

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1. PRINSIP PENDOKUMENTASIAN MANAJEMEN KEBIDANAN

2.1.1 Konsep Manajemen Kebidanan

A. Pengertian Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah dibidang kesehatan ibu pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir dan keluarga berencana (Muslihatun, 2009).

B. Standart Asuhan Kebidanan

Bidan merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memiliki posisi penting dan strategis terutama dalam penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Bidan memberikan pelayanan kebidanan yang berkesinambungan dan paripurna, berfokus pada aspek pencegahan, promosi dengan berlandaskan kemitraan dan pemberdayaan masyarakat bersama-sama dengan tenaga kesehatan lainnya untuk senantiasa siap melayani siapa saja yang membutuhkannya. Untuk mewujudkan pelayanan kebidanan yang berkualitas diperlukan adanya standart sebagian acuan bagi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kepada klien disetiap tingkat fasilitas kesehatan. Standart asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat bidan, mulai dari pengkajian, perumusan diagnosis dan atau masalah kebidanan perencanaan, implementasi, evaluasi, dan pencatatan asuhan kebidanan. (Muslihatun, 2009)

Standart asuhan kebidanan menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 938/Menteri Kesehatan/Surat Keputusan/VIII/2007, adalah sebagai berikut:

Standart I : Pengkajian

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

- 1) Data tepat, akurat dan lengkap.
- 2) Riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya.
- 3) Data objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

Standart II : Perumusan diagnosis atau masalah kebidanan

Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegaskan diagnosis dan masalah kebidanan yang tepat. Kriteria perumusan diagnosis atau masalah kebidanan adalah :

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

Standart III : Perencanaan

Bidan merencanakan ashan kebidanan berdasarkan diagonis dan masalah yang ditegakkan. Kriteria Peerencanaan adalah :

- 1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuan secara komprehensif.
- 2) Melibatkan klien / pasien dan atau keluarga.
- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologi, social budaya klien / keluarga.

- 4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku sumber daya serta fasilitas yang ada.

Standart IV : Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan. Kriteria adalah sebagai berikut :

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*informed consent*).
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*.
- 4) Melibatkan klien / pasien dalam setiap tindakan.
- 5) Menjaga privacy klien / pasien.
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- 9) Melakukan tindakan sesuai standart.
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

Standart V : Evaluasi

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

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien.

- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan atau keluarga.
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai standart.
- 4) Hasil evaluasi ditindak lanjutin sesuai dengan kondisi klien/pasien.

Standart VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jenis mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan. Kriteria pencatatan asuhan kebidanan sebagai berikut :

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/KMS/Status pasien/buku KIA).
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- 3) S adalah data subjektif, mencatat hasil anamneses.
- 4) O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- 5) A adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.
- 6) P adalah pelaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif ; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi / followup dan rujukan.

C. Pendokumentasian dengan metode SOAP

Menurut Thomas (1994 *cit.* Mufdlillahh, dkk, 2001) dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien dan tim kesehatan tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien, pendidikan pasien, dan respon pasien terhadap semua asuhan yang telah diberikan.

Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang telah dan akan dilakukan pada seorang pasien, didalamnya tersirat proses berfikir bidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan. (Muslihatun, 2009)

Pendokumentasian SOAP merupakan kepanjangan dari Subjektif, Objektif, Assement, Planning. SOAP pada dasarnya sama dengan komponen yang terdapat pada metode SOAPIER, hanya saja pada SOAP untuk implementasi dan evaluasi dimasukkan dalam “P” sedangkan komponen Revisi tidak dicantumkan. SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis, dan singkat. Prinsip metode ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan. Format SOAP umumnya digunakan untuk pengkajian awal pasien (Rukiyah, 2014 hal:53).

1. Subjektif (S)

Menggambarkan pendokumentasian hanya pengumpulan data klien melalui anamneses tanda gejala subjektif yang diperoleh dan hasil bertanya pada pasien, suami, atau keluarga (identitas umum, keluhan, riwayat menarche, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat KB, penyakit, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit keturunan, riwayat penyakit psikososial, pola hidup).

2. Objektif (O)

Menggambarkan hasil pendokumentasian hasil analitik dan fisik klien, hasil lab, hasil tes diagnostic lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung assesment. Tanda gejala objektif yang diperoleh dan hasil pemeriksaan (tanda KU, Vitas Sign, Fisik, khusus, kebidanan, pemeriksaan dalam, laboratorium, dan pemeriksaan penunjang). Pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

3. Assesment (A)

Masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan. Karena keadaan pasien terus berubah atau selalu ada informasi baru baik subjektif atau objektif, dan sering diungkapkan secara terpisah-pisah, maka proses pengkajian adalah suatu proses yang dinamik.

Sering menganalisa adalah sesuatu yang penting dalam mengikuti perkembangan pasien dan menjamin suatu perubahan baru cepat diketahui dan cepat diikuti sehingga dapat diambil tindakan yang tepat. Menggambar pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi :

a. Diagnosa/masalah.

Diagnosa adalah rumusan dan hasil pengkajian mengenai kondisi. Klien : hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir. Berdasarkan hasil analisa data yang didapat. Masalah segala sesuatu yang menyimpang sehingga kebutuhan klien terganggu, kemudian mengganggu kehamilan atau kesehatan tetapi tidak masuk dalam diagnosa.

b. Antisipasi masalah lain atau diagnose potensial.

4. Penatalaksanaan (P)

Menggambarkan pendokumentasian dan perencanaan serta evaluasi berdasarkan *Assesment* SOAP untuk perencanaan, implementasi dan evaluasi dimasukkan dalam "P".

a. Perencanaan

Membuat rencana tindakan saat itu atau yang akan datang. Untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien yang sebaik mungkin atau menjaga mempertahankan kesejahteraannya. Proses ini termasuk kriteria tujuan tertentu dan kebutuhan pasien yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu, tindakan yang diambil harus membantu pasien mencapai kemajuan dalam kesehatan dan harus sesuai dengan

instruksi dokter, planning merupakan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi sesuai dengan analisa yang ditetapkan.

b. Implementasi

Pelaksanaan rencana tindakan untuk menghilangkan dan mengurangi masalah klien. Tindakan ini harus disetujui oleh klien kecuali bila tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Oleh karena itu klien harus sebanyak mungkin menjadi bagian dari proses ini. Bila kondisi klien berubah, intervensi mungkin juga harus berubah atau disesuaikan.

c. Evaluasi

Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga mencapai tujuan (Rukiyah, 2014, hal. 194-196).

2.2. Kehamilan

2.2.1. Konsep Dasar Kehamilan

A. Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40). (Prawirohardjo, 2012. Hal.213)

Pada umumnya kehamilan berkembang dengan normal dan menghasilkan kelahiran bayi sehat cukup bulan melalui jalan lahir, namun ini kadang tidak sesuai dengan yang diharapkan. Sulit sekali diketahui sebelumnya bahwa kehamilan akan menjadi masalah. Oleh karena itu pelayanan antenatal/asuhan antenatal merupakan cara penting untuk

memonitor dan mendukung kesehatan ibu hamil normal dan mendeteksi ibu dengan kehamilan normal. (Kusmiyati, 2010. Hal.1)

B. Prinsip Pokok Asuhan Kehamilan

Prinsip merupakan dasar atau azas atau kebenaran yang menjadi pokok dasar berfikir, bertindak dan sebagainya. Sebagai seorang bidan dalam melakukan asuhan kebidanan harus berdasarkan prinsip sesuai tugas pokok dan fungsinya agar apa yang dilakukan tidak melanggar kewenangan atau mal praktik. Selain harus memiliki kompetensi, bidan dalam melaksanakan asuhan harus berpegang pada Undang-Undang Kesehatan Nomor 23 tahun 1992; Kepmenkes 900 tahun 2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan, pelayanan dilaksanakan sesuai standar pelayanan kebidanan dan standar profesi bidan. (Kusmiyati, 2010. Hal.3)

C. Tujuan Asuhan Kehamilan

Tujuan Asuhan Ante Natal (ANC) adalah sebagai berikut :

1. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
2. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial pada ibu dan bayi.
3. Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau implikasi yang mungkin terjadi selama hamil, selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
4. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
5. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI Eksklusif.
6. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal. (Walyani, 2015. Hal.7)

D. Standar Asuhan Kebidanan

Terdapat 6 standar dalam standar pelayanan antenatal seperti sebagai berikut :

1. Standar 1 : Identifikasi Ibu Hamil

Melakukan kunjungan rumah dengan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan memotivasi ibu, suami dan anggota keluarganya agar mendorong ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini dan secara teratur.

2. Standar 2 : Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal

Memberikan sedikitnya 4x pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamneses dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal.

3. Standar 3 : Palpasi Abdominal

Melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila umur kehamilan bertambah, memeriksa posisi, bagian terendah janin dan masuknya kepala janin kedalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

4. Standar 4 : Pengelolaan Anemia Pada Kehamilan

Melakukan Tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

5. Standar 5 : Pengelolaan Dini Hipertensi Pada Kehamilan

Menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda-tanda serta gejala pre-eklampsia lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

6. Standar 6 : Persiapan Persalinan

Memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester ketiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih, dan aman serta suasana yang menyenangkan,

disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bisa tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat. (Pantiawati&Saryono, 2015. Hal.4)

E. Asuhan Standar Minimal Kehamilan (17 T)

1. Timbang berat badan dan tinggi badan

Tinggi badan diperiksa sekali pada saat ibu hamil datang pertama kali kunjungan, dilakukan untuk mendeteksi tinggi badan ibu yang berguna untuk mengkategorikan adanya resiko apabila hasil pengukuran < 145 cm. Berat badan diukur setiap ibu datang atau berkunjung untuk mengetahui kenaikan BB atau penurunan BB. Kenaikan BB selama hamil rata-rata : 9 – 13,5 kg. Trimester I : min 0,7-1,4 kg, Trimester II : 4,1 kg, Trimester III : 9,5 kg. (Pantiawati&Saryono, 2015).

2. Tekanan darah

Diukur dan diperiksa setiap kali ibu datang atau berkunjung. Pemeriksaan tekanan darah sangat penting untuk mengetahui standar normal, tinggi atau rendah. Deteksi tekanan darah yang cenderung naik diwaspadai adanya gejala kearah hipertensi dan pre-eklampsia. Apabila turun dibawah normal kita pikirkan kearah anemia. Tekanan darah normal berkisar systole/diastole: 110/80-120/80 mmHg.

3. Pengukuran tinggi fundus uteri

Pengukuran tinggi fundus uteri dengan menggunakan pita sentimeter, letakkan titik nol pada tepi atas symphysis dan rentangkan sampai fundus uteri (fundus tidak boleh ditekan).

Tab.2.1

Hubungan Tinggi Fundus Uteri dan Umur kehamilan dalam minggu

No	Tinggi Fundus Uteri (cm)	Umur Kehamilan Dalam Minggu
1.	12 cm	12
2.	16 cm	16
3.	20 cm	20
4.	24 cm	24
5.	28 cm	28
6.	32 cm	32
7.	36 cm	36
8	40 cm	40

Pantiawati&Saryono, 2015. *Asuhan Kebidanan I (kehamilan)* Yogyakarta. Hal.11

4. Pemberian tablet tambah darah (Tablet Fe)

Tablet ini mengandung 200 mg Sulfat Ferosus 0,25 mg asam folat yang diikat dengan laktosa. Tujuan pemberian tabl : Fe adalah untuk memenuhi kebutuhan Fe pada ibu hamil dan nifas, karena pada masa kehamilan kebutuhannya meningkat seiring dengan pertumbuhan janin (Dep. Kes RI, 1997). Zat besi ini penting untuk mengkompensasi peningkatan volume darah yang terjadi selama kehamilan dan untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan janin yang adekuat (Pantiawati&Saryono, 2015. Hal.10).

5. Pemberian imunisasi TT

Tujuan pemberian TT adalah untuk melindungi janin dari tetanus neonatorum. Efek samping vaksin TT yaitu nyeri, kemerahan-

merahan dan bengkak untuk 1-2 hari pada tempat penyuntikan. Ini akan sembuh dan tidak perlu pengobatan.

Tab.2.2

Tabel Imunisasi TT

Imunisasi	Interval	% Perlindungan	Masa Perlindungan
TT 1	Pada kunjungan ANC pertama	0%	Tidak ada
TT 2	4 minggu setelah TT 1	80%	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	95%	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT 3	99%	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT 4	99%	25 tahun/seumur hidup

Pantiawati&Saryono, 2015. *Asuhan Kebidanan I (kehamilan)* Yogyakarta. Hal.12

6. Pemeriksaan Hb

Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil; yang pertama kali, lalu diperiksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi anemia pada ibu hamil.

7. Pemeriksaan protein urine

Pemeriksaan ini berguna untuk mengetahui adanya protein dalam urin ibu hamil. Adapun pemeriksaannya dengan asam asetat 2-3% ditujukan pada ibu hamil dengan riwayat tekanan darah tinggi, kaki oedema. Pemeriksaan urin protein ini untuk mendeteksi ibu hamil kearah pre-eklampsia.

8. Pengambilan darah untuk pemeriksaan VDRL

Pemeriksaan *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) adalah untuk mengetahui adanya *treponema pallidum*/penyakit menular seksual, antara lain syphilis. Pemeriksaan kepada ibu hamil yang pertama kali datang diambil specimen darah vena ± 2 cc. apabila hasil tes dinyatakan positif, ibu hamil dilakukan pengobatan/rujukan. Akibat fatal yang terjadi adalah kematian janin pada kehamilan <16 minggu, pada kehamilan lanjut dapat menyebabkan kelahiran premature, cacat bawaan.

9. Pemeriksaan urine reduksi

Dilakukan pemeriksaan urine reduksi hanya kepada ibu dengan indikasi penyakit gula/DM atau riwayat penyakit gula pada keluarga ibu dan suami. Bila hasil pemeriksaan urine reduksi positif (+) perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya Diabetes Mellitus Gestasional (DMG). Diabetes Mellitus Gestasional pada ibu dapat mengakibatkan adanya penyakit berupa pre-eklampsia, polihidramnion, bayi besar.

10. Perawatan payudara

Meliputi senam payudara, perawatan, pijat tekan payudara pijat tekan payudara yang ditujukan kepada ibu hamil. Manfaat perawatan payudara adalah :

- a. Menjaga kebersihan payudara, terutama puting susu
- b. Mengencangkan serta memperbaiki bentuk puting susu (pada puting susu yang terbenam)
- c. Merangsang kelenjar-kelenjar susu sehingga produksi ASI lancar
- d. Mempersiapkan ibu dalam laktasi

Perawatan payudara dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dan dimulai pada kehamilan 6 bulan.

11. Senam ibu hamil

Senam ibu hamil bermanfaat untuk membantu ibu hamil dalam mempersiapkan persalinan dan mempercepat pemulihan setelah melahirkan serta mencegah sembelit. Adapun tujuan senam hamil adalah memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, ligamentum, otot dasar panggul, memperoleh relaksasi tubuh dengan latihan-latihan kontraksi dan relaksasi.

12. Pemberian obat malaria

Malaria adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh satu dari beberapa jenis plasmodium dan ditularkan oleh gigitan nyamuk anopheles yang terinfeksi. Dampak atau akibat penyakit tersebut kepada ibu hamil yakni kehamilan muda dapat terjadi abortus, partus prematurus juga anemia.

13. Pemberian kapsul minyak beryodium

Gangguan akibat kekurangan yodium (GAKI) adalah rangkaian efek kekurangan yodium pada tumbuh kembang manusia. Kekurangan unsure yodium dipengaruhi oleh faktor-faktor lingkungan dimana tanah dan air tidak mengandung unsur yodium. Akibat kekurangan yodium dapat mengakibatkan gondok dan kretin yang ditandai dengan:

- a. Gangguan fungsi mental
- b. Gangguan fungsi pendengaran
- c. Gangguan pertumbuhan
- d. Gangguan kadar hormon yang rendah.

(Pantiawati&Saryono, 2015)

14. Temu wicara / konseling

Anamnesa meliputi biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, bio psikososial dan pengetahuan klien (Rukiyah, 2011).

15. Serologi HIV (*Human Immunology Virus*), (Kemenkes, GAVI 2014).

16. BTA (Bactery Tahan Asam), (Kemenkes, GAVI 2014).

17. USG (Ultrasonografi), (Kemenkes, GAVI 2014)

F. Tanda-tanda Kehamilan

Untuk dapat menegakkan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan (Marjati, 2011 dalam Walyani, 2015. Hal. 69)

1. Tanda dugaan hamil

a) Amenorea (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de graaf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenorea dapat diinformasikan dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT), dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan tafsiran persalinan.

b) Mual (*nausea*) dan muntah (*emesis*)

Pengaruh ekstrogen dan progesterone terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut morning sickness.

c) Ngidam (menginginkan makanan tertentu)

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

d) *Syncope* (pingsan)

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

e) Kelelahan

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

f) Payudara tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesteron menstimulasi perkembangan sistem alveolar payudara. Bersama somatomotropin, hormone-hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama dua bulan pertama kehamilan pelebaran puting susu, serta pengeluaran kolostrum.

g) Sering miksi

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

h) Konstipasi atau obstipasi

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

i) Pigmentasi kulit

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormone kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.

j) Epulis

Hipertropi papilla gingivae/gusi, sering terjadi pada triwulan pertama.

k) Varises

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises dapat terjadi disekita genitalia eksterna, kaki dan betis, serta payudara. Penampakkan pembuluh darah ini dapat hilang setelah persalinan. (Walyani, 2015. Hal.70)

2. Tanda Kemungkinan (Probability sign)

Tanda kemungkinan adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik kepada wanita hamil. Tanda kemungkinan ini terdiri atas hal-hal berikut ini :

1. Pembesaran perut

Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.

2. Tanda hegar

Tanda hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthimus uteri.

3. Tanda goodel

Adalah pelunakan serviks. Pada wanita yang tidak hamil serviks seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil melunak seperti bibir.

4. Tanda Chadwick

Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.

5. Tanda poscaseck

Merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.

6. Kontraksi braxton hicks

Merupakan peregangan sel-sel otot uterus, akibat meningkatnya actomysin didalam otot uterus. Kontraksi ini akan terus meningkat frekuensinya, lamanya dan kekuatannya sampai mendekati persalinan.

7. *Teraba ballottement*

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa.

8. Pemeriksaan tes biologis kehamilan (planotest) positif

Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya human chorionic gonadotropin (I-CG) yang diproduksi oleh sinsiotropblastik sel selama kehamilan. Hormon direksi ini beredar darah ibu (pada plasma darah), dan dieksresi pada urine ibu. Hormon ini dapat mulai dideteksi pada 26 hari setelah konsepsi dan meningkat dengan cepat pada hari ke 30-60. Tingkat tertinggi pada hari 60-70 usia gestasi, kemudian menurun pada hari ke 100-130. (Walyani, 2015. Hal.72)

3. **Tanda pasti**

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

Tanda pasti kehamilan terdiri atas hal-hal berikut ini.

1. Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.

2. Denyut jantung janin

Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electocardiograf (misalnya dopler). Dengan

stethoscope laenec, DJJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu.

3. Bagian-bagian janin

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

4. Kerangka janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG. (Walyani, 2015. Hal.74)

G. Perubahan Fisiologi Kehamilan

Perubahan-perubahan segera terjadi setelah fertilisasi dan berlanjut sepanjang kehamilan. Kebanyakan adaptasi yang besar sekali ini terjadi sebagai respon terhadap stimulasi fisiologik yang diberikan oleh janin atau jaringan janin, sistem komunikasi ibu-janin. Yang sangat menakjubkannya adalah bahwa wanita yang sedang hamil tersebut kembali dengan hampir sempurna keadaannya sebelum hamil setelah melahirkan dan setelah berhenti menyusui. (Rukiah, 2013. Hal.38)

1. Perubahan Uterus

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama dibawa pengaruh estrogen dan progesterone yang kadarnya meningkat. Pada kehamilan 8 minggu uterus membesar, sebesar telur bebek, pada kehamilan 12 minggu sebesar telur angsa. Pada 16 minggu sebesar kepala bayi/tinju orang dewasa, dan semakin membesar sesuai dengan usia kehamilan dan ketika usia kehamilan sudah aterm dan pertumbuhan janin normal pada kehamilan 28 minggu tinggi

fundus uteri 25 cm, pada 32 minggu 27 cm, pada 36 minggu 30 cm. Pada kehamilan 40 minggu TFU turun kembali dan terletak 3 jari dibawah prosesus xyfoideus. (Walyani, 2015. Hal.39)

2. Serviks uteri

Vaskularasi ke serviks meningkat selama kehamilan, sehingga serviks menjadi lebih lunak dan warnanya lebih biru. Perubahan serviks terutama terdiri atas jaringan *fibrosa*. Glandula servikalis mensekresikan lebih banyak mucus dan plak bahan mukus yang akan menutupi kanalis servikalis. Fungsi utama dari plak mukus ini adalah untuk menutup kanalis servikalis dan untuk memperkecil resiko infeksi genital yang meluas keatas. Menjelang akhir kehamilan kadar hormone relaksin memberikan pengaruh perlunakan kandungan kolagen pada serviks (Verrales, 2003 dalam Rukiah 2013. Hal.40).

3. Segmen bawah uterus

Segmen bawah uterus berkembang dari bagian atas *kanalis servikalis* setinggi *ostium interna* bersama-sama *isthmus uteri*. Segmen bawah lebih tipis dari pada segmen atas dan menjadi lunak serta berdilatasi selama minggu-minggu terakhir kehamilan sehingga memungkinkan segmen tersebut menampung *presenting part* janin. Serviks bagian bawah bahu menipis dan menegang setelah persalinan terjadi (Rukiah, 2013. Hal.41)

4. Kontraksi Braxton-Hicks

Merupakan kontraksi tak teratur rahim dan terjadi tanpa rasa nyeri disepanjang kehamilan. Kontraksi ini barang kali membantu sirkulasi darah dalam plasenta. (Rukiah, 2013. Hal.41)

5. Vagina dan vulva

Vagina dan serviks akibat hormon estrogen mengalami perubahan pula. Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiruan (*livide*) disebut tanda

Chadwick. Pada awal kehamilan, vagina dan serviks memiliki warna merah yang hampir biru (normalnya, warna bagian ini pada wanita yang tidak hamil adalah merah muda). Warna kebiruan ini disebabkan oleh dilatasi vena yang terjadi akibat kerja hormon *progesterone*. (Rukiah, 2013. Hal.41).

6. Ovarium

Pada permulaan kehamilan masih didapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya plasenta pada kira-kira kehamilan 16 minggu. Korpus luteum graviditas berdiameter kira-kira 3 cm. lalu ia mengecil setelah plasenta terbentuk. Ditemukan pada awal ovulasi hormon *relaxing*, suatu pengaruh menenangkan hingga pertumbuhan janin menjadi baik hingga aterm. (Rukiah, 2013. Hal.42)

Tab.2.3

Hubungan tua kehamilan, besar uterus dan tinggi fundus uteri

Akhir Bulan	Besar Uterus	Tinggi Fundus Uteri
1	Lebih besar dari biasa	Belum teraba
2	Telur bebek	Dibelakang simfisis
3	Telur angsa	1-2 jari diatas simfisis
4	Kepala bayi	Pertengahan simfisis – pusat
5	Kepala dewasa	2-3 jari dibawah pusat
6	Kepala dewasa	Kira-kira setinggi pusat
7	Kepala dewasa	2-3 jari diatas pusat
8	Kepala dewasa	Pertengahan pusat – prosesus xypodeus
9	Kepala dewasa	3 jari dibawah PX
10	Kepala dewasa	Sama dengan kehamilan 8 bulan tetapi melebar kesamping

Sumber: Rustam Mochtar, 2011. Sinopsis obstetri: Obstetri fisiologis, Obstetri patologi. Hal.42

7. Mammae

Mammae akan membesar dan tegang akibat hormon somatomammotropin, estrogen dan progesterone akan tetapi belum mengeluarkan air susu. Pada kehamilan akan terbentuk lemak sehingga mammae menjadi lebih besar. Apabila mammae akan membesar, lebih tegang dan tampak lebih hitam seperti seluruh areola mamma karena hiperpigmentasi. Pada kehamilan 12 minggu keatas dari putting susu dapat keluar cairan berwarna putih agak jernih disebut colostrum. (Rukiah, 2013. Hal.42)

H. Konsepsi

Konsepsi didefinisikan sebagai pertemuan antara sperma dan sel telur yang menandai awal kehamilan. Peristiwa ini merupakan rangkaian kejadian yang meliputi pembentukan gamet (telur dan sperma), ovulasi (pelepasan telur), penggabungan gamet dan implantasi embrio didalam uterus. (Kusmiyati, 2010. Hal.34)

1. Ovum

Ovum merupakan sel terbesar pada badan manusia. Setiap bulan satu ovum atau kadang-kadang lebih menjadi matur, dengan sebuah penjamu mengelilingi sel pendukung. Saat ovulasi, ovum keluar dari folikel ovarium yang pecah. Ovum tidak dapat berjalan sendiri. Kadar estrogen yang tinggi meningkatkan gerakan tuba uterina, sehingga silia tuba tersebut dapat menangkap ovum dan menggerakkannya sepanjang tuba menuju rongga rahim. Ada dua lapisan pelindung yang mengelilingi ovum. Lapisan pertama berupa membran tebal tidak berbentuk, yang disebut *zona pelucida*. Lingkaran luar yang disebut korona radiate. Terdiri dari sel-sel oval yang dipersatukan oleh asam hialuronat. Ovum dianggap subur selama 24 jam setelah ovulasi. Apabila tidak difertilisasi oleh sperma, ovum berdegenerasi dan

direabsorpsi. Pada waktu ovulasi sel telur yang telah masak dilepaskan dari ovarium. Dengan gerakan seperti menyapu oleh fimbria tuba uterina, ia ditangkap oleh infundibulum. Selanjutnya ia masuk kedalam ampulae sebagai hasil gerakan silia dan kontraksi otot. Sebuah ovum mungkin ditangkap/masuk kedalam infundibulum tuba yang berlawanan. Keadaan ini disebut migrasi eksterna. Ovum biasanya dibuahi dalam 12 jam setelah ovulasi dan akan mati dalam 12 jam bila tidak segera dibuahi. (Kusmiyati, 2010. Hal.34)

2. Spermatozoa

Pada saat coitus kira-kira 3-5 cc semen ditumpahkan kedalam *fornix posterior*, dengan jumlah spermatozoa sekitar 200-500 juta. Dengan gerakan ekornya sperma masuk kedalam kanalis servikalis. Didalam rongga uterus dan tuba gerakan sperma terutama disebabkan oleh kontraksi otot-otot pada organ tersebut. Spermatozoa terdiri 3 bagian yaitu :

- a. Kaput (kepala) yang mengandung bahan nucleus.
- b. Ekor berguna untuk bergerak.
- c. Bagian silindrik, menghubungkan kepala dan ekor.

Spermatozoa dapat mencapai ampula, kira-kira satu jam setelah coitus. Ampula tuba merupakan tempat terjadinya fertilisasi. Hanya beberapa ratus sperma yang bisa mencapai tempat ini. Sebagian besar mati sebagai akibat keasaman vagina, sebagian lagi hilang/mati dalam perjalanan. Sperma dapat bertahan dalam saluran reproduksi wanita sampai empat hari.

Dalam saluran reproduksi wanita spermatozoa mengalami kapasitasi sebelum ia mampu membuahi ovum. Kapasitasi terjadi dalam rongga uterus dan tuba yaitu berupa pelepasan lapisan pelindung disekitar akrosom. Setelah ini terjadilah reaksi akrosomik yaitu pembentukan lobang-lobang kecil pada akrosom tempat dilepaskannya enzim-enzim yang dapat melisiskan corona radiata dan zona pelucida. Setidak-

tidaknya dikenal dua enzim yaitu CPE (*Corona Penetrating Enzyme*) yang mencerna korona radiate dan *hialuronidase* yang mencerna zona pelusida. (Kusmiyati, 2010. Hal.36)

3. Fertilisasi

Penghamilan (fertilisasi) adalah terjadinya pertemuan dan persenyawaan antar sel mani dan sel telur. Fertilisasi terjadi diampulla tuba. Syarat dari setiap kehamilan adalah harus ada: Spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi) dan nidasi hasil konsepsi. Dalam literature istilah lain yang sering dipakai untuk fertilisasi adalah konsepsi, fekondasi atau pembuahan. (Kusmiyati, 2010. Hal.36)

Hasil fertilisasi adalah :

- a. Kembalinya sel dengan jumlah kromosom diploid ($2n$) pada manusia dengan jumlah diploid adalah 46.
- b. Penurunan/pewarisan sifat-sifat spesies.
- c. Ini disebabkan karena zigot mengandung separuh sifat ibunya dan separuh sifat ayah.
 - 1) Penentuan kelamin.
 - 2) Jenis kelamin ditentukan diawal terjadinya pembuahan. Pada manusia struktur (46, XX) adalah wanita, sedang (46, XY) adalah laki-laki.
 - 3) Permulaan pembelahan segmentasi (*cleavage*).
 - 4) Segera setelah terjadinya pembuahan, zigot dalam 8-14 jam akan memulai pembelahan segmentasi pertama, yang disusui dengan pembelahan-pembelahan selanjutnya dengan kecepatan tiap 10-12 jam. (Kusmiyati, 2010. Hal.36)

d. Nidasi

Nidasi adalah peristiwa tertanamnya/bersarangnya sel telur yang telah dibuahi (*Fertilized egg*) kedalam endometrium. Sel telur yang telah dibuahi (zigot) akan segera membelah diri membentuk bola padat terdiri atas sel-sel anak yang lebih kecil yang disebut blastomer. Pada

hari ke-3, bola tersebut terdiri atas 16 sel blastomer dan disebut morula. Pada hari ke-4 didalam bola tersebut mulai terbentuk rongga, bangunan ini disebut blastula.

Dua struktur penting didalam blastula adalah :

- a. Lapisan luar yang disebut trofoblas, yang akan menjadi plasenta.
- b. Embrioblas (inner cell mass) yang kelak akan menjadi janin.

Pada hari ke-4 blastula masuk kedalam endometrium dan pada hari ke-6 menempel pada endometrium. Pada hari ke-10 seluruh blastula (blastokis) sudah terbenam dalam endometrium dan dengan demikian nidasi sudah selesai.

Nidasi terjadi mungkin karena trofoblast mempunyai daya untuk menghancurkan sel-sel endometrium. Hancuran endometrium dipergunakan sebagai bahan makanan oleh telur. Tempat nidasi biasanya pada dinding depan dan dinding belakang didaerah fundus uteri. Pembuluh darah endometrium pecah dan sebagian wanita akan mengalami perdarahan ringan akibat implantasi (bercak darah atau perdarahan ringan pada saat seharusnya terjadi menstruasi berikutnya).

Villi korion yang berbentuk seperti jari, terbentuk diluar trofoblas dan menyusu masuk kedalam daerah yang mengandung banyak pembuluh darah dan mendapat oksigen dan gizi dari aliran darah ibu serta membuang karbondioksida dan produk sisa kedalam darah ibu. Setelah implantasi, *endometrium* disebut *desidua*. Desidua yang terdapat antara telur dan dinding rahim disebut *desidua basalis*. Bagian yang menutup *blastosis* atau desidua yang terdapat antara telur dan *cavum uteri* ialah desidua kapsularis dan bagian yang melapisi sisa uterus adalah *desidua vera*. (Kusmiyati, 2010. Hal.38)

Pertumbuhan dan Perkembangan Hasil Konsepsi

Kehamilan normal biasanya berlangsung kira-kira 10 bulan lunar atau 9 bulan kalender, atau 40 minggu atau 280 hari. Lama kelamaan dihitung dari hari pertama menstruasi terakhir (HPMT). Akan tetapi sebenarnya konsepsi terjadi 2 minggu setelah hari pertama menstruasi terakhir. Dengan demikian umur janin pasca konsepsi ada selisih kira-kira dua minggu, yakni 266 hari atau 38 minggu. Usia pasca konsepsi ini akan digunakan untuk mengetahui perkembangan janin.

Pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim sangat dipengaruhi oleh kesehatan ibu, keadaan janin itu sendiri dari plasenta sebagai akar yang akan memberikan nutrisi. Umur janin yang sebenarnya dihitung dari saat fertilisasi atau sekurang-kurangnya dari saat ovulasi. Pertumbuhan hasil konsepsi dibedakan menjadi tiga tahap penting yaitu tingkat ovum (telur) umur 0-2 minggu, dimana hasil konsepsi belum tampak berbentuk dalam pertumbuhan, embrio (mudigah) antara umur 3-5 minggu dan sudah terdapat rancangan bentuk alat-alat tubuh, janin (fetus) sudah berbentuk manusia dan berumur diatas 5 minggu. (Kusmiyati, 2010. Hal.39)

1. Trimester I

Tahap embrio berlangsung dari hari ke-15 sampai sekitar 8 minggu setelah konsepsi. Tahap ini merupakan masa organogenesis yaitu masa yang paling kritis dalam perkembangan sistem organ dan penampilan luar utama janin. Daerah yang sedang berkembang, mengalami pembelahan sel yang cepat dan sangat rentan terhadap malformasi akibat teratogen. Penggunaan obat-obatan perlu dibatasi dan berhati-hati untuk mencegah pengaruh yang tidak diinginkan terhadap buah kehamilan. (Kusmiyati, 2010. Hal.40)

Dari gumpalan sel yang kecil, embrio berkembang dengan pesat menjadi janin. Pada akhir 12 minggu pertama kehamilan jantungnya berdetak, usus-usus lengkap didalam abdomen. Genetalia eksterna

mempunyai karakteristik laki-laki atau perempuan, anus sudah terbentuk dan muka seperti manusia. Janin dapat menelan, melakukan gerakan pernafasan, kencing, menggerakkan anggota badan, mengedipkan mata dan mengerutkan dahi. Mulutnya membuka dan menutup. Berat janin sekitar 15-30 gram dan panjang 5-9 mm. (Kusmiyati, 2010. Hal.40)

2. Trimester I dan II

Pada akhir kehamilan 20 minggu berat janin sekitar 340 gram dan panjang sekitar 16-17 cm. ibu dapat merasakan gerakan bayi, sudah terdapat mekoneum didalam usus dan sudah terdapat verniks pada kulit. Pada kehamilan 28 minggu berat bayi lebih sedikit dari satu kilogram dan panjangnya 23 cm, ia mempunyai periode tidur dan aktivitas merespon suara dan melakukan gerakan pernafasan. Pada usia kehamilan 32 minggu berat bayi 1,7 kg dan panjangnya 28 cm, kulitnya mengkerut dan testis sudah turun ke skrotum pada bayi laki-laki. Pada usia kehamilan 36-40 minggu, jika ibu mendapat gizi yang cukup, kebanyakan berat bayi antara 3 sampai 3,5kg dan panjang 3,5 cm. (Kusmiyati, 2010. Hal.41)

I. **Kebutuhan Fisik Ibu Hamil**

1. Nutrisi

Pada masa kehamilan, ibu hamil harus menyediakan nutrisi yang penting bagi pertumbuhan anak dan dirinya sendiri. Ini berarti dia perlu makan untuk 2 orang, sesuai dan seimbang. Kehamilan meningkatkan kebutuhan tubuh akan protein. Jika calon ibu tidak memperhatikan makanan yang menyediakan lebih banyak protein, dan mungkin tidak mendapatkan protein yang cukup. Kebutuhan makanan bagi ibu hamil lebih banyak dari kebutuhan wanita yang tidak hamil. Kegunaan makanan tersebut adalah :

- a. Untuk pertumbuhan janin yang ada dalam kandungan.

- b. Untuk mempertahankan kesehatan dan kekuatan badan ibu sendiri.
- c. Guna mengadakan cadangan untuk persiapan laktasi (Jannah, 2012, hal. 145).

Kebutuhan Gizi Ibu Hamil :

- a. Pada kehamilan trimester I (minggu 1-12) kebutuhan gizi masih seperti biasa.
- b. Pada kehamilan trimester II (minggu 13-28) dimana pertumbuhan janin cepat, ibu memerlukan kalori $\pm$ 285 dan protein lebih tinggi dari biasanya menjadi 1,5 g/kg BB.
- c. Pada kehamilan trimester III (minggu 27-lahir) kalori sama dengan trimester II tetapi protein naik menjadi 2g/kg BB.

Ibu yang cukup makanannya mendapatkan kenaikan BB yang cukup baik. Kenaikan BB selama hamil rata-rata : 9-13,5 kg.

- 1) Kenaikan BB selama TM I : min 0,7-1,4 kg.
- 2) Kenaikan BB selama TM II : 4,1 kg.
- 3) Kenaikan BB selama TM III : 9,5 kg.

Makanan diperlukan antara lain untuk pertumbuhan janin, plasenta, uterus, buah dada dan kenaikan metabolisme.

- 1) 400 gram protein
- 2) 220 gram lemak
- 3) 80 gram karbohidrat
- 4) 40 gram mineral

Uterus dan plasenta masing-masing membutuhkan 550 gram dan 50 gram protein. Kebutuhan total protein 950 gram, Fe 0,8 gram dan asam folik 300 μ g perhari. Sebagai pengawasan, kecukupan gizi ibu hamil dan pertumbuhan kandungannya dapat diukur berdasarkan kenaikan berat badan rata-rata antara 10-12 kg. Kenaikan berat badan yang berlebihan atau bila berat badan ibu turun setelah kehamilan triwulan kedua, haruslah menjadi perhatian (Pantiawati & Saryono, 2015, hal. 90).

2.2.2 Asuhan Kehamilan

Kehamilan merupakan proses alamiah. Perubahan-perubahan yang terjadi pada wanita selama kehamilan normal adalah bersifat fisiologis. Oleh karenanya, asuhan yang diberikan pun adalah asuhan yang meminimalkan intervensi. Bidan harus memfasilitasi proses alamiah dari kehamilan dan menghindari tindakan-tindakan yang bersifat medis yang tidak terbukti manfaatnya. (Walyani, 2015. Hal.1)

Asuhan kehamilan mengutamakan kesinambungan pelayanan (continuity of care). Sangat penting bagi wanita untuk mendapatkan pelayanan dari seorang profesional yang sama atau dari satu team kecil tenaga profesional, sebab dengan begitu maka perkembangan kondisi mereka setiap saat akan terpantau dengan baik selain juga mereka menjadi lebih percaya dan terbuka karena merasa sudah mengenal si pemberi asuhan. (Walyani, 2015. Hal.2)

Asuhan kehamilan menghargai hak ibu hamil untuk berpartisipasi dan memperoleh pengetahuan/pengalaman yang berhubungan dengan kehamilannya. Tenaga profesional kesehatan tidak mungkin terus menerus mendampingi dan merawat ibu hamil. Karenanya ibu hamil perlu mendapat informasi dan pengalaman agar dapat merawat diri sendiri secara benar. Perempuan harus diberdayakan untuk mampu mengambil keputusan tentang kesehatan diri dan keluarganya melalui tindakan KIE dan konseling yang dilakukan bidan. (Walyani, 2015. Hal.2)

2.3. Persalinan

2.3.1. Konsep Dasar Persalinan

A. Pengertian Persalinan

Persalinan merupakan proses pergerakan keluarnya janin plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang

muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu. (Rohani,dkk, 2016. Hal.1)

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin+uri) yang dapat hidup kedunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain. (Mochtar, 2013. Hal.69)

B. Teori Penyebab Persalinan

1. Teori Keregangan
 - a. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu
 - b. Setelah melewati batas tersebut, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai
2. Teori Penurunan Progesteron
 - a. Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat sehingga pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu
 - b. Produksi progesteron mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin
 - c. Akibatnya, otot rahim mulai berkontraksi adalah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu
3. Teori Oksitosin Internal
 - a. Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior.
 - b. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*.
 - c. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktivitas sehingga persalinan dimulai.

4. Teori Prostaglandin

- a. Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua
- b. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan
- c. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya kehamilan.
(Rohani,dkk, 2016. Hal.4)

C. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Adapun faktor-faktor yang dapat mempengaruhi jalannya proses persalinan adalah janin dan plasenta (*passenger*), jalan lahir (*passage*), kekuatan (*power*), posisi ibu (*positioning*), dan respon psikologis (*psychology response*). Masing-masing dari faktor tersebut dijelaskan berikut ini.

1. Janin dan plasenta (*Passenger*)

Penumpang dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal-hal ini yang perlu diperhatikan mengenai janin adalah ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Sedangkan yang perlu diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar, dan luasnya.

2. Jalan lahir (*Passage*)

Jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal-hal yang perlu diperhatikan dari jalan lahir keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul, sedangkan yang perlu diperhatikan pada jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina dan introitus vagina.

3. Kekuatan (*Power*)

Faktor kekuatan dalam persalinan dibagi atas dua, yaitu :

a. Kekuatan primer (Kontraksi involunter)

Kontraksi berasal dari segmen atas uterus yang menebal dan dihantarkan keuterus bawah dalam bentuk gelombang. Istilah

yang digunakan untuk menggambarkan kontraksi involunter ini antara lain frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi. Kekuatan primer ini mengakibatkan serviks menipis (*effacement*) dan berdilatasi sehingga janin turun.

b. Kekuatan sekunder (kontraksi volunter)

Pada kekuatan ini, otot-otot diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong keluar isi kejalan lahir sehingga menimbulkan tekanan intraabdomen. Tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan dalam mendorong keluar. Kekuatan sekunder tidak memengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting dalam usaha mendorong keluar dari uterus dan vagina.

4. Posisi Ibu (*Positioning*)

Posisi ibu dapat memengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, member rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak (contoh: posisi berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok) member sejumlah keuntungan, salah satunya adalah memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin. Selain itu posisi ini dianggap dapat mengurangi kejadian penekanan tali pusat.

5. Respons Psikologi (*Psychology Response*)

Respons psikologi ibu dapat dipengaruhi oleh :

- a. Dukungan ayah bayi / pasangan selama proses persalinan
- b. Dukungan kakek-nenek (saudara dekat) selama persalinan
- c. Saudara kandung bayi selama persalinan (Sondakh, 2016. Hal.4)

D. Tanda dan Gejala Inpartu

1. Timbul rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur.

2. Keluar lender bercampur darah (*bloody show*) yang lebih banyak karena robekan kecil pada serviks. Sumbatan mukus yang berasal dari sekresi servikal dari proliferasi kelenjar mukosa servikal pada awal kehamilan, berperan sebagai barier protektif dan menutup servikal selama kehamilan. *Bloody show* adalah pengeluaran dari mukus.
3. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya. Pemecahan membrane yang normal terjadi pada kala I persalinan. Hal ini terjadi pada 12% wanita, dan lebih dari 80% wanita akan memulai persalinan secara spontan dalam 24 jam.
4. Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan pembukaan telah ada. Berikut ini adalah perbedaan penipisan dan dilatasi serviks antara nulipara dan multipara.
 - a. Nulipara
Biasanya sebelum persalinan, serviks menipis sekitar 50-60% dan pembukaan sampai 1 cm, dan dengan dimulainya persalinan, biasanya ibu nulipara mengalami penipisan serviks 50-100%, kemudian mulai terjadi pembukaan.
 - b. Multipara
Pada multipara sering kali serviks tidak menipis pada awal persalinan, tetapi hanya membuka 1-2 cm. biasanya pada multipara serviks akan membuka, kemudian diteruskan dengan penipisan.
6. Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit). (Rohani,dkk, 2016. Hal.14)

E. Tahap Persalinan

Tahapan dari persalinan terdiri atas kala I (kala pembukaan), kala II (kala pengeluaran janin), kala III (pelepasan plasenta), kala IV (kala pengawasan/observasi/pemulihan). (Sondakh, 2016. Hal.5)

1. Kala I (Kala Pembukaan)

Kala I dimulai dari saat persalinan mulai (pembukaan nol) sampai pembukaan lengkap (10cm). Proses ini terbagi dalam 2 fase, yaitu :

- a. Fase laten: berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm.
- b. Fase aktif: berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering, dibagi dalam 3 fase :
 - 1) *Fase akselerasi*: dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
 - 2) *Fase dilatasi maksimal*: dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
 - 3) *Fase deselerasi*: pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Proses diatas terjadi pada primigravida ataupun multigravida, tetapi pada multigravida memiliki jangka waktu yang lebih pendek. Pada primigravida, kala I berlangsung ± 12 jam, sedangkan pada multigravida ± 8 jam. (Sondakh, 2016. Hal.5)

2. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Gejala utama kala II adalah sebagai berikut :

- a. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- b. Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- c. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan akibat tertekannya plekus Frankenhauser.
- d. Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi :
 - 1) Kepala membuka pintu.

- 2) Subocciput bertindak sebagai hipomoglion, kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.
- e. Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar praksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
- f. Setelah putar praksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan cara :
 - 1) Kepala dipegang pada os occiput dan dibawah dagu, kemudian ditandai dengan menggunakan cunam kebawah untuk melahirkan bahu depan dan keatas untuk melahirkan bahu belakang.
 - 2) Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.
 - 3) Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.
- g. Lamanya kala II untuk primigravida, 1,5-2 jam dan multigravida 1,5-1 jam. (Sondakh, 2016. Hal.5)

3. Kala III (Pelepasan Plasenta)

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda dibawah ini.

- a. Uterus menjadi bundar.
- b. Uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- c. Tali pusat bertambah panjang.
- d. Terjadi semburan darah tiba-tiba.

Pengeluaran Selaput Ketuban. Selaput janin biasanya lahir dengan mudah, namung kadang-kadang masih ada bagian plasenta yang tertinggal. Bagian tertinggal tersebut dapat dikeluarkan dengan cara :

- a. Menarik pelan-pelan.

- b. Memutar atau memilinnya seperti tali.
- c. Memutar pada klem.
- d. Manual atau digital.

Plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan. Apakah setiap bagian plasenta lengkap atau tidak lengkap. Bagian plasenta yang diperiksa yaitu permukaan maternal yang pada normalnya memiliki 6-20 kotiledon, permukaan fetal, dan apakah terdapat tanda-tanda plasenta suksenturia. Jika plasenta perdarahan yang banyak dan infeksi.

Kala III terdiri dari dua fase, yaitu :

1. Fase Pelepasan Plasenta

Beberapa cara pelepasan plasenta antara lain :

a. Schultze

Proses lepasnya plasenta seperti menutup payung. Cara ini merupakan cara yang paling sering terjadi (80%). Bagian yang lepas terlebih dulu adalah bagian tengah, lalu terjadi retroplasental hematoma yang menolak plasenta mula-mula bagian tengah.

b. Duncan

dengan sebelumnya, pada cara ini lepasnya plasenta mulai dari pinggir 20%. Darah akan mengalir keluar antara selaput ketuban. Pengeluarannya juga serempak dari tengah dan pinggir plasenta

2. Fase Pengeluaran Plasenta

Perasat-perasat untuk mengetahui lepasnya plasenta adalah :

a. Kustner

Dengan meletakkan tangan disertai tekanan diatas simfisis, tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti belum lepas. Jika diam atau maju berarti sudah lepas.

b. Klein

Sewaktu ada his, rahim didorong sedikit. Bila tali pusat kembali berarti belum lepas, diam atau turun berarti lepas (Cara ini tidak digunakan lagi).

c. Strassman

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti plasenta belum lepas, tidak bergetar berarti sudah lepas. Tanda-tanda plasenta telah lepas adalah rahim menonjol diatas simfisis, tali pusat bertambah panjang, rahim bundar dan keras, serta keluar darah secara tiba-tiba. (Sondakh, 2016. Hal.6)

4. Kala IV (Kala Pengawasan/Observasi/Pemulihan)

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Darah yang keluar selama perdarahan harus ditakar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikatakan normal adalah 250 cc, biasanya 100-300cc. jika perdarahan lebih dari 500 cc, maka sudah dianggap abnormal, dengan demikian harus dicari penyebabnya. **Penting untuk diingat:** Jangan meninggalkan wanita bersalin 1 jam sesudah bayi dan plasenta lahir. Sebelum pergi meninggalkan ibu yang baru melahirkan, periksa ulang terlebih dulu dan perhatikanlah 7 pokok penting berikut :

1. Kontraksi rahim: baik atau tidaknya diketahui dengan pemeriksaan palpasi. Jika perlu lakukan masase dan berikan uterotanika, seperti methergin, atau ermetrin dan oksitosin.
2. Perdarahan: ada atau tidak, banyak atau biasa.

3. Kandung kemih: harus kosong, jika penuh, ibu dianjurkan berkemih dan kalau tidak bisa, lakukan kateter.
4. Luka-luka: jahitannya baik atau tidak, ada perdarahan atau tidak.
5. Plasenta dan selaput ketuba harus lengkap.
6. Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernafasan, dan masalah lain.
7. Bayi dalam keadaan baik. (Sondakh, 2016. Hal.7)

G. Patograf

Partograf adalah alat bantu untuk membantuk untuk mengobservasi kemajuan kala I persalinan dan memberikan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama penggunaan partograf adalah sebagai berikut :

1. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks dengan pemeriksaan dalam.
2. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan normal. Dengan demikian, juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
3. Data lengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan.

Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk :

1. Mencatat kemajuan persalinan.
2. Mencatat kondisi ibu dan janinnya.
3. Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
4. Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan.
5. Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu.

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

1. Informasi tentang Ibu

Meliputi nama, umur, gravida, para, abortus, nomor catatan medis/nomor puskesmas, tanggal dan waktu mulai dirawat, serta waktu pecahnya selaput ketuban.

2. Kondisi Janin

DJJ warna dan adanya air ketuban, penyusupan kepala janin.

3. Kemajuan Persalinan

Perbukaan serviks, penurunan bagian terbawah atau presentasi janin, garis waspada, dan garis bertindak.

4. Jam dan waktu

Waktu mulainya fase aktif persalinan, waktu actual saat pemeriksaan atau penilaian.

5. Kontraksi Uterus

Frekuensi kontraksi dalam waktu 10 menit, lama kontraksi dalam detik.

6. Obat dan Cairan yang diberikan

Oksitosin, obat, dan cairan IV yang diberikan

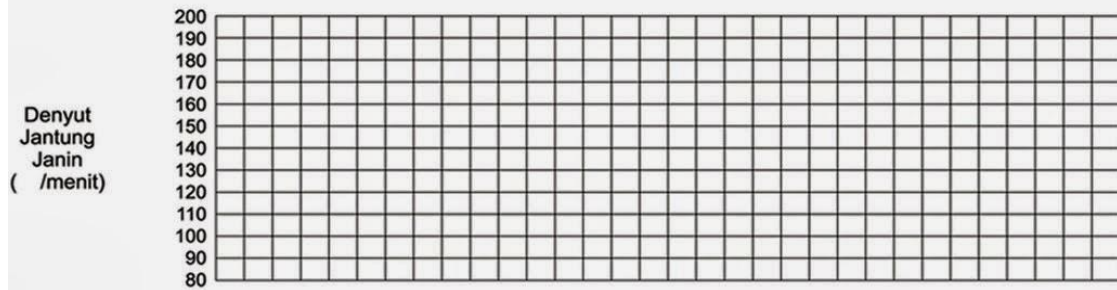
7. Kondisi Ibu

Nadi, tekanan darah, temperatur tubuh, dan urin (volume, aseton, protein)

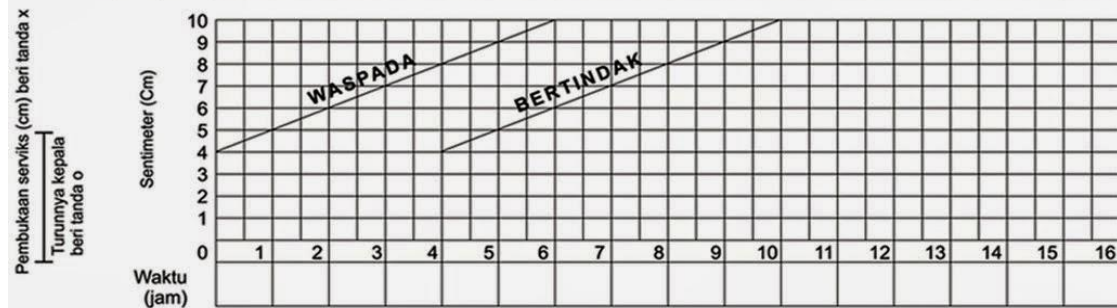
Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Itulah sebabnya bagian ini disebut catatan persalinan. Catatan persalinan ini terdiri dari data atau informasi umum kala I, kala II, kala III, bayi lahir, dan kala IV. (Sondakh, 2016. Hal.12

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. _____ P. _____ A. _____
 No. Puskesmas Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
 Ketuban pecah Sejak jam _____ mules sejak jam _____

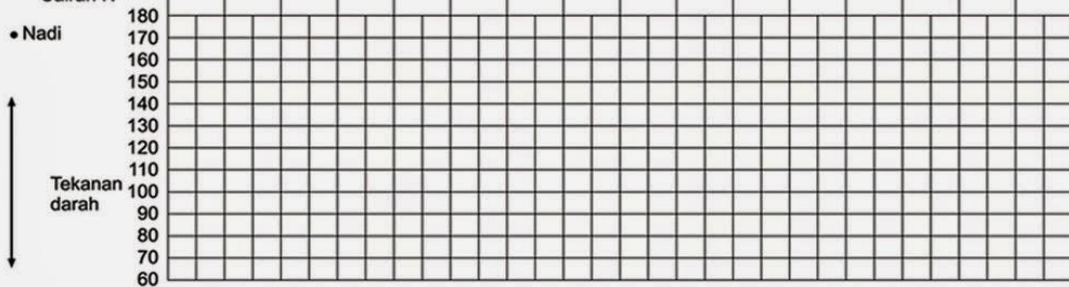


Air ketuban
 Penyusupan



Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV



Suhu °C

Urin { Protein
 Aseton
 Volume

Partograf Depan

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
☐ Bidan ☐ Teman
☐ Suami ☐ Dukun
☐ Keluarga ☐ Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
☐ Ya, Indikasi
☐ Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
☐ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada
☐ Keluarga ☐ Dukun
15. Gawat Janin :
☐ Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
☐ Tidak
16. Distosia bahu :
☐ Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
☐ Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III :menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
☐ Ya, waktu : menit sesudah persalinan
☐ Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
☐ Ya, alasan
☐ Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
☐ Ya,
☐ Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1								
2								

Masalah kala IV :
 Penatalaksanaan masalah tersebut :
 Hasilnya :

Partograf Belakang

24. Masase fundus uteri ?
☐ Ya.
☐ Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
a.
b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
☐ Ya, tindakan :
a.
b.
c.
27. Laserasi :
☐ Ya, dimana
☐ Tidak.
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
☐ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
☐ Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
☐ Ya, tindakan
a.
b.
c.
☐ Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badangram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
☐ Normal, tindakan :
☐ mengeringkan
☐ menghangatkan
☐ rangsang taktil
☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
☐ Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan :
☐ mengeringkan ☐ bebaskan jalan napas
☐ rangsang taktil ☐ menghangatkan
☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
☐ lain - lain sebutkan
☐ Cacat bawaan, sebutkan :
☐ Hipotermi, tindakan :
a.
b.
c.
39. Pemberian ASI
☐ Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
☐ Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :
 Hasilnya :

2.3.2 Asuhan Persalinan

Dasar dari asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi baru lahir serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermi dan asfiksia bayi baru lahir. (IBI 2003, *dalam* Rukiah, 2009. Hal.10)

1. Definisi

Asuhan pada ibu bersalin yaitu asuhan yang dibutuhkan ibu saat proses persalinan (Rukiah, 2019. Hal.10)

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologi yang normal. Kelahiran seorang bayi juga merupakan peristiwa sosial yang ibu dan keluarga menantikannya selama 9 bulan. Ketika persalinan dimulai, peranan ibu adalah untuk melahirkan bayinya. Peran petugas kesehatan adalah memantau persalinan untuk mendeteksi dini adanya komplikasi, disamping itu bersama keluarga memberikan bantuan dan dukungan pada ibu bersalin. (Rukiah, 2019. Hal.10)

2. Tujuan Asuhan Persalinan

Adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek saying ibu dan saying bayi. (Rukiah, 2009. Hal.10)

Tujuan dari asuhan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal, dengan pendekatan seperti ini, berarti bahwa setiap intervensi yang akan dilakukan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan. (Depkes, 2007. *Dalam* Rukiah, 2009. Hal.10)

a. Asuhan Persalinan Kala I

Kala I Persalinan,, dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat, dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap.

Pembagian Kala I Persalinan, Fase laten: dimulai dari awal kontraksi hingga pembukaan mendekati 4 cm, kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik, tidak terlalu mules. Fase aktif: kontraksi diatas 3 kali dalam 10 menit, lamanya 40 detik atau lebih dan mules, pembukaan 4 cm hingga lengkap, penurunan bagian terbawah janin.

Persiapan persalinan antara lain ruang bersalin dan asuhan bayi baru lahir, perlengkapan, bahan, dan obat esensial, rujukan (bila diperlukan), asuhan sayang ibu dalam Kala I, upaya Pencegahan Infeksi yang diperlukan.

Asuhan Sayang Ibu antara lain memberi dukungan emosional, mengatur posisi yang nyaman bagi ibu, cukup asupan cairan dan nutria, keluasaan untuk mobilisasi, termasuk kekamar kecil, penerapan prinsip Pencegahan Infeksi yang sesuai.

Yang tidak dianjurkan selama Kala I yaitu kateterisasi rutin, periksa dalam berulang kali (tanpa indikasi yang jelas), melakukan lavament rutin, mengharuskan ibu pada posisi tertentu dan membatasi kandung kemih mobilisasi, memberikan informasi yang tidak akurat dan berlawanan dengan kenyataan.

Mengosongkan kandung kemih bertujuan untuk memfasilitas kemajuan persalinan, memberi rasa nyaman bagi ibu, jika penuh akan mengganggu proses kontraksi, penyulit pada distosia bahu bila dilakukan sedniri, dapat mencegah terjadinya infeksi akibat trauma atau iritasi. (Rukiah, 2009, Hal.41)

b. Asuhan Persalinan Kala II

Yang dimaksud dengan kala II persalinan adalah proses pengeluaran buah kehamilan sebagai hasil pengenalan proses dan penatalaksanaan kala pembukaan, batasan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (110 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi, kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Lamanya kala II pada persalinan spontan tanpa komplikasi adalah sekitar 40 menit pada *primipara* dan 15 menit pada *multipara*. Kontraksi selama kala II adalah sering, kuat dan sedikit lebih lama yaitu kira-kira 2 menit yang berlangsung 60-90 detik dengan interaksi tinggi dan semakin ekspulsif sifatnya (Walyani & Purwoatuti, 2016, hal. 51-52)

Untuk melakukan asuhan persalinan normal (APN), dirumuskan 60 langkah asuhan persalinan normal sebagai berikut :

1. Mendengarkan dan melihat adanya tanda persalinan kala II.
2. Pastikan alat dan obat telah siap, patahkan ampul oksitosin, dan tempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam bak steril.
3. Kenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
4. Cuci tangan dibawah air mengalir, kemudian keringkan.
5. Pakai sarung tangan DTT.
6. Isap oksitosin 10 IU ke tabung suntik, kemudian letakkan di bak steril (lakukan tanpa mengontaminasi tabung suntik).
Memastikan pembukaan lengkap dan janin baik.
7. Bersihkan vulva dan perineum.
8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, tetapi pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
9. Dekontaminasi sarung tangan yang telah dipakai kedalam larutan klorin 0,5%.
10. Periksa DJJ.

Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan persalinan

11. Beri tahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap keadaan janin baik dengan cara: bantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya. Tunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran, lanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif. Jelaskan anggota keluarga untuk memberi semangat dan mendukung ibu ketika ibu sedang meneran.
12. Minta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
13. Lakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran, diantaranya: bimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran, dukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran, bantu ibu mengambil posisi yang nyaman, anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi, beri ibu minum, nilai DJJ setiap 5 menit.

Persiapan pertolongan kelahiran bayi

14. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu.
15. Letakkan kain bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
16. Membuka partus set.
17. Pakai sarung tangan steril.

Menolong Kelahiran bayi

18. Lindungi perineum dengan tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain pada kepala bayi yang dilakukan tekanan yang lembut tanpa menghambat kepala bayi.
19. Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kasa steril.
20. Periksa lilitan tali pusat.
21. Tunggu kepala sampai melakukan putar paksi luar.

22. Setelah kepala melakukan putar paksi, tempatkan kedua tangan penolong pada sisi muka bayi. Anjurkan ibu meneran pada kontraksi berikutnya, dengan lembut tarik bayi ke bawah untuk mengeluarkan bahu depan, kemudian tarik keatas untuk mengeluarkan bahu belakang.
23. Setelah kedua bahu dilahirkan, telusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada dibagian bawah kearah perineum kepala bayi yang berada dibagian bawah kearah perineum tangan, biarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Kendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian atas untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Gunakan tangan anterior atau bagian atas untuk mengendalikan siku tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, telusurkan tangan yang ada diatas atau anterior dari punggung ke arah kaki. Pegang kedua mata kaki bayi dengan hati – hati untuk membantu kelahiran bayi.
25. Nilai bayi dengan cepat, kemudian diletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi lebih rendah dari tubuhnya.
26. Segera keringkan bayi, bungkus kepala dan badan, kecuali bagian tali pusat.
27. Jepit tali pusat kurang lebih 3 cm dari tubuh bayi. Lakukan urutan tali pusat kearah ibu, kemudian klem pada jarak kurang lebih 2 cm dari klem pertama.
28. Pegang tali pusat dengan satu tangan, lindungi bayi dari gunting, dan potong tali pusat diantara klem tersebut.
29. Ganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, tutupi bagian kepala, biarkan tali pusat tetap terbuka.
30. Berikan bayi kepada ibunya dan anjurkan ibu untuk memeluk bayinya serta memulai pemberian ASI.

Penatalaksanaan aktif kala III

31. Letakkan kain yang bersih dan kering, lakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan bayi kembar.
32. Beri tahu ibu bahwa ia akan disuntik.
33. Dalam 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas bagian luar.
34. Pindahkan klem pada tali pusat sekitar 5-10 cm dari vulva.
35. Letakkan satu tangan diatas kain yang diperut ibu, tepat diatas simfisis pubis dan gunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Pegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
36. Tunggu uterus berkontraksi kemudian lakukan gerakan *dorso-cranial*. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga kontraksi berikutnya dimulai.
37. Minta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan tangan. Pegang plasenta dengan dua tangan dan dengan lembut dan perlahan, lahirkan selaput ketuban.
39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, letakkan telapak tangan difundus uteri dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi atau fundus menjadi keras.
40. Periksa kedua sisi plasenta, baik yang menempel pada ibu maupun janin dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Letakkan plasenta di dalam kantong plastik atau tempat khusus.
41. Evaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera jahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

42. Nilai ulang uterus dan pastikan uterus berkontraksi dengan baik.
Evaluasi perdarahan pervaginam
43. Celupkan kedua tangan besarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%,
bilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air
DTT dan keringkan dengan kain yang bersih.
44. Tempatkan klem tali pusat DTT atau sterilkan atau ikatkan tali DTT
dengan simpul mati di sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
45. Ikan satu lagi dengan simpul mati di bagian tali pusat yang
bersebrangan dengan simpul mati yang pertama.
46. Lepaskan klem bedah dan letakkan di dalam larutan klorin 0,5%.
47. Selimut kembali bayi dan tutupi bagian kepalanya. Pastikan handuk
atau kain bersih dan kering.
48. Anjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
49. Lanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.
50. Ajarkan pada ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan
memeriksa kontraksi uterus.
51. Evaluasi kehilangan darah.
52. Periksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15
menit selama satu jam pertama pascapersalinan. Dan 30 menit selama
jam kedua pascapersalinan. Periksa temperatur tubuh ibu sekali setiap
jam selama dua jam pascapersalinan.
53. Tempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk
dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah
didekontaminasi.
54. Buang bahan – bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah
yang sesuai.
55. Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan
ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih
dan kering.

56. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu dalam memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
57. Dokumentasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan bilas dengan air bersih.
58. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dengan membalikan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
60. Lengkapi halaman depan dan belakang patograf. (Jannah, 2014, 114)

c. Asuhan Persalinan Kala III

Kala III dimulai sejak lahir sampai lahirnya plasenta/uri. Rata-rata lama kala III berkisar 15-30. Tempat implantasi plasenta sering pada dinding depan dan belakang korpus uteri atau dinding lateral. Sangat jarang terdapat pada fundus uteri. Bila terletak pada segmen bawah rahim/SBR, keadaan ini disebut plasenta previa. (Sumarah,dkk, 2009. Hal.145)

1. Pelepasan plasenta

Setelah bayi lahir, terjadi kontraksi uterus. Hal ini mengakibatkan volume rongga uterus berkurang. Dinding uterus menebal. Pada tempat implantasi plasenta juga terjadi penurunan luas area. Ukuran plasenta tidak berubah, sehingga menyebabkan plasenta terlipat, menebal dan akhirnya terlepas dari dinding uterus. Plasenta terlepas sedikit demi sedikit. Terjadi pengumpulan perdarahan diantara ruang plasenta dan desidua basalis yang disebut retroplacenter hematoma. Setelah plasenta terlepas, plasenta akan menempati segmen bawah uterus atau vagina. (Sumarah,dkk, 2009. Hal.146)

2. Tanda-tanda pelepasan plasenta

- a. Perubahan bentuk uterus. Bentuk uterus yang semula discoid menjadi globuler akibat dari kontraksi uterus.
- b. Semburan darah tiba-tiba.
- c. Tali pusat memanjang.
- d. Perubahan posisi uterus. Setelah plasenta lepas dan menempati segmen bawah rahim, maka uterus muncul pada rongga abdomen. (Sumarah,dkk, 2009. Hal.146)

3. Pengeluaran plasenta

Plasenta yang sudah lepas dan menempati segmen bawah rahim, kemudian melalui cerviks, vagina dan dikeluarkan keintroitus vagina. (Sumarah,dkk,2009. Hal.146)

d. Asuhan Persalinan Kala IV

Persalinan kala IV dimulai sejak plasenta lahir sampai dengan 2 jam sesudahnya, adapun hal-hal yang perlu diperhatikan adalah kontraksi uterus sampai uterus kembali kebentuk normal. Hal itu dapat dilakukan dengan melakukan rangsangan taktil (masase) untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat. Perlu juga dipastikan bahwa plasenta telah lahir lengkap dan tidak ada yang tersisa sedikitpun dalam uterus serta benar-benar dijamin tidak terjadi perdarahan lanjut. (Sumarah,dkk,2009. Hal.166)

1. Pemeriksaan servik, vagina, dan perineum

Hal ini berguna untuk mengetahui terjadinya laserasi (adanya robekan) yang dapat diketahui dari adanya perdarahan pasca persalinan, plasenta yang lahir lengkap serta adanya kontraksi uterus.

Segera setelah kelahiran bayi servik dan vagina harus diperiksa secara menyeluruh untuk mencari ada tidaknya laserasi dan dilakukan perbaikan lewat pembedahan kalau diperlukan. Servik, vagina dan perineum dapat diperiksa lebih mudah sebelum pelepasan plasenta

karena tidak ada perdarahan rahim yang mengaburkan pandangan ketika itu. Pelepasan plasenta biasanya terjadi dalam waktu 5 sampai 10 menit pada akhir kala II. Memijat fundus seperti memeras untuk mempercepat pelepasan plasenta tidak dianjurkan karena dapat meningkatkan kemungkinan masuknya sel janin kedalam sirkulasi ibu. Setelah kelahiran plasenta perhatian harus ditujukan pada setiap perdarahan rahim yang dapat berasal dari tempat implantasi plasenta. Kontraksi uterus yang mengurangi perdarahan ini dapat dilakukan dengan pijat uterus dan penggunaan oksitoin. Dua puluh (20) unit oksitosin rutin ditambahkan pada infus intravena setelah bayi dilahirkan. Plasenta harus diperiksa untuk memastikan kelengkapannya. Kalau pasien menghadapi perdarahan masa nifas (misalnya karena anemia, pemanjangan masa augmentasi oksitosin pada persalinan, kehamilan kembar atau hidramnion) dapat diperlukan pembuangan plasenta secara manual, eksplorasi uterus secara manual atau kedua-duanya. (Sumarah,dkk, 2009. Hal.167)

2. Pemantauan dan Evaluasi Lanjut

1. Tanda Vital

Pemantauan tanda vital pada persalinan kala IV antara lain:

- a. Kontraksi uterus harus baik.
- b. Tidak ada perdarahan dari vagina atau alat genitalia lainnya.
- c. Plasenta dan selaput ketuban harus telah lahir lengkap.
- d. Kandung kemih harus kosong.
- e. Luka-luka pada perineum harus terawat baik dan tidak terjadi hematoma.
- f. Bayi dalam keadaan baik.
- g. Ibu dalam keadaan baik.

Pemantauan tekanan darah pada ibu pasca persalinan digunakan untuk memastikan bahwa ibu tidak mengalami syok akibat banyak mengeluarkan darah. Pemantauan suhu tubuh diperhatikan apakah

ada kenaikan suhu tubuh, suhu mencapai 38°C atau lebih dapat menyebabkan produksi urin sedikit sehingga urin menjadi pekat, dan suhu yang tinggi perlu diwaspadai juga kemungkinan terjadinya infeksi dan perlu penanganan lebih lanjut. (Sumarah,dkk, 2009. Hal.167)

2. Kontraksi uterus

Pemantauan adanya kontraksi uterus sangatlah penting dalam asuhan persalinan kala IV dan perlu evaluasi lanjut setelah plasenta lahir yang berguna untuk memantau terjadinya perdarahan. Kalau kontraksi uterus baik dan kuat kemungkinan terjadinya perdarahan sangat kecil. Pasca melahirkan perlu dilakukan pengamatan secara seksama mengenai ada tidaknya kontraksi uterus yang diketahui dengan meraba bagian perut ibu serta perlu diamati apakah tingginya fundus uterus telah turun dari pusat, karena saat kelahiran tinggi fundus akan berada 2-3 jari dibawah pusat dan terletak agak sebelah kanan sampai akhirnya hilang dihari ke-10 persalinan. (Sumarah,dkk,2009. Hal.168)

3. Lochea

Melalui proses katabolisme jaringan, berat uterus dengan cepat menurun dari sekitar 1000gr pada saat kelahiran menjadi sekitar 50gr pada saat 3 minggu masa nifas. Serviks juga kehilangan elastisitasnya dan menjadi kaku seperti sebelum kehamilan. Selama beberapa hari pertama setelah kelahiran secret rahim (*lochia*) tampak merah (*lochia rubra*) karena adanya eritrosit. Setelah 3 sampai 4 hari, lochia menjadi lebih pucat (*lochia serosa*), dan dihari ke-10 lochia tampak putih atau putih kekuningan (*lochia alba*). Lochia yang berbau busuk diduga adanya suatu endometriosis. (Sumarah,dkk,2009. Hal.168)

4. Kandung kemih

Pada saat setelah plasenta keluar kandung kencing, harus diusahakan kosong agar uterus dapat berkontraksi dengan kuat yang berakibat fatal bagi ibu. Jika kandung kemih penuh, bantu ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya dan ibu dianjurkan untuk selalu mengosongkannya jika diperlukan, dan diingatkan kemungkinan keinginan berkemih berbeda setelah dia melahirkan bayinya. Jika ibu tak dapat berkemih, bantu dengan menyiramkan air bersih dan hangat keperineumnya atau masukkan jari-jari ibu kedalam air hangat untuk merangsang keinginan berkemih secara spontan. Kalau upaya tersebut tidak berhasil dan ibu tidak dapat berkemih secara spontan maka perlu dilakukan kateterisasi secara aseptik dengan memasukkan kateter Nelaton DTT atau steril untuk mengosongkan kandung kemih ibu, setelah kosong segera lakukan masase pada fundus untuk membantu uterus berkontraksi baik. (Sumarah,dkk, 2009. Hal.169)

5. Perineum

Terjadinya laserasi atau robekan perineum dan vagina dapat diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan. Robekan perineum hampir terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Hal ini dapat dihindarkan atau dikurangi dengan cara menjaga jangan sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat. Sebaliknya kepala janin yang akan lahir jangan ditahan terlalu kuat dan lama.

Apabila hanya kulit perineum dan mukosa vagina yang robek dinamakan robekan perineum tingkat satu. Pada robekan tingkat dua dinding belakang vagina dan jaringan ikat yang menghubungkan otot-otot diafragma urogenetalis pada garis tengah terluka. Sedang pada tingkat tiga atau robekan total muskulus sfingter ani eksternum ikut terputus dan kadang-kadang dinding depan rektum ikut robek pula. Jarang sekali terjadi robekan yang

mulai pada dinding belakang vagina diatas introitus vagina dan anak dilahirkan melalui robekan itu, sedangkan perineum sebelah depan tetap utuh (robekan perineum sentral). Pada persalinan sulit disamping robekan perineum yang dapat dilihat, dapat pula terjadi kerusakan dan keregangan muskulus puborektalis kanan dan kiri serta hubungannya digaris tengah. Robekan perineum yang melebihi robekan tingkat satu harus dijahit, hal ini dapat dilakukan sebelum plasenta lahir tetapi apabila ada kemungkinan plasenta harus dikeluarkan secara manual lebih baik tindakan itu ditunda melahirkan, kandung kencing ibu harus dalam keadaan kosong, hal ini untuk membantu uterus agar dapat berkontraksi dengan kuat dan normal dan kalau perlu untuk mengosongkan kandung kencing perlu dilakukan dengan kateterisasi aseptik. (Sumarah,dkk, 2009. Hal.169)

2.4 Nifas

2.4.1 Konsep Dasar Nifas

A. Pengertian Nifas

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu. Masa nifas (*puerperium*), berasal dari bahasa Latin, yaitu *puer* yang artinya bayi dan *parous* yang artinya melahirkan atau berarti masa sesudah persalinan. (Saleha, 2009. Hal.4)

Masa nifas (*puerperium*) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti ke keadaan sebelum hamil. (Rukiyah, 2013. Hal.2)

B. Tujuan Asuhan Masa Nifas

1. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis
- 2 Mendeteksi masalah, mengobati, dan merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
3. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, imunisasi, serta perawatan bayi sehari – hari.
4. Memberikan pelayanan (Saleha, 2009. Hal.4)

C. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas seperti dijelaskan diatas merupakan rangkaian setelah proses persalinan dilalui oleh seorang wanita, beberapa tahapan masa nifas yang harus difahami oleh seorang bidan antara lain:

- a. *Puerperium dini* yaitu pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- b. *Puerperium intermedial* yaitu pemulihan menyeluruh alat-alat genital yang lamanya 6-8 minggu.
- c. *Remote puerperium* adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki komplikasi. (Rukiyah, 2011. Hal.5)

D. Fisiologis Masa Nifas

Selama masa nifas, alat-alat interna maupun eksterna berangsur-angsur kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genetalia inidisebut **involutusi**. Pada masa ini terjadi juga perubahan penting lainnya, perubahan-perubahan yang terjadi antara lain sebagai berikut:

1. Uterus

Segera setelah lahirnya plasenta, pada uterus yang berkontraksi posisi fundus uteri berada kurang lebih pertengahan antara umbilikus dan

simfisis, atau sedikit lebih tinggi. Dua hari kemudian, kurang lebih sama dan kemudian mengerut, sehingga dalam dua minggu telah turun masuk kedalam rongga pelvis dan tidak dapat diraba lagi dari luar. Involusi uterus melibatkan pengorganisasian dan pengguguran desidua serta pelupasan situs plasenta, sebagaimana diperlihatkan dengan pengurangan dalam ukuran dan berat serta oleh warna dan banyaknya lochia. Banyaknya lochia dan kecepatan involusi tidak akan terpengaruh oleh pemberian sejumlah preparat metergin dan lainnya dalam proses persalinan. Involusi tersebut dapat dipercepat prosesnya bila ibu menyusui bayinya. (Saleha, 2009. Hal.54)

Dalam keadaan normal, uterus mencapai ukuran besar pada masa sebelum hamil sampai dengan kurang dari 4 minggu, berat uterus setelah kelahiran kurang lebih 1 kg sebagai akibat involusi. Satu minggu setelah melahirkan beratnya menjadi kurang lebih 500 gram, pada akhir minggu kedua setelah persalinan menjadi kurang lebih 300 gram, setelah itu menjadi 100 gram atau kurang. Otot-otot segera berkontraksi setelah postpartum. Pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Setiap kali bila ditimbulkan, fundus uteri berada diatas umbilicus, maka hal-hal yang perlu dipertimbangkan adalah pengisian uterus oleh darah atau pembekuan darah saat awal jam postpartum atau pergeseran letak uterus karena kandung kemih yang penuh setiap saat setelah kelahiran. (Saleha, 2009. Hal.55)

Tab. 2.4

Perubahan Normal –Normal Uterus Selama Postpartum

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat, 2 jari dibawah pusat	1.000 gr
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	500 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal tapi sebelum hamil	30 gr

Sitti Saleha, 2009. *Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas*, Jakarta. Salemba Medika. Hal.55

2. Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas. Lokia terbagi menjadi tiga jenis, yaitu: Lokia rubrasanguienta dan lokia serosa atau alba. (Saleha, 2009. Hal.55) Berikut ini adalah beberapa jenis lokia yang terdapat pada wanita masa nifas.

- Lochea rubra (cruenta) berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, set-set desidua, berniks caseosa, lanugo, dan mekoneum selama 2 hari pasca persalinan. Inilah lokia yang akan keluar selama dua sampai tiga hari postpartum.
- Lochea sanguienta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pasca persalinan.
- Lochea serosa adalah lochea berikutnya. Dimulai dari versi yang lebih pucat dari lokia rubra. Lokia ini berbentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai hari ke-14 pasca persalinan.

Lochea alba mengandung terutama cairan serum, jaringan desidua, leukosit, dan eritrosit.

- d. Lochea alba adalah lochea yang terakhir. Dimulai dari hari ke-14 kemudian makin lama makin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya. Bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua. (Saleha, 2009. Hal.56)

Lochea mempunyai bau yang khas, tidak seperti bau menses. Bau ini lebih tercium pada lochia serosa, bau ini juga akan semakin lebih keras jika bercampur dengan keringat dan harus cermat membedakannya dengan bau busuk yang menandakan adanya infeksi. Lochia dimulai sebagai suatu pelepasan cairan dalam jumlah yang banyak pada jam-jam pertama setelah melahirkan. Kemudian lochia ini akan berkurang jumlahnya sebagai lochia rubra, lalu berkurang sedikit menjadi sanguenta, serosa, dan akhirnya lochia alba. Hal yang biasanya ditemui pada seorang wanita adalah adanya jumlah lochia yang sedikit pada saat ia berbaring dan jumlahnya meningkat pada saat ia berdiri. Jumlah rata-rata pengeluaran lochia adalah kira-kira 240-270ml. (Saleha, 2009. Hal.56)

3. Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah timbulnya trombus, degenerasi, dan nekrosis ditempat implantasi plasenta. Pada hari pertama tebal endometrium 2,5 mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua, dan selaput janin. Setelah tiga hari mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas implantasi plasenta. (Saleha, 2009. Hal.56)

4. Serviks

Segera setelah berakhirnya kala TU, serviks menjadi sangat lembek, kendur, dan terkulai. Serviks tersebut bisa melepuh dan lecet, terutama dibagian anterior. Serviks akan terlihat padat yang mencerminkan vaskularitasnya yang tinggi, lubang serviks lambat laun mengecil, beberapa hari setelah persalinan diri retak karena robekan dalam persalinan. Rongga leher serviks bagian luar akan membentuk seperti keadaan sebelum hamil pada saat empat minggu postpartum. (Saleha, 2009. Hal.57)

5. Vagina

Vagina dan lubang vagina pada permulaan puerperium merupakan suatu saluran yang luas berdinding tipis. Secara berangsur-angsur luasnya berkurang, tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran seorang nulipara. Rugae timbul kembali pada minggu ketiga. Hymen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil, yang dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. (Saleha, 2009. Hal.57)

6. Mamae

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu sebagai berikut:

1. Produksi susu
2. Sekresi susu atau *let down*

Selama Sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambatnya kelenjar pituitari akan mengeluarkan prolaktin (hormone laktogenik). Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa

dirasakan. Pembuluh darah payudara menjadi bengkak terisi darah, sehingga timbul rasa hangat, bengkak dan rasa sakit. Sel-sel acini yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi. Ketika bayi mengisap puting, reflex saraf merangsang lobus posterior pituitari untuk menyekresi hormone oksitosin. Oksitosin merangsang reflex *let down* (mengalirkan) sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui sinus aktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak. Refleks ini dapat berlanjut sampai waktu yang cukup lama. (Saleha, 2009. Hal.58)

7. Perubahan sistem pencernaan

Mual dan muntah terjadi akibat produksi saliva meningkat pada kehamilan trimester I, gejala ini terjadi 6 minggu setelah HPHT dan berlangsung kurang lebih 10 minggu juga terjadi pada ibu nifas. Pada ibu ifas terutama yang partus lama dan terlantar mudah terjadi ileus paralitikus, yaitu adanya obstruksi usus akibat tidak adanya peristaltic usus. Penyebabnya adalah penekanan buah dada dalam kehamilan dan partus lama, sehingga membatasi gerak peristaltik usus, serta bisa juga terjadi karena pengaruh psikis takut BAB karena ada luka jahitan perineum. (Saleha, 2009. Hal.58)

8. Perubahan sistem perkemihan

Kurang lebih 40% wanita nifas mengalami proteinuria yang nonpatologis sejak pasca melahirkan sampai dua hari postpartum agar dapat dikendalikan. Oleh karena itu, contoh specimen diambil melalui kateterisasi agak tidak terkontaminasi dengan lokia yang nonpatologis. Hal ini dapat diwujudkan hanya bila tiidak ada tanda dan gejala infeksi saluran kemih atau pre-eklampsia. (Saleha, 2009. Hal.59)

Disamping itu, kandung kemih pada perineum mempunyai kapasitas yang meningkat secara relatif. Oleh karena itu distensi yang

berlebihan, urine residual yang berlebihan, dan pengosongan yang tidak sempurna, harus diwaspadai dengan seksama. Ureter dan pelvis renalis yang mengalami distensi akan kembali normal pada dua sampai delapan minggu setelah persalinan. (Saleha, 2009. Hal.59)

9. Perubahan sistem muskulosketetal

Ligamen-ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang sewaktu kehamilan dan persalinan berangsur-angsur kembali seperti sedia kala. Tidak jarang ligament rotundum mengendur, sehingga uterus jatuh kebelakang. Fasia jaringan penunjang alat genetalia yang mengendur dapat diatasi dengan latihan-latihan tertentu. Mobilitas sendi berkurang dan posisi lordosis kembali secara perlahan. (Saleha, 2009. Hal.59)

10. Perubahan sistem endokrin

Keadaan normal plasenta menurun dengan cepat, hormone plasenta laktogen tidak dapat terdeteksi dalam 24 jam. Postpartum, hormone HCG menurun dengan cepat, estrogen turun sampeek 10%. Hormon pituary menyebabkan prolaktin meningkat dengan cepat selama kehamilan, wanita yang tidak laktasi prolaktin menurun sampai keadaan sebelum hamil dapat dipengaruhi seberapa banyak ibu menyusui. (Rukiyah, 2011. Hal.72)

Adanya perubahan dari hormone plasenta yaitu estrogen dan progesteron yang menurun. Hormone-hormon pituitary mengakibatkan prolaktin meningkat, FSH menurun, dan LH menurun. Produksi ASI mulai pada hari ke-3 postpartum yang mempengaruhi hormone prolaktin, oksitosin, reflek let down and reflek sucking. Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin. (Rukiyah, 2011. Hal.73)

E. Adaptasi fisiologis ibu masa nifas

Kesejahteraan emosional ibu selama periode pascanatal dipengaruhi oleh banyak faktor, seperti kelelahan, pemberian makanan yang sukses, puas dengan perannya sebagai ibu, cemas dengan kesehatannya sendiri atau bayinya serta tingkat dukungan yang tersedia untuk ibu. Rubin melihat beberapa tahap fase aktifitas penting sebelum seseorang menjadi ibu.

1. *Taking On* : Pada fase ini disebut meniru, pada *taking in* fantasi wanita tidak hanya meniru tapi sudah membayangkan peran yang dilakukan pada tahap sebelumnya. Pengalaman yang berhubungan dengan masa lalu dirinya (sebelum proses) yang menyenangkan, serta harapan untuk masa yang akan datang. Pada tahap ini wanita akan meninggalkan perannya pada masa lalu.
2. *Taking In* : Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan, ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada tubuhnya. Peningkatan nutrisi ibu mungkin dibutuhkan karena selera makan ibu biasanya bertambah, kurangnya nafsu makan menandakan tidak berlangsung normal.
3. *Taking Hold* : Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum ibu menjadi orang tua yang sukses dengan tanggung jawab terhadap bayinya. Pada masa ini ibu agak sensitif dan merasa tidak mahir melakukan hal – hal tersebut. Cenderung menerima nasihat bidan.
4. *Letting Go* : Periode yang biasanya terjadi setiap ibu pulang ke rumah, pada ibu yang bersalin di klinik dan sangat berpengaruh terhadap perhatian yang diberikan oleh keluarganya. Dan depresi post partum terjadi pada periode ini. (Rukiyah,dkk, 2012. Hal.45-46)

2.4.2. Asuhan Masa Nifas

A. Pengertian

Asuhan pada masa nifas adalah asuhan yang diberikan pada ibu nifas tersebut selama dari kelahiran plasenta dan selaput janin hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil. (Varney, 2008 *dalam* Rukiyah, 2012. Hal.106)

Sebagian besar asuhan diberikan untuk memulihkan atau menyembuhkan dan pengembalian alat-alat kandungan ke keadaan sebelum hamil. (Jenny, 2006 *dalam* Rukiyah, 2012. Hal.106)

Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan bahwa 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan, dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama. (Saifuddin, 2006. *Dalam* Rukiyah, 2012. Hal.106)

B. Peran dan Tanggung Jawab Bidan dalam Masa Nifas

Setelah proses persalinan selesai bukan berarti tugas dan tanggung jawab seorang bidan berhenti, karena asuhan kepada ibu harus dilakukan secara komprehensif dan terus menerus, artinya selama masa kurun reproduksi seorang wanita harus mendapatkan asuhan yang berkualitas dan standar, salah satu asuhan berkesinambungan adalah asuhan ibu selama masa nifas, bidan mempunyai peran dan tanggung jawab antara lain:

- a. Bidan harus tinggal bersama ibu dan bayi dalam beberapa saat untuk memastikan keduanya dalam kondisi yang stabil.
- b. Periksa fundus tiap 15 menit pada jam pertama, 20-30 menit pada jam kedua, jika kontraksi tidak kuat. Massase uterus sampai keras karena otot akan menjepit pembuluh darah sehingga menghentikan pendarahan.
- c. Periksa tekanan darah, kandung kemih, nadi, perdarahan, tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua.

- d. Anjurkan ibu minum untuk mencegah dehidrasi, bersihkan perineum, dan kenakan pakaian bersih, biarkan ibu istirahat, beri posisi yang nyaman, dukung program *bounding attachman* dan ASI Eksklusif, ajarkan ibu dan keluarga untuk memeriksa fundus dan perdarahan, beri konseling tentang gizi, perawatan payudara, kebersihan diri.
- e. Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
- f. Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
- g. Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
- h. Membuat kebijakan, perencana program kesehatan yang berkaitan ibu dan anak dan mampu melakukan kegiatan administrasi.
- i. Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
- j. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman.
- k. Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnose dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
- l. Memberikan asuhan secara professional. (Rukiyah, 2012. Hal.4)

C. Kebijakan Program Nasional Nifas

Kunjungan masa nifas dilakukan paling sedikit empat kali.

Tabel 2.5

Kunjungan Masa Nifas

kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6-8 jam postpartum	- Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri mendeteksi dan

		perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut. - Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara - Mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri. - Pemberian ASI awal. - Mengajarkan cara mempercepat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. - Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.
II	6 hari post partum	- Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik. - Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup. - Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan. - Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui. - Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
III	2 minggu post partum	- Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
IV	6 minggu post partum	- Menanyakan penyulit- penyulit yang dialami ibu selama masa nifas. - Memberikan konseling KB secara

dini.

Sumber : astutik ,2015

D. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1. Nutrisi dan Cairan

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapatkan perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat memengaruhi susunan air susu. Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak menandung cairan.

Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut:

- a. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- b. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
- c. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari.
- d. Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pascapersalinan.
- e. Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI. (Saleha, 2009. Hal.71-72)

2. Ambulasi

Ibu yang baru melahirkan mungkin enggan banyak bergerak karena merasa letih dan sakit. Namun ibu harus dibantu turun dari tempat tidur dalam 24 jam pertama setelah kelahiran pervaginam. Ambulasi dini sangat penting dalam mencegah trombosis vena. Tujuan dari ambulasi dini adalah untuk membantu menguatkan otot – otot perut dan dengan demikian menghasilkan bentuk tubuh yang baik, mengencangkan otot dasar panggul sehingga mencegah atau memperbaiki sirkulasi darah ke seluruh tubuh. (Rukiyah,dkk, 2012. Hal.76)

3. Eliminasi : BAK/ BAB

a. BAK

Ibu diminta untuk buang air kecil 6 jam postpartum. Jika dalam 8 jam belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterisasi. Akan tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menunggu 8 jam untuk kateterisasi.

Berikut ini sebab-sebab terjadinya kesulitan berkemih (retensio urine) pada ibu post partum.

- 1). Berkurangnya tekanan intra abdominal.
- 2). Otot – otot perut masih lemah.
- 3). Edema dan uretra.
- 4). Dinding kandung kemih kurang sensitif.

b. BAB

Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besa (defekasi) setelah hari kedua postpartum. Jika hari ketiga belum juga BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rektal. Jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bisa BAB, maka dilakukan klisma. (Saleha, 2009, Hal.73)

4. Personal Hygiene/ Kebersihan Diri

Pada ibu masa nifas sebaiknya anjurkan kebersihan seluruh tubuh. Mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah disekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang anus. Nasehatkan pada ibu untuk membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil dan besar. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain embalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik, dan dikeringkan dibawah sinar matahari dan disetrika. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan

daerah kelaminnya. Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka. (Rukiyah,dkk, 2012, Hal.77-78)

5. Istirahat

Istirahat pada ibu selama masa nifas beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Sarankan ibu untuk kembali ke kegiatan – kegiatan rumah tangga biasa perlahan – lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal: mengurangi jumlah ASI yang diproduksi; memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan; menyebabkan depresi dan ketidak mampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri. (Rukiyah,dkk, 2012. Hal.78)

6. Seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu tidak merasakan ketidaknyamanan, aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap. (Rukiyah,dkk, 2012. Hal.79)

7. Latihan/Senam Nifas

Diskusikan pentingnya mengembalikan otot – otot perut dan panggul kembali normal. Ibu akan merasa lebih kuat dan ini menyebabkan otot perutnya menjadi kuat sehingga mengurangi rasa sakit pada punggung. Beberapa latihan yang dapat ibu lakukan dengan mudah antara lain: dengan tidur terlentang dengan lengan disamping, menarik otot perut selagi menarik nafas, tahan nafas kedalam dan angkat dagu kedada tahan satu hitungan sampai 5. Rileks dan ulangi 10 kali. (Rukiyah,dkk, 2012. Hal.81)

Mulai dengan mengerjakan 5 kali latihan untuk setiap gerakan. Setiap minggu naikan jumlah latihan 5 kali lebih banyak. Pada minggu ke-6 setelah persalinan ibu harus mengerjakan setiap gerakan sebanyak 30

kali. Pada masa nifas ibu sangat membutuhkan asuhan sama seperti pada saat kehamilan bahkan mungkin lebih. (Rukiyah,dkk, 2012. Hal.81)

Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu.

- a) Dengan tidur terlentang dan lengan disamping, tarik otot perut selagi menarik nafas, tahan nafas dalam, angkat dagu ke dada, tahan mulai hitungan 1 sampai 5. Rileks dan ulangi sebanyak 10 kali
- b) Untuk memperkuat tonus otot jalan lahir dan dasar panggul lakukanlah latihan Keagle.
- c) Berdiri dengan tungkai dirapatkan. Kencangkan otot bokong dan pinggul, tahan sampai 5 hitungan. Relaksasi otot dan ulangi latihan sebanyak 5 kali.
- d) Mulai mengerjakan 5 kali latihan untuk setiap gerakan. Setiap minggu naikan jumlah latihan 5 kali lebih banyak. Pada minggu ke-6 setelah persalinan ibu harus mengerjakan setiap gerakan sebanyak 30 kali. (Saleha, 2009. hal.75-76)

2.5. Bayi Baru Lahir

2.5.1 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

A. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai Apgar >7 dan tanpa cacat bawaan. (Rukiyah&Yulianti, 2010. Hal.2)

Neonatus ialah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin. Beralih dari ketergantungan mutlak pada ibu menuju kemandirian

fisiologi. Tiga faktor yang mempengaruhi perubahan fungsi dan proses vital neonatus yaitu maturasi, adaptasi dan toleransi. Selain itu pengaruh kehamilan dan proses persalinan mempunyai peranan penting dalam morbiditas dan mortalitas bayi. Empat aspek transisi pada bayi baru lahir yang paling dramatis dan cepat berlangsung adalah pada sistem pernafasan, sirkulasi, kemampuan menghasilkan sumber glukosa. (Rukiyah&Yulianti, 2010. Hal.2)

Tujuan asuhan pada bayi baru lahir ini adalah memberikan asuhan komprehensif kepada bayi baru lahir pada saat masih diruang rawat serta mengajarkan kepada orang tua dan memberi motivasi agar menjadi orang tua yang percaya diri. Setelah kelahiran, akan terjadi serangkaian perubahan tanda-tanda vital dan tampilan klinis jika bayi reaktif terhadap proses kelahiran. (Muslihatun, 2010. Hal.4)

Masa Neonatal: Masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran.

1. Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir.
2. Neonatus dini: usia 0-7 hari.
3. Neonatus lanjut: 7-28 hari.

Menurut Patricia W. Ladewig (2006) dalam buku asuhan neonatus, bayi, balita, dan anak prasekolah. Pada waktu kelahiran, sejumlah adaptasi psikologik mulai terjadi pada tubuh bayi baru lahir, karena perubahan dramatis ini, bayi memerlukan oemantauan ketat untuk menentukan bagaimana ia membuat suatu transisi yang baik terhadap kehidupannya diluar uterus. Bayi baru lahir juga membutuhkan perawatan yang dapat meningkatkan kesempatan menjalani masa transisi yang baik terhadap kehidupannya diluar uterus. Tujuan asuhan kebidanan yang lebih luas selama masa ini, adalah memberikan perawatan komprehensif kepada bayi baru lahir saat ia dalam ruang gawat, untuk mengajarkan orang tua bagaimana merawat bayi mereka, dan untuk memberi motivasi terhadap

upaya pasangan menjadi orang tua, sehingga orang tua percaya diri dan mantap. (Marmi&Rahardjo, 2012. Hal.5)

B. Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan Diluar Uterus

Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan didalam uterus. Kemampuan adaptasi fungsional neonatus dari kehidupan didalam uterus ke kehidupan diluar uterus. Kemampuan daptasi fisiologis ini disebut juga homeostasis. Bila terdapat gangguan maka bayi akan sakit. (Marmi&Rahardjo, 2012. Hal.11) Konsep-esensial adaptasi fisiologis bayi baru lahir:

1. Memulai segera pernafasan dan perubahan dalam pola sirkulasi merupakan hal yang esensial dalam kehidupan ekstra uteri.
2. Dalam 24 jam setelah lahir, sistem ginjal, gastro instinal, hematologi, metabolik dan sistem neurologi bayi baru lahir harus berfungsi secara memadai untuk maju kearah, dan mempertahankan kehidupan ekstra uteri.

Faktor-faktor yang mempengaruhi adaptasi bayi baru lahir, yaitu :

- a. Pengalaman intra inpartum ibu dan bayi baru lahir.
- b. Kapasitas fisiologis bayi baru lahir untuk melakukan transisi kehidupan ekstra uterin.
- c. Kemampuan tugas kesehatan untuk mengkaji dan merespon masalah.

C. Imunisasi

Imunisasi adalah suatu cara memproduksi imunisasi aktif kekuatan untuk melindungi diri melawan penyakit tertentu dengan cara memasukkan suatu zat dalam tubuh melalui penyuntikan atau secara oral.

Imunisasi adalah suatu cara memproduksi imunitas aktif buatan untuk melindungi diri melawan penyakit tertentu dengan memasukkan suatu zat ke dalam tubuh melalui penyuntikan atau secara oral. Berikut ini

adalah jadwal imunisasi anak rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) (Periode 2014).

Jadwal Pemberian Imunisasi :

1) Saat lahir

Hepatitis B-1 harus diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir, dilanjutkan ketika bayi berusia 1 dan 6 bulan.

Polio-0 diberikan saat kunjungan pertama. Untuk bayi yang lahir di RB/RS, polio oral diberikan saat bayi pulang (untuk menghindari transmisi virus vaksin kepada bayi lain).

2) 1 bulan

HB-2 diberikan saat bayi berusia 1 bulan, interval HB-1 dan HB-2 adalah 1 bulan, bila bayi premature maka imunisasi ditunda sampai bayi berusia 2 bulan atau berat badan 2.000 gram.

3) 0-2 bulan

BCG dapat diberikan sejak lahir. Apabila BCG akan diberikan ketika bayi berusia lebih dari 3 bulan, maka sebaiknya dilakukan uji *tuberkulin* terlebih dahulu, jika hasil uji negative maka imunisasi BCG dapat diberikan. Vaksin BCG ulangan tidak dianjurkan karena manfaatnya diragukan.

4) 2 bulan

DTP-1 diberikan ketika bayi berusia lebih dari 6 minggu, jumlah pemberian 3 kali dengan interval 4-6 minggu.

Polio-1 dapat diberikan bersamaan dengan DTP-1, interval pemberian polio 2, 3, 4, tidak kurang dari 4 minggu vaksin polio ulangan diberikan satu tahun sejak imunisasi polio 4, lalu dilanjutkan pada usia 5-6 tahun.

5) 4 bulan

DTP-2 dapat diberikan secara terpisah atau dikombinasikan dengan Hib-2. Polio-2 diberikan bersamaan dengan DTP-2.

6) 6 bulan

DTP-3 dapat diberikan terpisah atau dikombinasikan Hib-3.

DPT ulangan diberikan 1 tahun setelah imunisasi DTP 3 dan pada usia 5 tahun. DT diberikan pada anak usia 12 tahun. Polio-3 diberikan bersamaan dengan DTP-3

HB-3 diberikan saat bayi berusia 6 bulan. Untuk mendapatkan respon imun optimal, interval HB-2 dan Hb-3 minimal 2 bulan, tetapi interval terbaiknya 5 bulan.

Departemen kesehatan mulai tahun 2005 memberikan vaksin HB-1 *monovalen (uniject)* saat lahir, dilanjutkan dengan vaksin kombinasi DTP/HB pada usia 2, 3 dan 4 bulan. Imunisasi ulangan (*booster*) pada usia 5 tahun tidak diperlukan.

7) 9 bulan

Campak-1 diberikan ketika bayi berusia 9 bulan (Dewi, 2010 hal. 32-33).

E. Asuhan Pada Bayi Baru Lahir

Penilaian atau evaluasi terhadap bayi baru lahir, antara lain meliputi penilaian tahap pertumbuhan dan perkembangan janin, kesesuaian usia kehamilan, penilaian fisik neonatal (skor APGAR, reflex), penilaian fisik neonatal secara sistematis (ada/tidak kelainan morfologi/fisiologi), pemberian identifikasi meliputi jenis kelamin, berat badan, panjang badan, serta menentukan penanganan yang diperlukan. Klasifikasi bayi baru lahir (neonatus), dibedakan menurut tiga kategori.

1. Klasifikasi neonatus menurut masa gestasi:

- a. Neonatus kurang bulan (*preterm infant*) : kurang 259 hari (37 minggu)
- b. Neonatus cukup bulan (*term infant*) : 259 sampai 294 hari (37-42 minggu)
- c. Neonatus lebih bulan (*postterm infant*) : lebih dari 294 hari (42 minggu) atau lebih.

2. Klasifikasi neonatus menurut berat lahir:

1. Neonatus berat lahir rendah: kurang dari 2500 gram
2. Neonatus berat lahir cukup: antara 2500 sampai 4000 gram
3. Neonatus berat lahir lebih: lebih dari 4000 gram

3. Klasifikasi menurut berat lahir terhadap masa gestasi

Dideskripsikan dengan masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilannya, yaitu neonatus cukup/kurang/lebih bulan, apakah sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan. (Muslihatun, 2010. Hal.27)

Pengkajian Fisik Pada Bayi Baru Lahir.

Pengkajian ini dilakukan dikamar bersalin setelah bayi lahir dan setelah dilakukan pembersihan jalan nafas atau resusitasi, pembersihan badan bayi, dan perawatan tali pusat. Bayi ditempatkan ditempat tidur yang hangat, maksud pemeriksaan ini adalah untuk menilai atau menemukan kelainan yang perlu mendapatkan tindakan segera dan kelainan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan, dan kelahiran, misalnya: bayi yang lahir dari ibu yang diabetess militus, eklampsia berat, dan lain-lain, biasanya akan mengakibatkan kelainan pada bayi. Oleh karena itu, pemeriksaan pertama pada bayi baru lahir ini harus segera dilakukan. Hal ini ditujukan untuk menetapkan keadaan bayi dan untuk menetapkan apakah seorang bayi dapat dirawat gabung atau ditempat khusus. Dengan pemeriksaan pertama ini juga bisa menentukan pemeriksaan dan terapi selanjutnya. (Marmi&Rahardjo, 2012. Hal.45)

Pengkajian fisik pada bayi baru lahir merupakan bagian dari prosedur perawatan bayi segera setelah lahir. Berikut ini prosedur perawatan bayi segera setelah lahir :

1. Mempelajari hasil anamnese, meliputi riwayat hamil, riwayat persalinan, riwayat keluarga.
2. Menilai APGAR.
3. Melakukan resusitasi neonatus.

4. Melakukan perawatan tali pusat, pemotongan jangan terlalu pendek dan harus diawasi setiap hari.
5. Memberikan identifikasi bayi dengan memberi kartu bertuliskan nama ibu, diikatkan dipergelangan tangan atau kaki.
6. Melakukan pemeriksaan fisik dan observasi tanda vital.
7. Meletakkan bayi dalam kamar transisi (jika keadaan umum baik), atau dalam incubator jika ada indikasi.
8. Menentukan tempat perawatan: rawat gabung, rawat khusus atau rawat intensif.
9. Melakukan prosedur rujukan bila perlu. Jika ada penyakit yang diturunkan dari ibu, misalnya penyakit hepatitis B aktif, langsung diberikan vaksinasi (globulin) pada bayi. (Marmi&Rahardjo, 2012. Hal.46)

Prosedur pemeriksaan atau pengkajian fisik pada bayi baru lahir, antara lain sebagai berikut :

1. Menginformasikan prosedur dan minta persetujuan orang tua.
2. Mencuci tangan dan keringkan, bila perlu pakai sarung tangan.
3. Memastikan penerangan cukup dan hangat untuk bayi.
4. Memeriksa secara sistematis *head to toe* (kepala, muka, klavikula, lengan, tangan, dada, abdomen, tungkai kaki, spinal dan genetalia).
5. Mengidentifikasi warna dan aktivitas bayi.
6. Mencatat miksi dan mekonium bayi.
7. Mengukur lingkar kepala (LK), lingkar dada (LD), lingkar perut (LP), lingkar lengan atas (LLA), menimbang berat badan (BB) dan mengukur panjang badan (PB) bayi.
8. Mendiskusikan hasil pemeriksaan kepada orang tua.
9. Mendokumentasi hasil pemeriksaan. (Muslihatun, 2010)

Tab. 2.6

Tanda APGAR

TANDA	0	1	2
Appearance (Warna kulit)	<i>Blue</i> (seluruh tubuh biru atau pucat)	<i>Body pink, Limbs Blue</i> (Tubuh kemerahan, ekstremitas biru)	<i>All Pink</i> (Seluruh tubuh kemerahan)
<i>Pulse</i> (Denyut jantung)	<i>Absent</i> (Tidak ada)	<i><100</i>	<i>>100</i>
<i>Grimace</i> (Refleks)	<i>None</i> (Tidak bereaksi)	<i>Grimace</i> (Sedikit gerakan)	<i>Cry</i> (Reaksi melawan, menangis)
<i>Activity</i> (Tonus otot)	<i>Limp</i> (Lumpuh)	<i>Some Flexion of Limbs</i> (Ekstremitas sedikit fleksi)	<i>Active Movement, Limbs Well Flexed</i> (Gerakan aktif, ekstremitas fleksi dengan baik)
<i>Respiratory Effort</i> (Usaha Bernafas)	<i>None</i> (Tidak ada)	<i>Slow, Irregular</i> (Lambat, tidak teratur)	<i>Good, Strong Cry</i> (Menangis kuat)

Sumber : Muslihatun, 2010. *Asuhan Neonatus, Bayi, dan Anak Balita*. Yogyakarta, Fitrama

2.6. Keluarga Berencana

2.6.1 Konsep Dasar Keluarga Berencana

A. Pengertian Keluarga Berencana

Program Keluarga Berencana menurut UU No. 10 tahun 1992 (tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera) adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan

kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera. (Setiyaningrum, 2016. Hal.25)

Menurut Depkes, 1999. Program KB adalah bagian yang terpadu (integral) dalam program pembangunan nasional dan bertujuan untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi, spiritual dan sosial budaya pendudukan Indonesia agar dapat dicapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional. (Setiyaningrum, 2016. Hal.25)

Menurut WHO Expert Committee, 1970), tindakan yang membantu individu/pasutri untuk: Mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan dan menentukan jumlah anak dalam keluarga. (Setiyaningrum, 2016. Hal.26)

B. Sasaran Program KB

Sasaran program KB tertuang dalam RPJMN 2004-2009 yang meliputi :

1. Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk menjadi sekitar 1,14% per tahun.
2. Menurunnya angka kelahiran total (TFR) menjadi sekitar 2,2 per perempuan.
3. Menurunnya PUS yang tidak ingin punya anak lagi dan ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alat/cara kontrasepsi (*unmet need*) menjadi 6%.
4. Meningkatnya peserta KB laki-laki menjadi 4,5%.
5. Meningkatnya penggunaan metode kontrasepsi yang rasional, efektif dan efisien.
6. Meningkatnya rata-rata usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun.
7. Meningkatnya partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak.

8. Meningkatnya jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera yang aktif dalam usaha ekonomi produktif.
9. Meningkatnya jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan Program KB Nasional. (Setiyaningrum, 2016. Hal.27)

C. Jenis-jenis Alat Kontrasepsi

1. Mini Pil (Pil Progesteron)

- a. Cocok untuk perempuan yang sedang menyusui yang ingin menggunakan pil KB.
- b. Sangat efektif pada masa laktasi.
- c. Dosis rendah.
- d. Tidak menurunkan produksi ASI.
- e. Tidak memberikan efek samping estrogen.
- f. Efek samping pertama adalah perdarahan : perdarahan bercak atau perdarahan tidak teratur.
- g. Dapat dicapai sebagai kontrasepsi darurat.

1). Jenis-jenis Minipil

- a. Kemasan dengan isi 35 pil: 300 µg levonorgestrel 350 µg noretindron.
- b. Kemasan dengan isi 28 pil: 75 µg desogestrel.

2). Cara Kerja

- a. Menekankan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat).
- b. Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi tidak sulit.
- c. Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma.
- d. Mengubah mobilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu.

3). Efektivitas

Sangat efektif (98,5%), pada penggunaan minipil jangan sampai terlupa 1-2 tablet atau jangan sampai terjadi gangguan gastrointestinal (muntah, diare), karena akibat kemungkinan terjadi kehamilan sangat besar. Penggunaan obat-obatan mukolitik asetilsistein bersamaan dengan minipil perlu dihindari karena mukolitik jenis ini dapat meningkatkan penetrasi sperma sehingga kemampuan kontrasepsi dari minipil dapat terganggu. Agar didapatkan keefektivitas yang tinggi, maka :

- a. Jangan sampai ada tablet yang terlupa.
- b. Tablet digunakan pada jam yang sama (malam hari).
- c. Senggama sebaiknya dilakukan 3-20 jam setelah penggunaan pil.

4). Keuntungan Kontrasepsi

- a. Sangat efektif bila digunakan secara benar.
- b. Tidak mengganggu hubungan seksual.
- c. Tidak mempengaruhi ASI.
- d. Kesuburan cepat kembali.
- e. Nyaman dan mudah digunakan.
- f. Sedikit efek samping.
- g. Dapat dihentikan setiap saat.
- h. Tidak mengandung estrogen.

5). Keuntungan Nonkontrasepsi

- a. Mengurangi nyeri haid.
- b. Mengurangi jumlah darah haid.
- c. Menurunkan tingkat anemia.
- d. Mencegah kanker endometrium.
- e. Melindungi dari penyakit radang panggul.
- f. Tidak meningkatkan pembekuan darah.
- g. Dapat diberikan pada penderita endometritis.

- h. Kurang menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala dan depresi.
- i. Dapat mengurangi keluhan premenstruasi sindrom (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, nyeri pada betis, lekas marah).
- j. Sedikit sekali mengganggu etabolisme karbohidrat sehingga relatif aman diberikan pada perempuan pengidap kencing manis yang belum mengalami komplikasi.

6). Keterbatasan

- a. Hampir 30-60% mengalami gangguan haid (perdarahan sela, spotting, amenorea).
- b. Peningkatan/penurunan berat badan.
- c. Harus digunakan setiap hari pada waktu yang sama.
- d. Bila lupa 1 pil saja, kegagalan akan lebih besar.
- e. Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat.
- f. Risiko kehamilan ektopik tinggi (4 dari 100 wanita kehamilan), tetapi resiko ini lebih rendah jika dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan minipil.
- g. Efektivitasnya menjadi lebih rendah bila digunakan bersamaan dengan obat tuberkulosis atau obat epilepsi.
- h. Tidak melindungi diri dari infeksi menular seksual atau HIV/AIDS.
- i. Hirsutisme (tumbuh rambut atau bulu berlebih didaerah muka), tetapi sangat jarang terjadi.

7). Indikasi

- a. Usia reproduksi.
- b. Telah memiliki anak atau yang belum memiliki anak.
- c. Meningkatkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui.

- d. Pasca persalinan dan tidak menyusui.
- e. Pasca keguguran.
- f. Perokok segala usia.
- g. Mempunyai tekanan darah tinggi (selama 180/119 mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah.
- h. Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen.

8). Kontraindikasi

- a. Hamil atau diduga hamil.
- b. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- c. Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
- d. Menggunakan obat tuberculosis (rifampisin) atau obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturat).
- e. Kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- f. Sering lupa menggunakan pil.
- g. Miom uterus (progestin memicu pertumbuhan miom uterus).
- h. Risiko stoke (progestin menyebabkan spasme pembuluh darah).

9). Informasi Lain

- a. Terjadinya perubahan siklus haid merupakan hal yang sering ditemukan selama menggunakan minipil, terutamanya 2 atau 3 bulan pertama. Perubahan pola haid tersebut umumnya hanya bersifat sementara dan tidak sampai mengganggu kesehatan.
- b. Kadang-kadang dapat timbul efek samping berupa peningkatan berat badan, sakit kepala ringan dan nyeri payudara. Semua efek samping ini tidak berbahaya dan biasanya hilang dengan sendirinya.
- c. Obat-obatan tertentu seperti obat tuberculosis (rifampisin) dan beberapa obat epilepsi dapat mengurangi efektifitas minipil.

Minipil tidak mencegah terjadinya IMS, termasuk AIDS. Bila pasangan memiliki resiko, kondom perlu digunakan.

10). Peringatan Khusus Untuk Pemakai Minipil

- a. Bila beberapa bulan mengalami haid teratur dan kemudian terlambat haid, perlu diperkirakan kemungkinan telah terjadi kehamilan.
- b. Bila mengeluh perdarahan bercak yang disertai dengan nyeri perut hebat, maka yang pertama kali diperkirakan adalah kemungkinan kehamilan ektopik.
- c. Problem mata (kehilangan penglihatan atau kabur), nyeri kepala hebat, maka perlu diperkirakan kemungkinan terjadinya hipertensi atau problem vascular.
- d. Jika pengguna minipil mengalami kasus diatas datanglah kedokter/klinik.

11) Kunjungan Ulang

Klien harus dijadwalkan kunjungan ulang. Yang dapat dievaluasi oleh Bidan ketika kunjungan klien, seperti tekanan darah, berat badan, riwayat kepuasan wanita atau pasangan terhadap metode tersebut, gambaran tentang cara dan waktu ia mulai meminum pil kontrasepsi, obat-obatan yang diminum apa. (Setiyaningrum, 2016. Hal.112-118)

2. Suntik Progesteron

- a. Sangat efektif.
- b. Aman.
- c. Dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi.
- d. Kembalinya kesuburan lebih lambat, rata-rata 4 bulan.
- e. Cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI.

1). Jenis-jenis Suntikan Progesteron

- a. Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depoprovera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intra muscular (didaerah bokong), disimpan dalam suhu 20°C – 25°C.
- b. Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg Noretrindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan sekali atau setiap 2 bulan untuk 6 bulan pertama (=3 kali suntikan pertama), kemudian selanjutnya satu kali suntikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular.

2). Cara kerja

- a. Mencegah ovulasi.
- b. Mengentalkan lendir serviks sehingga menurun kemampuan penetrasi sperma.
- c. Menjadikan lendir rahim tipis dan atrofi sehingga kurang baik untuk implantasi ovum yang telah dibuahi.
- d. Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

3). Efektivitas

Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektivitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

4). Keuntungan Kontrasepsi

- a. Sangat efektif.
- b. Pencegah kehamilan jangka panjang.
- c. Tidak mengganggu hubungan suami istri.
- d. Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
- e. Tidak mempengaruhi ASI.
- f. Sedikit efek samping.

- g. Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- h. Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause.
- i. Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
- j. Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- k. Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.
- l. Menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*).

5). Keterbatasan

- a. Sering ditemukan gangguan haid, seperti :
 - 1. Siklus haid yang memendek atau memanjang.
 - 2. Perdarahan yang banyak atau sedikit.
 - 3. Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (*spotting*).
 - 4. Tidak haid sama sekali.
- b. Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan).
- c. Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.
- d. Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.
- e. Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan: infeksi menular seksua, titik B virus atau infeksi virus HIV.
- f. Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- g. Terlambatnya kembali kesuburan bukan karena terjadinya kerusakan atau kelainan pada organ genitalia, melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat suntikan).
- h. Terjadinya perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang.

- i. Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas).
- j. Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, neuvositas, jerawat.

6). Indikasi Kontrasepsi Suntikan Progestin

- a. Usia reproduksi.
- b. Nulipara dan yang telah memiliki anak.
- c. Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi.
- d. Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- e. Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- f. Setelah aborus atau keguguran.
- g. Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi.
- h. Perokok.
- i. Mempunyai tekanan darah $<180/119$ mmHg dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit.
- j. Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturate atau ibat tuberculosis (rifampisin).
- k. Tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen.
- l. Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.
- m. Anemia defisiensi besi.
- n. Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.

7). Kontraindikasi Kontrasepsi Suntikan Progestin

- a. Hamil atau dicurigai hamil (risiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran).
- b. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.

- c. Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea.
- d. Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- e. Diabetes mellitus disertai komplikasi.

8). Cara Penggunaan Kontrasepsi Suntikan

- a. Kontrasepsi suntikan DMPA diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular dalam didaerah pantat. Apabila suntikan diberikan terlalu dangkal, penyerapan kontrasepsi suntikan akan lambat dan tidak bekerja segera dan efektif. Suntikan diberikan setiap 90 hari. Pemberian kontrasepsi suntikan Noristerat untuk 3 injeksi berikutnya diberikan setiap 8 minggu. Mulai dengan injeksi kelima diberikan setiap 12 minggu.
- b. Bersihkan kulit yang akan disuntik dengan kapas alkohol yang dibasahi oleh etil/isopropyl alkohol 60-90%. Biarkan kulit kering sebelum disuntik, lalu disuntik.
- c. Kocok dengan baik dan hindarkan terjadinya gelembung-gelembung udara. Kontrasepsi suntik tidak perlu didinginkan. Bila terdapat endapan putih pada dasar ampul, upayakan menghilangkannya dengan menghangatkannya.

9). Peringatan Bagi Pemakai Kontrasepsi Suntikan Progestin

- a. Setiap terhambat haid harus dipikirkan adanya kemungkinan kehamilan.
- b. Nyeri abdomen bawah yang berat kemungkinan gejala kehamilan ektopik terganggu (KET).
- c. Timbulnya abses atau perdarahan tempat injeksi.
- d. Sakit kepala migran, sakit kepala berulang yang berat, atau kaburnya penglihatan.
- e. Perdarahan berat yang dua kali lebih panjang dari masa haid atau dua kali lebih banyak dalam satu periode masa haid.

10). Intruksi Bagi Klien

Klien harus kembali ketempat pelayanan kesehatan atau klinik untuk mendapatkan suntikan kembali setiap 12 minggu untuk DMPA atau setiap 8 minggu untuk Noristerat. (Setiyaningrum, 2016. Hal.126-134)

3. Implant

Kontrasepsi Implant biasa juga disebut Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK) adalah alat kontrasepsi yang disusupkan dibawah kulit atau yang diinsersikan tepat dibawah kulit, dilakukan pada bagian dalam lengan atas atau dibawah siku melalui insisi tunggal dalam bentuk kipas.

Efek Samping Implant

Pada umumnya efek samping yang ditimbulkan implant tidak bahaya. Yang paling sering ditemukan adalah gangguan haid yang terjadiannya bervariasi pada setiap pemakaian, seperti perdarahan haid yang banyak atau sedikit, bahkan ada pemakaian yang tidak haid sama sekali. Keadaan ini biasanya terjadi 3-6 bulan pertama sesudah beberapa bulan kemudian. Efek samping lain yang mungkin timbul, tetapi jarang adalah sakit kepala, mual, mulut kering, jerawat, payudara tegang, perubahan selera makan dan perubahan berat badan.

1). Profil

- a. Efektif 5 tahun untuk Norplant, 3 tahun untuk Jadena, Indoplant atau Implanon.
- b. Nyaman.
- c. Dapat dipakai oleh semua Ibu dalam usia reproduksi.
- d. Pemasangan dan pencabutan perlu diperhatikan.
- e. Kesuburan segera kembali setelah implant dicabut.
- f. Efek samping utama berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak dan amenorea.

- g. Aman dipakai pada masa laktasi

2). Jenis

- a. Implanon : terdiri dari satu barang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm yang diisi dengan 68 mg 3-Keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun.
- b. Jadena dan Indoplant : terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg Levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun.

3). Cara Kerja

- a. Lendir servik menjadi kental karena akibat adanya kerja hormon progesteron yang terkandung dalam kontrasepsi Implant.
- b. Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi karena kerja hormon progesterone menekan hormon estrogen.
- c. Mengurangi transportasi sperma karena kerja hormon progesteron membuat saluran genital menjadi relaksasi sehingga tidak dapat mendorong ovum.
- d. Menekan ovulasi karena hormon estrogen ditekan hormon progesteron yang telah ada sejak awal.

4). Efektivitas

Sangat efektif, kegagalan 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan.

5). Keuntungan Kontrasepsi

- a. Praktis karena hanya satu kali pemasangan pada lama kerja 3-5 tahun dan efektif karena kegagalannya sangat kecil.
- b. Daya guna tinggi karena sangat efektif, berdasarkan kegagalannya hanya 0,2 kehamilan per 100 perempuan.
- c. Perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun).
- d. Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan karena kadar levonorgestrel yang bersirkulasi

menjadi terlalu rendah untuk dapat diukur dalam 48 jam setelah pengangkatan implant.

- e. Tidak memerlukan pemeriksaan dalam karena dilakukan pemasangan pada lengan bagian atas (subkutan).
- f. Bebas dari pengaruh estrogen karena hanya mengandung hormon progesteron.
- g. Tidak mengganggu kegiatan senggama karena dilakukan pemasangan pada lengan bagian atas (subkutan).
- h. Tidak mengganggu ASI karena hanya mengandung hormon progesteron yang tidak mengganggu kerja hormone oksitosin sehingga tidak ada efek terhadap kualitas dan kuantitas air susu ibu, dan bayi tumbuh secara normal.
- i. Klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan karena lama kerja 3-5 tahun.
- j. Dapat dicabut setiap saat sesuai kebutuhan.

6). Keuntungan Nonkontrasepsi

- a. Mengurangi nyeri haid karena progesteron merelaksasi otot-otot rahim.
- b. Mengurangi jumlah darah haid karena progesteron mengganggu sistem pembentukan endometrium.
- c. Mengurangi/memperbaiki anemia karena ketika menggunakan Implant, jumlah darah haid yang keluar lebih sedikit akibat kerja hormon progesteron.
- d. Melindungi terjadinya kanker karena hormone estrogen yang menyebabkan pertumbuhan sel-sel kanker ditekan oleh hormon progesteron.
- e. Menurunkan angka kejadian kelainan jinak kanker payudara karena hanya mengandung hormon progesteron yang tidak mengganggu hormon oksitosin.

- f. Melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul karena progesteron menekan estrogen sehingga melindungi endometrium dari kerusakan dan tetap menjaga endometrium dalam keadaan atrofi.
- g. Melindungi angka kejadian endometriosis karena hormon estrogen yang menyebabkan pertumbuhan epitel dalam endometrium ditekan oleh hormon progesteron dan tidak bisa memicu pertumbuhan endometriosis.

7). Keterbatasan

- a. Pada kebanyakan klien dapat menyebabkan perubahan pola haid berupa perdarahan bercak (*spotting*), hipermenorea, atau meningkatnya jumlah darah haid, serta amenorea. Timbulnya keluhan-keluhan.
- b. Peningkatan/penurunan berat badan karena terjadinya perubahan reaksi hormonal dalam tubuh sehingga berpengaruh pada pola dan nafsu makan ibu.
- c. Nyeri payudara karena berkaitan dengan retensi cairan akibat kerja hormon progesteron.
- d. Perasaan mual.
- e. Pusing kepala, nyeri kepala karena kadar levonogestrel meningkat.
- f. Perubahan perasaan atau kegelisahan merupakan suatu respon pada saat pemasangan kontrasepsi implant.
- g. Membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan karena kontrasepsi implant yang dipasang tidak diserap oleh tubuh, sehingga saat pencabutan harus dilakukan pembedahan minor untuk insisi.
- h. Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk AIDS, karena implant tidak melindungi organ yang dapat terinfeksi menular seksual.

- i. Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi implant sesuai dengan keinginan, akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan karena dalam pencabutan implant membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang ahli.
- j. Efektivitasnya menurun bila menggunakan obat-obat tuberculosis (rifampisin) atau obat epilepsy (fenitoin dan barbiturat) karena progesteron tidak mempengaruhi kerja analgesik atau analgetik.
- k. Terjadinya kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi (1,3 per 100.000 perempuan per tahun)

8). Instruksi Untuk Klien

- a. Daerah insersi harus tetap dibiarkan kering dan bersih selama 48 jam pertama. Tujuannya untuk mencegah infeksi pada luka insisi.
- b. Perlu dijelaskan bahwa mungkin terjadi sedikit perih, pembengkakan, atau lebam pada daerah insisi. Hal ini tidak perlu dikhawatirkan.
- c. Pekerjaan rutin harian tetap dikerjakan. Namun, hindari benturan, gesekan atau penekanan pada daerah insersi.
- d. Balutan penekanan jangan dibuka selama 48 jam, sedangkan plester dipertahankan hingga luka sembuh (biasanya 5 hari).
- e. Setelah luka sembuh, daerah tersebut dapat disentuh dan dicuci dengan tekanan yang wajar.
- f. Bila ditemukan adanya tanda-tanda infeksi seperti demam, peradangan, atau bila rasa sakit menetap selama beberapa hari, segera kembali ke klinik.

4. IUD

IUD atau Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) bagi banyak kaum wanita merupakan alat kontrasepsi yang terbaik. Alat ini sangat efektif dan tidak perlu diingat setiap hari seperti halnya pil. Bagi ibu yang menyusui, AKDR tidak akan mempengaruhi isi, kelancaran ataupun kadar air susu ibu (ASI). Karena itu, setiap calon pemakai AKDR perlu memperoleh informasi yang lengkap tentang seluk-beluk alat kontrasepsi ini. (Manuaba, 2010)

IUD/AKDR adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastik yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormon dan dimasukkan ke dalam rahim melalui vagina dan mempunyai benang (Setiyaningrum, 2016. Hal.165)

1). Profil

- a. Sangat efektif, reversible dan jangka panjang (dapat sampai 10 tahun : Cu-308A).
- b. Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak.
- c. Pemasangan dan pencabutan membutuhkan pelatihan.
- d. Dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi.
- e. Tidak boleh dipakai oleh semua perempuan yang terpapar pada Infeksi Menular Seksual (IMS).

2). Cara Kerja

Cara kerja dari IUD antara lain yaitu :

- a. Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi karena adanya Ion Cu yang dikeluarkan AKDR dengan Copper menyebabkan gangguan gerak spermatozoa.
- b. Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri..
- c. AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat

reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.

- d. Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus karena terjadinya pematatan endometrium oleh leukosit, makrofag, dan limfosit menyebabkan blastiksis mungkin dirusak oleh makrofag dan blastoksis.

3).Keuntungan

Adapun keuntungan dari penggunaan alat kontrasepsi IUD yaitu :

- a. Aman.
- b. Sebagai kontrasepsi, efektifitas tinggi. Sangat efektif $> 0,6-0,8$ kehamilan / 100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).
- c. AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
- d. Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti).
- e. Sangat efektif karena tidak perlu mengingat-ingat lagi.
- f. Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
- g. Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak takut perlu takut untuk hamil.
- h. Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A)
- i. Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI.
- j. Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi efek samping).
- k. Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- l. Tidak ada interaksi antara obat-obatan.
- m. Membantu mencegah kehamilan ektopik.

4). Kerugian IUD

Kerugian dari penggunaan IUD ini yaitu :

- a. Efek samping yang umum terjadi, seperti : Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan antar menstruasi, saat haid lebih sakit.
- b. Komplikasi lain : Merasa sakit dan kejang selama 3-5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia, perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangan benar).
- c. Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.
- d. Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan.
- e. Penyakit radang panggul sesudah perempuan dengan IMS memakai IUD. PRP dapat memicu infertilitas.
- f. Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvic diperlukan dengan pemasangan IUD. Sering kali perempuan takut selama pemasangan.
- g. Sedikit nyeri dan perdarahan terjadi segera setelah pemasangan IUD. Biasanya menghilang 1-2 hari.
- h. Klien tidak dapat melepas IUD oleh dirinya sendiri. Petugas kesehatan terlatih yang harus melepaskan IUD.
- b. Mungkin IUD keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila IUD dipasang sesudah melahirkan).
- c. Tidak mencegah atau memeriksa terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi IUD untuk mencegah persalinan normal.
- d. Perempuan harus memeriksa posisi benang IUD dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukkan jarinya kedalam vagina, sebagian perempuan tidak mau melakukan ini.

- e. Tali IUD dapat menimbulkan perlukaan portio uteri dan mengganggu hubungan seksual.

5).Indikasi Penggunaan IUD

1. Usia reproduktif.
2. Keadaan nullipara.
3. Menginginkan kontrasepsi jangka panjang.
4. Menyusui dan menginginkan kontrasepsi.
5. Setelah melahirkan dan tidak ingin menyusui bayinya.
6. Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi.
7. Risiko rendah dari IMS.
8. Tidak menghendaki metode hormonal.
9. Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari.
10. Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama (lihat kontrasepsi darurat).
11. Perokok.
12. Pasca keguguran atau kegagalan kehamilan apabila tidak terlihat adanya infeksi.
13. Sedang memakai antibiotik atau antikejang.
14. Gemuk ataupun kurus.
15. Sedang menyusui.
16. Penderita tumor jinak payudara.
17. Penderita kanker payudara.
18. Pusing-pusing, sakit kepala.
19. Tekanan darah tinggi.
20. Varises pada tungkai atau divulva.
21. Penderita penyakit jantung (termasuk jantung katup dapat diberi antibiotika sebelum pemasangan AKDR).
22. Pernah menderita stroke.
23. Penderita diabetes mellitus.
24. Penderita penyakit hati atau ampedu.

- 25. Malaria.
- 26. Skistosomiasis (tanpa anemia)
- 27. Penyakit tiroid.
- 28. Epilepsi.
- 29. Nonpelvik TBC.
- 30. Setelah kehamilan ektopik.
- 31. Setelah pembedaan pelvik.

6). Kontraindikasi Penggunaan IUD

- a. Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil).
- b. Perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai dengan dievakuasi).
- c. Sedang menderita infeksi alat genital.
- d. Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septik.
- e. Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri penyakit trofoblas yang ganas.
- f. Diketahui menderita TBC pelvik.
- g. Kanker alat genital.
- h. Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm.

7). Jadwal Kunjungan Kembali ke Klinik

Normalnya klien harus kembali control pertama sesudah datang haid pertama setelah AKDR dipasang (4-6 minggu), tetapi jangan lebih dari 3 bulan. Ditanyakan masalah-masalah yang muncul selama pemakaian AKDR.

Peringatan khusus bagi pengguna IUD sebagai berikut :

- a. Tidak datang haid disertai dengan keluhan mual dan nyeri payudara perlu dicurigai terjadinya kehamilan.
- b. Nyeri perut bagian bawah perlu dicurigai kemungkinan terjadi kehamilan ektopik.

- c. Kram/nyeri perut bagian bawah, terutama bila disertai dengan tidak enak badan, demam/menggigil perlu dicurigai kemungkinan terjadi infeksi panggul.
- d. AKDR progestin tidak melindungi diri dari penyakit hubungan seksual dan AIDS/HIV. (Setiyaningrum, 2016. Hal.164-177)