihat usia gestasi. Dikatakan ketuban pecah dini apabila ketuban pecah lebih dari 8 jam dan tidak ada pembukaan serviks (Varney, 2008; h.788).

i) Amnionitis atau Koroamnionitis

Amnionitis adalah terjadinya infeksi pada kulit ketuban dan cairan ketuban, biasanya terjadi karena ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam), dengan atau tanpa persalinan yang memanjang, pada pemeriksaan dalam (Varney, 2008; h.792).

j) Prolaps Tali Pusat

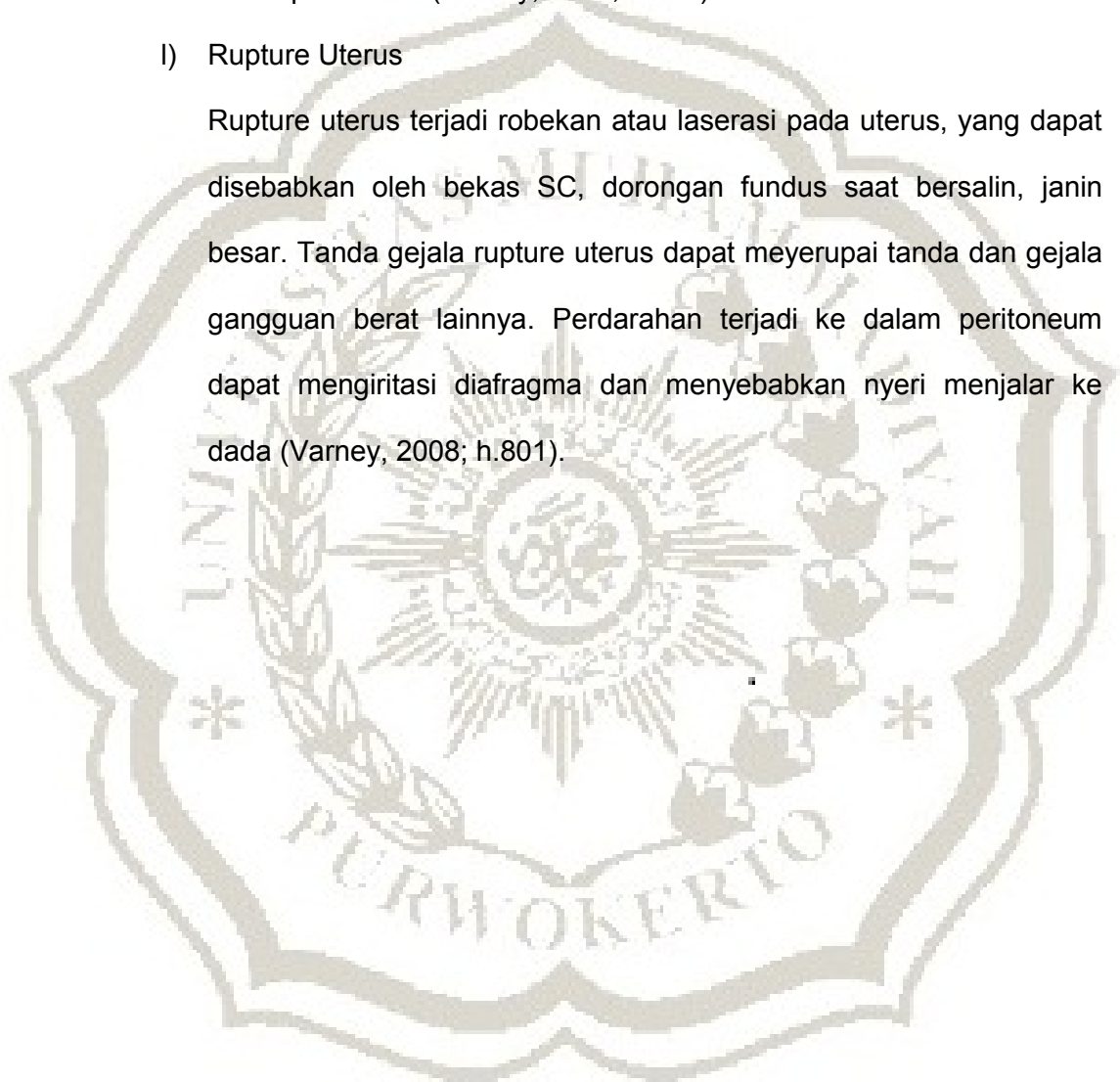
Prolaps tali pusat yaitu menubung atau tali pusat masuk ke dalam serviks. Prolaps tali pusat dapat menyebabkan hipoksia pada janin. Terdapat dua jenis prolapsus tali pusat, yaitu: menubung (frank) dan terkemuka (occult) (Varney, 2008; h.793).

k) Disfungsi Uterus

Merupakan diagnosa yang ditegakan dengan melakukan observasi pemanjangan waktu setiap fase atau kala persalinan yang melebihi waktu persalinan (Varney, 2008; h.800).

l) Rupture Uterus

Rupture uterus terjadi robekan atau laserasi pada uterus, yang dapat disebabkan oleh bekas SC, dorongan fundus saat bersalin, janin besar. Tanda gejala ruptur uterus dapat meyerupai tanda dan gejala gangguan berat lainnya. Perdarahan terjadi ke dalam peritoneum dapat mengiritasi diafragma dan menyebabkan nyeri menjalar ke dada (Varney, 2008; h.801).



C. ASUHAN BAYI BARU LAHIR

1. Definisi

Bayi baru lahir atau *neonatus* adalah masa kehidupan pertama di luar rahim sampai dengan usia 28 hari (Sukarni, 2013; h.277).

Menurut Sondakh (2013; h.150), bayi baru lahir dikatakan normal jika termasuk dalam kriteria sebagai berikut:

- a. Berat badan lahir bayi antara 2500 – 4000 gram.
- b. Panjang badan bayi 48 – 50 cm.
- c. Lingkar dada bayi 32 – 34 cm.
- d. Lingkar kepala bayi 33 -35 cm.
- e. Bunyi jantung dalam menit pertama \pm 180 kali/ menit, kemudian turun sampai 140 – 120 kali/ menit pada saat bayi berumur 30 menit.
- f. Pernafasan cepat pada menit – menit pertama kira – kira 80 kali/ menit disertai pernapasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan intercostal, serta rintihan hanya berlangsung 10 – 15 menit.
- g. Kulit kemerah – merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi *vernix caseosa*.
- h. Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik.
- i. Kuku telah agak panjang dan lemas.
- j. Genitalia: testis sudah turun (pada bayi laki – laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
- k. Refleks isap, menelan, dan moro telah terbentuk.
- l. Eliminasi, urin, dan meconium normalnya keluar pada 24 jam pertama. Meconium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

2. Manajemen Bayi Baru Lahir Normal

Menurut JNPK KR (2008; h.126), manajemen bayi baru lahir normal, yaitu:

Melakukan penilaian apakah bayi cukup bulan, air ketuban jernih (tidak bercampur meconium), bayi menangis atau bernapas, dan tonus otot bayi baik. Kemudian melakukan asuhan bayi baru lahir dengan cara:

- a. Menjaga kehangatan bayi
- b. Membersihkan jalan napas
- c. Mengeringkan dan tetap menjaga kehangatan
- d. Memotong dan mengikat tali pusat tanpa membubuhi apapun
- e. Melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dengan cara kontak kulit bayi dengan kulit ibu
- f. Memberikan salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata
- g. Memberikan suntikan vitamin K1 1 mg intramuscular, di paha kiri anterolateral
- h. Memberikan imunisasi Hepatitis B 0,5 ml intramuscular di paha kanan anterolateral.

3. Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir

a. Adaptasi Pernapasan

- 1) pernapasan awal dipicu oleh factor fisik, sensorik, dan kimia.

(a) Factor – factor fisik meliputi usaha yang diperlukan untuk mengembangkan paru – paru dan mengisi alveolus yang kolaps (misalnya, perubahan dalam gradient tekanan).

(b) Factor – factor sensorik, meliputi suhu, bunyi, cahaya, suara, dan penurunan suhu.

(c) Factor – factor kimia, meliputi perubahan dalam darah (misalnya, penurunan kadar oksigen, peningkatan kadar karbon dioksida, dan penurunan pH).

- 2) Frekuensi pernapasan bayi baru lahir berkisar 30 – 60 kali/ menit.
- 3) Sekresi lendir mulut dapat menyebabkan bayi batuk dan muntah, terutama selama 12 – 18 jam pertama.
- 4) Bayi baru lahir lazimnya bernapas melalui hidung. Respon reflex terhadap obstruksi nasal dan membuka mulut untuk mempertahankan jalan napas tidak ada pada sebagian besar bayi sampai 3 minggu setelah kelahiran (Sondakh, 2013; h.151).

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 detik setelah kelahiran. Pernapasan ini timbul sebagai akibat aktivitas normal system saraf pusat dan perifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya (Sondakh, 2013; h.151).

b. Adaptasi Kardiovaskuler

- 1) Sirkulasi perifer lambat, yang menyebabkan akrosianosis (pada tangan, kaki, dan sekitar mulut)
- 2) Denyut nadi berkisar 120 – 160 kali/ menit saat bangun dan 100 kali/ menit saat tidur.
- 3) Rata – rata tekanan darah 80/46 mmHg dan bervariasi sesuai dengan ukuran dan tingkat aktivitas bayi.

Dengan berkembangnya paru – paru, pada alveoli akan terjadi peningkatan tekanan oksigen. Sebaliknya, tekanan karbon dioksida akan mengalami penurunan. Hal ini mengakibatkan terjadinya penurunan resistansi pembuluh darah dan arteri pulmonalis mengalir ke paru – paru dan duktus arteriosus tertutup. Setelah tali pusat dipotong, aliran darah dari plasenta terhenti dan foramen ovale tertutup (Sondakh, 2013; h.151).

c. Adaptasi Gastrointestinal

- 1) Enzim – enzim digestif aktif saat lahir dan dapat menyokong kehidupan ekstrauterin pada kehamilan 36 – 38 minggu.
- 2) Perkembangan otot dan reflex yang penting untuk menghantarkan makanan sudah terbentuk saat lahir.
- 3) Pencernaan protein dan karbohidrat telah tercapai, pencernaan dan absorpsi lemak kurang baik karena tidak adekuatnya enzim – enzim pancreas dan lipase.
- 4) Kelenjar saliva imatur saat lahir, sedikit saliva diolah sampai bayi berusia 3 bulan.
- 5) Pengeluaran meconium, yaitu feses berwarna hitam kehijauan, lengket, dan mengandung darah samar, diekskresikan dalam 24 jam pertama.
- 6) Variasi besar terjadi diantara bayi baru lahir tentang minat terhadap makanan, gejala – gejala lapar, dan jumlah makanan yang ditelan pada setiap kali pemberian makanan.

7) Beberapa bayi baru lahir menyusu segera bila diletakan pada payudara.

(Sondakh, 2013; h.156).

d. Adaptasi Ginjal

Laju filtrasi glomerulus relative rendah pada saat lahir disebabkan oleh tidak adekuatnya area permukaan kapiler glomerulus. Meskipun keterbatasan ini tidak mengancam bayi baru lahir normal, tetapi mengambat kapasitas bayi untuk berespon terhadap stressor. Penurunan kemampuan untuk mengekskresikan obat – obatan dan kehilangan cairan yang berlebihan mengakibatkan asidosis dan ketidakseimbangan cairan. Sebagian besar bayi baru lahir berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir dan 2 – 6 kali sehari pada 1 – 2 hari pertama, setelah itu berkemih 5 – 20 kali dalam 24 jam. Urine dapat keruh karena lendir dan garam asam urat, noda kemerahan (debu batu bata) dapat diamati pada popok karena kristal asam urat (Sondakh, 2013; h.156).

e. Adaptasi Hati

Selama kehidupan janin sampai tingkat tertentu setelah lahir, hati terus membantu pembentukan darah. Selama periode neonates, hati memproduksi zat yang esensial untuk pembekuan darah. Penyimpanan zat besi ibu cukup memadai bagi bayi sampai 5 bulan kehidupan ektrauterin, pada saat ini bayi baru lahir menjadi rentan terhadap defisiensi zat besi. Hati juga mengontrol jumlah bilirubin tak terkonjugasi yang bersirkulasi, pigmen dari hemoglobin dan

dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel – sel darah merah. Bilirubin tak terkonjugasi dapat meninggalkan system kardiovaskuler dan menembus jaringan ekstrasvaskuler lainnya (kulit, sclera, dan membrane mukosa oral) mengakibatkan warna kuning yang disebut *jaundice* atau icterus (Sondakh, 2013; h.156).

f. Adaptasi Imun

Bayi baru lahir tidak dapat membatasi organisme penyerang di pintu masuk. Imaturitas jumlah system pelindung secara signifikan meningkatkan risiko infeksi pada periode bayi baru lahir.

- 1) Respon inflamasi berkurang, baik secara kualitatif maupun kuantitatif.
- 2) Fagositosis lambat.
- 3) Keasaman lambung dan produksi pepsin dan tripsin belum berkembang sempurna sampai usia 3 – 4 minggu.
- 4) Immunoglobulin A hilang dari saluran pernapasan dan perkemihan, kecuali jika bayi tersebut menyusu ASI.

g. Termoregulasi

bayi baru lahir memiliki kecenderungan menjadi cepat stress karena perubahan suhu lingkungan. Pada saat lahir, factor yang berperan dalam kehilangan panas pada bayi baru lahir meliputi area permukaan tubuh, berbagai tingkat insulasi lemak subkutan, dan derajat fleksi otot (Varney, 2007; h.881).

Mekanisme kehilangan panas pada bayi baru lahir menurut (JNPK KR, 2008; h.129), yaitu:

- 1) Konveksi, kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan di dalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika terjadi aliran udara dari kipas angin, hembusan udara melalui ventilasi atau pendingin ruangan.
- 2) Radiasi, kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda – benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Bayi bisa kehilangan panas dengan cara ini karena benda – benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).
- 3) Evaporasi, jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan, bayi yang terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
- 4) Konduksi, kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Meja, tempat tidur atau timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi melalui mekanisme konduksi apabila bayi diletakkan di atas benda – benda tersebut.

h. Adaptasi Neurologis

- 1) System neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna.
- 2) Bayi baru lahir menunjukkan gerakan – gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, control otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas.
- 3) Refles pada bayi baru lahir
 - (a) Refleks *rooting* dan menghisap, bayi baru lahir menolehkan kepala kearah stimulus, membuka mulut, dan mulai menghisap bila pipi, bibir, atau sudut mulut bayi disentuh dengan jari atau putting.
 - (b) Refleks menelan, bayi baru lahir menelan berkoordinasi dengan menghisap bila cairan ditaruh di belakang lidah.
 - (c) Refleks ekstrusi, bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau putting.
 - (d) Refleks moro, ekstensi simetris bilateral dan abduksi seluruh ekstremitas, dengan ibu jari dan jari telunjuk membentuk huruf “c”, diikuti dengan adduksi ekstremitas dan kembali ke fleksi relaks jika posisi bayi berubah tiba – tiba atau bayi diletakan telentang pada permukaan yang datar.
 - (e) Melangkah, bayi akan melangkah dengan satu kaki dan kemudian kaki lainnya dengan gerakan berjalan bila satu kaki disentuh pada permukaan rata.

- (f) Merangkak, bayi akan berusaha untuk merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar.
- (g) *Tonik neck*, ekstremitas pada satu sisi dimana saat kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi beristirahat.
- (h) Reflek *Grasping*, jari bayi akan melekuk di sekeliling benda dan menggenggamnya seketika bila jari diletakan di tangan bayi begitu juga dengan telapak kaki bayi.
- (i) Refleks *babinsky*, jari – jari kaki bayi akan hiperekstensi dan terpisah seperti kipas dari dorsofleksi ibu jari kaki bila satu sisi kaki digosok dari tumit ke atas melintas bantalan kaki.

4. Jadwal Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatus menurut Riskesdas (2013;h.198) :

- a) KN-1 : pada saat bayi berumur 6-48 jam.
 - (2) Menjaga agar bayi tetap hangat dan kering
 - (3) Menilai keadaan umum bayi
 - (4) Memantau TTV bayi
 - (5) Memeriksa adakah cairan atau bau busuk pada tali pusat bayi, menjaga tali pusat agar tetap bersih dan kering
 - (6) Pemberian ASI awal
- b) KN-2 : pada saat bayi berumur 3-7 hari.

- (1) Memeriksa keadaan bayi
- (2) Menjaga kehangatan tubuh bayi
- (3) Menanyakan kepada ibu, bagaimana bayi menyusu
- (4) Memeriksa apakah bayi terlihat kuning (ikterik)
- (5) Memeriksa apakah ada tanda – tandda infeksi pada tali pusat bayi

c) KN-3 : pada saat bayi berumur 8 – 28 hari.

- (1) Tali pusat biasanya sudah terlepas
- (2) Menjaga kehangatan tubuh bayi
- (3) Memastikan apakah bayi mendapat cukup ASI
- (4) Melihat hubungan antara ibu dan bayi
- (5) Menganjurkan ibu untuk membawa bayinya ke posyandu secara rutin

Menurut buku KemenKesRI (2013;h.56), yang dilakukan saat melakukan kunjungan ulang pada neonatus adalah :

- a) Lakukan pemeriksaan fisik, timbang berat, periksa suhu, dan kebiasaan makan bayi.
- b) Periksa tanda bahaya :
 - 1) Tidak mau minum atau memuntahkan semua;
 - 2) Kejang;
 - 3) Bergerak hanya jika dirangsang;
 - 4) Napas cepat (≥ 60 kali/menit);
 - 5) Napas lambat (< 30 kali/menit);
 - 6) Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat;

- 7) Merintih;
 - 8) Teraba demam (suhu ketiak $> 37,5^{\circ}\text{C}$);
 - 9) Teraba dingin (suhu ketiak $< 36^{\circ}\text{C}$);
 - 10) Nanah yang banyak di mata;
 - 11) Pusing kemerahan meluas ke dinding perut;
 - 12) Diare;
 - 13) Tampak kuning pada telapak tangan dan kaki;
 - 14) Perdarahan.
- c) Periksa tanda-tanda infeksi kulit superfisial, seperti nanah keluar dari umbilikus kemerahan di sekitar umbilikus, adanya lebih dari 10 pustula di kulit, pembengkakan, kemerahan, dan pengerasan kulit.
 - d) Bila terdapat tanda bahaya atau infeksi, rujuk bayi ke fasilitas kesehatan.
 - e) Pastikan ibu memberikan ASI eksklusif.
 - f) Tingkatkan kebersihan dan rawat kulit, mata, serta tali pusat dengan baik.
 - g) Ingatkan orang tua untuk mengurus akte kelahiran bayinya.
 - h) Rujuk bayi untuk mendapatkan imunisasi pada waktunya.
 - i) Jelaskan kepada orang tua untuk waspada terhadap tanda bahaya pada bayinya.

D. MASA NIFAS

1. Definisi

Masa nifas adalah suatu periode dalam minggu – minggu pertama setelah kelahiran (4 – 6 minggu) (Williams, 2014; h.674). Masa nifas (puerperium) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat – alat kandungan kembali seperti pra hamil dengan lama 6 – 8 minggu (Mochtar, 2012; h.87).

Periode pascapartum ialah masa enam minggu sejak bayi lahir sampai organ – organ reproduksi kembali ke keadaan normal sebelum hamil (Bobak, 2005; h.492). Masa nifas (puerperium) dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari). Dari berbagai pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa masa nifas (puerperium) adalah masa pulihnya kembali organ – organ reproduksi ke keadaan normal seperti sebelum hamil yang dimulai segera setelah plasenta lahir sampai enam minggu.

2. Tahapan Masa Nifas

a) Puerperium dini

Kepulihan saat ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan – jalan.

b) Puerperium intermediet

Kepulihan menyeluruh alat – alat genitalia yang lamanya 6 – 8 minggu.

c) Puerperium lanjut

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan kembali sehat sempurna.

3. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Involusi Uterus

a) Pengertian

Involusi uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot 60 gram (Sukarni, 2013; h.339).

b) Proses terjadinya involusi uterus

(1) Iskemia Miometrium

Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relative anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

(2) Autolisis

Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterine. Enzim proteolitik akan mendekati jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan lima kali lebar dari semula selama kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai pengrusakan secara langsung jaringan hipertropi yang berlebihan. Hal ini disebabkan karena penurunan *hormone* estrogen dan progesterone (Sukarni, 2013; h.339).

(3) Efek Oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterine sehingga akan menekankan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan (Sukarni, 2013; h,339).

c) Involusi tempat perlekatan plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira – kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke – 2 hanya sebesar 3 – 4 cm dan pada akhir nifas 1 – 2 cm. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu (Sukarni, 2013; h.342).

d) Tinggi Fundus Uteri dan Berat uterus menurut Masa Involusi

2.1 Tabel perubahan bentuk uterus

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Plasenta lahir	2 jari di bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	350 gram
6 minggu		50 gram
8 minggu	Bertambah kecil Sebesar normal	30 gram

Sumber : Buku Sinopsis Obstetri Jilid 2, Roestam Mochtar, 2012:

h.87

2) Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari uterus yang keluar melalui vagina selama masa nifas (Varney, 2007; h.960).

a) Lochea Rubra

Lochea yang keluar pada hari pertama sampai hari ke tiga post partum (Varney, 2007; h.960). Berwarna merah karena mengandung darah dan sisa – sisa selaput ketuban, sel – sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan meconium (Mochtar, 2012; h.87).

b) Lochea Sanguinolenta

Berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir. Keluar pada hari ke 3 – 7 postpartum (Mochtar, 2012; h. 87).

c) Lochea Serosa

Berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7 -14 postpartum (Mochtar, 2012; h.87). Mengandung cairan serosa, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit (Varney, 2007; h.960).

d) Lochea Alba

Cairan berwarna putih setelah 2 minggu postpartum. Mengandung leukosit dan sel desidua (Varney, 2007; h.960).

3) Serviks

Serviks menjadi lunak segera setelah ibu melahirkan. Delapan belas jam postpartum serviks memendek dan konsistensinya menjadi lebih padat dan kembali ke bentuk semula. Serviks setinggi bawah segmen bawah uterus tetap edematosa, tipis, dan rapuh selama beberapa hari setelah ibu melahirkan. Muara serviks yang berdilatasi 10 cm sewaktu

melahirkan, menutup secara bertahap. Dua jari mungkin masih dapat dimasukkan ke dalam muara serviks pada hari ke 4 – 6 postpartum, tetapi hanya tangkai kuret terkecil yang dapat dimasukkan pada akhir minggu ke-2 (Bobak, 2005; h.495).

4) Vagina dan Perineum

Vagina yang semula sangat teregang, akan kembali secara bertahap ke ukuran sebelum hamil, 6 – 8 minggu setelah bayi lahir. Ruggae akan kembali terlihat pada sekitar minggu ke-4 (Bobak, 2005; h.495).

b. Perubahan Sistem Pencernaan

1) Nafsu makan

Ibu biasanya lapar segera setelah melahirkan, sehingga ia boleh mengkonsumsi makanan (Bobak, 2005; h.498).

2) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal (Bobak, 2005; h.498).

3) Defekasi

Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama dua sampai 3 hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini bisa disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa postpartum. Ibu seringkali sudah

menduga nyeri saat defekasi karena nyeri yang dirasakanya di perineum akibat episiotomy, laserasi, atau hemoroid. Kebiasaan BAB yang teratur dapat kembali setelah tonus otot kembali normal (Bobak, 2005; h.498).

c. Perubahan Sistem Perkemihan

Kombinasi trauma akibat kelahiran, peningkatan kapasitas kandung kemih setelah bayi lahir, dan efek konduksi anestesi menyebabkan keinginan untuk berkemih menurun. Selain itu, nyeri pada panggul yang timbul akibat dorongan saat melahirkan, laserasi vagina, atau episiotomy menurunkan atau mengubah reflex berkemih (Bobak, 2005; h.498).

Ureter yang berdilatasi dan pelvis renal kembali ke keadaan sebelum hamil dalam 2 – 8 minggu postpartum (Williams, 2014; h.677).

d. Payudara

Konsentrasi hormon yang menstimulasi perkembangan payudara selama wanita hamil (estrogen, progesterone, HCG, prolactin, krotisol, dan insulin) menurun dengan cepat setelah bayi lahir. Waktu yang dibutuhkan hormone – hormone ini untuk kembali ke kadar sebelum hamil sebagian ditentukan oleh apakah ibu menyusui atau tidak. Untuk ibu yang tidak menyusui kadar prolactin akan turun dengan cepat (Bobak, 2005; h.499).

e. Perubahan Tanda – Tanda Vital

1) Suhu

Selama 24 jam pertama dapat meningkat sampai 38°C sebagai akibat efek dehidrasi persalinan. Jika suhu tubuh ibu meningkat sampai 38°C setelah 24 jam pertama setelah bayi lahir dan terjadi lagi atau menetap selama 2 hari kemungkinan terjadi sepsis puerperal, mastitis, endometritis, infeksi saluran kemih, dan infeksi sistemik (Bobak, 2005; h.501).

2) Denyut nadi

Denyut nadi tetap tinggi selama jam pertama setelah bayi lahir. Kemudian mulai menurun dengan frekuensi yang tidak diketahui. Frekuensi denyut nadi yang cepat dapat menunjukkan hipovolemia akibat perdarahan (Bobak, 2005; h.501)

3) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal, pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernafasan (Ambarwati, 2010; h.85).

4) Tekanan Darah

Tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklampsia postpartum (Ambarwati, 2010; h.85).

f. Perubahan Kardiovaskular

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300 – 400 ml dan bila secara SC kehilangan darah sekitar dua kali lipatnya.

Perubahan terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Setelah melahirkan shunt akan hilang dengan tiba – tiba. Volume darah ibu relative akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung dan dapat menimbulkan dekomposisi kodis pada penderita vitium cordia (Ambarwati, 2010; h.85).

4. Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Menurut Ambarwati (2010; h.88 – 89), adaptasi psikologis masa nifas ada 3 fase, yaitu:

a. Fase *taking in*

Fase *taking in* merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu focus pada dirinya sendiri. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur. Ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu, kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik.

b. Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3 – 10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Perasaan ibu menjadi sangat sensitive sehingga mudah tersinggung. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

c. Fase *letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

5. Kunjungan Masa Nifas

Menurut Prawirohardjo (2012; h.N-23), kunjungan nifas dilakukan paling sedikit 4 kali. Kunjungan masa nifas bertujuan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah – masalah yang terjadi,

a. Kunjungan pertama (6 – 8 jam postpartum)

Tujuannya:

- 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut.
- 3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masaa nifas karena atonia uteri.
- 4) Pemberian ASI awal.
- 5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

- 7) Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

b. Kunjungan Kedua (6 hari setelah persalinan)

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- 2) Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.
- 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda – tanda penyulit.
- 5) Memberikan konseling pada ibu untuk mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari –hari.

c. Kunjungan Ketiga (2 minggu setelah persalinan)

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- 2) Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.
- 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.

4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda – tanda penyulit.

5) Memberikan konseling pada ibu untuk mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari –hari.

d. Kunjungan Keempat (6 minggu setelah persalinan)

1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit yang ia atau bayi alami.

2) Memberikan konseling untuk KB secara dini.

6. Penyulit dalam Masa Nifas

a. Perdarahan postpartum

Menurut Mochtar (2012; h.206), perdarahan postpartum adalah perdarahan lebih dari 500 ml. Perdarahan postpartum dibagi menjadi 2, yaitu:

1) Perdarahan postpartum primer (*early postpartum hemorrhage*)

Perdarahan yang terjadi dalam 24 jam pertama setelah bayi lahir.

2) Perdarahan postpartum sekunder (*late postpartum hemorrhage*)

Perdarahan yang terjadi setelah 24 jam setelah persalinan.

b. Infeksi

Infeksi nifas adalah semua peradangan yang disebabkan oleh masuknya kuman – kuman ke dalam alat – alat genital pada waktu persalinan dan nifas yang ditandai dengan demam, sakit didaerah infeksi, berwarna kemerahan, fungsi organ tersebut terganggu (Ambarwati, 2010; h.122).

c. Metritis

Metritis ialah infeksi uterus setelah persalinan. Kelambatan terapi akan menyebabkan abses, peritonitis, syok, thrombosis vena, emboli paru, infeksi panggul kronik, sumbatan tuba, dan infertilitas (Prawirohardjo, 2012; h.M-92).

d. Kelainan Payudara

1) Bendungan Air Susu Ibu (ASI)

Bendungan ASI dapat terjadi pada hari ke-2 atau ke-3 ketika payudara telah memproduksi air susu. Hal ini disebabkan oleh pengeluaran air susu yang tidak lancar, bayi tidak cukup sering menyusu, produksi ASI meningkat, terlambat memberikan ASI (Prawirohardjo, 2014; h.652).

2) Mastitis

Mastitis adalah infeksi dan peradangan parenkim kelenjar payudara pada masa nifas. Gejala awal mastitis adalah demam yang disertai menggigil, myalgia, nyeri, dan takikardia. Pada pemeriksaan, payudara membengkak, mengeras, lebih hangat, kemerahan, dan disertai rasa sangat nyeri (Prawirohardjo, 2014; h.652).

E. KELUARGA BERENCANA (KB)

1. Definisi KB

Keluarga berencana adalah merencanakan keluarganya dengan cara mencegah kehamilan yang tidak diinginkan (Prawirohardjo, ;h.N-28).

Keluarga berencana adalah pencegahan konsepsi atau pencegahan terjadinya pembuahan mencegah pertemuan antara sel sperma dan ovum (Irianto, 2014; h.5).

Keluarga Berencana (KB) adalah usaha untuk menjarangkan kehamilan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi (Mochtar,2012;h.195)

Keluarga berencana merupakan pertimbangan tambahan terhadap factor fisik, social, psikologis, ekonomi, dan keagamaan yang mengatur sikap keluarga sekaligus mempengaruhi keputusan keluarga dalam menetapkan ukuran keluarga, jarak antar anak, dan pemilihan serta penggunaan metode pengendalian kehamilan (Varney, 2007; h.414).

Keluarga Berencana (KB) adalah suatu program pemerintah dalam rangka meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak guna mewujudkan Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS).

2. Tujuan KB

a. Tujuan Umum

Meningkatkan kesejahteraan ibu, anak dalam rangka mewujudkan Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera

dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk (Irianto, 2014; h.7)

b. Tujuan Khusus

- 1) Meningkatkan jumlah penduduk untuk menggunakan alat kontrasepsi.
- 2) Menurunnya jumlah angka kelahiran bayi.
- 3) Meningkatnya kesehatan keluarga berencana dengan cara penjarangan kelahiran.

(Irianto, 2014; h.8).

3. Sasaran KB

Penggunaan alat/cara KB oleh pasangan usia subur (PUS) yaitu kelompok WUS (umur 15-49 tahun) berstatus menikah atau hidup bersama (Riskesdas, 2013;h.164).

4. Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah pencegahan kehamilan temporer dengan cara pengaturan jumlah anak yang dikandung dan dilahirkan. (Varney, 2007;h.414).

Kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengaturan kehamilan, dan merupakan hak setiap individu sebagai makhluk seksual (Prawirohardjo, 2011;h.U-47).

Kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara ovum dan sperma (Sukarni, 2014; h.366).

Dari beberapa pengertian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa kontrasepsi adalah metode yang digunakan untuk mencegah, menjarangkan, dan menunda kehamilan.

5. Tujuan Penggunaan Kontrasepsi

- a. Menunda kehamilan
- b. Menjarangkan kehamilan (mengatur kesuburan)
- c. Mengakhiri kesuburan (tidak ingin hamil lagi).

6. Penapisan Calon Akseptor KB

Menurut Prawirohardjo, 2012; h.U-9 – U-19.

a. Penapisan Calon Akseptor KB

Tujuan utama penapisan klien sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi misalnya pil, suntik, atau AKDR adalah untuk menentukan apakah ada:

- 1) Kehamilan
- 2) Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus
- 3) Masalah, misalnya diabetes atau tekanan darah tinggi yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut

Tanyakan kepada klien hal – hal di bawah ini, bila semua jawaban klien adalah TIDAK, klien yang bersangkutan bisa memakai metode yang diinginkannya.

Tabel. 2.2 Daftar Tilik Penapisan Klien. Metode Nonoperatif

No	Metode Hormonal (Pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk)	Ya	Tidak
1.	Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
2.	Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan		
3.	Apakah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid setelah senggama		
4.	Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata		
5.	Apakah pernah sakit kepala hebat atau gangguan visual		
6.	Apakah pernah nyeri hebar pada betis, paha atau dada, atay tungkai bengkak (oedema)		
7.	Apakah pernah tekanan darah diatas 160mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (distolik)		
8.	Apakah ada massa atau benjolan pada payudara Apakah anda sedang minum obat-obatan anti kejang (epilepsi)		

Tabel.2.3 penapisan pada metode kontrasepsi AKDR

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu		
2.	Apakah klien (pasangan) mempunyai pasangan seks yang lain		
3.	Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik		
4.	Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4 jam)		
5.	Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		
6.	Apakah pernah mengalami disminorhea berat yang membutuhkan analgetik dan/istirahat baring		
7.	Apakah pernah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak antara haid atau istirahat baring		
8.	Apakah pernah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak antara haid atau setelah senggama Apakah pernah mengalami gejala jantung valvular atau congenital		

7. Jenis – jenis Kontrasepsi

a. Kontrasepsi Tanpa Menggunakan Alat/Obat (alamiah)

1) Metode Kalender

a) Definisi

Pasangan suami isteri tidak melakukan hubungan seksual saat masa subur isteri sehingga tidak terjadi kehamilan. Untuk perhitungan masa subur, memakai rumus siklus terpanjang dikurangi 11, siklus terpendek dikurangi 18 (Prawirohardjo, 2012; h.MK-9).

b) Manfaat

- (a) Dapat digunakan untuk menghindari atau mencapai kehamilan.
- (b) Tidak ada risiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi.
- (c) Tidak ada efek samping sistemik.
- (d) Murah atau tanpa biaya.
- (e) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana.
- (f) Menambah pengetahuan tentang system reproduksi pada suami dan isteri.

(Prawirohardjo, 2012; h.MK-8).

c) Keterbatasan

- (a) Sebagai kontrasepsi sedang (9 – 20 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama pemakaian).

(b) Keefektifitasan tergantung dari kemauan dan disiplin pasangan untuk mengikuti instruksi.

(c) Perlu ada pelatihan sebagai persyaratan untuk menggunakan jenis KBA yang paling efektif secara benar.

(d) Perlu pantang selama masa subur untuk menghindari kehamilan.

(e) Perlu pencatatan setiap hari.

(f) Infeksi vagina membuat lendir serviks sulit dinilai.

(g) Tidak terlindung dari IMS.

2) Senggama Terputus (koitus Interruptus)

Senggama terputus ialah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelumpria mencapai ejakulasi (Prawirohardjo, 2012; h.MK-15).

a) Manfaat

(a) Efektif bila dilaksanakan dengan benar

(b) Tidak mengganggu produksi ASI

(c) Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya

(d) Tidak ada efek samping

(e) Dapat digunakan setiap waktu

(f) Tidak membutuhkan biaya

(Prawirohardjo, 2012; h.MK-15)

b) Kekurangan

(a) Efektivitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalannya 4 – 27 kehamilan per 100 perempuan per tahun).

(b) Efektivitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis.

(c) Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual.
(Prawirohardjo, 2012; h.MK-16).

3) Pembilasan Pascasangama (*Postcoital Douche*)

Pembilasan vagina dengan air biasa dengan atau tanpa tambahan larutan obat (cuka atau obat lain) segera setelah koitus merupakan suatu cara yang telah lama sekali dilakukan untuk tujuan kontrasepsi. Maksudnya ialah untuk mengeluarkan sperma secara mekanik dari vagina. Penambahan cuka ialah untuk memperoleh efek spermisida serta menjaga asiditas vagina.

Efektivitas cara ini mengurangi kemungkinan terjadinya konsepsi hanya dalam batas-batas tertentu karena sebelum dilakukannya pembilasan spermatozoa dalam jumlah besar sudah memasuki servis uteri. (Prawirohardjo, 2011; h.439).

4) Metode Amenorea Laktasi (MAL)

MAL adalah kontrasepsi yang mengendalikan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan dan minuman. MAL ini dapat digunakan bila menyusui secara penuh >8 x sehari, belum haid dan umur bayi kurang dari 6 bulan (Prawirohardjo, 2011;h.MK-1).

a) Keuntungan

- (a) Efektifitas tinggi
- (b) Tidak mengganggu senggama
- (c) Tidak ada efek samping
- (d) Tidak perlu pengawasan medis
- (e) Tanpa biaya
- (f) Bayi dapat kekebalan pasif
- (g) Sumber asupan gizi yang terbaik
- (h) Untuk ibu mengurangi perdarahan, mengurangi resiko anemia, dan meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi (Prawirohardjo, 2011;h.MK-2).

b) Kekurangan

Sulit dilakukan karena kondisi social, efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan (Prawirohardjo, 2011;h.MK-2).

5) Metode Lendir Serviks

Ketika sedang subur, vagina wanita akan basah oleh lendir serviks selama sehari – hari. Metode ini tergantung dari

pengamatan perubahan konsistensi dan volume. Ada 10 hari basah dalam siklus menstruasi 28 hari. Hari basah dimulai dari 2 – 3 hari setelah menstruasi yang ditandai dengan lendir putih yang lengket, dan diikuti oleh 3 – 5 hari lendir berlimpah dan licin dan tahap terakhir adalah ketika ada lendir lengket selama 3 hari setelah masa subur berakhir. (Sukarni, 2014; h.368)

Hari – hari kering, setelah darah haid bersih, kebanyakan ibu mempunyai 1 sampai beberapa hari tidak terlihat adanya lendir dan daerah vagina terasa kering

b. Kontrasepsi Alamaiah (KBA) dengan Alat

1) Kondom

Penggunaan kondom dengan kantong sutra yang diolesi dengan minyak, dan yang dipasang menyelubungi penis sebelum koitus. Prinsip kerja kondom ialah sebagai perisai dari penis sewaktu melakukan koitus, dan mencegah pengumpulan sperma dalam vagina. Bentuk kondom adalah silindris dengan pinggir yang tebal pada ujung yang terbuka, sedang ujung yang buntu berfungsi sebagai penampung sperma. Biasanya diameternya kira-kira 31-36,5 ml dan panjang lebih kurang 19cm.

Keuntungan kondom, untuk perlindungan terhadap penyakit kelamin, juga dapat digunakan untuk tujuan kontrasepsi. Kekurangannya ialah ada kalanya pasangan yang mempergunakannya merasakan selaput aret tersebut sebagai penghalang dalam kenikmatan dalam melakukan koitus. Efek

samping kondom tidak ada kecuali jika ada alergi terhadap bahan kondom itu sendiri.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan kondom.

- (a) Melakukan koitus sebelum kondom terpasang dengan baik.
- (b) Memasang kondom sepanjang penis yang sedang dalam ereksi. Pada laki laki yang tidak bersunat, prepusium harus ditarik terlebih dahulu.
- (c) Meninggalkan sebagian kecil dari ujung kondom untu menampung sperma; pada kondom yang mempunyai kantong kecil diujungnya, keluarkanlah udaranya terlebih dahulu sebelum kondom dipasang.
- (d) Menggunakan bahan pelican secukupnya pada permukaan kondom untuk mencegah terjadinya robekan
- (e) Mengeluarkan penis pada vagina sewaktu masih dalam keadaan ereksi dan tahanlah kondom pada tempatnya ketika penis dikeluarkan dari vagina supaya sperma tidak tumpah (Prawirohardjo, 2011;h.441).

2) Diafragma Vaginal

Dalam bentuk aslinya diafragma vaginal ini terbuat dari cincin karet yang tebal, dan diatasnya diletakkan selembat karet tipis. Kemudian dilakukan modifikasi dengan semacam per arloji; diatasnya diletakkan karet tipis yang berbentuk kubah (dome) (Prawiroharjo, 2011;h.443).

Ukuran diafragma vaginal yang beredar dipasaran mempunyai diameter antara 55-100 ml. Pada keadaan-keadaan tertentu pemakaian diafragma tidak dapat dibenarkan, misalnya pada (1) sistokel yang berat; (2) prolapses uteri; (3) fistula vagina; (4) hiperantefleksio atau hiperetrofleksio dan uterus (Prawiroharjo, 2011;h.443).

Kelemahan diafragma vaginal ini ialah (1) diperlukannya motivasi yang cukup kuat; (2) umumnya hanya cocok untuk perempuan yang terpelajar dan tidak untuk dipergunakan secara massal; (3) pemakaian yang tidak teratur dapat menimbulkan kegagalan; (4) tingkat kegagalan lebih tinggi daripada pil atau IUD (Prawiroharjo, 2011;h.443).

Keuntungan dari cara ini ialah (1) hampir tidak ada efek samping; (2) dengan motivasi yang baik dan pemakaian yang betul, hasilnya cukup memuaskan, (3) dapat dipakai sebagai pengganti pil, IUD atau pada perempuan yang tidak boleh mempergunakan pil atau IUD oleh karena sesuatu sebab (Prawirohardjo, 2011;h.443).

c. Kontrasepsi Hormonal

1) Pil kontrasepsi kombinasi

a) Kontraindikasi

(1) Kehamilan (diketahui atau dicurigai).

(2) Tromboflebitis (sedang terjadi atau riwayat kesehatan).

- (3) Gangguan tromboemboli (sedang terjadi atau riwayat kesehatan).
 - (4) Kerusakan hati, kerusakan fungsi hati, atau hepatitis akut.
 - (5) Pendarahan genitalia abnormal yang tidak terdiagnosa.
 - (6) Wanita perokok di atas usia 35 tahun.
 - (7) Diabetes mellitus (Varney, 2007;h.466).
- b) Kekurangannya harus diminum tiap hari, sehingga kadang-kadang merepotkan, motivasi harus kuat, adanya efek samping walaupun sifatnya sementara seperti mual, sakit kepala, dan muntah yeri dada (Prawirohardjo, 2011;h.448).
 - c) Kelebihan dari kontrasepsi tersebut adalah resiko terhadap kesehatan kecil, tidak pengaruh terhadap hubungan suami istri, tidak dilakukan pemeriksaan dalam, jangka panjang (Prawiroharjo, 2011;h.448).
- 2) Pil kontraepsi progestin –tunggal (minipills)

Cara kerja minipil mengentalkan lender serviks sehingga menghambat penetrasi sperma, megubah mortalitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu (Prawirohardjo, 2011;h.MK-51).

Kontraindikasi : kehamilan (diketahui atau dicurigai) , karsinoma payudara, perdarahan genitalia abnoral, tumor hati bening atau maligna, penyakit hati akut (Prawirohardjo, 2011;h.477).

Keuntungannya sangat efektif bila teratur, tidak mengganggu hubungan seksual, tidak mempengaruhi ASI, nyaman dan mudah

digunakan, dapat dihentikan setiap saat, tidak mengandung estrogen (Prawirohardjo, 2011;h.MK-51).

Kerugiannya hampir 30-60 % mengalami gangguan haid, peningkatan /penurunan berat badan ,harus digunakan setiap hari dan diminum pada waktu yang sama, bila lupa satu pil saja kegagalan menjadi lebih besar, payudara menjadi tegang (Prawirohardjo, 2011;h.MK-52).

3) Suntikan setiap 3 bulan (Depo Provera)

a) Mekanisme kerja

(1) Obat ini menghalangi terjadinya ovulasi dengan jalan menekan pembentukan gonadotropin releasing hormone dari hipotalamus

(2) Lendir serviks bertambah kental, sehingga menghambat penetrasi sperma melalui serviks uteri

(3) Implantasi ovum dalam endometrium dihalangi (Prawirohardjo, 2011;h.450).

Keuntungannya pencegahan kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan suami istri,tidak berpengaruh terhadap ASI,dapat digunakan pada usia >35 tahun (Prawirohardjo, 2011;h.MK-44).

d. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) atau *Intra Uterine Device* (IUD)

1) Keuntungan IUD

umumnya hanya memerlukan satu kali pemasangan dan dengan demikian satu kali motivasi, tidak menimbulkan efek sistemik, alat ini

ekonomis dan cocok untuk penggunaan secara misal, efektifitas cukup tinggi, *reversible* (Prawirohardjo, 2011;h.454).

2) Kerugiannya AKDR

perubahan siklus haid (lebih banyak dan lama), saat haid lebih sakit, sedikit nyeri dan perdarahan (*spotting*) terjadi setelah pemasangan, dan menghilang dalam 1-2 hari, klien tidak dapat melepas AKDR oleh sendiri, mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (Prawirohardjo, 2011;h.MK-82).

3) Efek samping IUD

a) Perdarahan : umumnya setelah pemasangan IUD terjadi perdarahan sedikit-edikit yang cepat berhenti.

b) Rasa nyeri dan kejang di perut : terjadi segera setelah pemasangan IUD. Biasanya rasa nyeri ini berangsur-angsur hilang dengan sendirinya.

c) Gangguan pada suami : kadang-kadang suami merasakan adanya benang IUD sewaktu bersenggama.

d) Ekspulsi (pengeluaran sendiri) : terjadi untuk sebagian atau seluruhnya, biasanya waktu haid (Prawirohardjo, 2011;h.454).

4) Pemeriksaan lanjutan

Pemeriksaan sesudah IUD di pasang dilakukan 1 minggu sesudahnya pemerikam ke dua 3 bulan kemudoan dan selanjutnya tiap 6 bulan .tidak ada consensus berapa lama IUD jenis lippes loop boleh terpasang dalam uterus, akan tetapi demi efektifitasnya, IUD

copper 7 atau copper T sebainya diganti tiap 2-3 tahun (Prawirohardjo, 2011;h.454).

e. Implant

Kontrasepsi implant menekan ovulasi, mengentalkan lender serviks, implant di masukkan di bawah kulit dan dapat bertahan hingga 3-7 tahun, tergantung jenisnya. Keuntungan khusus bagi kesehatan mengurangi resiko penyakit radang pangul simptomik. Dapat mengurangi risiko anemia defisiensi besi. Efek samping terjadi pola haid , sakit kepala, pusing, perubahan suasana perasaan, perubahan berat badan, jerawat (apat membaik atau memburuk), nyeri payudara, nyeri perut dan mual (DINKES, 2013;h.248).

f. Kontrasepsi Mantap pada Perempuan (Sterilisasi)

1) Definisi

Tindakan yang dilakukan pada edua tuba fallopii perempuan, yang mengakibatkan yang bersangkutan tidak dapat hamil atau tidak menyebabkan hamil lagi (Prawirohardjo,2011;h.460).

2) Keuntungan sterilisasi

- a) Motivasi hanya dilakukan satu kali saja , sehingga tidak diperlukan omtivsi yang berulang-ulang
- b) Efektivitas hampir 100%
- c) Tidak mempengaruhi libido seksualitas
- d) Tidak adanya kegagalan dari pihak pasien (Prawirohardjo, 2011;h.460).

g. Sterilisasi pada laki-laki (Vasektomi)

1) Indikasi vasektomi

Bahwa pasangan suami –istri tidak menghendaki kehamilan lagi dan pihak suami bersedia bahwa tindakan kontrasepsi dilakukan pada dirinya (Prawirohardjo, 2011;h.461).

2) Kontraindikasi vasektomi

Apabila ada kelainan local atau umum yang dapat mengganggu sembuhnya luka operasi , kelainan itu harus di sembuhkan dahulu (Prawirohardjo, 2011;h.461).

3) Keuntungan vasektomi

- a) Tidak menimbulkan kelainan baik fisik maupun mental
- b) Tidak mengganggu libido seksual
- c) Dapat dikerjakan secara poliklinis (Prawirohardjo, 2011;h.461).

4) Komplikasi vasektomi

Infeksi pada sayatan , rasa nyeri/ sakit, terjadinya hematoma oleh karena perdarahan kapiler, epididymitis , terbentuknya granuloma. (Prawirohardjo, 2011;h.461).

II. TINJAUAN ASUHAN KEBIDANAN

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisis data, diagnose kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Ambarwati, 2010; h.130)

Proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang memperkenalkan sebuah metode atau pemikiran dan tindakan – tindakan dengan urutan yang logis sehingga pelayanan komprehensif dan aman dapat tercapai. Selain itu metode ini memberikan pengertian untuk menyatukan pengetahuan dan penilaian yang terpisah – pisah menjadi satu kesatuan yang berarti (Ambarwati, 2010; h.130).

A. Pengkajian

Pengkajian atau pengumpulan data dasar adalah mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan pasien. Merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien. Pengkajian terdiri dari data subjektif dan data objektif.

B. Interpretasi Data

Mengidentifikasi diagnose kebidanan dan masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data – data yang telah dikumpulkan. Dalam langkah ini data yang telah dikumpulkan diinterpretasikan menjadi diagnose kebidanan dan masalah. Keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnose tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan terhadap pasien, masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan.

C. Diagnosa Potensial

Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi. Pada langkah ini diidentifikasi masalah atau diagnose potensial berdasarkan rangkaian masalah dan diagnose, hal ini membutuhkan antisipasi, pencegahan, bila memungkinkan menunggu mengamati dan bersiap apabila hal tersebut benar – benar terjadi. Melakukan asuhan yang aman penting sekali dalam hal ini.

D. Antisipasi Masalah

Langkah ini memerlukan kesinambungan dari manajemen kebidanan. Identifikasi dan menetapkan perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatann lain sesuai dengan kondisi pasien.

E. Perencanaan

Langkah – langkah ini ditentukan oleh langkah – langkah sebelumnya yang merupakan lanjutan dari masalah atau diagnose yang telah diidentifikasi atau di antisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah dilihat dari kondisi pasien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga berkaitan dengan kerangka pedoman antisipasi bagi wanita tersebut yaitu apa yang akan terjadi berikutnya.

F. Pelaksanaan

Langkah ini merupakan pelaksanaan rencana asuhan penyuluhan pada klien dan keluarga. Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efisien dan aman.

G. Evaluasi

Langkah ini merupakan langkah terakhir guna mengetahui apa yang telah dilakukan bidan. Menegevaluasi keefektifan dari asuhan yang diberikan, ulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tapi belum efektif atau merencanakan kembali yang belum terlaksana.

III. ASPEK HUKUM

1. Landasan hkum kewenangan bidan dan kompetensi bidan'

1) Landasan hukum kewenangan bidan

Peraturan menteri kesehatan republic Indonesia no 1464/MENKES/PER/X/2010 yang berisii tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan. Pada pasal 9 disebutkan bahwa bidan dalam menyelenggarakan praktek, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi: pelayanan kesehatan ibu yang diberikan padaa masa pra hamil, kehamilan, masa perslinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara kedua kehamilan. Kemudian pelayanan kesehatan anak yang diberikan pada bayi baru lahir, kesehatan reproduksi perempuan, dan keluarga berencana dengan memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Bidan dalam melakukan tugasnya wajib melakukan pencatatan dan pelaporan sesuai dengan pelayanan yang diberikan kemudian ditujukan ke puskesmas wilayah tempat praktek, dikecualikana untuk bidan yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan.

2) Kompetensi bidan

Area kompetensi bidan di Indonsia menurut *Ditjen Dikti Kemendikbud 2011* meliputi :

(a) Area kompetensi 1 : etik legal dan keselamatan pasien

Berperilaku professional, bermoral, dan memiliki etika dalam tanggap terhadap/ menyikapi/ mencermati issue maupun aspek legal dalam praktik kebidanan yang berorientasi pada keselamatan perempuan dan masyarakat.

(b) Area komunikasi 2 : komunikasi efektif

Mampu bertukar informasi secara verbal dan non verbal dengan pasien/ perempuan, keluarganya, masyarakat di lingkungan perempuan, sesama profesi, antar profesi kesehatan, dan stake holder.

(c) Area kompetensi 3 : pengembangan diri dan profesionalisme

Mampu mengembangkan diri dengan mengikuti perkembangan iilmu dan teknologi terkini, serta menyadari keterbatasan diri berkaitan dengan praktik kebidanan serta menjunjung tinggi komitmen terhadap profesi bidan.

(d) Area kompetensi 4 : landasan ilmiah praktek kebidanan

Bidan memiliki pengetahuan tentang ilmu kebidanan, neonatologi, ilmu – ilmu social, ilmu kesehatan masyarakat, etika, budaya, dan asuhan yang tepat untuk perempuan, bayi yang baru lahir “*childbearing women*”, dan keluarga.

(e) Area kompetensi 5: ketrampilan klinis dalam praktik kebidanan

Bidan memiliki ketrampilan tentang ilmu kebidanan, neonatologi, ilmu – ilmu social, ilmu kesehatan masyarakat, etika, budaya, dan asuhan yyang tepata untuk perempuan, bayi yang baru lahir, “*childbearing women*”, dan keluarga.

(f) Area kompetensi 6 : promosi kesehatan dan konseling

Melakukan promosi kesehatan dan konseling mengenai kesehatan masyarakat pada umumnya, dan kesehatan perempuan sesuai dengan tahap perkembangan siklus reproduksinya.

* (g) Area kompetensi 7 : manajemen, kepemimpinan dan Kewirausahaan

Mampu merencanakan dan mengelola sumber daya di bawah tanggung jawabnya, dan mengevaluasi secara komprehensif sumber daya di wilayah kerjanya dnegan memanfaatkan IPTEK untuk menghasilkan langkah – langkah strategis pengembangan organisasi.

