

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Dasar Kehamilan, Persalinan, Nifas, BBL dan Kontrasepsi

##### 2.1.1 Kehamilan

###### 1. Pengertian Kehamilan

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang bersinambung dan terdiri dari : ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi ( implantasi ) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. (Manuaba, 2010 : 84)

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari ( 40 minggu atau 9 bulan 7 hari ) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Prawirohardjo, 2008: 89)

###### 2. Klasifikasi

- a. Kehamilan diklasifikasikan dalam 3 trimester menurut Sarwono Prawirohardjo, 2011.
  - 1) Trimester kesatu, dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (0-12 minggu).
  - 2) Trimester kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan (13-27 minggu).
  - 3) Trimester ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (28-40 minggu).

Menurut Muslihatun (2011) usia kehamilan (usia gestasi) adalah masa sejak terjadinya konsepsi sampai dengan saat kelahiran, dihitung dari hari pertama haid terakhir (menstrual age of pregnancy). Kehamilan cukup bulan (term/ aterm) adalah usia kehamilan 37 – 42 minggu (259 – 294 hari) lengkap. Kehamilan kurang bulan (preterm) adalah masa gestasi kurang dari 37 minggu (259 hari). Dan kehamilan lewat waktu (postterm) adalah masa gestasi lebih dari 42 minggu (294 hari).

- b. Standart minimal Kunjungan Kehamilan  
Sebaiknya ibu memperoleh sedikitnya 4 kali kunjungan selama kehamilan , yang terdistribusi dalam 3 trimester, yaitu sbb:
  - 1) 1 kali pada trimester I
  - 2) 1 kali pada trimester II
  - 3) 2 kali pada trimester III

Tabel 2.1  
Kunjungan Kehamilan

| Kunjungan         | Waktu                 | Informasi Penting   |
|-------------------|-----------------------|---|
| Trimester Pertama | Sebelum minggu ke 14  | 1. Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dengan ibu hamil.<br>2. Mendeteksi masalah dan menanganinya<br>3. Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemis kekurangan zat besi, penggunaan praktik tradisional yang merugikan<br>4. Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi<br>5. Mendorong perilaku yang sehat (giat, latihan dan kebersihan, dsb) |
| Trimester kedua   | Sebelum minggu ke 28  | Sama seperti diatas ditambah kewaspadaan khusus mengenai preeklampsia (tanya ibu tentang gejala-gejala preeklampsia, pantau TD, evaluasi edema, periksa untuk mengetahui proteinuria)   |
| Trimester ketiga  | Antara minggu 28 – 36 | Sama seperti diatas, ditambah palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda   |
| Trimester ketiga  |                       | Sama seperti diatas, ditambah deteksi letak bayi yang tidak normal, atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran dirumah sakit.  |

(Marjati dkk, 2010 :9-13)

### 3. Proses Kehamilan

#### a. Fertilisasi

Yaitu bertemunya sel telur dan sel sperma. Tempat bertemunya ovum dan sperma paling sering adalah didaerah ampulla tuba. Sebelum keduanya bertemu, maka akan terjadi 3 fase yaitu:

1) Tahap penembusan korona radiata

Dari 200 – 300 juta hanya 300 – 500 yang sampai di tuba fallopi yang bisa menembus korona radiata karena sudah mengalami proses kapasitasi.

2) Penembusan zona pellusida

Spermatozoa lain ternyata bisa menempel di zona pellusida, tetapi hanya satu terlihat mampu menembus oosit.

3) Tahap penyatuan oosit dan membran sel sperma

Setelah menyatu maka akan dihasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid (44 autosom dan 2 gonosom) dan terbentuk jenis kelamin baru (XX untuk wanita dan XY untuk laki - laki)

b. Pembelahan

Setelah itu zigot akan membelah menjadi tingkat 2 sel (30 jam), 4 sel , 8 sel, sampai dengan 16 sel disebut blastomer (3 hari) dan membentuk sebuah gumpalan bersusun longgar.

Setelah 3 hari sel – sel tersebut akan membelah membentuk morula (4 hari). Saat morula masuk rongga rahim, cairan mulai menembus zona pellusida masuk kedalam ruang antar sel yang ada di massa sel dalam. Berangsur – angsur ruang antar sel menyatu dan akhirnya terbentuklah sebuah rongga/blastokel sehingga disebut blastokista (4 – 5 hari). Sel bagian dalam disebut embrioblas dan sel diluar disebut trofoblas. Zona

pellusida akhirnya menghilang sehingga trofoblast bisa masuk endometrium dan siap berimplantasi (5 – 6 hari) dalam bentuk blastokista tingkat lanjut.

c. Nidasi / implantasi

Yaitu penanaman sel telur yang sudah dibuahi (pada stadium blastokista) kedalam dinding uterus pada awal kehamilan. Biasanya terjadi pada pars superior korpus uteri bagian anterior/posterior. Pada saat implantasi selaput lendir rahim sedang berada pada fase sekretorik (2 – 3 hari setelah ovulasi). Pada saat ini, kelenjar rahim dan pembuluh nadi menjadi berkelok – kelok. Jaringan ini mengandung banyak cairan (Marjati,dkk.2010 ; 37)

**4. Pertumbuhan dan Perkembangan Embrio**

a. Masa pre embrionic

Berlangsung selama 2 minggu sesudah terjadinya fertilisasi terjadi proses pembelahan sampai dengan nidasi. Kemudian bagian inner cell mass akan membentuk 3 lapisan utama yaitu ekstoderm, endoderm serta mesoderm.

1) Masa embrionic

Berlangsung sejak 2 – 6 minggu sistem utama didalam tubuh telah ada didalam bentuk rudimenter. Jantung menonjol dari tubuh dan mulai berdenyut. Seringkali disebut masa organogenesis/ masa pembentukan organ.

## 2) Masa fetal

Berlangsung setelah 2 minggu ke-8 sampai dengan bayi lahir

Minggu ke-12 : Panjang tubuh kira – kira 9 cm, berat 14 gram, sirkulasi tubuh berfungsi secara penuh, tractus renalis mulai berfungsi, terdapat refleks menghisap dan menelan, genitalia tampak dan dapat ditentukan jenis kelaminnya.

Minggu ke 16 : Panjang badan 16 cm, berat 10 gram, kulit sangat transparan sehingga vaso darah terlihat, deposit lemak subkutan lemak terjadi rambut mulai tumbuh pada tubuh.

Minggu ke 20 : Kepala sekarang tegak dan merupakan separuh PB, wajah nyata, telinga pada tempatnya, kelopak mata, lais dan kuku tumbuh sempurna. Skeleton terlihat pada pemeriksaan sinar X kelenjar minyak telah aktif dan verniks kaseosa akan melapisi tubuh fetus, gerakan janin dapat ibu setelah kehamilan minggu ke 18, tractus renalis mulai berfungsi dan sebanyak 7 – 17 ml urine dikeluarkan setiap 24 jam.

Minggu ke 24 : Kulit sangat keriput, lanugo menjadi lebih gelap dengan vernix kaseosa meningkat. Fetus akan menyepak dalam merespon rangsangan.

Minggu ke 28 : Mata terbuka, alis dan bulu mata telah berkembang dengan baik, rambut menutupi kepala, lebih banyak deposit lemak subkutan menyebabkan kerutan kulit berkurang, testis turun ke skrotum.

Minggu ke 32 : Lanugo mulai berkurang, tubuh mulai lebih membulat karena lemak disimpan disana, testis terus turun.

Minggu ke 36 : Lanugo sebagian besar terkelupas, tetapi kulit masih tertutup verniks kaseosa, testis fetus laki – laki terdapat didalam skrotum pada minggu ke 36 ovarium perempuan masih berada di sekitar batas pelvis, kuku jari tangan dan kaki sampai mencapai ujung jari, umbilikus sekarang terlihat lebih dipusat abdomen.

Minggu ke 40 : Osifikasi tulang tengkorak masih belum sempurna, tetapi keadaan ini merupakan keuntungan dan memudahkan fetus melalui jalan lahir. Sekarang terdapat cukup jaringan lemak subkutan dan fetus mendapatkan tambahan BB hampir 1 kg pada minggu tersebut

(Marjati,dkk, 2010: 39)

## 5. Tanda dan Gejala Kehamilan

### a. Tanda presuntif kehamilan

- 1) Amenore (terlambat datang bulan)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya pembentukan folikel de Graff dan ovulasi di ovarium. Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi selama kehamilan, dan perlu diketahui hari pertama haid terakhir untuk menentukan tuanya kehamilan dan tafsiran persalinan.

2) Mual muntah

Umumnya terjadi pada kehamilan muda dan sering terjadi pada pagi hari. Progesteron dan estrogen mempengaruhi pengeluaran asam lambung yang berlebihan sehingga menimbulkan mual muntah.

3) Ngidam

Menginginkan makanan/minuman tertentu, sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan tetapi menghilang seiring tuanya kehamilan.

4) Sinkope atau pingsan

Terjadi sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf dan menimbulkan sinkope/pingsan dan akan menghilang setelah umur kehamilan lebih dari 16 minggu.

5) Payudara tegang

Pengaruh estrogen, progesteron, dan somatomamotropin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara menyebabkan rasa sakit terutama pada kehamilan pertama.

6) Anoreksia nervousa

Pada bulan-bulan pertama terjadi anoreksia (tidak nafsu makan), tapi setelah itu nafsu makan muncul lagi.

7) Sering kencing

Hal ini sering terjadi karena kandung kencing pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang karena uterus yang membesar keluar rongga panggul.

8) Konstipasi/obstipasi

Hal ini terjadi karena tonus otot menurun disebabkan oleh pengaruh hormone estrogen.

9) Epulis

Hipertrifikasi gusi disebut epulis dapat terjadi pada kehamilan.

10) Pigmentasi

Terjadi pada kehamilan 12 minggu keatas

- Pipi : Cloasma gravidarum

- Keluarnya melanophore stimulating hormone hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi yang berlebihan pada kulit.
- Perut : Striae livide
- Striae albican
- Linea alba makin menghitam
- Payudara : hipepigmentasi areola mamae
- Varises atau penampakan pembuluh vena

Karena pengaruh estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena. Terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah itu terjadi disekitar genitalia eksterna, kaki dan betis erta payudara.

b. Tanda Kemungkinan (Probability Sign)

1) Pembesaran Perut

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

a) Tanda Hegar

Tanda Hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uterus.

b) Tanda Goodel

Pelunakan serviks

c) Tanda Chadwicks

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

d) Tanda Piskacek

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

e) Kontraksi Braxton Hicks

Peregangan sel – sel otot uterus, akibat meningkatnya actomycin didalam otot uterus. Kontraksi ini tidak beritmik, sporadis, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan 8 minggu.

f) Teraba Ballotement

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

g) Pemeriksaan tes biologis kehamilan (planotest) positif

Pemeriksaan ini adaah untuk mendeteksi adanya hCG yang diproduksi oleh sinsitotrofoblas sel selama kehamilan. Hormon ini disekresi diperedaran darah ibu (pada plasma darah), dan diekskresi pada urine ibu.

c. Tanda Pasti (Positive Sign)

1) Gerakan janin dalam rahim

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

2) Denyut jantung janin

Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf ( misalnya doppler)

3) Bagian bagian janin

Bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester akhir)

4) Kerangka janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG (Marjati dkk, 2010:72-75)

## 6. Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut kementerian kesehatan (2013) 6 masalah ini bisa menyebabkan keguguran atau kelahiran dini(prematur) yang membahayakan ibu dan bayi yaitu :

a. Perdarahan Pada Hamil Muda Maupun Hamil Tua

Perdarahan vagna dalam kehamilan adalah jarang yang normal. Pada masa awal kehamilan, ibu akan mengalami perdarahan yang sedikit atau spotting di sekitar waktu pertama

terlambat haid. Hal ini karena terjadi implantasi. Pada waktu lain dalam kehamilan, perdarahan ringan mungkin pertanda dari servik yang rapuh (erosi), mungkin normal atau disebabkan oleh infeksi. Perdarahan vagina yang terjadi pada wanita hamil dapat dibedakan menjadi 2 bagian: pada awal kehamilan: abortus, mola hidatidosa dan kehamilan ektopik terganggu. Pada akhir kehamilan: solusio plasenta dan plasenta previa (Jannah, 2011).

Perdarahan dapat terjadi pada setiap usia kehamilan. Pada kehamilan muda sering dikaitkan dengan kejadian abortus, miscarriage, early pregnancy loss. Perdarahan yang terjadi pada umur kehamilan yang lebih tua terutama setelah melewati trimester III disebut perdarahan antepartum. (Prawirohardjo, 2010). Perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu. Biasanya lebih banyak dan lebih berbahaya daripada perdarahan kehamilan sebelum 28 minggu. Kelainan antepartum dapat berasal dari:

- 1) Kelainan plasenta : plasenta previa, solusio plasenta (abruption plasenta) atau perdarahan antepartum yang belum jelas sumbernya, seperti inversion velamentosa, rupture sinus marginalis, plasenta sirkumvalata.

2) Bukan dari kelainan plasenta, biasanya tidak begitu berbahaya, misalnya kelainan serviks dan vagina (erosion, polip, varises yang pecah) dan trauma. (Mochtar,2011)

b. Bengkak Dikaki, Tangan Atau Wajah Disertai Sakit Kepala Atau Kejang.

Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan dan sering kali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan yang biasa disebabkan oleh pengaruh hormone dan keletihan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat dan menetap dan tidak hilang dengan beristirahat adalah salah satu gejala preeclampsia. Preeclampsia biasanya disertai dengan penglihatan tiba-tiba hilang/kabur. Bengkak/oedema pada kaki dan muka disertai nyeri pada epigastrium (Jannah,2011).

Edema dapat terjadi pada kehamilan normal. Edema yang terjadi pada kehamilan mempunyai interpretasi, misalnya 40% edema dijumpai pada hamil normal, 60% edema dijumpai pada kehamilan yang hipertensi, 80% edema dijumpai pada kehamilan dengan hipertensi dan proteinuria. Edema terjadi karena hipoalbuminemia atau kerusakan sel endotel kapilar. Edema yang patologik adalah edema yang nondependent pada muka dan tangan atau edema generalisata dan biasanya disertai

dengan kenaikan berat badan yang cepat.(Prawirohardjo, 2010).

c. Demam Atau Panas Tinggi

Demam tinggi terutama yang diikuti tubuh menggigil, rasa sakit seluruh tubuh, sangat pusing biasanya disebabkan malaria. Pengaruh malaria terhadap kehamilan : memecahkan butir darah merah sehingga menimbulkan anemia, infeksi plasenta dapat menghalangi pertukaran dan menyalurkan nutrisi ke Rahim, panas badan tinggi merangsang terjadi kontraksi Rahim. Akibat gangguan tersebut dapat terjadi keguguran,persalinan prematuritas, dismaturitas, kematian neonates tinggi, kala II memanjang dan retensi plasenta(Jannah,2011).

d. Air ketuban keluar sebelum waktunya

Dapat diidentifikasi dengan keluarnya cairan mendadak disertai bau yang khas. Adanya kemungkinan infeksi dalam Rahim dan persalinan prematuritas yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi. Ketuban pecah dini yang disertai kelainan letak akan mempersulit persalinan yang dilakukan di tempat dengan fasilitas yang belum memadai(Jannah,2011).

e. Bayi Dikandungan Gerakannya Berkurang Atau Tidak Bergerak

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya selama bulan ke 5 atau ke

6. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal.

Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Biasanya diukur dalam waktu 12 jam yaitu sebanyak 10 kali.

(Jannah,2011)

f. Muntah terus (tidak mau makan)

Mual muntah yang berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sahari-hari karena keadaan umumnya menjadi buruk karena terjadi dehidrasi bisa disebut dengan hyperemesis gravidarum.(Mochtar,2011). Gejala hyperemesis lainnya: napsu makan menurun, berat badan menurun, nyeri daerah epigastrium, tekanan darah menurun dan nadi meningkat, lidah kering dan mata Nampak cekung(Jannah,2011). Menurut Rahmawati 2011 beberapa faktor predisposisi dan faktor lain yang telah ditemukan adalah sebagai berikut.

1) Factor predisposi: primigravida, overdistensi Rahim: hidramnion, kehamilan ganda, estrogen dan HCG tinggi, mola hidatidosa.

2) Factor organic: masuknya vili khorialis dalam sirkulasi maternal, perubahan metabolic akibat hamil, resistensi yang menurun dari pihak ibu, alergi.

- 3) Factor psikologis: rumah tangga yang retak, hamil yang tidak diinginkan, takut terhadap kehamilan dan persalinan, takut terhadap tanggung jawab sebagai ibu dan kehilangan pekerjaan.

Menurut Mochtar 2011 Batas mual muntah berapa banyak yang disebut hyperemesis gravidarum tidak ada kesepakatan. Ada yang mengatakan, bisa lebih dari 10 kali muntah akan tetapi apabila keadaan umum ibu terpengaruh dianggap hyperemesis. Tingkat hyperemesis ada 3, yaitu:

- 1) Tingkat I : Ringan

Mual muntah terus menerus menyebabkan penderita lemah, tidak mau makan, berat badan turun dan rasa nyeri di epigastrium, nadi sekitar 100 kali permenit, tekanan darah turun, turgor kulit kurang, lidah kering dan muka cekung.

- 2) Tingkat II : Sedang

Mual muntah yang hebat menyebabkan keadaan umum penderita lebih parah, lemah, apatis, turgor kulit mulai jelek, lidah kering dan kotor, nadi kecil dan cepat, suhu badan naik(dehidrasi),icterus ringan, berat badan turun, mata cekung, tensi turun, hemokonsentrasi, oliguria dan konstipasi. Dapat pula terjadi asetonuria dan dari napas keluar bau aseton.

### 3) Tingkat II : Berat

Keadaan umum jelek, kesadaran sangat menurun, samnolen smpai koma, nadi kecil, halus dan cepat, dehidrasi hebat, suhu badan naik dan tensi turun sekali, icterus. Komplikasi yang dapat berakibat fatal terjadi pada susunan syaraf pusat (ensefalopati Wernicke) dengan adanya nistagmus, diplopia, perubahan mental.

## 7. ANC Terintegrasи

### a. Definisi

Pelayanan antenatal komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil serta terpadu dengan program lain yang memerlukan intervensi selama kehamilannya.

### b. Tujuan

Untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal yang berkualitas, menjalani kehamilan yang sehat, bersalin dengan selamat (well health mother), dan bayinya lahir sehat (well born baby).

Agar ibu dapat menjalani kehamilan yang sehat, pada saat pelayanan antenatal dilakukan skrining untuk mendeteksi secara dini risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi. Setelah ditemukan risiko atau komplikasi yang dapat mengancam keselamatan ibu dan janinnya, segera dilakukan

penanganan baik itu berupa asuhan mandiri, kolaborasi maupun rujukan dengan mempertahankan kondisi ibu dan janin tetap dalam keadaan optimal. Dengan demikian, tujuan akan well born baby dan well health mother dapat tercapai

c. ANC terintegrasi terdiri dari :

- 1) Maternal Neonatal Tetanus Elimination (MNTE) : dilakukan dengan pemberian imunisasi TT pada Wanita Usia Subur (WUS), baik pada catin ataupun pada ibu hamil.
- 2) Antisipasi Defisiensi Gizi dalam Kehamilan (Andika) : dilakukan dengan pemeriksaan Hb rutin pada ibu hamil, yaitu 2 kali selama kehamilan, pada trimester pertama dan trimester kedua. Hal ini dilakukan untuk mendeteksi anemia dalam kehamilan terkait dengan peristiwa haemodilusi dalam kehamilan. Semakin tua usia kehamilan, kadar Hb cenderung menurun. Maka dari itu, setiap ibu hamil diberi 1 tablet Fe per hari selama 3 bulan berturut-turut. Dengan demikian, kadar Hb ibu hamil diharapkan tetap stabil dalam keadaan normal. Selain pemeriksaan Hb, dilakukan juga pengukuran LILA yang dimaksudkan untuk mendeteksi adanya KEK pada ibu hamil. Lingkar lengan atas menjadi patokan dalam penentuan status gizi ibu hamil dikarenakan

pertambahan BB ibu hamil meliputi pertambahan BB ibu, BB janin, air ketuban, dan penimbunan cairan yang sering terjadi pada ibu hamil, sehingga pertambahan BB ibu hamil tidak cukup akurat untuk menilai status gizinya. Adapun penanganan KEK pada ibu hamil adalah dengan pemberian PMT.

- 3) Pencegahan dan Pengobatan IMS (Infeksi Menular Seksual)/ISK (Infeksi Saluran Kemih) dalam Kehamilan : melakukan skrining dengan anamnesa terarah dan pemeriksaan fisik dan penunjang bila tersedia, terapi ibu, terapi partner, terapi BBL dan KIE pada infeksi berulang.
- 4) Eliminasi Sifilis Kongenital (ESK) : skrining dengan pemeriksaan Lab dan rapid test, terapi ibu, terapi partner, terapi BBL dan KIE pada infeksi berulang.
- 5) Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi (PMTCT) : mencegah penularan HIV pada WUS, mencegah KTD pada ibu yang HIV(+), PMTCT, pemberian dukungan psikologis pada keluarga yang HIV(+).
- 6) Pencegahan Malaria dalam Kehamilan (PMDK) : melakukan KIE tentang kesehatan lingkungan, repellent (obat nyamuk) dan tanaman repellent, pemberian kelambu berinsektisida di daerah endemis, skrining darah

malaria di daerah endemis dan diulang jika memperlihatkan tanda gejala malaria, dan terapi kina.

- 7) Peningkatan Intelegensi Janin pada Kehamilan (Brain Booster) : masih dalam pembahasan, dimulai pada usia kehamilan >20 minggu, pemberian ADIK (Asam folat, DHA, Iodium, dan Kalsium) pada ibu hamil, dan stimulasi auditorik janin.
- 8) Penatalaksanaan TB dalam ANC (TB-ANC) : Program DOTS (Directly Observed Treatment Shortcourse Chemotherapy) tanpa Streptomycin selama 6 – 8 bulan. Program DOTS adalah dengan pemberian obat-obatan TBC yang terdiri dari : Isoniasid (INH), Rifamficin, Pirasinamid (untuk BTA), Etambutol (jika resisten terhadap INH) dan Streptomycin (dapat menembus barier placenta dan merusak saraf pendengaran janin).
- 9) Pencegahan Kecacingan dalam Kehamilan : kecacingan dalam kehamilan dapat menimbulkan anemia ibu dan janin, dilakukan uji feses di daerah yang tinggi angka kecacingannya, kemudian dilakukan terapi pada ibu yang cacingan setelah trimester pertama.

d. Output yang diharapkan :

- 1) K1 : menemukan faktor risiko dan menentukan usia kehamilan.
- 2) K2 : memantau faktor risiko dan deteksi kelainan bawaan.
- 3) K3 & K4 : memantau DJJ, deteksi komplikasi, persiapan persalinan dan konseling KB

## **8. Perubahan Fisiologis Ibu Hamil**

a. Uterus

Uterus bertambah besar semula 30 gram menjadi 1000 gram, pembesaran ini dikarenakan hipertropi oleh otot-otot rahim.

b. Vagina

- 1) Elastisitas vagina bertambah
- 2) Getah dalam vagina biasanya bertambah, reaksi asam PH :3,5-6
- 3) Pembuluh darah dinding vagina bertambah, hingga waran selaput lendirnya berwarna kebiru- biruan (Tanda chadwick).
- 4) Ovarium (Indung Telur)

Ovulasi terhenti, masih terdapat corpus luteum graviditatis sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron.

5) Kulit

Terdapat hiperpigmentasi antara lain pada areola normal, papila normal, dan linea alba.

6) Dinding perut

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan perobekan selaput elestis di bawah kulit sehingga timbul strie gravidarum.

7) Payudara

Biasanya membesar dalam kehamilan, disebabkan hipertropi dari alveoli puting susu biasanya membesar dan berwarna lebih tua. Areola mammae melebar dan lebih tua warnannya.

8) Sistem Respirasi

Wanita hamil tekadang mengeluh sering sesak nafas, yang sering ditemukan pada kehamilan 3 minggu ke atas. Hal ini disebabkan oleh usus yang tertekan kearah diafragma akibat pembesaran rahim, kapasitas paru meningkat sedikit selama kehamilan sehingga ibu akan bernafas lebih dalam.

Sekitar 20-25%.

9) Sistem urinaria

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih tertekan oleh uterus yang membesar, dimana kebutuhan

nutrisi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan pemberian ASI.

(Sarwono,2007:94-100)

## **9. Perubahan Psikologis Ibu Hamil**

### **a. TM I**

Segera setelah terjadi peningkatan hormon estrogen dan progesteron dalam tubuh maka akan segera muncul berbagai ketidaknyamanan secara fisiologis pada ibu misalnya mual muntah , keletihan dan pembesaran pada payudara. Hal ini akan memicu perubahan psikologi seperti berikut ini.

- 1) Ibu akan membenci kehamilannya, merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan
- 2) Mencari tahu secara aktif apakah memang benar – benar hamil dengan memperhatikan perubahan pada tubuhnya dan seringkali memberitahukan orang lain apa yang dirahasiakannya
- 3) Hasrat melakukan seks berbeda – beda pada setiap wanita.

Ada yang meningkat libidonya, tetapi ada juga yang mengalami penurunan. Pada wanita yang mengalami penurunan libido, akan menciptakan suatu kebutuhan untuk berkomunikasi secara terbuka dan jujur dengan suami.

4) Bagi calon suami sebagai calon ayah akan timbul kebanggan, tetapi bercampur dengan keprihatinan akan kesiapan untuk mencari nafkah bagi keluarga.

b. TM II

Trimester kedua biasanya ibu merasa sehat dan sdah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi, serta rasa tidak nyaman akibat kehamilan sudah mulai berkurang. Perut ibu pun belum terlalu besar sehingga belum terlalu dirasakan ibu sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan dapat mulai menggunakan energi dan pikirannya secara lebih kontruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan janinnya dan ibu mulai merasakan kehadiran bayinya sebagai seseorang diluar dirinya dan dirinya sendiri. Banyak ibu yang merasa terlepas dari kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakannya pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya libido.

c. TM III

Trimester ketiga biasanya disebut dengan periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu tidak sabar menunggu kehadiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu akan lahir sewaktu – waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala terjadinya persalinan pada

ibu. Seringkali ibu merasa khawatir atau takut kalau – kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggap membahayakan bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan. Trimester juga saat persiapan aktif untuk kelahiran bayinya dan menjadi orang tua. keluarga mulai menduga – duga apakah bayi mereka laki – laki atau perempuan dan akan mirip siapa. Bahkan sudah mulai memilih nama untuk bayi mereka.

(Marjati , 2010 : 68 - 69)

#### **10. Ketidaknyamanan Umum selama Kehamilan**

##### a. Nausea

Nausea terjadi pada saat perut kosong sehingga biasanya lebih parah di pagi hari. Penyebab *morning sickness* masih belum diketahui secara pasti, perubahan hormon selama kehamilan, kadar gula darah yang rendah (mungkin disebabkan oleh tidak makan sehingga mengakibatkan siklus yang tidak berujung pangkal), lambung yang terlalu penuh, peristaltik yang lambat dan faktor – faktor emosi yang lain. puncak nausea dan muntah pada wanita hamil adalah pada usia kandungan 11 minggu dan menghilang antara umur kehamilan 14 – 22 minggu.

Cara meringankan:

- 1) Makan porsi kecil, sering bahkan setiap dua jam
- 2) Makan bisikuit kering atau roti bakar sebelum beranjak dari tempat tidur dipagi hari
- 3) Jangan menyikat gigi segera setelah makan untuk menghindari stimulasi refleks gag.
- 4) Istirahat
- 5) Gunakan obat – obatan

b. Peningkatan Frekuensi berkemih (TM I dan TM III)

Frekuensi kemih meningkat pada trimester pertama terjadi akibat peningkatan berat pada fundus uterus sehingga membuat isthmus menjadi lunak (tanda hegarn) menyebabkan antefleksi pada uterus yang membesar akibat adanya tekanan langsung pada uterus yang membesar. Frekuensi kemih meningkat pada trimester ketiga sering dialami wanita primigravida setelah lightening terjadi efek lightening yaitu bagian presentasi akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih.

Cara meringankan:

- 1) Kosongkan kandung kemih saat terasa dorongan ingin kencing
- 2) Banyak minum di siang hari
- 3) Kurangi minum di malam hari.

c. Sakit punggung Atas dan Bawah

Karena tekanan terhadap akar syaraf sehingga kejang otot, ukuran payudara yang semakin bertambah atau keletihan. Sebagian besar disebabkan karena perubahan sikap badan pada kehamilan lanjut karena titik berat badan berpindah kedepan disebabkan perut yang membesar. Ini diimbangi dengan lordosis yang berlebihan dan sikap ini dapat menimbulkan spasmus

Cara penanganan :

Istirahat cukup, menggunakan penyokong abdomen eksternal, gunakan mekanisme tubuh yang baik untuk mengangkat benda.

d. Hiperventilasi dan sesak nafas

Peningkatan jumlah progesteron selama kehamilan mempengaruhi pusat pernapasan untuk menurunkan kadar karbondioksida dan meningkatkan kadar oksigen. Peningkatan aktivitas metabolism yang terjadi selama kehamilan akan meningkatkan karbondioksida. Hiperventilasi akan menurunkan karbon dioksida. Sesak nafas terjadi pada trimester III karena pembesaran uterus yang menekan diafragma. Selain itu diafragma mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan.

Cara penanganan :

- 1) Menjelaskan dasar fisiologis masalah tersebut
- 2) Mendorong wanita untuk secara sadar mengatur kecepatan dan kedalaman pernafasannya saat sedang mengalami hiperventilasi
- 3) Anjurkan wanita berdiri dan meregangkan tangannya diatas kepalanya secara berkala dan mengambil nafas dalam
- 4) Instruksikan melakukan peregangan yang sama ditempat tidur seperti saat sedang berdiri.

e. Edema Dependen

Terjadi karena gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstrimitas bawah karena tekanan uterus membesar pada vena panggul pada saat duduk/ berdiri dan pada vena cava inferior saat tidur terlentang. Edema pada kaki yang menggantung terlihat pada pergelangan kaki dan harus dibedakan dengan edema karena preeklamsi.

Cara penanganan :

- 1) Hindari menggunakan pakaian ketat
- 2) Elevasi kaki secara teratur setiap hari
- 3) Posisi menghadap kesamping saat berbaring
- 4) Penggunaan korset pada abdomen yang dapat melonggarkan tekanan vena-vena panggul

f. Nyeri ulu hati

Ketidaknyamanan ini mulai timbul menjelang akhir trimester II dan bertahan hingga trimester III.

Penyebab :

- 1) Relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah progesteron.
- 2) Penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan peningkatan jumlah progesteron dan tekanan uterus
- 3) Tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar

Cara penanganan :

- 1) Makan dalam porsi kecil tetapi sering untuk menghindari lambung menjadi terlalu penuh
- 2) Pertahankan postur tubuh yang baik supaya ada ruang lebih besar bagi lambung untuk menjalankan fungsinya
- 3) Hindari makanan berlemak, karena lemak mengurangi motilitas usus dan sekresi asam lambung yang dibutuhkan untuk pencernaan.
- 4) Hindari makanan pedas atau makanan lain yang dapat menyebabkan gangguan pencernaan.

g. Konstipasi

Terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos usus besar ketika terjadi peningkatan progesteron

Cara penanganan :

- 1) Asupan cairan yang adekuat
- 2) Istirahat cukup
- 3) Minum air hangat ( air putih, teh ) saat bangkit dari tempat tidur untuk menstimulasi peristaltik
- 4) Makan makanan berserat dan mengandung serat alami
- 5) Miliki pola defekasi yang baik dan teratur
- 6) Lakukan latihan secara umum, berjalan tiap hari, pertahankan postur tubuh yang bai, mekanisme tubuh yang baik, kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur

h. Kram tungkai

Terjadi karena asupan kalsium tidak adekuat, atau ketidakseimbangan rasio dan fosfor. Selain itu uterus yang membesar memberi tekanan pembulu darah panggul sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf yang melewati foramen obturator dalam perjalanan menuju ekstrimitas bawah.

Cara penanganan :

- 1) Minta wanita meluruskan kaki yang kram dan menekan tumitnya ( dorsofleksikan kakinya )

- 2) Dorong wanita untuk melakukan latihan umum dan memiliki kebiasaan mekanisme tubuh yang baik guna meningkatkan sirkulasi darah
- 3) Anjurkan elevasi kaki secara teratur sepanjang hari
- 4) Anjurkan diet mengandung kalsium dan fosfor
  - i. Kesemutan dan baal pada jari

Perubahan pusat gravitasi menyebabkan wanita mengambil postur dengan posisi bahu terlalu jauh kebelakang sehingga menyebabkan penekanan pada saraf median dan aliran lengan yang akan menyebabkan kesemutan dan baal pada jari-jari

Cara penanganan :

- 1) Menjelaskan penyebab dari kesemutan dan baal jari-jari
- 2) Berbaring rileks

(Helen Varney, 2007 : 536-543 )

### 2.1.2 Persalinan

#### 1. Pengertian persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta.(Sulistyawati dkk, 2010)

Persalinan normal menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi lahir secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan 37-42 minggu lengkap dan setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat.

Persalinan adalah suatu proses yang dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi progresif dari serviks, kelahiran bayi, dan kelahiran plasenta, dan proses tersebut merupakan proses alamiah. (Rohani, 2011).

Kelahiran bayi merupakan peristiwa penting bagi kehidupan seorang pasien dan keluarganya. Sangat penting untuk diingat bahwa persalinan adalah proses yang normal dan merupakan kejadian yang sehat. Namun demikian, potensi terjadinya potensi terjadi komplikasi yang mengancam nyawa selalu ada sehingga bidan harus mengamati dengan ketat pasien dan bayi sepanjang proses melahirkan. Dukungan yang terus-menerus dan penatalaksanaan yang terampil dari bidan dapat menyumbangkan suatu pengalaman melahirkan yang menyenangkan dengan hasil persalinan yang sehat dan memuaskan. (Sulistyawati dkk, 2010)

## 2. Tujuan Asuhan Persalinan Normal

Tujuan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap, tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang dinginkan (optimal). Melalui pendekatan ini maka setiap intervensi yang diaplikasikan dalam Asuhan Persalinan Normal (APN) harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan (JNPK-KR, 2008)

## 3. Lima Benang Merah Dalam Asuhan Persalinan Normal

Ada lima aspek dasar atau lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik yang normal maupun patologis. Lima benang merah akan selalu berlaku dalam penatalaksanaan persalinan mulai dari Kala I hingga kala empat, termasuk penatalaksanaan bayi baru lahir. Adapun lima benang merah tersebut adalah :

### a. Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusann klinik merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh klien. Keputusan itu harus akurat,

komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan. Semua keputusan akan bermuara pada bagaimana kinerja dan perilaku yang diharapkan dari seorang pemberi asuhan dalam menjalankan tugas dan pengalaman ilmunya kepada pasien atau klien.

Langkah membuat keputusan klinik:

- 1) Pengumpulan data: subjektif dan objektif
- 2) Diagnosis kerja
- 3) Penatalaksanaan klinik
- 4) Evaluasi hasil implementasi tatalaksana

**b. Asuhan Sayang Ibu**

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Cara yang paling mudah membayangkan meengenai asuhan sayang ibu adalah menanyakan kepada diri sendiri: “*Seperti ini kah asuhan yang saya dapatkan?*” atau apakah “*asuhan yang seperti ini yang saya inginkan untuk keluarga saya yang sedang hamil?*”

- 1) Konsep dari asuhan sayang ibu adalah:
  - a) Persalinan merupakan peristiwa alami
  - b) Sebagian besar persalinan umumnya akan berlangsung normal
  - c) Penolong memfasilitasi proses persalinan

d) Tidak asing, bersahabat, rasa saling percaya, tahu dan siap membantu kebutuhan klien, memberi dukungan moril, dan kerjasama semua pihak (penolong-klien-keluarga)

2) Asuhan sayang ibu dan bayi dalam proses persalinan, antara lain :

- a) Panggil ibu sesuai namanya, hargai dan perlakukan ibu sesuai martabatnya
- b) Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut
- c) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarga
- d) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir
- e) Dengarkan dan tanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu
- f) Berikan dukungan, besarkan hatinya dan tenteramkan perasaan ibu beserta anggota keluarganya
- g) Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya
- h) Ajarkan suami dan anggota keluarga mengenai cara – cara bagaimana mereka dapat memperhatikan dan

mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya

- i) Secara konsisten lakukan praktik – praktik pencegahan infeksi yang baik
- j) Hargai privasi ibu
- k) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi
- l) Anjurkan ibu untuk minum dan makan ringan sepanjang ia menginginkannya
- m) Hargai dan perbolehkan praktik – praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu
- n) Hindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan seperti episiotomi, pencukuran dan klisma
- o) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya sesegera mungkin
- p) Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah kelahiran bayi
- q) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik dan bahan – bahan, perlengkapan dan obat – obatan yang diperlukan. Siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi.

3) Asuhan sayang ibu dan bayi dalam pascapersalinan, antara lain:

- a) Anjurkan ibu untuk selalu berdekatan dengan bayinya (rawat gabung)
- b) Bantu ibu untuk mulai membiasakan menyusui dan anjurkan pemberian ASI sesuai dengan permintaan
- c) Ajarkan ibu dan keluarga tentang nutrisi dan istirahat yang cukup setelah melahirkan
- d) Anjurkan suami dan anggota keluarga untuk memeluk bayi dan mensyukuri kelahiran bayi
- e) Ajarkan ibu dan anggota keluarga tentang gejala dan tanda bahaya yang mungkin terjadi dan anjurkan mereka untuk mencari pertolongan jika timbul masalah atau rasa khawatir

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

Pencegahan infeksi tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya untuk mengurangi infeksi karena bakteri, virus, dan jamur. Yang diperhatikan dalam pencegahan infeksi:

- 1) Kewaspadaan Standar

- 2) Mencegah terjadinya dan transmisi penyakit
- 3) Proses Pencegahan Infeksi Instrumen dan Aplikasinya dalam Pelayanan
- 4) Barier Protektif
- 5) Budaya Bersih dan Lingkungan yang Aman

Beberapa istilah tindakan dalam pencegahan infeksi:

- 1) Asepsis ( teknik aseptik )

Semua usaha mencegah masuknya mikroorganisme ke tubuh yang berpotensi untuk menimbulkan infeksi dengan cara mengurangi atau menghilangkan sejumlah mikroorganisme pada kulit, jaringan, dan benda mati (alat)

- 2) Antisepsis

Pencegahan infeksi dengan cara membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroorganisme pada kulit dan jaringan tubuh dengan menggunakan larutan antiseptik misalnya yodium ( 1-3% ), alkohol ( 60-90% ), hibiclon, savlon, dan betadine

- 3) Dekontaminasi

Dekontaminasi adalah tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa petugas kesehatan dapat menangani secara aman benda-benda (perlatan medis, sarung tangan, meja pemeriksaan) yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh. Cara memastikannya adalah segera melakukan

dekontaminasi terhadap benda-benda tersebut setelah terpapar atau terkontaminasi darah atau cairan tubuh.

Rumus untuk membuat Larutan Klorin 0,5% dari larutan konsentrat berbentuk cair

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{\% \text{ larutan konsentrat}}{\% \text{ larutan yang diinginkan}} - 1$$

Rumus untuk membuat larutan klorin 0,5% dari serbuk kering

$$\text{Jumlah bagian air} = \frac{\% \text{ larutan yang diinginkan}}{\% \text{ konsentrat}} \times 1000$$

4) Mencuci dan Bilas

Tindakan – tindakan untuk menghilangkan semua cemaran darah, cairan tubuh atau benda asing misalnya debu, kotoran dari kulit atau instrumen atau peralatan.

5) Desinfeksi

Tindakan untuk menghilangkan hampir semua atau sebagian besar mikroorganisme dari benda mati

6) DTT

Tindakan untuk menghilangkan semua mikroorganisme ( kecuali beberapa bakteri endospora ) pada benda mati atau instrument.

7) Sterilisasi

Tindakan untuk menghilangkan semua mikroorganisme termasuk endospora bakteri pada benda mati atau instrumen.

Pedoman pencegahan infeksi ( PI ) untuk memutus rantai penyebaran infeksi, antara lain :

- 1) Cuci tangan dengan benar yaitu dengan 7 langkah setiap sebelum dan sesudah melakukan tindakan
- 2) Memakai sarung tangan

Pakai sarung tangan sebelum menyentuh sesuatu yang basah ( kulit tak utuh, selaput mukosa, darah atau cairan tubuh lainnya), peralatan, sarung tangan atau sampah yang terkontaminasi.

Ada 3 macam sarung tangan, yaitu :

- a) Sarung tangan steril atau DTT

Untuk prosedur apapun yang akan mengakibatkan kontak dengan jaringan di bawah kulit seperti persalinan, penjahitan vagina atau pengambilan darah.

- b) Sarung tangan bersih

Untuk menangani darah atau cairan tubuh

- c) Sarung tangan rumah tangga atau tebal

Untuk mencuci peralatan, menangani sampah, juga membersihkan darah dan cairan tubuh

Jangan gunakan sarung tangan yang sudah retak, tipis atau ada lubang dan robekan. Buang dan gunakan sarung tangan yang lain.

- 1) Memakai APD ( alat pelindung diri )seperti kaca mata pelindung, masker wajah, penutup kepala, celemek, dan sepatu boots yang digunakan untuk menghalangi atau membatasi petugas dari percikan cairan tubuh, darah atau cidera selama melaksanakan prosedur klinik.
- 2) Menggunakan teknik antisepsis

Karena kulit dan selaput mukosa tidak dapat disterilkan maka penggunaan antiseptik akan sangat mengurangi jumlah mikroorganisme yang dapat mengkontaminasi luka terbuka dan menyebabkan infeksi.

#### **d. Pencatatan**

Pencatatan (pendokumentasian) adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Partografi adalah bagian terpenting dari proses pencatatan selama persalinan

Mengkaji ulang catatan memungkinkan untuk menganalisa data yang telah dikumpulkan dan dapat lebih efektif dalam merumuskan suatu diagnosis dan membuat rencana asuhan atau perawatan bagi ibu atau bayinya.

Pencatatan rutin adalah penting karena :

- 1) Sebagai alat bantu untuk membuat keputusan klinik dan mengevaluasi kesesuaian dan keefektifan asuhan atau perawatan, mengidentifikasi kesenjangan pada asuhan yang diberikan dan untuk membuat perubahan dan peningkatan pada rencana asuhan atau perawatan
- 2) Sebagai tolak ukur keberhasilan dalam proses membuat keputusan klinik
- 3) Sebagai catatan permanen tentang asuhan, perawatan dan obat yang diberikan
- 4) Dapat dibagikan di antara para penolong persalinan sehingga lebih dari satu penolong persalinan akan memberikan perhatian dan asuhan pada ibu atau bayi baru lahir
- 5) Dapat mempermudah kelangsungan asuhan dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya, dari satu penolong persalinan ke penolong persalinan lainnya, atau dari seorang penolong persalinan ke fasilitas kesehatan lainnya.
- 6) Dapat digunakan untuk penelitianatau studi kasus
- 7) Diperlukan untuk memberi masukan data statistik nasional dan daerah, termasuk catatan kematian dan kesakitan ibu atau bayi baru lahir

Aspek – aspek penting dalam pencatatan adalah :

- 1) Tanggal dan waktu asuhan diberikan

- 2) Identifikasi penolong persalinan
- 3) Paraf atau tanda tangan ( dari penolong persalinan ) pada semua catatan
- 4) Mencakup informasi yang berkaitan secara tepat, dicatat dengan jelas dan dapat dibaca
- 5) Suatu sistem untuk memelihara catatan pasien sehingga selalu siap tersedia
- 6) Kerahasiaan dokumen – dokumen medis

Ibu harus diberikan salinan catatan ( catatan klinik antenatal, dokumen – dokumen rujukan, dan lain – lain ) beserta panduan yang jelas mengenai :

- 1) Maksud dari dokumen – dokumen tersebut
- 2) Kapan harus dibawa
- 3) Kepada siapa harus diberikan
- 4) Bagaimana menyimpan dan mengamankannya, baik di rumah atau selama perjalanan ke tempat rujukan

Beberapa hal yang perlu diingat :

- 1) Catat semua data, hasil pemeriksaan, diagnosis, obat – obat, asuhan atau perawatan, dan lain – lain
- 2) Jika tidak dicatat, maka dapat dianggap bahwa asuhan tersebut tidak dilakukan
- 3) Pastikan setiap partografi bagi setiap pasien diisi dengan lengkap dan benar

### e. Rujukan

Rujukan diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan yaitu kesiapan untuk merujuk bayi dan atau bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu (jika penyulit terjadi).

Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk melaksanakan kasus kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir seperti :

- 1) Pembedahan termasuk bedah besar
- 2) Transfusi darah
- 3) Persalinan menggunakan ekstraksi vakum atau cunam
- 4) Pemberian antibiotik intravena
- 5) Resusitasi bayi baru lahir dan asuhan lanjutan bagi bayi baru lahir

Adapun yang wajib untuk diketahui oleh setiap penolong persalinan, antara lain :

- 1) Informasi tentang pelayanan yang tersedia di tempat rujukan
- 2) Ketersediaan pelayanan purna waktu
- 3) Biaya pelayanan
- 4) Waktu dan jarak tempuh ke tempat rujukan

Oleh karena sangat sulit untuk menduga kapan penyulit akan terjadi, maka pada saat ibu melakukan kunjungan antenatal anjurkan ibu untuk membahas dan membuat rencana rujukan bersama suami dan keluarganya. Dan tawarkan agar penolong mempunyai kesempatan untuk berbicara dengan suami dan keluarganya untuk menjelaskan tentang perlunya rencana rujukan apabila diperlukan.

Ada beberapa persiapan – persiapan dan informasi yang harus dimasukkan dalam rencana rujukan, antara lain :

- 1) Siapa yang akan menemani ibu atau bayi baru lahir
- 2) Tempat – tempat rujukan mana yang lebih disukai ibu dan keluarga ?
- 3) ( jika ada lebih dari satu kemungkinan tempat rujukan, pilih tempat rujukan yang paling sesuai berdasarkan jenis asuhan yang diperlukan )
- 4) Sarana transportasi yang akan digunakan dan siapa yang akan mengendarainya. ( ingat bahwa transportasi harus tersedia segera, baik siang maupun malam kapan pun waktunya )
- 5) Orang yang ditunjuk menjadi donor darah, jika transfusi darah diperlukan
- 6) Uang yang disisihkan untuk asuhan medis, transportasi, obat – obatan dan bahan – bahan

7) Siapa yang akan tinggal dan menemani anak – anak yang lain pada saat ibu tidak di rumah

Dari beberapa persiapan – persiapan dan informasi yang harus dimasukkan dalam rencana rujukan, untuk memudahkan bagi penolong untuk mengingat hal – hal penting tersebut maka terdapat singkatan BAKSOKUDA.

**B (Bidan)** : Pastikan ibu/ bayi/ klien didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan

**A (Alat)** : Bawa perlengkapan dan bahan-bahan yang diperlukan seperti spuit, infus set, tensimeter dan stetoskop

**K (keluarga)** : Beritahu keluarga tentang kondisi terakhir ibu (klien) dan alasan mengapa ia dirujuk. Suami dan anggota keluarga yang lain harus menerima ibu (klien) ke tempat rujukan.

**S (Surat)** : Beri sura ke tempat rujukan yang berisi identifikasi ibu (klien), alasan rujukan, uraian hasil rujukan, asuhan atau obat-obat yang telah diterima ibu

**O (Obat)** : Bawa obat-obat esensial yang diperlukan selama perjalanan merujuk

**K (Kendaraan)** : Siapkan kendaraan yang cukup baik untuk memungkinkan ibu (klien) dalam kondisi yang nyaman dan dapat mencapai tempat rujukan dalam waktu cepat.

**U (Uang)** : Ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat dan bahan kesehatan yang diperlukan di tempat rujukan

**DA (Darah)** : Siapkan darah untuk sewaktu-waktu membutuhkan transfusi darah apabila terjadi perdarahan

Kaji ulang rencana rujukan pada ibu dan keluarganya selama ibu melakukan kunjungan asuhan antenatal atau awal persalinan ( jika mungkin ). Jika ibu belum membuat rencana rujukan selama kehamilannya, maka penting untuk mendiskusikan rencana tersebut dengan ibu dan keluarganya di awal persalinan.

Rujukan tepat waktu merupakan unggulan asuhan sayang ibu dalam mendukung keselamatan ibu dan bayi baru lahir.

(Azwar, 2008)

#### 4. Etiologi Persalinan

Sebab-sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan jelas, namun ada banyak faktor yang memegang peranan penting sehingga menyebabkan persalinan. Beberapa teori yang dikemukakan (Dwi, Cristine, 2012:1) adalah:

- a. Penurunan kadar Estrogen dan Progesteron

Hormon progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya hormon estrogen meninggikan kerentanan otot-otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar

progesteron dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his.

b. Teori Oksitosin

Hormon oksitosin mempengaruhi kontraksi otot-otot rahim. Pada akhir kehamilan, kadar oksitosin bertambah, sehingga uterus menjadi lebih sering berkontraksi.

c. Teori Distansia Rahim

Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung, bila dindingnya teregang oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan.

d. Pengaruh Janin

Hipofyse dan kelenjar suprarenal janin memegang peranan oleh karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa.

e. Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua, menjadi salah satu penyebab permulaan persalinan.

f. Teori Plasenta menjadi tua

Menurut teori ini, plasenta menjadi tua akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan

kekejangan pembuluh darah, hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

## 5. Permulaan persalinan

- a. Tanda persalinan sudah dekat

### 1) *Lightening*

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam panggul. Penyebab dari proses ini adalah sebagai berikut :

- a) Kontraksi *Braxton Hicks*
- b) Ketegangan dinding perut
- c) Ketegangan *ligamentum rotundum*
- d) Gaya berat janin, kepala kearah bawah uterus

Masuknya kepala janin kedalam panggul dapat dirasakan oleh wanita hamil dengan tanda-tanda sebagai berikut:

- a) Terasa ringan dibagian atas dan rasa sesak berkurang
- b) Dibagian bawah terasa penuh dan mengganjal
- c) Kesulitan saat berjalan
- d) Sering berkemih

Gambaran *lightening* pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P, yaitu: *power* (his); *passage* (jalan lahir); dan *passenger* (bayi dan plasenta).

Pada multipara gambarannya menjadi tidak sejelas pada

primigravida, karena masuknya kepala janin kedalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan.

2) Terjadinya his permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks* yang kadang dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang ditimbulkan. Biasanya pasien mengeluh adanya rasa sakit di pinggang dan terasa sangat menganggu, terutama pada pasien dengan ambang rasa sakit yang rendah. Adanya perubahan kadar hemoglobin esterogen dan progesterone menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi atau his permulaan. His permulaan ini sering diistilahkan sebagai his palsu dengan ciri-ciri sebagai berikut:

- a) Rasa nyeri ringan di bagian bawah
- b) Datang tidak teratur
- c) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan
- d) Durasi pendek
- e) Tidak bertambah bila beraktivitas

3) Tanda masuk dalam persalinan

Terjadinya his persalinan. Karakter dari his persalinan:

- a) Pinggang terasa sakit menjalar kedepan

- b) Sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar
- c) Terjadi perubahan pada serviks
- d) Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatannya bertambah.

4) Pengeluaran lendir dan darah (penanda persalinan)

Dengan adanya his persalinan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan.

- a) Pendataran dan pembukaan
- b) Pembukaan menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kenalis servikalis terlepas
- c) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah

5) Pengeluaran cairan

Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam.

Namun jika ternyata tidak tercapai, maka persalinan akhirnya diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum, atau *section caesaria*. (Wiknjosastro, 2008:53)

## 6. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

### a. Power (kekuatan kontraksi)

Power mengacu kepada kekuatan kontraksi uterus. Kontraksi uterus akan menghasilkan penipisan (effacement) dan dilatasi serviks yang lengakap kontraksi uterus yang mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks disebut dengan his. (Lockhart, 2014:39).

Sifat his yang normal adalah sebagai berikut :

- 1) Kontraksi terjadi dengan pola seperti gelombang
- 2) Dimulai pada suatu tempat dalam segmen atas uterus, lalu membangun dirinya semakin intensif untuk kemudian menjalar kebawah di sepanjang uterus
- 3) Relaksasi uterus terjadi dengan cara yang sama
- 4) Otot rahim yang berkontraksi tidak akan kembali kebentuk semula sehingga terjadi retraksi dan pembentukan segmen bawah rahim
- 5) Setiap his mengakibatkan perubahan pada serviks yaitu menipis dan membuka

### b. Passege (jalan lahir)

Passege atau jalan lahir berarti lintasan yang harus dijalani oleh janin sebelum meninggalkan uterus ibunya. Jalur lintasan ini meliputi rongga pelvis ibu dan jaringan lunak (Lockhart, 2014:13).

1) Rongga pelvis

Bentuk pelvis juga dapat menentukan kemampuan dan kemudahan bayi untuk melewatinya. Tulang panggul terdiri atas os coxae (os ilium, os ischium, os pubis), os sacrum dan os coccygis. (Sujiyatini, 2011,hal 29).

2) Bidang/pintu panggul

a) Pintu atas panggul

Konjugata diagonalis dari pinggir atas symphysis pubis ke promontorium, ukurannya 12,5 cm

Konjugata vera dari pinggir bawah symphysis pubis ke promontorium, ukurannya konjugata diagonalis – 1,5 cm = 11 cm

Konjugata transversa antardua linea innominata ukurannya 12 cm

Konjugata obliqua ukurannya 1 cm

b) Pintu Tangah Panggul

Bidang luas panggul, pertengahan symphysis ke pertemuan os sacrum 2 dan 3. Sekitar 12,5 cm

Bidang sempit panggul, tepi bawah symphysis menuju spina ischiadica sekitar 11,5 cm

Jarak kedua spina 10-11 cm

c) Pintu bawah panggul

Anterior posterior, pinggir bawah symphysis ke os coccygis ukuran sekitar 10-11 cm

Ukuran melintang 10,5 cm

Arcus pubis lebih dari 90 derajat

Bidang Hodge (Sujiyatini, 2011:31)

- 1) Hodge I, sejajar dengan pintu atas panggul
- 2) Hodge II, sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah symphysis
- 3) Hodge III, sejajar dengan Hodge I dan II setinggi spina ischiadica kiri dan kanan
- 4) Hodge IV sejajar dengan hodge I, II dan III setinggi os coccygis

d) Jaringan lunak panggul

Jaringan lunak panggul memainkan peranan penting dalam persalinan. Segmen bawah uterus akan mengembang untuk menampung isi intrauteri seperti halnya dengan segmen atas yang menebal. Serviks akan tertarik ke atas dan melewati presenting part ketika bagian ini turun (mengalami desensus). Kanalis vagina akan mengalami distensi untuk mengakomodasi pelintasan janin. (Lochart, 2014:19)

c. Passenger (janin)

Passenger mengacu pada janin dan kemampuannya bergerak turun melewati jalan lahir (passage). Faktor-faktor yang mempengaruhi passenger (Lochart, 2014:19) yaitu :

1) Kranium janin

Ukuran kranium sangat penting karenan menentukan pelintasan janin yang melewati jalan lahir. Secara khan kranium dengan diameter yang paling kecil merupakan bagian pertama yang memasuki pintu atas panggul.

Kepala dapat melakukan gerakan fleksi atau ekstensi sampai 45 derajat dan kemudian rotasi 180 derajat, gerakan ini memungkinkan diameter terkecil kranium bergerak turun di sepanjang jalan lahir dan melintasi panggul ibu. Diameter kepala (kranium) janin aterm (lockhert, 2014:20)

- a) Diameter oksipitomentalis 13,5 cm
- b) Diameter subokspitobregmatika 9,5 cm
- c) Diameter oksipitofrontalis 11,75 cm

2) Presentasi Janin

Menyatakan bagian tubuh janin yang pertama kali melewati servik dan dilahirkan. Persentasi terutama ditentukan oleh sikap, letak dan posisi janin. Persentase janin akan mempengaruhi durasi dan kesulitan persalinan.

Persentasi janin juga mempengaruhi metode persalinan.

Jenis-jenis persentasi ada tiga macam yaitu :

a) Presentasi kepala, presentasi yang paling sering ditemukan

b) Presentasi bokong, atau kaki janin terletak pada bagian terbawah

c) Persentasi bahu, krista iliaka, tangan atau siku janin menjadi bagian terbawah terdapat pada letak lintang

3) Letak janin

Mengacu kepada hubungan sumbu panjang (tulang belakang) tubuh janin dengan sumbu panjang tubuh ibu.

Dapat dikatakan sebagai letak longitudinal (membujur), transversal (melintang) dan oblique (miring). (Lockhart, 2014:26)

4) Sikap janin

Hubungan bagian tubuh janin dengan bagian yang lainnya.

Ada beberapa jenis sikap janin menurut (Lockhart, 2014:31), yaitu:

a) Fleksi lengkap, merupakan sikap janin yang paling sering ditemukan, bagian leher janin berada dalam keadaan fleksi yang lengkap, kepala akan menunduk dan bagian dagu akan menyentuh tulang sternum, keadaan tangan terlipat dalam dada dengan sendi siku

dalam keadaan fleksi, kedua tungkai bawah saling menyilang dan kedua paha tertarik kearah abdomen, pada sikap ini ideal untuk persalinan.

- b) Fleksi sedang, kepala berada dalam posisi tegak, leher sedikit fleksi. Biasanya fleksi sedang tidak sampai mempersulit kelahiran bayi.
- c) Ektensi parsial, leher berada dalam keadaan ekstensi, kepala sedikit mendongak sehingga dahi menjadi bagian pertamayang melintasi pelvis.
- d) Ekstensi lengkap, kepala dan leher dalam keadaan hiperekstensi dengan oksiput menyentuh punggung bagian atas dan punggung janin biasanya melengkung. Sikap ini memerlukan tindakan operasi.

d. Kondisi Psikis

Mengacu kepada perasaan kejiawaan klien dalam menghadapi persalinan berdasarkan kesiapan klien mengadapi persalinan, keberadaan seseorang pendukung, pengalaman persalinan yang lalu dan strategi adaptasi. (Lockhart, 2014:35)

## 7. Partografi

### a. Pengertian

Beberapa pengertian dari partografi adalah sebagai berikut:

- 1) Partografi adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (JNPKKR, 2007).
- 2) Partografi adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan (Sarwono, 2008).

b. Tujuan

Adapun tujuan utama dari penggunaan partografi adalah untuk:

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

Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partografi 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 (JNPK-KR, 2008).

c. Penggunaan partograf

Partograf harus digunakan:

- 1) Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis. Partograf sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik, baik persalinan dengan penyulit maupun yang tidak disertai dengan penyulit
- 2) Selama persalinan dan kelahiran bayi di semua tempat (rumah, Puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dll)
- 3) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (Spesialis Obstetri, Bidan, Dokter Umum, Residen dan Mahasiswa Kedokteran) (JNPK-KR,2008).

d. Pengisian partografi

Pengisian partografi antara lain:

- 1) Pencatatan selama Fase Laten Kala I Persalinan Selama fase laten, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat dilakukan secara terpisah, baik di catatan kemajuan persalinan maupun di Kartu Menuju Sehat (KMS) Ibu Hamil. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi juga harus dicatatkan. Kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat dengan seksama, yaitu :
  - a) Denyut jantung janin : setiap 30 menit
  - b) Frekwensi dan lamanya kontraksi uterus : setiap 30 menit
  - c) Nadi : setiap 30 menit
  - d) Pembukaan serviks : setiap 4 jam
  - e) Penurunan bagian terbawah janin : setiap 4 jam
  - f) Tekanan darah dan temperatur tubuh : setiap 4 jam
  - g) Produksi urin, aseton dan protein : setiap 2 – 4 jam
  - h) Pencatatan Selama Fase Aktif Persalinan (JNPK-KR,2008).
- 2) Pencatatan selama fase aktif persalinan Halaman depan partografi mencantumkan bahwa observasi yang dimulai

pada fase aktif persalinan; dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil – hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, meliputi:

a) Informasi tentang ibu :

(1) Nama, umur

(2) Gravida, para, abortus (keguguran)

(3) Nomor catatan medik nomor Puskesmas

(4) Tanggal dan waktu mulai dirawat ( atau jika di rumah : tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu)

b) Waktu pecahnya selaput ketuban

c) Kondisi janin:

(1) DJJ (denyut jantung janin)

(2) Warna dan adanya air ketuban)

(3) Penyusupan ( moulase) kepala janin.

d) Kemajuan persalinan

(1) Pembukaan serviks

(2) Penurunan bagian terbawah janin atau persentase janin

(3) Garis waspada dan garis bertindak

e) Jam dan waktu

(1) Waktu mulainya fase aktif persalinan

(2) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.

- f) Kontraksi uterus : frekuensi dan lamanya
- g) Obat – obatan dan cairan yang diberikan:
  - (1) Oksitisin
  - (2) Obat- obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.
- h) Kondisi ibu :
  - (1) Nadi, tekanan darah, dan temperatur
  - (2) Urin ( volume , aseton, atau protein)
- i) Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom tersedia di sisi partografi atau di catatan kemajuan persalinan) (Sarwono, 2009).

e. Mencatat temuan pada partografi

Adapun temuan-temuan yang harus dicatat adalah :

- 1) Informasi Tentang Ibu Lengkapi bagian awal ( atas ) partografi secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan ( tertulis sebagai : „jam atau pukul“ pada partografi ) dan perhatikan kemungkinan ibu datang pada fase laten. Catat waktu pecahnya selaput ketuban.
- 2) Kondisi Janin Bagan atas grafik pada partografi adalah untuk pencatatan denyut jantung janin ( DJJ ), air ketuban dan penyusupan ( kepala janin )

a) Denyut jantung janin Nilai dan catat DJJ setiap 30 menit ( lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin).

Setiap kotak di bagian atas partografi menunjukkan DJJ.

Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukan DJJ. Kemudian hubungkan yang satu dengan titik lainnya dengan garis tegas bersambung. Kisaran normal DJJ terpapar pada patografi diantara 180 dan 100. Akan tetapi penolong harus waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160.

b) Warna dan adanya air ketuban Nilai air kondisi ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat semua temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ. Gunakan lambang-lambang berikut ini :

U : Selaput ketuban masih utuh ( belum pecah )

J : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium

D : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah

K : Selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir lagi ( kering )

c) Penyusupan (Molase) tulang kepala janin Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras

(tulang) panggul ibu. Semakin besar derajat penyusupannya atau tumpang tindih antara tulang kepala semakin menunjukkan risiko disporposi kepala panggul ( CPD ). Ketidak mampuan untuk berakomodasi atau disporposi ditunjukan melalui derajat penyusupan atau tumpang tindih ( molase ) yang berat sehingga tulang kepala yang saling menyusup, sulit untuk dipisahkan. Apabila ada dugaan disporposi kepala panggul maka penting untuk tetap memantau kondisi janin serta kemajuan persalinan. Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, nilai penyusupan antar tulang (molase) kepala janin. Catat temuan yang ada dikotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban.

Gunakan lambang-lambang berikut ini :

- 0 : Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi
- 1 : Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan
- 2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan
- 3 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan (JNPK-KR,2008).

f. Kemajuan persalinan

Kolom dan lajur kedua pada partografi adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera di kolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Nilai setiap angka sesuai dengan besarnya dilatasi serviks dalam satuan sentimeter dan menempati lajur dan kotak tersendiri. Perubahan nilai atau perpindahan lajur satu ke lajur yang lain menunjukkan penambahan dilatasi serviks sebesar 1 cm. Pada lajur dan kotak yang mencatat penurunan bagian terbawah janin tercantum angka 1-5 yang sesuai dengan metode perlamaan. Setiap kotak segi empat atau kubus menunjukkan waktu 30 menit untuk pencatatan waktu pemeriksaan, DJJ, kontraksi uterus dan frekwensi nadi ibu.

1) Pembukaan servik Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partografi setiap temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda „X“ harus dicantumkan di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.

Perhatikan :

- a) Pilih angka pada tepi kiri luar kolom pembukaan serviks yang sesuai dengan besarnya pembukaan serviks pada fase aktif persalinan yang diperoleh dari hasil pemeriksaan dalam

b) Untuk pemeriksaan pertama pada fase aktif persalinan, temuan (pembukaan serviks dari hasil pemeriksaan dalam harus dicantumkan pada garis waspada. Pilih angka yang sesuai dengan bukaan serviks ( hasil periksa dalam ) dan cantumkan tanda „X“ pada ordinat atau titik silang garis dilatasi serviks dan garis waspada

c) Hubungkan tanda „X“ dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus) (JNPK-KR,2008).

2) Penurunan bagian terbawah janin Cantumkan hasil pemeriksaan penurunan kepala (perlamaan) yang menunjukan seberapa jauh bagian terendah bagian janin telah memasuki rongga panggul. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks selalu diikuti dengan turunnya bagian terbawah janin. Tapi ada kalanya, penurunan bagian terbawah janin baru terjadi setelah pembukaan serviks mencapai 7 cm (JNPK-KR,2008).

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

3) Garis waspada dan garis bertindak Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik

dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam), maka harus dipertimbangkan adanya penyulit .Garis bertindak tertera sejajar dan di sebelah kanan (berjarak 4 jam) garis waspada. Jika pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka hal 14 ini menunjukan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan (JNPK-KR,2008).

g. Jam dan waktu

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

h. Kontraksi uterus

Di bawah lajur waktu partograf, terdapat lima kotak dengan tulisan “ kontraksi per 10 menit” di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan cara mengisi kotak kontraksi yang tersedia dan disesuaikan dengan angka yang

mencerminkan temuan dari hasil pemeriksaan kontraksi.

Sebagai contoh jika ibu mengalami 3 kontraksi dalam waktu satu kali 10 menit, maka lakukan pengisian pada 3 kotak kontraksi

(JNPK-KR,2008).

i. Obat-obatan dan cairan yang diberikan

- 1) Oksitosin Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam tetes per menit.
- 2) Obat-obatan lain Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan/atau cairan I.V dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya (JNPKKR,2008).

j. Halaman belakang partografi

Halaman belakang partografi merupakan bagian untuk mencatat hal- hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan – tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga IV ( termasuk bayi baru lahir). Itulah sebabnya bagian ini disebut sebagai catatan persalinan. Nila dan catatkan asuhan yang telah diberikan pada ibu dalam masa nifas terutama selama persalinan kala IV untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik, terutama pada pemantauan kala IV ( mencegah terjadinya perdarahan pascapersalinan). Selain itu,

catatan persalinan ( yang sudah diisi dengan lengkap dan tepat) dapat pula digunakan untuk menilai memantau sejauh mana telah dilakukan pelaksanaan asuhan persalinan yang bersih dan aman (JNPKKR,2008).

## 8. Tahap-tahap persalinan

### a. Kala I persalinan

Dimulai pada waktu serviks membuka karena his : kontraksi uterus yang teratur, makin lama, makin kuat, makin sering, makin terasa nyeri, disertai pengeluaran darah-lendir yang tidak lebih banyak daripada darah haid. Pembukaan serviks dikaji pada ostium internal, hasilnya secara subjektif dinyatakan dalam sentimeter dan 10 cm diartikan sebagai pembukaan lengkap. Rata-rata servik menonjol ke vagina 4 cm. Penipisan dapat dinyatakan dalam persentase (100% berarti setipis kertas) atau dalam sentimeter.(Varney, 2009: 341)

Berakhir pada waktu pembukaan serviks telah lengkap (pada periksa dalam, bibir porsio serviks tidak dapat diraba lagi). Selaput ketuban biasanya pecah spontan pada saat akhir kala I.

Terdapat 2 fase pada Kala 1 ini, yaitu :

- 1) Fase laten : pembukaan sampai mencapai 3 cm, berlangsung sekitar 8 jam.
- 2) Fase aktif : pembukaan dari 3 cm sampai lengkap (+ 10 cm), berlangsung sekitar 6 jam.Fase aktif terbagi atas :

- a) Fase akselerasi (sekitar 2 jam), pembukaan 3 cm sampai 4 cm.
- b) Fase dilatasi maksimal (sekitar 2 jam), pembukaan 4 cm sampai 9 cm.
- c) Fase deselerasi (sekitar 2 jam), pembukaan 9 cm sampai lengkap (+ 10 cm).

Perbedaan proses pematangan dan pembukaan serviks (*cervical effacement*) pada primigravida dan multipara :

- a) Pada primigravida terjadi penipisan serviks lebih terlebih dahulu sebelum terjadi pembukaan, sedangkan pada multipara serviks telah lunak akibat persalinan sebelumnya, sehingga langsung terjadi proses penipisan dan pembukaan.
- b) Pada primigravida, ostium internum membuka terlebih dahulu daripada ostium eksternum (inspekulo ostium tampak berbentuk seperti lingkaran kecil di tengah), sedangkan pada multipara, ostium internum dan eksternum membuka bersamaan (inspekulo ostium tampak berbentuk seperti garis lebar)
- c) Periode Kala 1 pada primigravida lebih lama (+ 20 jam) dibandingkan multipara (+14 jam) karena pematangan dan pelunakan serviks pada fase laten pasien primigravida memerlukan waktu lebih lama.

b. Kala II persalinan

Dimulai pada saat pembukaan serviks telah lengkap dan berakhir pada saat bayi telah lahir lengkap.

Pada Kala 2 ini His menjadi lebih kuat, lebih sering, dan lebih lama. Selaput ketuban mungkin juga sudah pecah/ baru pecah spontan pada awal Kala 2 ini. Rata-rata waktu untuk keseluruhan proses Kala 2 pada primigravida lebih kurang 2 jam, dan multipara 1 jam.

Sifat His frekuensi 3-4 kali / 10 menit. Refleks mengejan terjadi juga akibat stimulasi dari tekanan bagian terbawah janin (pada persalinan normal yaitu kepala) yang menekan anus dan rektum. Tambahan tenaga meneran dari ibu, dengan kontraksi otot-otot dinding abdomen dan diafragma, berusaha untuk mengeluarkan bayi. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang. Dengan his mengedan maksimal kepala janin di lahirkan dengan suboksiput di bawah simpisis dan dahi, muka, dagu melewati perineum. Setelah his istriadat sebentar, maka his akan mulai lagi untuk meneluarkan anggota badan bayi.

c. Kala III ( mulai dari bayi lahir sampai plasenta lahir).

Kala III berlangsung dari lahirnya bayi sampai dengan lahirnya plasenta secara lengkap dari dinding uterus. Biasanya plasenta lepas dalam 5-30 menit setelah kelahiran bayi dan keluar

spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta di sertai dengan pengeluaran darah.(Lockhart, 2014:60).

Tanda-tanda pelepasan plasenta:

- a) Uterus menjadi bundar
- b) Semburan darah mendadak
- c) Tali pusat bertambah panjang

Tingkat kelahiran plasenta :

- a) Melepasnya plasenta dari tempat implantasi di dinding uterus.
- b) Pengeluaran plasenta dari cavum uteri.
- c) Pelepasan dapat di mulai dari tengah (sentral, menurut Schultz).
- d) Dari pinggir plasenta ( Marginal,menurut Duncan).
- e) Serentak dari tengah atau dari pinggir plasenta.
- f) Umumnya pendarahan tidak melebihi 400 ml.

d. Kala IV persalinan

Menurut Lockhart, 2014 kala IV dimulai dari saat lahirnya plasena sampai 2 jam pertama post partum. Observasi yang dilakukan pada kala IV adalah :

- 1) Tingkat kesadaran
- 2) Pemeriksaan tanda – tanda vital, tekanan darah, nadi dan pernafasan

- 3) Kontraksi uterus
- 4) Perdarahan : dikatakan normal jika tidak melebihi 500 cc

## 9. Mekanisme Persalinan

### a. Engagement

Masuknya kepala ke pintu atas panggul, pada primi terjadi pada bulan terakhir kehamilan dan pada multi terjadi pada permulaan persalinan.(Dwi, Cristine. 2012:14).

### b. Turunnya kepala

Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala satu dan kala dua persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari segmen atas rahim, yang menyebabkan tekanan langsung pada fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari segmen bawah rahim, sehingga terjadi penipisan dan dilatasi serviks. Keadaan ini menyebabkan bayi terdorong kejalan lahir.

### c. Fleksi

Merupakan gerakan kepala janin yang menunduk ke depan sehingga dagunya menempel pada dada (Lockhart. 2014: 52). Keuntungan dari bertambah fleksi ialah bahwa ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir: diameter subokspito bregmatika (9,5 cm) mengantikan diameter subokspito frontalis (11 cm). Fleksi ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari

pinggir pintu atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat dari kekuatan ini adalah terjadinya fleksi karena moment yang menimbulkan fleksi lebih besar dari moment yang menimbulkan defleksi.

d. Rotasi interna (putaran paksi dalam)

Yang dimaksud dengan putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis.

Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan dan ke bawah symphysis. Sebab-sebab terjadinya putaran paksi dalam adalah :

- 1) Pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala
- 2) Bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara m. Levator ani kiri dan kanan.
- 3) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior.

e. Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah

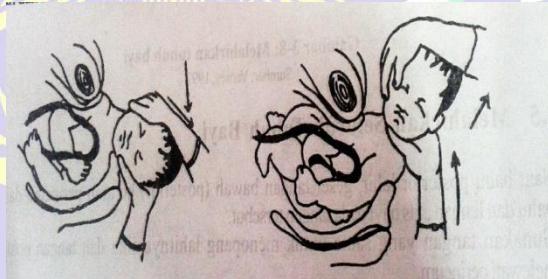
panggul mengarah ke depan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya.(Dwi, Cristine. 2011:14)

f. Rotasi eksterna (putaran paksi luar)

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini disebut putaran restitusi (putaran balasan = putaran paksi luar).( Lockhart. 2014:55).

g. Ekspulsi

Mengacu kepada kelahiran bagian tubuh bayi yang lain dan peristiwa ini menandai akhir dari kala dua persalinan.( Lockhart.2014:57)



Gambar 2.1  
Melahirkan bahu anterior dan Melahirkan Bahu posterior  
Sumber: Varney.2007

## 10. Kebutuhan dasar ibu bersalin

a. Kebutuhan Fisik

Selama persalinan, ibu sangat membutuhkan pemenuhan kebutuhan dasar,yang dimagsud kebutuhan dasar adalah

kebutuhan yang sangat penting dan mutlak untuk dipenuhi selama proses persalinan

1) Makan dan minuman per oral

Jika ibu berada dalam situasi yang memungkinkan untuk makan, biasanya pasien akan makan sesuai dengan keinginannya, namun ketika masuk dalam persalinan fase aktif biasanya ia hanya menginginkan cairan. Aturan apa yang boleh dimakan atau diminum antara dirumah sakit dan dirumah ibu sendiri sangatlah berbeda. Termasuk apakah boleh untuk minum atau makan sama sekali dalam proses persalinan, karena ad sebagian pasien yang enggan untuk makan dan minum khawatir jika akan muncul dorongan untuk buang air besar atau buang air kecil. Penatalaksanaan paling tepat dan bijaksana yang dapat dilakukan oleh bidan adalah melihat situasi ibu artinya intake cairan dan nutrisi tetap dipertimbangkan untuk diberikan dengan konsistensi dan jumlah yang logis dan sesuai dengan kondisi pasien.(Sulistyawati,2010)

2) Posisi

Posisi yang nyaman selama persalinan sangat diperlukan bagi pasien. Selain mengurangi ketegangan dan rasa nyeri, posisi tertentu pasti akan membantu proses penurunan kepala janin sehingga persalinan dapat berjalan lebih cepat

(selama tidak ada kontra indikasi dari keadaan pasien).

Beberapa posisi yang dapat diambil antara lain (miring, lutut dada, tangan lutut, duduk, berdiri, berjalan, dan jongkok).

### 3) Eliminasi

#### a) Buang air kecil (BAK)

Selama proses persalinan, ibu akan mengalami poliuri sehingga penting untuk difasilitasi agar kebutuhan eliminasi dapat terpenuhi. Jika pasien masih berada dalam awal kala 1, ambulansi dengan berjalan seperti aktivitas jalan ketoilet akan membantu penurunan kepala janin. Hal ini merupakan keuntungan tersendiri untuk kemajuan persalinan.

#### b) Buang air besar (BAB)

Ibu akan merasa sangat tidak nyaman ketika merasakan dorongan untuk BAB. Namun rasa khawatir kadang lebih mendominasi dari pada perasaan tidak nyaman, hal ini terjadi karena ibu tidak tahu mengenai caranya serta khawatir akan respon orang lain terhadap kebutuhan dirinya. Dalam kondisi ini penting bagi keluarga serta bidan untuk menunjukkan respons yang positif dalam hal kesiapan untuk memberikan bantuan dan meyakinkan pasien bahwa ia tidak perlu merasa

risih atau sungakn untuk melakukannya. Jika upaya ini tidak dilakukan, maka efek yang dirasakan adalah ia akan merasa rendah diri dan tidak percaya kepada orang lain serta akan memengaruhi semangatnya untuk menyelesaikan proses persalinan.

#### 4) Personal haygine

Sebagian ibu yang kan menjalani proses persalinan tidak begitu menganggap kebersihan tubuh adalah suatau kebutuhan, karena ia lebih fokus terhadap rasa sakit akibat his terutama pada primipara. Namun bagi sebagian yang lain akan merasa tidak nyaman atau risih jika kondisi tubuhnya kotor dan berbau akibat keringat berlebih selama persalinan. Tanpa mempertimbangkan apakah kebersihan tubuh ia anggap kebutuhan atau tidak, bidan atau pendamping sabaiknya tetap memperhatikan kebersihan tubuh ibu. Selain rasa nyaan jika tubuhnya dalam keadaan bersih perhatian dari pasien member pelayanan akan menimbulkan perasaan positif bagi pasien dan rasa dihargai.

#### 5) Istirahat

Istirahat sangat penting untuk pasien karena akan membuat rileks. Diawal persalinan sebaiknya anjurkan pasien untuk istirahat yang cukup sebagai persiapan untuk menghadapi

proses persalinan yang panjang, terutama pada primipara.

Jika pasien benar-benar tidak dapat tidur terlepas karena sudah mulai merasakan his, minimal upayakan untuk berbaring ditempat tidur dalam posisi miring ke kiri untuk beberapa waktu.

#### 6) Kehadiran pendamping

Kehadiran seorang yang penting dan dapat dipercaya sangat dibutuhkan oleh pasien yang akan menjalani proses bersalin. Individu ini tidak selalu suami atau keluarga, jika diawal pertemuan bidan sudah dapat “memikat hati” ibu, maka hal ini merupakan suatu hal yang sangat istimewa bagi ibu dan akhirnya ia akan menjadikan bidan sebagai orang yang paling ia percaya dalam proses persalinan.

#### 7) Bebas dari nyeri

Setiap pasien yang bersalin selalu menginginkan terbebas dari rasa nyeri akibat his. Hal yang perlu ditekankan pada pasien adalah bahwa tanpa adanya rasa nyeri maka persalinan tidak akan mengalami kemajuan, karena salah satu tanda persalinan adalah adanya his yang kan menimbulkan rasa sakit. Beberapa upaya yang dapat ditempuh untuk mengurangi rasa sakit seperti mandi dengan air hangat, berjalan-jalan didalam kamar, duduk

dikursi sambil membaca buku, posisi lutut dada diatas tempat tidur, dan sebagianya.(Sulistyawati,2010).

b. Kebutuhan Psikologis

- 1) Kebutuhan rasa nyaman disebut juga “*safety needs*”. Rasa aman dalam bentuk lingkungan psikologis yaitu terbebas dari gangguan dan ancaman serta permasalahan yang dapat mengganggu ketenangan hidup seseorang.
- 2) Kebutuhan akan rasa cinta dan memiliki atau kebutuhan social. Disebut juga dengan “*love and belonging needs*”
- 3) Kebutuhan harga diri. Disebut juga dengan “*self esteem needs*”. Setiap manusia membutuhkan pengakuan secara layak atas keberadaan bagi orang lain. Hak dan martabatnya sebagai manusia tidak dilecehkan.

(Mahrisah,2012)

### 2.1.3 Nifas

#### 1. Pengertian

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 (Saleha, 2009).

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya placenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil

dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati, 2010).

Masa nifas atau puerperium adalah masa setelah partus selesai sampai pulihnya kembali alat-alat kandungan seperti sebelum hamil. Lamanya masa nifas ini yaitu kira-kira 6-8 minggu (Abidin, 2011).

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya placenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Saifuddin, 2009).

## 2. Tahapan Masa Nifas

- a. *Puerperium dini*: Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama Islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
- b. *Puerperium intermedial*: Kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.
- c. *Remote puerperium*: Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, tahunan. (Ambarwati, 2010).

Tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut:

- a. *Periode immediate postpartum*: Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat

banyak masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri.

Oleh karena itu, bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, dan suhu.

- b. *Periode early postpartum (24 jam-1 minggu):* Pada fase ini bidan memastikan involusi uterus dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.
- c. *Periode late postpartum (1 minggu-5 minggu):* Pada periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB. (Saleha, 2009)

### **3. Program dan Kebijakan Teknis**

Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan BBL, untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi dalam masa nifas.

Tabel 2.2  
Tabel Asuhan Kunjungan Masa Nifas Normal

| <b>Kunjungan</b> | <b>Waktu</b> | <b>Asuhan</b>   |
|------------------|--------------|---|
| I                | 6-8 jam PP   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri</li> <li>2. Pemantauan keadaan umum ibu</li> <li>3. Melakukan hubungan antara bayi dan ibu (<i>Bonding Attachment</i>)</li> <li>4. ASI eksklusif</li> </ol>  |
| II               | 6 hari PP    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal.</li> <li>2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal</li> <li>3. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup</li> <li>4. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi</li> <li>5. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit</li> </ol> |
| III              | 2 minggu PP  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal.</li> <li>2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal</li> <li>3. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup</li> <li>4. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi</li> <li>5. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit</li> </ol> |
| IV               | 6 minggu PP  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami</li> <li>2. Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi</li> </ol>   |

(Ambarwati, 2010)

#### 4. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

##### a. Perubahan sistem reproduksi

###### 1) Involusi Uterus

Involusi atau pengertian uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus (Ambarwati, 2010).

Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum dapat dilihat di bawah ini:

Tabel 2.3

Tabel Perubahan Uterus Masa Nifas

| Involusi Uteri | TFU                                   | Berat Uterus | Diameter Uterus | Palpasi cervix |
|----------------|---------------------------------------|--------------|-----------------|----------------|
| Placenta lahir | Setinggi pusat                        | 1000 gr      | 12,5 cm         | Lembut/lunak   |
| 7 hari         | Pertengahan antara simpisis dan pusat | 500 gr       | 7,5 cm          | 2 cm           |
| 14 hari        | Tidak teraba                          | 350 gr       | 5 cm            | 1 cm           |
| 6 minggu       | Normal                                | 60 gr        | 2,5 cm          | Menyempit      |

(Ambarwati, 2010)

Involusi uteri dari luar dapat diamati yaitu dengan memeriksa fundus uteri dengan cara:

- Segara setelah persalinan, tinggi fundus uteri 2 cm di bawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm di atas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari.
- Pada hari kedua setelah persalinan tinggi fundus uteri 1 cm di bawah pusat. Pada hari ke 3-4 tinggi fundus uteri

2 cm di bawah pusat. Pada hari ke 5-7 tinggi fundus uteri setengah pusat simpisis. Pada hari ke 10 tinggi fundus uteri tidak teraba.

Bila uterus tidak mengalami atau terjadi kegagalan dalam proses involusi disebut dengan subinvolusi. Subinvolusi dapat disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa plasenta/perdarahan lanjut (*postpartum haemorrhage*). (Ambarwati, 2010)

## 2) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lochea mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau amis/anyir seperti darah menstruasi, meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea mempunyai perubahan karena proses involusi.

Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri atas 4 tahapan, yaitu:

a) Lochea Rubra/Merah (Kruenta)

Lochea ini muncul pada hari ke 1 sampai hari ke 4 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

b) Lochea Sanguinolenta (Coklat)

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke 4 sampai hari ke 7 postpartum.

c) Lochea Serosa (Kuning)

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan/laserasi plasenta. Muncul pada hari ke 7 sampai hari ke 14 postpartum.

d) Lochea Alba/Putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2-6 minggu postpartum.

(Ambarwati, 2010).

3) Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah timbulnya trombosis, degenerasi, dan nekrosis di tempat implantasi plasenta.

Pada hari pertama tebal endometrium 2,5 mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua, dan selaput janin. Setelah 3 hari mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas implantasi plasenta. (Saleha, 2009).

#### 4) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi/perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil.

Muara serviks yang berdilatasi 10 cm pada waktu persalinan, menutup secara bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke 6 postpartum serviks menutup (Ambarwati, 2010)

#### 5) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu postpartum. Penurunan hormon estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya

rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke 4 (Ambarwati, 2010).

#### 6) Payudara (mamae)

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

- a) Produksi susu
- b) Sekresi susu atau *let down*

Selama 9 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 (hormon 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 menghisap puting, refleks saraf merangsang lobus posterior pituitari untuk menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang refleks *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).

**b. Perubahan sistem pencernaan**

Biasanya ibu mengalami obstopasi setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, haemorrhoid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diit atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 atau 3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau gliserin sput atau diberikan obat laksan yang lain (Ambarwati, 2010)

**c. Perubahan sistem perkemihan**

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang puerperium mengalami sulit buang air kecil, karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sphincter ani selama persalinan, juga oleh karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Kadang-kadang oedema dari

trigonum menimbulkan obstruksi dari uretra sehingga sering terjadi retensio urine. Kandung kemih dalam puerperium sangat kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih penuh atau sesudah buang air kecil masih tertinggal urine residual (normal  $\pm$  15 cc). Sisa urine dan trauma pada kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Urine biasanya berlebihan (poliurine) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan (Ambarwati, 2010).

**d. Perubahan sistem muskuloskeletal**

Ligamen-ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang sewaktu kehamilan dan persalinan berangsur-angsur kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamen rotundum mengendur, sehingga uterus jatuh ke belakang. Fasia jaringan penunjang alat genitalia yang mengendur dapat diatasi dengan latihan-latihan tertentu. Mobilisasi sendi berkurang dan posisi lordosis kembali secara perlahan (Saleha, 2009).

**e. Perubahan sistem endokrin**

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut.

### 1) Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang.

Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin. Hal tersebut membantu uterus kembali ke bentuk normal (Saleha, 2009).

### 2) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar pituitari bagian belakang untuk mengeluarkan prolaktin. Hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. Pada wanita yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap tinggi dan pada permulaan ada rangsangan folikel dalam ovarium yang ditekan. Pada wanita yang tidak menyusui bayinya tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14-21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar bawah depan otak yang mengontrol ovarium ke arah permulaan pola produksi estrogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel, ovulasi, dan menstruasi (Saleha, 2009).

### 3) Hipotalamik Pituitary Ovarium

Untuk wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Seringkali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron. Diantara wanita laktasi sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu. Diantara wanita yang tidak laktasi 40% menstruasi setelah 6 minggu, 65% setelah 12 minggu, dan 90% setelah 24 minggu. Untuk wanita laktasi 80% menstruasi pertama anovulasi dan untuk wanita yang tidak laktasi 50% siklus pertama an ovulasi (Ambarwati, 2010).

### 4) Estrogen dan progesteron

Selama hamil volume darah normal meningkat walaupun mekanismenya secara penuh belum dimengerti. Diperkirakan bahwa tingkat estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah. Disamping itu, progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah. Hal ini sangat mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum dan vulva, serta vagina. (Saleha, 2009).

#### **f. Perubahan tanda-tanda vital**

Tanda-tanda vital yang harus dikaji pada masa nifas adalah sebagai berikut:

##### 1) Suhu

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari  $37,2^{\circ}\text{C}$ . Sesudah partus dapat naik kurang lebih  $0,5^{\circ}\text{C}$  dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi  $38^{\circ}\text{C}$ . Sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari  $38^{\circ}\text{C}$ , mungkin terjadi infeksi pada klien (Saleha, 2009).

##### 2) Nadi dan pernapasan

Nadi berkisar antara 60-80 denyutan per menit setelah partus, dan dapat terjadi bradikardia. Bila terdapat takikardia dan suhu tubuh tidak panas mungkin ada perdarahan berlebihan atau ada vitium kordis pada penderita. Pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula (Saleha, 2009).

##### 3) Tekanan darah

Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang dengan sendirinya apabila

tidak terdapat penyakit-penyakit lain yang menyertainya dalam  $\frac{1}{2}$  bulan tanpa pengobatan (Saleha, 2009).

#### **g. Perubahan sistem hematologi dan kardiovaskuler**

Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sampai sebanyak 15.000 selama masa persalinan.

Leukosit akan tetap tinggi jumlahnya selama beberapa hari pertama masa postpartum. Jumlah sel-sel darah putih tersebut masih bisa naik lebih tinggi lagi hingga 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama. Akan tetapi, berbagai jenis kemungkinan infeksi harus dikesampingkan pada penemuan semacam itu.

Jumlah hemoglobin dan hematokrit serta eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa nifas sebagai akibat dari volume darah, volume plasma, dan volume sel darah yang berubah-ubah. Sering dikatakan bahwa jika hematokrit pada hari pertama atau kedua lebih rendah dari titik 2% atau lebih tinggi daripada saat memasuki persalinan awal, maka klien dianggap telah kehilangan darah yang cukup banyak. Titik 2% tersebut kurang lebih sama dengan kehilangan 500 ml darah.

Biasanya terdapat suatu penurunan besar kurang lebih 1.500 ml dalam jumlah darah keseluruhan selama kelahiran dan masa nifas. Rincian jumlah darah yang terbuang pada klien ini kira-kira 200-500 ml hilang selama masa persalinan, 500-800 ml

hilang selama minggu pertama postpartum, dan terakhir 500 ml selama sisa masa nifas (Saleha, 2009).

## 5. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

### a. Nutrisi dan cairan

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

Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut:

- 1) Mengkonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- 2) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
- 3) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari.
- 4) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pascapersalinan.
- 5) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

(Saleha, 2009)

### b. Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun

dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan.

Sekarang tidak perlu lagi menahan ibu postpartum terlentang di tempat tidurnya selama 7-14 hari setelah melahirkan. Ibu postpartum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam postpartum.

Keuntungan *early ambulation* adalah sebagai berikut:

- 1) Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan *early ambulation*.
- 2) Faal usus dan kandung kemih lebih baik.
- 3) *Early ambulation* memungkinkan kita mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu masih di rumah sakit. Misalnya memandikan, mengganti pakaian, dan memberi makan.
- 4) Lebih sesuai dengan keadaan indonesia (sosial ekonomis). Menurut penelitian-penelitian yang seksama, *early ambulation* tidak mempunyai pengaruh yang buruk, tidak menyebabkan perdarahan yang abnormal, tidak mempengaruhi penyembuhan luka episiotomi atau luka di perut, serta tidak memperbesar kemungkinan prolapsus atau retrotexto uteri.

*Early ambulation* tentu tidak dibenarkan pada ibu postpartum dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam, dan sebagainya.

Penambahan kegiatan dengan *early ambulation* harus berangsur-angsur, jadi bukan maksudnya ibu segera setelah bangun dibenarkan mencuci, memasak, dan sebagainya (Saleha, 2009).

c. Eliminasi

1) Buang Air Kecil

Ibu diminta buang air kecil (miksi) 6 jam postpartum. Jika dalam 8 jam postpartum 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 postpartum.

- a) Berkurangnya tekanan intraabdominal
- b) Otot-otot perut masih lemah
- c) Edema dan uretra
- d) Dinding kandung kemih kurang sensitif

(Saleha, 2009).

2) Buang Air Besar

Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar (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 (huknah) (Saleha, 2009).

### 3) Personal hygiene

Pada masa postpartum, seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga.

Langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan diri ibu post partum adalah sebagai berikut:

- a) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh, terutama perineum.
- b) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah disekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Nasehati ibu untuk membersihkan vulva setiap kali selesai buang air kecil atau besar.
- c) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya 2 kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan dibawah matahari dan disetrika.



- d) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kemaluannya.
- e) Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah tersebut. (Saleha, 2009).

Apabila setelah buang air besar atau buang air kecil perineum dibersihkan secara rutin akan membantu mengurangi risiko terjadinya infeksi. Caranya dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Biasanya ibu merasa takut pada kemungkinan jahitannya akan lepas, juga merasa sakit sehingga perineum tidak dibersihkan atau dicuci. Cairan sabun atau sejenisnya sebaiknya dipakai setelah buang air kecil atau buang air besar. Membersihkan dimulai dari simpisis sampai anal sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu diberitahu caranya mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor harus diganti paling sedikit 4 kali sehari. Ibu diberitahu tentang jumlah, warna, dan bau lochea sehingga apabila ada kelainan dapat diketahui secara dini. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah

membersihkan daerah kemaluannya. Apabila ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka. (Ambarwati, 2010).

#### 4) Istirahat dan tidur

Hal-hal yang bisa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah sebagai berikut:

- a) Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- b) Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.

Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal:

- 1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
- 2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
- 3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

#### 5) Aktivitas seksual

Aktivitas seksual yang dapat dilakukan oleh ibu masa nifas harus memenuhi syarat berikut ini:



- a) Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.
- b) Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

6) Latihan senam nifas

Setelah persalinan terjadi involusi pada hampir seluruh organ tubuh wanita. Involusi ini sangat jelas terlihat pada alat-alat kandungan. Sebagai akibat kehamilan dinding perut menjadi lembek dan lemas disertai adanya striae gravidarum yang membuat keindahan tubuh akan sangat terganggu. Oleh karena itu, mereka akan selalu berusaha untuk memulihkan dan mengencangkan keadaan dinding perut yang sudah tidak indah lagi. Cara untuk mengembalikan bentuk tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula adalah dengan melakukan latihan dan senam nifas (Saleha, 2009).

### 7) Komplikasi Masa Nifas

Patologi yang sering terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut:

- a. Infeksi nifas: Infeksi nifas adalah infeksi luka pada jalan lahir setelah melahirkan, yang kadang kala meluas, menyebabkan flebitis atau peritonitis (Reeder, 2011).
- b. Perdarahan dalam masa nifas
- c. Infeksi saluran kemih
- d. Patologi menyusui.(Saleha, 2009).

### 6. Tanda Bahaya Masa Nifas

Adalah suatu tanda yang abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya/komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas, apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu (Pusdiknakes, 2011).

Tanda-tanda bahaya masa nifas, sebagai berikut:

- a. Pendarahan Post Partum

#### 1) Tanda dan gejala

Pendarahan post partum adalah pendarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir (Prawirohardjo, 2010).

Menurut waktu terjadinya dibagi atas 2 bagian:



- a) Pendarahan Post Partum Primer (Early Post Partum Hemorragie) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir. Penyebab utama adalah atonia uteri, retensi plasenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.
- b) Pendarahan Post Partum Sekunder (Late Post Partum Hemorragie) yang terjadi setelah 24 jam, biasanya terjadi antara hari ke 5-15 post partum. Penyebab utama adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta (Prawirohardjo, 2010)

Menurut Manuaba (2008), pendarahan post partum merupakan penyebab penting kematian maternal khususnya di Negara berkembang.

Factor-faktor penyebab pendarahan post partum adalah:

- 1) Grandemultipara
- 2) Jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun
- 3) Persalinan yang dilakukan dengan tindakan
- 2) Penanganan

Perdarahan yang perlahan dan berlanjut atau perdarahan tiba-tiba merupakan suatu kegawatdaruratan, segeralah bawa ibu ke fasilitas kesehatan.

b. Lochea yang Berbau Busuk (Bau dari Vagina)

Lochea adalah cairan yang dikeluarkan uterus melalui vagina dalam masa nifas sifat lochea alkalis, jumlah lebih banyak dari pengeluaran lender waktu menstruasi dan berbau anyir (Cairan ini berasal dari bekas melekatnya plasenta).

Lochea dibagi dalam beberapa jenis (Rustam Muchtar, 2008)

- 1) Lochea rubra (cruenta): Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama dua hari pasca persalinan.
- 2) Lochea Sanguinolenta: Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir hari ke 3-7 pasca persalinan.
- 3) Lochea Serosa: Berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pasca persalinan.
- 4) Lochea Alba: Cairan putih, setelah 2 minggu.
- 5) Lochea Purulenta: Terjadi infeksi, cairan seperti nanah berbau busuk.
- 6) Lochiostasis: Lochea tidak lancar keluarnya.

Tanda dan gejala

- 1) Keluarnya cairan dari vagina
- 2) Adanya bau yang menyengat dari vagina
- 3) Disertai dengan demam  $> 38^{\circ}\text{C}$

## Penanganan

Jagalah selalu kebersihan vagina anda, jika terjadi hal – hal yang tidak diinginkan segeralah periksakan diri anda ke fasilitas kesehatan.

### c. Sub-Involusi Uterus (Pengecilan Rahim yang Terganggu)

Involusi adalah keadaan uterus yang mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000 gr saat setelah bersalin, menjadi 40-60 mg 6 minggu kemudian. Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu disebut sub-involusi (Rustam Muchtar, 2008).

Factor penyebab sub-involusi, antara lain: sisa plasenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri (Prawirohardjo, 2010)

#### 1) Tanda dan gejala

- a) Uterus lebih besar dan lebih lembek dari seharusnya
- b) Fundus masih tinggi
- c) Lochea banyak dan berbau
- d) Pendarahan

#### 2) Penanganan

Segera periksakan diri anda ke fasilitas kesehatan.

### d. Nyeri pada Perut dan Panggul

#### 1) Tanda dan gejala

Peritonitis: Peradangan pada peritoneum

- a) Demam
- b) Nyeri perut bagian bawah
- c) Suhu meningkat
- d) Nadi cepat dan kecil
- e) Nyeri tekan
- f) Pucat muka cekung, kulit dingin
- g) Anoreksia terkadang muntah

2) Penanganan

Lakukan istirahat baring, bila nyeri tidak hilang segera periksakan ke fasilitas kesehatan.

e. Pusing dan Lemas yang Berlebihan

Menurut Manuaba (2008), pusing dan lemas pada masa nifas dapat disebabkan karena tekanan darah rendah, anemia, kurang istirahat dan kurangnya asupan kalori sehingga ibu kelihatan pucat.

1) Tanda dan gejala

- a) Sakit kepala yang sangat pada salah satu sisi atau seluruh bagian kepala
- b) Kepala terasa berdenyut dan disertai rasa mual dan muntah
- c) Lemas

2) Penanganan

- a) Lakukan istirahat baring

- b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup
- c) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari
- d) Meminum tablet fe selama 40 hari
- e) Minum kapsul vitamin A (200.000 unit)

f. Suhu Tubuh Ibu  $>38^{\circ}\text{C}$

Peningkatan suhu tubuh pada ibu selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi nifas.

1) Tanda dan gejala

Biasanya terjadi dalam 24 jam setelah melahirkan dengan suhu  $\geq 38^{\circ}\text{C}$

2) Penanganan

- a) Istirahat baring
- b) Kompres dengan air hangat
- c) Perbanyak minum
- d) Jika ada syok, segera bawa ibu ke fasilitas kesehatan.

g. Penyulit dalam Menyusui

Untuk dapat melancarkan ASI, dilakukan persiapan sejak awal kehamilan dengan melakukan masase, menghilangkan kerak pada putting susu sehingga duktusnya tidak tersumbat.

Untuk menghindari putting susu terbenam sebaiknya sejak hamil, ibu dapat menarik-narik putting susu dan ibu harus tetap menyusui agar putting selalu sering tertarik.

Sedangkan untuk menghindari putting lecet yaitu dengan melakukan teknik menyusui yang benar, putting harus kering saat menyusui. Putting lecet dapat disebabkan karena cara menyusui dan perawatan payudara yang tidak benar, bila lecetnya luar menyusui 24-48 jam dan ASI dikeluarkan dengan tangan atau pompa (Manuaba, 2008)

Beberapa keadaan abnormal pada masa menyusui yang mungkin terjadi:

1) Bendungan ASI

- a) Penyebab: penyempitan duktus laktiferus, kelenjar yang tidak dikosongkan dengan sempurna, kelainan pada putting susu.
- b) Gejala: timbul pada hari ke 3-5, payudara bengkak, keras, tegang, panas dan nyeri, suhu tubuh meningkat.
- c) Penanganan
  - (1) Susukan payudara sesering mungkin
  - (2) Kedua payudara disusukan
  - (3) Kompres hangat payudara sebelum disusukan
  - (4) Bantu dengan memijat payudara untuk permulaan menyusui, sanggah payudara.
  - (5) Kompret dingin pada payudara diantara menyusui
  - (6) Bila diperlukan berikan paracetamol 500 mg peroral setiap 4 jam.

## 2) Mastitis

Adalah suatu peradangan pada payudara biasanya terjadi pada 3 minggu setelah melahirkan. Penyebabnya salah satunya kuman yang menyebar melalui luka pada putting susu/peredaran darah (Manuaba, 2008)

### a) Tanda dan gejala

- (1) Payudara membesar dan keras
- (2) Payudara nyeri, memerah dan membisul
- (3) Suhu tubuh meningkat dan menggigil
- b) Penanganan
- (1) Sanggah payudara
- (2) Kompres dingin
- (3) Susukan bayi sesering mungkin
- (4) Banyak minum dan istirahat yang cukup

### 3) Abses payudara

Adalah terdapat masa padat mengeras dibawah kulit yang kemerahan terjadi karena mastitis yang tidak segera diobati. Gejala sama dengan mastitis terdapat bisul yang pecah dan mengeluarkan pus (nanah) (Manuaba, 2008).

## 2.1.4 Bayi Baru Lahir

### 1. Pengertian

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dan kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan berat lahir antara 2500-4000 gram pada usia kehamilan 37-42 minggu (Karyuni, 2009).

### 2. Klasifikasi Bayi Baru lahir

Klasifikasi bayi baru lahir dibedakan menjadi dua macam yaitu klasifikasi menurut berat lahir dan klasifikasi menurut masa gestasi atau umur kehamilan.

#### a. Klasifikasi menurut berat lahir yaitu :

##### 1) Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir  $< 2500$  gram tanpa memandang masa gestasi

##### 2) Bayi Berat Lahir Cukup/Normal

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir  $> 2500 - 4000$  gram

##### 3) Bayi Berat Lahir Lebih

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir  $> 4000$  gram

#### b. Klasifikasi menurut masa gestasi atau umur kehamilan yaitu :

##### 1) Bayi Kurang Bulan (BKB)

Bayi dilahirkan dengan masa gestasi  $< 37$  minggu ( $< 259$  hari)

2) Bayi Cukup Bulan (BCB)

Bayi dilahirkan dengan masa gestasi antara 37–42 minggu (259–293 hari)

3) Bayi Lebih Bulan (BLB)

Bayi dilahirkan dengan masa gestasi  $> 42$  minggu (294 hari)

(Kosim, 2012).

**3. Ciri – ciri Bayi Baru Lahir Normal**

- a. Lahir aterm antara 37-42 minggu.
- b. Berat badan 2.500-4.000 gram.
- c. Panjang badan 48-52 cm.
- d. Lingkar dada 30-38.
- e. Lingkar kepala 33-35 cm.
- f. Lingkar lengan 11-12 cm.
- g. Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit.
- h. Pernapasan  $\pm 40$ -60x/menit.
- i. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
- j. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
- k. Kuku agak panjang dan lemas.

1. Nilai APGAR >7.
  - 1) Gerak aktif.
  - 2) Bayi lahir langsung menangis kuat.
- m. Refleks *rooting* (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
- n. Refleks *sucking* (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
- o. Refleks *morro* (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
- p. Refleks *grapsing* (menggenggam) sudah baik.
- q. Genitalia.
 

Testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang (laki-laki).

Vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.
- r. Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.

(Nanny, 2011:3)

#### 4. Penilaian awal bayi baru lahir

Segera setelah bayi lahir, letakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut bawah ibu. Segera lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan:

- a. Apakah bayi cukup bulan ?

- b. Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium ?
- c. Apakah bayi menangis atau bernapas ?
- d. Apakah tonus otot bayi baik ?

Jika bayi cukup bulan dan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak menangis atau tidak bernafas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan langkah resusitasi. (APN. 2008)

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

- 1) Appearance (warna kulit)
- 2) Pulse rate (frekuensi nadi)
- 3) Grimace (reaksi rangsangan)
- 4) Activity (tonus otot)
- 5) Respiratory (pernapasan).

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

Tabel 2.4  
Tabel Nilai APGAR Skor

| Tanda       | Skor      |                                    |                         |
|-------------|-----------|------------------------------------|-------------------------|
|             | 0         | 1                                  | 2                       |
| Appearance  | Pucat     | Badan merah, ekstrimitas biru      | Sekuruh tubuh kemerahan |
| Pulse       | Tidak ada | < 100 x/menit                      | > 100 x/menit           |
| Grimace     | Tidak ada | Sedikit gerakan mimik/ menyeringai | Batuk/ bersin           |
| Activity    | Tidak ada | Ekstrimitas dalam sedikit fleksi   | Gerakan aktif           |
| Respiration | Tidak ada | Lemah/ tidak teratur               | Baik/ menangis          |

(Sarwono Prawirohardjo, 2009)

Dari hasil penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi tersebut normal atau asfiksia.

Nilai Apgar 7-10 : Bayi normal

Nilai Apgar 4-6 : asfiksia sedang ringan

Nilai Apgar 0-3 : asfiksia berat (Sarwono Prawirohardjo, 2009)

## 5. Bayi Baru Lahir Risiko Tinggi

Kondisi-kondisi yang menjadikan neonatus berisiko tinggi, antara lain :

- a. Bayi dengan berat badan lahir rendah

Bayi dengan berat badan lahir rendah yaitu bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram (sampai dengan 2499 gram). Komplikasi yang dapat terjadi pada bayi dengan berat badan lahir rendah diantaranya adalah penyakit

hipotermia, gangguan pernafasan, membran hialin, ikterus, pneumonia, aspirasi dan hiperbilirubinemia (Prawirohardjo, 2010).

b. Asfiksia neonatorum

Suatu keadaan bayi baru lahir yang gagal bernafas secara spontan dan teratur segera setelah lahir sehingga bayi tidak dapat memasukkan oksigen dan tidak dapat mengeluarkan zat asamarang dari tubuhnya (Karyuni, 2009).

c. Perdarahan tali pusat

Perdarahan yang terjadi pada tali pusat bisa timbul karena trauma pada pengikatan tali pusat yang kurang baik atau kegagalan proses pembentukan trombus normal. Selain itu, perdarahan pada tali pusat juga dapat sebagai petunjuk adanya penyakit pada bayi. (Dewi, 2010).

d. Kejang neonatus

Kejang pada neonatus bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan suatu gejala penting akan adanya penyakit lain sebagai penyebab kejang atau adanya kelainan susunan saraf pusat. Penyebab utama terjadinya kejang adalah kelainan bawaan pada otak, sedangkan sebab sekunder adalah gangguan metabolismik atau penyakit lain seperti penyakit infeksi. Di negara berkembang, kejang pada neonatus sering disebabkan

oleh tetanus neonatorum, sepsis, meningitis, ensefalitis, pendarahan otak, dan cacat bawaan (Tanto, Liwang, 2014)

## 6. Tahapan Bayi Baru Lahir

- a. Tahap 1 terjadi segera setelah lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan sistem scoring apgar untuk fisik dan scoring gray untuk interaksi bayi dan ibu.
- b. Tahap II disebut tahap transitionl reaktivitas. Pada tahap ini dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.
- c. Tahap III disebut tahap periodic, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh.

(Lia Dewi Vivian Nanny : 2010)

### 2.1.5 Keluarga Berencana (KB)

#### 1. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah suatu usaha yang mengatur banyaknya kehamilan sedemikian rupa sehingga berdampak positif bagi ibu, bayi, ayah serta keluarga yang bersangkutan tidak akan menimbulkan kerugian sebagai akibat langsung dari kehamilan (Maryani, 2008).

Menurut WHO, keluarga berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasutri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan,

mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga (Maryani, 2008)

## **2. Sasaran Program Keluarga Berencana**

Adapun sasaran program keluarga berencana adalah pasangan usia subur istri <20 tahun dengan tujuan menunda kehamilan. Pasangan Usia Subur istri 20-30 tahun dengan tujuan mengatur kesuburan dan menjarangkan kehamilan, pasangan usia subur dengan usia istri >30 tahun dengan tujuan untuk mengakhiri kehamilan (Maryani, 2008).

## **3. Macam-Macam Keluarga Berencana**

### **1. Kontrasepsi dengan alat**

#### **a. Kondom**

Menurut Biran Affandi (2012:MK-17) kondom merupakan selubung/sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. kondom terbuat dari karet sintetis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti putting susu. Berbagai bahan telah ditambahkan pada kondom baik untuk

meningkatkan efektivitasnya (misalnya penambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris aktivitas seksual.



Gambar 2.2  
Kondom

Sumber :Manuaba,2009, Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB, Jakarta hal:595

**1) Macam-macam kondom:**

- a) Kondom biasa.
- b) Kondom berkontur (bergerigi).
- c) Kondom beraroma.
- d) Kondom tidak beraroma.

**2) Cara kerja:**

MenurutBiran Affandi (2012:MK-18) cara kerja kondom adalah sebagai berikut :

- a) Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan.
- b) Mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil).

**3) Keuntungan :**

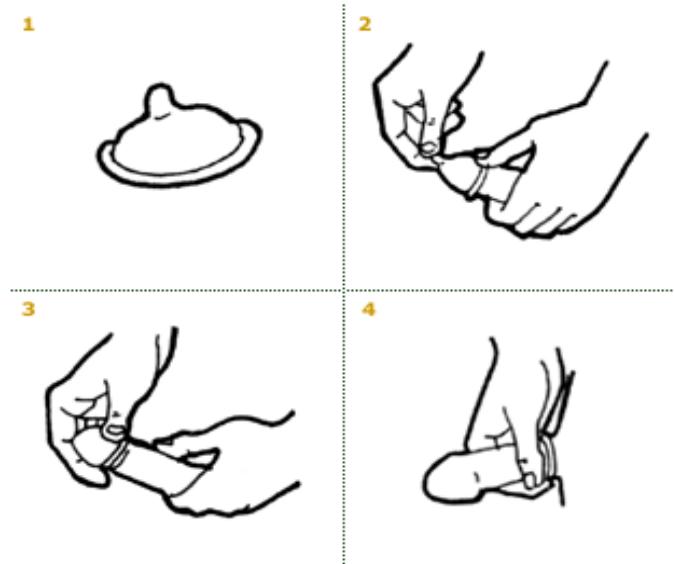
Murah, mudah didapatkan, tidak memerlukan pengawasan medis, berfungsi ganda, dan dipakai oleh kalangan yang berpendidikan.

**4) Kerugian :**

Kenikmatan terganggu, mungkin alergi terhadap karet atau jelinya yang mengandung spermisidis, dan sulit dipasarkan kepada masyarakat dengan pendidikan rendah. Kondom yang dipakai bersamaan dengan pantang berkala mempunyai keefektivitas yang makin meningkat

**5) Petunjuk pemakaian :**

Bila kondom tidak ada ujung penampung, sisakan 1-2 cm ujung kondom untuk penampung ejakulat. Cabut penis sebelum ereksi hilang, pegang gelang kondom (bagian pangkal) agar sperma tidak tumpah. Jangan gunakan pelumas (minyak sayur, baby oil dll).



Gambar 2.3

Cara Pemakain Kondom

Sumber : Manuaba,2010 Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB,  
Jakarta hal:595

**b. Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)**

- 1) Sangat efektif, reversible, dan jangka panjang (dapat sampai 10 tahun : CuT-380A).
- 2) Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak
- 3) Pasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan
- 4) Dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi.
- 5) Tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar pada infeksi menular seksual (IMS).

(Saifuddin,Abdul Bari.2006:MK-74)

### Macam-macam AKDR



Gambar 2.4

Margulies, Cut 7, Cut T, Multiload, Dalkon device, Stone ring, Yusei ring,dll.  
Sumber :Manuaba,2010. Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB,  
Jakarta hal:616

#### 1) Copper-T

IUD berbentuk T, terbuat dari bahan polyethelen dimana pada bagian vertikalnya diberi lilitan kawat tembaga halus. Lilitan tembaga halus ini mempunyai efek anti fertilitas (anti pembuahan) yang cukup baik. Menurut ILUNI FKUI ( 2010). Spiral jenis copper T (melepaskan tembaga) mencegah kehamilan dengan cara menganggu pergerakan sperma untuk mencapai rongga rahim dan dapat dipakai selama 10 tahun.

#### 2) Progestasert IUD (melepaskan progesteron) hanya efektif untuk 1 tahun dan dapat digunakan untuk kontrasepsi darurat Copper-7. Menurut Imbarwati (2009). IUD ini berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan. Jenis ini

mempunyai ukuran diameter batang vertikal 32 mm dan ditambahkan gulungan kawat tembaga luas permukaan 200 mm<sup>2</sup>, fungsinya sama dengan lilitan tembaga halus pada IUD Copper-T.

3) Multi load

IUD ini terbuat dari plastik (polyethelene) dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksibel. Panjang dari ujung atas ke ujung bawah 3,6 cm. Batang diberi gulungan kawat tembaga dengan luas permukaan 250 mm<sup>2</sup> atau 375 mm<sup>2</sup> untuk menambah efektifitas. Ada tiga jenis ukuran multi load yaitu standar, small, dan mini.

4) Lippes loop

IUD ini terbuat dari polyethelene, berbentuk huruf spiral atau huruf S bersambung. Untuk memudahkan kontrol, dipasang benang pada ekornya. Lippes loop terdiri dari 4 jenis yang berbeda menurut ukuran panjang bagian atasnya. Tipe A berukuran 25 mm (benang biru), tipe B 27,5 mm (benang hitam), tipe C berukuran 30 mm (benang kuning) dan tipe D berukuran 30 mm dan tebal (benang putih). Lippes loop mempunyai angka kegagalan yang rendah. Keuntungan dari pemakaian IUD jenis ini adalah bila terjadi perforasi, jarang menyebabkan luka atau penyumbatan usus, sebab terbuat dari bahan plasti.

**1) Mekanisme kerja :**

AKDR merupakan benda asing didalam rahim sehingga menimbulkan reaksi benda asing dengan timbunan leokosit, makrofag, dan limfosit. AKDR menimbulkan perubahan pengeluaran cairan, prostaglandin, yang menghalangi kapasitas spermatozoa. Pemadatan endometrium oleh leukosit, makrofag, dan limfosit menyebabkan blastokis mungkin dirusak oleh makrofag dan blastokis tidak mampu melaksanakan nidasi. Lon cu yang dikeluarkan AKDR dengan Cupper menyebabkan gangguan gerak spermatozoa sehingga mengurangi kemampuan untuk melaksanakan konsepsi (Manuaba,2010:611)

**2) Keuntungan :**

Alat kontrasepsi dalam rahim dapat diterima masyarakat dunia, termasuk Indonesia menempati urutan ke-3 dalam pemakaian. Pemasangan tidak memerlukan medis teknis yang sulit. Kontrol medis yang ringan. Penyulit tidak terlalu berat. Pulihnya kesuburan setelah AKDR dicabut berlangsung baik (Manuaba,2010:611)

**3) Kerugian :**

Terdapat perdarahan (spotting dan menometroragia). Dapat terjadi infeksi. Tali AKDR dapat menyebabkan perlukaan. Rasa tidak nyaman di perut (Manuaba,2010:611)

**4) Efek samping :**

- a) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
- b) Haid lebih lama dan banyak.
- c) Perdarahan (spotting) antar menstruasi.
- d) Saat haid lebih sedikit. (Manuaba,2010:612)

**5) Pemasangan AKDR**

- a) Jelaskan kepada klien apa yang akan dilakukan dan mempersilahkan klien mengajukan pertanyaan. Sampaikan kepada klien kemungkinan akan merasa sedikit sakit pada beberapa langkah waktu pemasangan dan nanti akan diberitahu bila sampai pada langkah-langkah tersebut dan pastikan klien telah mengosongkan kandung kencingnya.
- b) Periksa genetalia eksterna, untuk mengetahui adanya ulkus, pembengkakan pada kelenjar batholini dan kelenjar skene, lalu lakukan pemeriksaan spekulum dan panggul.
- c) Lakukan pemeriksaan mikroskopik bila tersedia dan ada indikasi
- d) Masukan lengan IUD Copper T 380A didalam kemasan sterilnya

- e) Masukkan speculum,dan usap vagina dan serviks dengan larutan antiseptik dan gunakan tenakulum untuk menjepit serviks
- f) Masukan sonde uterus
- g) Lakukan pemasangan IUD Copper T 380A
- h) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi sebelum melepas sarung tangan dan bersihkan permukaan yang terkontaminasi
- i) Melakukan dekontaminasi alat-alat dan sarung tangan dengan segera setelah selesai dipakai
- j) Mengajarkan kepada klien bagaimana memeriksa benang IUD
- k) Menyarankan klien agar menunggu selama 15-30 menit setelah pemasangan.

## 6) Pelepasan AKDR

Menurut Saifuddin,(2006) langkah-langkah pencabutan AKDR sebagai berikut:

- a) Menjelaskan pada klien apa yang akan dilakukan dan mempersilahkan klien untuk bertanya
- b) Memasukkan Menjelaskan pada klien apa yang akan dilakukan dan mempersilahkan klien untuk bertanya
- c) Mengusap servik dan vagina dengan larutan antiseptic 2 sampai 3 kali

d) Mengatakan pada klien bahwa sekarang akan dilakukan pencabutan. Meminta klien untuk tenang dan menarik nafas panjang, dan memberitahu mungkin timbul rasa sakit.

Macam-macam pencabutan:

(1) Pencabutan normal

Jepit benang didekat servik dengan menggunakan klem lurus atau lengkung yang sudah didesinfeksi tingkat tinggi atau steril dan tarik benang pelan-pelan, tidak boleh menarik dengan kuat. AKDR biasanya dapat dicabut dengan mudah. Untuk mencegah benangnya putus, tarik dengan kekuatan tetap dan cabut AKDR dengan pelan-pelan .bila benang putus saat ditarik, maka jepit ujung AKDR tersebut dan tarik keluar.

(2) Pencabutan sulit

Bila benang AKDR tidak tampak, periksa pada kanalis servikalisis dengan menggunakan klem lurus atau lengkung . bila tidak ditemukan pada kanalis servikalisis. Masukkan klem atau alat pencabut AKDR kedalam cavum uteri untuk menjepit benang AKDR itu sendiri. Bila sebagian AKDR sudah ditarik keluar tetapi kemudian mengalami kesulitan menarik

seluruhnya dari kanalis servikalis, putar klem pelan-pelan sambil tetap menarik selama klien tidak mengeluh sakit. Bila dari pemeriksaan bimanual didapatkan sudut antara uterus dengan kanalis servikalis sangat tajam, gunakan tenakulum untuk menjepit serviks dan lakukan tarikan ke bawah dan keatas dengan pelan-pelan dan hati-hati, sambil memutar klem. Jangan menggunakan tenaga yang besar.

#### c. Implant

Kontrasepsi hormonal. Bisa berisi 6 buah (Norplant), 2 buah (Endoplant) dan 1 buah (Implanon). *Sustained Released*. Dipasang di bawah kulit lengan atas tangan kiri (*right handed*). Progestogen (Levonorgestrel).

##### 1) Cara kerja :

Mekanisme kerjanya sebagai progesterone yang dapat menghalangi pengeluaran LH sehingga tidak terjadi ovulasi, mengentalkan lendir servik dan menghalangi migrasi spermatozoa, dan menyebabkan situasi endometrium tidak siap menjadi tempat nidasi. (Manuaba, 2010:609).

##### 2) Keuntungan :

Dipasang selama 5 tahun, control medis ringan, dapat dilayani didaerah pedesaan, penyulit medis tidak terlalu tinggi, biaya murah.

**3) Kerugian :**

Menimbulkan gangguan menstruasi, berat badan bertambah, menimbulkan acne,ketegangan payudara, liang senggama terasa kering.

**4) Cara pemasangan implant**

- a) Setiap saat selama siklus haid hari ke -2 sampai hari ketujuh, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan
- b) Insersi dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini tidak terjadi kehamilan . Apabila insersi setelah -7 hari siklus haid, klien dianjurkan untuk tidak melakukan hubungan seksual, atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari saja.
- c) Apabila klien tidak haid, insersi dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini tidak terjadi kehamilan, klien dianjurkan tidak melakukan hubungan seksual atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari saja.
- d) Apabila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan, insersi dapat dilakukan setiap saat.
- e) Apabila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat, klien

dianjurkan untuk tidak melakukan hubungan seksual selama tujuh hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari.

- f) Apabila klien menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin menggantinya dengan implan, insersi dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini klien tersebut tidak hamil, atau klien menggunakan kontrasepsi dengan benar.
- g) Apabila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntik, implan dapat diberikan pada saat jadwal kontrasepsi suntik, tidak perlu metode kontrasepsi lain.
- h) Apabila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi hormonal (kecuali AKDR) dan klien ingin menggantinya dengan norplant, insersi dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini klien tidak hamil. Tidak perlu menunggu sampai datangnya haid berikutnya.
- i) Apabila kontrasepsi sebelumnya adalah AKDR dan klien ingin menggantinya dengan implan, maka dapat diinsersikan pada saat haid hari ke-7 dan klien dianjurkan tidak melakukan hubungan seksual selama tujuh hari atau gunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari saja. AKDR segera dicabut.
- j) Pasca keguguran, implan dapat segera di insersikan.

(Sulistyawati, 2014:135)

## 5) Teknik pengeluaran dan pengangkatan

Mengeluarkan implan umumnya lebih sulit dari pada insersi.

Persoalan dapat timbul bila implant di pasang terlalu dalam atau timbul jaringan fibrous sekeliling implant. Cara mengeluarkan implant:

- a) Cuci lengan akseptor, lakukan tindakan antiseptis
- b) Tentukan lokasi dari implan dengan jari-jari tangan dan dapat diberi tanda dengan tinta atau apa saja.
- c) Suntikkan anastesi local dibawah implant
- d) Buat satu insisi 4 mm sedekat mungkin pada ujung-ujung implant pada daerah alas “kipas”
- e) Keluarkan implant pertama yang terletak paling dekat dengan insisi atau yang terletak paling dekat dengan permukaan.
- f) Sampai saat ini dikenal 3 cara pengeluaran/pencabutan norplant
  - (1) Cara pop-out

Merupakan teknik pilihan bila memungkinkan karena tidak traumatis, sekalipun tidak selalu mudah untuk mengeluarkannya. Dorong ujung proksimal “kapsul” kearah distal dengan ibu jari sehingga mendekati lubang insisi, sementara jari telunjuk menahan bagian tengah kapsul, sehingga ujung dital kapsul menekan kulit. Bila

perlu, bebaskan jaringan yang menyelubungi ujung kapsul dengan scapel. Tekan dengan lembut ujung kapsul melalui lubang insisi seinga ujung tersebut akan “menyembut/pop-out” melalui lubang insisi. Kerjakan prosedur yang sama untuk semua kapsul yang tertingal.

#### (2) Cara standar

Bila cara pop-out tidak berhasil atau tidak mungkin dikerjakan, maka dapat dipakai cara standar. Jepit ujung distal kapsul dengan klem mosquito, sampai kira-kira 0.5-1 cm dari ujung klemnya masuk dibawah kulit melalui lubang insisi. Putar pegangan klem pada posisi 180° disekitar sumbu utamanya mengarah ke bahu akseptor. Bersihkan jaringan-jarinan yang menempel disekeliling klem dan kapsul dengan scapel atau kasa steril sampai kapsul terlihat jelas. Tangkap ujung kapsul yang sudah terlihat dengan klem crille, lepaskan klem mosquito, dan keluarkan kapul dengan klem crille. Cabut atau keluarkan kapsul-kapsul lainnya dengan cara yang sama.

#### (3) Cara “u”

Teknik ini dikembangkan oleh Dr.Untung Prawirohardjo dari semarang dibuat insisi memanjang selebar 4 mm, kira-kira 5 mm proksimal dari ujung

distal kapsul, diantara kapsul ke 3 an kapsul 4. Kapsul yang akan dicabut difiksasi dengan meletakkan jari telunjuk tangan kiri sejajar di samping kapsul. Kapsul dipegang kurang lebih 5 mm dari ujung distalnya. Kemudian klem diputar kearah pangkal lengan atas atau bahu akseptor sehingga kapsul terlihat dibawah lubang insisi dan dapt dibersihkan dari jaringan- jaringan yang menyelubunginya dengan scapel, untuk seterusnya dicabut keluar. (Hartanto, 2015:145)

**d. Kb pil**

Mini pil adalah tablet pil oral berisi progestin saja (Hartanto, 2004:155)

**1) Cara kerja**

Menurut Biran Affandi (2012:MK-50) adalah:

- a) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium
- b) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit
- c) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma
- d) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu

**2) Keuntungan :**

Bila minum pil secara teratur maka tingkat keberhasilan bisa 100%, dapat dipakai pengobatan terhadap berbagai masalah :ketegangan menjelang mentruasi, perdarahan mentruasi yang tidak teratur, nyeri saat mentruasi, pengobatan pasangan mandul.

Pengobatan penyakit endometriti, dapat meningkatkan libido.

**3) Kerugian :**

Harus minum pil secara teratur,dalam waktu panjang dapat menekan ovarium,penyulit ringan,berat badan bertambah,tumbuh acne,memengaruhi fungsi hati dan ginjal.(Manuaba,2010:599)

**e. Suntik progestin**

KB suntik adalah g-alfa medroksi progesteron yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral mempunyai efek progesteron yang kuat dan sangat efektif (Wiknjosastro,2007:921).

**1) Cara kerja**

Menurut Biran Affandi (2012:MK-43), cara kerja dari suntikan progestin adalah:

- a) Mencegah ovulasi

- b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi
- d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

**2) Keuntungan :**

Pemberianya sederhana setiap 8 sampai 12 minggu, tingkat evektivitasnya tinggi, pengawasan medis yang ringan, tidak mengganggu pengeluaran laktasi dan tumbuh kembang bayi, dapat diberikan pasca salin.

**3) Kerugian :**

Perdarahan yang tidak menentu, terjadi amenore, masih terjadi kemungkinan hamil

**2. Kontrasepsi tidak dengan alat**

**a. Metode Amenore Laktasi (MAL)**

MAL (Metode Amenore Laktasi) adalah kontrasepsi yang mengandalkan ASI Ekslusif, artinya ASI hanya diberikan kepada bayinya tanpa makanan ataupun minuman tambahan hingga usia 6 bulan. Ibu yang dapat menggunakan MAL:

- 1) Ibu menyusui secara penuh (full breast feeding), dan lebih efektif bila pemberian  $\geq 8$ x sehari
- 2) Ibu yang belum haid sejak pasca persalinan
- 3) Umur bayi kurang dari 6 bulan.

4) Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya bila ibu sudah mendapatkan menstruasi.

Ibu yang seharusnya tidak memakai MAL

- 1) Sudah mendapat haid setelah melahirkan.
- 2) Tidak menyusui bayinya secara eksklusif.
- 3) Usia bayi sudah lebih dari 6 bulan.
- 4) Bekerja dan berpisah dari bayinya lebih dari 6 jam serta tidak memberikan ASI perah. (Nina Siti Mulyani,Mega Rinawati.2013:29)

**1) Efektivitas:**

Risiko kehamilan tinggi bila ibu tidak menyusui bayinya secara benar. Bila dilakukan secara benar, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 6 bulan setelah persalinan. Keuntungan khusus bagi kesehatan adalah mendorong pola menyusui yang benar, sehingga membawa manfaat bagi ibu dan bayi. Selain itu, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan agar efektivitas MAL optimal:

- a) Ibu harus menyusui secara penuh atau hampir penuh (bayi hanya sesekali diberi 1-2 teguk air/minuman pada upacara adat/agama).
- b) Perdarahan sebelum 56 hari pascasalin dapat diabaikan (belum dianggap haid).
- c) Bayi menghisap payudara secara langsung.

- d) Menyusui dimulai dari setengah sampai satu jam setelah bayi lahir.
- e) Kolostrum diberikan kepada bayi .
- f) Pola menyusui *on demand* (menyusui setiap saat bayi membutuhkan) dan dari kedua payudara.
- g) Sering menyusui selama 24 jam termasuk malam hari.
- h) Hindari jarak antar menyusui lebih dari 4 jam (Afandi, 2012:MK-1).

Untuk mendukung keberhasilan kontrasepsi MAL maka ibu harus mengerti cara menyusui yang benar meliputi posisi, perlekatan dan menyusui secara efektif (Saifuddin, 2006:MK5 ).

- 1) Posisi bayi yang benar:
  - a) Kepala, leher, dan tubuh bayi dalam satu garis lurus
  - b) Badan bayi menghadap ke dada ibu
  - c) Badan bayi melekat ke ibu
  - d) Seluruh badan bayi tersangga dengan baik, tidak hanya leher dan bahu saja
- 2) Tanda bayi melekat dengan baik:
  - a) Dagu bayi menempel pada payudara ibu
  - b) Mulut bayi terbuka lebar
  - c) Bibir bawah membuka lebar, lidah terlihat di dalamnya

d) Areola juga masuk ke mulut bayi, tidak hanya puting susu. Areola bagian atas tampak lebih banyak/lebar

e) Tanda bayi menghisap dengan efektif:

f) Menghisap secara mendalam dan teratur

g) Kadang diselingi istirahat

h) Hanya terdengar suara menelan

i) Tidak terdengar suara mengecap

3) Setelah selesai:

a) Bayi melepas payudara secara spontan

b) Bayi tampak tenang dan mengantuk

c) Bayi tampak tidak berminat lagi pada ASI

4) Tanda bayi menghisap tidak efektif

a) Menghisap dengan cepat dan dangkal

b) Mungkin terlihat lekukan ke dalam pipi bayi

c) Tidak terdengar suara menelan.

#### **b. Senggama terputus**

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mengalami ejakulasi. Cara kerja metode ini adalah alat kelamin pria dikeluarkan dari vagina sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum dan kehamilan dapat dicegah.

**1) Keterbatasan:**

Efektivitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (Angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun). Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual.

**2) Indikasi :**

- a) Suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana.
- b) Pasangan yang taat beragama atau mempunyai alasan filosofi untuk tidak memakai metode lain.
- c) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera.
- d) Pasangan yang memerlukan metode sementara, sambil menunggu metode yang lain.
- e) Pasangan yang membutuhkan metode pendukung.
- f) Pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur.

**3) Kontraindikasi :**

- a) Suami dengan pengalaman ejakulasi dini.
- b) Suami yang sulit melakukan senggama terputus.
- c) Istri yang mempunyai pasangan yang sulit bekerjasama.
- d) Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi.

- e) Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus. (Saifuddin,2006:MK15-MK16).

### **3. Kontrasepsi mantap**

#### **a. Tubektomi**

Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang perempuan. Jenis Minilaparotomi dan Laparoskopi

##### **1) Mekanisme kerja :**

Yaitu dengan mengoklusi tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovule.

##### **2) Keuntungan Non kontrasepsi :**

Berkurangnya resiko kanker ovarium.

##### **3) Keterbatasan :**

- a) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan operasi rekanalisis.

- b) Klien dapat menyesal dikemudian hari.

- c) Resiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anastesi umum).

- d) Rasa sakit/ketidak nyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.

- e) Dilakukan oleh dokter yang terlatih (dibutuhkan dokter spesialis ginekologi atau dokter spesialis beadh untuk proses laparoskopi).
- f) Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk HBV dan HIV/AIDS.

Yang dapat menjalani tubektomi

- a) Usia > 26 tahun
- b) Paritas > 2
- c) Yakin telah mempunyai keluarga besar yang sesuai dengan kehendaknya.
- d) Pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius.
- e) Pascapersalinan.
- f) Pascakeguguran.
- g) Paham dan sukarela setuju dengan prosedur ini

Yang sebaiknya tidak menjalani tubektomi.

- a) Hamil (sudah terdeteksi tau dicurigai).
- b) Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi).
- c) Infeksi sistemik atau pelvic yang akut (hingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol).
- d) Tidak boleh menjalani proses pembedahan.

- e) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas di masa depan.
- f) Belum memberikan persetujuan tertulis.

Waktu dilakukan tubektomi

- a) Satiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil.
- b) Hari ke-6hingga ke-13 dari siklus menstruasi (fase proliferasi)
- c) Pascapersalinan
  - (1) Minilap : di dalam waktu 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu.
  - (2) Laparoskopi : tidak tepat untuk klien-klien pascapersalinan.
- d) Pascakeguguran
  - (1) Triwulan pertama : dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvic (minilap atau laparoskopi).
  - (2) Triwulan kedua : dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvic (minilap saja). (Saifuddin,2006:MK81-MK84).

### **b. Vasektomi**

Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferensia

(saluran sperma) sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi.

- 1) Kondisi yang memerlukan perhatian khusus bagi tindakan vasektomi
  - a) Infeksi kulit pada daerah operasi.
  - b) Infeksi sistemik yang sangat mengganggu kondisi kesehatan klien.
  - c) Hidrokel tau varikokel yang besar.
  - d) Hernia inguinalis.
  - e) Massa intraskrotalis.
  - f) Anemia berat, gangguan pembekuan darah atau sedang menggunakan antikoagulasi
- 2) Konseling, informasi, dan persetujuan tindakan medis.
  - a) Klien harus diberi informasi bahwa prosedur vasektomi tidak mengganggu hormone pria atau menyebabkan perubahan kemampuan atau kepuasan seksual.
  - b) Setelah prosedur vasektomi, digunakan salah satu kontrasepsi terpilih hingga spermatozoa yang tersisa dalam vesi kulaseminalis telah dikeluarkan seluruhnya secara empiric, sperma-analisis akan menunjukkan hasil negative setelah 15-20 kali ejakulasi.
  - c) Informasi bagi pasien
    - (1) Pertahankan band aid selama 3 hari.

(2) Luka yang sedang dalam penyembuhan dengan ditarik-tarik atau digaruk-garuk.

(3) Boleh mandi setelah 24 jam, asal daerah luka tidak basah. Setelah 3 hari luka boleh dicuci dengan sabun dan air.

(4) Pakailah penunjang skrotum, usahakan daerah operasi kering.

(5) Jika ada nyeri, berikan 1-2 tablet analgetik seperti parasetamol atau ibuprofen setiap 4-5 jam.

(6) Hindari mengangkat barang berat dan kerja keras untuk 3 hari.

(7) Boleh bersenggama sesudah hari ke 2-3. Namun untuk menvegah kehamilan pakailah kondom atau cara kontrasepsi lain selama 3 bulan atau sampai ejakulasi 15-20 kali.

(8) Periksa semasn 3 bulan pascavasektomi atau sesudah 15-20 kali ejakulasi.

d) Penilaian klinik

Riwayat sosiomedik yang perlu diketahui dari seorang calon akseptor vasektomimeliputi hal-hal berikut:

(1) Riwayat operasi atau trauma pada region skrotalis atau inguinalis.

(2) Riwayat disfungsi seksual, termasuk impotensi.

(3) Kondisi area skrotalis (ketebalan kulit, perut atau infeksi).

(4) Temuan berupa undesensus testikularis, hidrokel/varikokel, massa intraskrotalis atau hernia inguinalis.

(5) Riwayat alergi.

(6) Adanya proteinuria atau diabetes mellitus.

e) Tempat pelayanan dan petugas pelaksana vasektomi tanpa pisau (VTP)

Tim medis VTP merupakan petugas kesehatan yang dilatih secara khusus untuk melakukan prosedur vasektomi. Di Indonesia, pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) yang memiliki tim medis VTP merupakan fasilitas kesehatan terdepan yang dapat memberikan pelayanan kontrasepsi khusus ini. Walaupun prosedur vasektomi merupakan tindakan bedah minor, ketersediaan peralatan dan medikamentosa untuk tindakan gawat darurat merupakan syarat mutlak pelayanan.

Akses ke fasilitas kesehatan rujukan juga harus tersedia setiap saat.

3) Komplikasi

a) Komplikasi dapat terjadi saat prosedur berlangsung atau beberapa saat setelah tindakan. Komplikasi selama

prosedur dpt berupa komplikasi akibat reaksi anafilakis yang disebabkan oleh penggunaan lidokain atau manipulasi berlebihan terhadap anyaman pembuluh darah disekitar vena deferensia.

b) Komplikasi pasca tindakan dapat berupa hematoma skrotalis, infeksi atau abses pada testis, atrofi testis, epididimitis kongestif, atau peradangan kronik granuloma ditempat insisi. Penyulit janga panjang yang dapat mengganggu upaya pemulihan fungsi reproduksi adalah terjadinya antibody sperma. (Saifuddin,Abdul Bari.2008:MK85-86).