

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP DASAR/TEORI KEHAMILAN

2.1.1 Pengertian kehamilan

Menurut federasi obstetri ginekologi internasional, kehamilan didefinisikan sebagai penyatuan antara spermatozoa dan ovum lalu dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari fase fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan berlangsung dalam tiga trimester, trimester satu berlangsung dalam 13 minggu, trimester kedua 14 minggu (minggu ke 14 hingga ke 27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke 28 hingga ke 40) (prawirohardjo, 2016).

Kehamilan merupakan rantai yang berkesinambungan yang terdiri dari pematangan sel (*ovulasi*) dan pertemuan antara sel telur (*ovum*) dan sel sperma (*spermatozoa*) dan terjadilah pembuahan dan pertumbuhan. Kemudian zigot tertanam pada uterus dan pembentukan plasenta serta tahap akhir adalah tumbuh kembang hasil konsepsi sampai *aterm* (cukup bulan). Masa kehamilan dimulai dari proses konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Badria, 2018).

2.1.2 Proses kehamilan

1. Pengangkutan ovum ke oviduktus

Pada saat ovulasi ovum diambil oleh oviduktus dan ditangkap oleh fimbriae. Fimbria dilapisi oleh silia yaitu tonjolan-tonjolan halus mirip rambut yang bergetar seperti gelombang kearah interior oviduktus.

2. Pengangkutan sperma ke oviduktus

Setelah ejakulasi, sel sperma berjalan melewati kanalis servikalis, uteri dan menuju ke sel telur disepertiga oviduktus. Rintangan pertama yaitu melewati kanalis servikalis. Ketika kadar estrogen tinggi seperti pada saat folikel matang akan berovulasi, maka mucus serviks menjadi tipis dan encer sehingga dapat ditembus oleh sel sperma. Setelah sampai uterus, kontraksi miometrium akan mengaduk sel sperma, saat mencapai oviduktus sperma bergerak melawan silia yang dibantu oleh kontraksi antiperistaltik otot polos oviduktus.

3. Fertilisasi (pembuahan)

Pembuahan terjadi ketika sperma melewati korona radiata dan zona pelusida. Enzim-enzim akrosom, yang terpajan saat membran akrosom rusak dan sperma berkontak dengan korona radiata, akan menembus sawar-sawar protektif tersebut. Sperma pertama yang mencapai ovum memicu suatu perubahan kimiawi pada membran yang mengelilingi ovum sehingga lapisan tidak dapat ditembus oleh sperma lain. Penetrasi sperma kedalam sitoplasma memicu pembelahan meiosis akhir oosit sekunder. Nukleus sperma dan ovum menyatu membentuk zigot lalu

menjadi morula dan masuk kedalam uterus dan terjadi implantasi di dinding endometrium. Fertilisasi terjadi pada oviduktus. Sel telur yang telah terbuahi akan membelah diri secara mitosis. Setelah itu ovum tumbuh dan berdiferensiasi menjadi blastokista dan melakukan implementasi. Sementara itu endometrium mengalami peningkatan vaskularisasi yang dipenuhi simpanan glikogen dibawah pengaruh progesteron fase luteal. Blastokista tertanam di lapisan yang telah disiapkan melalui enzim-enzim yang keluar dari lapisan luar blastokista. Enzim ini mencerna jaringan endometrium kaya nutrisi, sebagai pembuat lubang pada endometrium untuk implantasi blastokista sementara pada saat yang sama membebaskan nutrisi dari sel endometrium agar dapat digunakan oleh mudigah yang berkembang.

4. Implantasi

Ovum yang telah terbuahi akan membelah diri dengan cepat dalam tuba falopi. Bila kelompok sel (morula) mencapai kavum uteri maka terbentuklah inner cell. Pada stadium blastosis, inner cell terbungkus oleh sel trofoblas primitif yang memproduksi hormon secara aktif sejak awal kehamilan yang mencegah reaksi hasil konsepsi. Pada stadium ini, zigot berimplantasi untuk mendapatkan nutrisi dan oksigen yang cukup. Perkembangan inner cell kedalam lapisan ektodermal dan endodermal akan membentuk lapisan mesodermal yang akan tumbuh dan keluar untuk membentuk mesoderm ekstra embrionik. Pada stadium ini terbentuk 2 rongga antara lain yolk sac dan cavum amnion. Kantung

amnion berasal dari ektoderm dan yolk sac dari endoderm. Cavum amnion masih amat kecil serta 2 rongga yang terbungkus oleh mesoderm bergerak kearah blastosis. Batang mesoderm membentuk talipusat. Area embrionik terdiri atas ektoderm-endoderm dan mesoderm akan membentuk janin. Cavum amnion semakin berkembang dan mencapai dinding blastosis. Bagian yolk sac tertutup dalam embrio dan sisanya membentuk tabung dan menyatu dengan tungkai mesodermal.

5. Plasentasi

Vili terdapat di seluruh permukaan blastosis. Sehingga desidua kapsularis akan membesar dan menekan serta kehamilan akan semakin membesar kearah dalam cavum uteri. Perkembangan desidua kapsularis secara bertahap akan memangkas sirkulasi yang melaluinya. Hal ini menyebabkan atrofi dan hilangnya vili. Permukaan blastosis menjadi halus dan disebut sebagai chorion leave. Pada sisi yang berlawanan, villi bertumbuh dan membesar yang disebut chorion frondusum. Semakin meluasnya ekspansi blastosis, desidua kapsularis menempel dengan desidua vena dan cavum uteri menjadi obliterasi trofoblas primitif chorion frondusum melakukan invasi desidua. Kelenjar dan stroma akan rusak dan pembuluh darah maternal kecil akan mengalami dilatasi membentuk sinusoid. Trofoblas mengembangkan lapisan seluler yang disebut sitotrofoblas dan lapisan sinsitium yang disebut sinsitiotrofoblas. Kemudian vili terendam dalam darah ibu. Semakin besarnya kehamilan struktur villi khorialis semakin kompleks dan villi membelah membentuk

cabang dimana cabang vasa umbilicalis membentuk percabangan erat dengan permukaan epitel trofoblas. Villi terminalis mengapung bebas dalam darah ibu untuk mentransfer nutrien dan produk sisa metabolisme akan semakin meningkat dimana struktur pemisah sirkulasi ibu dan janin semakin tipis. Pada akhir kehamilan permukaan transfer nutrien dan lain lain semakin meluas. Plasenta yang sudah terbentuk sempurna berbentuk cakram, berwarna merah dengan tebal 2-3 cm pada daerah insersi talipusat. Berat saat aterm kurang lebih 500 gram. Talipusat berisi dua arteri dan satu vena dan diantaranya terdapat Wharton jelly sebagai pelindung arteri dan vena sehingga tidak mudah tertekan atau terlipat. Umumnya berinsersi pada parasentral plasenta (fatimah S.ST & nuryaningsih S.ST, 2017).

2.1.3 Tanda-Tanda kehamilan

Tanda-tanda kehamilan dibedakan menjadi 3 yaitu:

1. Tanda dugaan hamil

a. Amenorea (tidak dapat haid)

Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Penting diketahui tanggal hari pertama haid terakhir supaya dapat ditentukan tuanya usia kehamilan dan perkiraan persalinan akan terjadi.

b. Nausea (mual) dan emesis (muntah)

Umumnya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan, kadang-kadang disertai oleh *emesis* (muntah). Sering terjadi pada pagi hari, Keadaan ini disebut *morning sickness*. Dalam batas-batas tertentu keadaan ini masih fisiologis, bila terlalu sering, dapat mengakibatkan gangguan kesehatan dan disebut *hiperemesis gravidarum*.

c. Mengidam

Mengidam sering terjadi pada bulan-bulan pertama akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan.

d. Pingsan

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (*sentral*) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan dapat menyebabkan pingsan bila berada di tempat-tempat ramai yang sesak dan padat. Keadaan ini akan hilang sesudah kehamilan 16 minggu.

e. Payudara tegang dan membesar

Disebabkan oleh pengaruh hormon estrogen dan progesteron serta somatotropin menimbulkan deposit lemak, air dan garam pada payudara, sehingga payudara membesar dan tegang, ujung saraf tertekan dan menyebabkan rasa sakit terutama pada ibu hamil pertama.

f. Anoreksia (tidak nafsu makan)

Terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan akibat dari perubahan hormon sehingga nafsu makan berkurang.

g. Sering kencing

Terjadi karena kandung kencing tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada trimester kedua umumnya keluhan ini akan menghilang karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Namun pada trimester ketiga gejala dapat muncul kembali karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan akan menekan kembali kandung kemih sehingga ibu akan merasa sering kencing.

h. Konstipasi atau obstipasi

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

i. Pigmentasi kulit

Terjadi pada kehamilan 12 minggu keatas, terdapat pada pipi, hidung, dan kadang-kadang tampak deposit pigmen yang berlebihan, dikenal sebagai *cloasma gravidarum*. *Areola mammae* juga menjadi lebih hitam karena didapatkan deposit pigmen yang berlebih. Daerah leher lebih hitam serta pada dinding perut terdapat *striae livide/gravidarum* yaitu tanda yang dibentuk akibat serabut-serabut elastis lapisan kulit terdapat terpisah dan putus/merenggang, berwarna kebiruan, kadang dapat menyebabkan rasa gatal (*pruritus*), *linea alba* atau garis keputihan di perut menjadi lebih hitam (*linea nigra* atau garis gelap vertikal mengikuti garis perut dari pusat sampai simpisis).

j. Varises (pembengkakan pembuluh darah vena)

Pengaruh estrogen dan progesteron yang dapat menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama pada wanita yang mempunyai pekerjaan berat. Sering dijumpai pada trimester pertama, terdapat pada daerah genitalia eksterna, kaki dan betis serta payudara. timbul pada trimester pertama dan akan menghilang setelah persalinan (Beribe, 2012).

2. Tanda kemungkinan hamil

Terdapat perubahan-perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksaan fisik kepada wanita hamil yaitu:

a. Pembesaran perut

Rahim membesar dan bertambah besar terutama setelah kehamilan 5 bulan, akan tetapi perlu diperhatikan pembesaran perut belum tentu menjadi tanda pasti kehamilan, kemungkinan lain disebabkan oleh mioma, tumor atau kista ovarium.

b. Tanda Hegar dan goodell

Tanda *hegar* yaitu melunaknya *isthmus uteri* (daerah yang mempertemukan leher Rahim dan badan Rahim) karena selama masa hamil, dinding-dinding otot Rahim menjadi kuat dan elastis sehingga saat dilakukan pemeriksaan dalam akan teraba lunak dan terjadi antara usia 6-8 minggu kehamilan. Sedangkan tanda *goodells* yaitu melunaknya serviks akibat pengaruh hormon estrogen yang

menyebabkan massa dan kandungan air meningkat sehingga serviks menjadi lunak.

c. Tanda chadwicks

Tanda berwarna kebiru-biruan yang terjadi pada vagina dan vulva hingga minggu ke 8 karena peningkatan *vaskularitas* dan pengaruh hormon estrogen pada vagina. Tanda ini tidak dapat digunakan sebagai tanda kemungkinan hamil karena pada kelainan Rahim tanda ini dapat diindikasikan sebagai pertumbuhan tumor.

d. Tanda pascaseck

Perubahan Rahim yang semakin membesar dan makin bundar, terkadang tidak rata tetapi pada daerah nidasi lebih cepat tumbuh, dapat dirasakan pada pemeriksaan dalam.

e. Kontraksi braxton hicks

Kontraksi Rahim yang tidak beraturan selama kehamilan, kontraksi ini tidak terasa sakit, dan menjadi cukup kuat menjelang akhir kehamilan. Pada waktu pemeriksaan dalam terlihat Rahim yang lunak seakan menjadi keras karena kontraksi yang terjadi.

f. Teraba Ballotement

Pantulan yang terjadi saat jari telunjuk pemeriksa mengetuk janin yang mengapung dalam uterus. Pantulan dapat terasa sekitar usia 4-5 bulan, tetapi hal ini tidak dapat dipastikan sebagai tanda kehamilan karena lentingan juga dapat terjadi pada tumor dalam kandungan.

g. Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif

Melakukan tes urine untuk mengetahui ada tidaknya peningkatan hormon kehamilan HCG (*Human chorionic gonadotropin*) di dalam tubuh (Elsa & Pertiwi, 2012).

3. Tanda pasti hamil

Tanda-tanda pasti hamil yaitu Teraba gerakan janin di dalam Rahim, teraba bagian-bagian janin, Terdengar detak jantung janin, pada pemeriksaan rontgen atau ultrasonografi terlihat kerangka janin serta adanya kantung kehamilan (Yulizawati et al., 2017).

2.1.4 Perubahan fisiologis dalam masa kehamilan

Banyak perubahan-perubahan yang terjadi setelah fertilisasi dan berlanjut sepanjang kehamilan. Berikut beberapa perubahan yang terjadi pada wanita hamil, diantaranya:

1. Perubahan pada sistem reproduksi

a) Uterus

Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami *hipertrofi* dan *hiperplasia*, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Rahim yang tidak hamil kira-kira sebesar telur ayam, dan pada bulan-bulan pertama kehamilan, bentuk Rahim seperti buah alpukat, pada usia kehamilan 2 bulan sebesar telur bebek, pada kehamilan 3 bulan seperti telur

angsa, pada kehamilan 4 bulan Rahim berbentuk bulat, dan pada akhir kehamilan seperti bujur telur.

b) Dinding perut (*abdominal wall*)

Pembesaran Rahim menimbulkan perengangan yang menyebabkan robeknya serabut elastin dibawah kulit sehingga timbul *striae gravidarum*. Jika terjadi peregangan hebat, misalnya pada *hidramnion* dan kehamilan ganda, dapat terjadi *diastasis recti*, bahkan hernia. Kulit perut pada linea alba, bertambah pigmentasinya dan disebut *linea nigra*.

c) Indung telur (*ovarium*)

Pada saat kehamilan, *ovulasi* terenti sedangkan *korpus luteum graviditatis* masih ada sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron.

d) Vagina dan vulva

Perubahan pada vagina dan vulva disebabkan pengaruh estrogen. Vagina dan *portio* serviks disebut tanda *chadwick*, hal ini disebabkan *hipervaskularisasi* (Badria, 2018).

2. Payudara

Akibat pengaruh hormon estrogen yang memicu perkembangan duktus (saluran) air susu pada payudara. Sedangkan hormon progesteron menambah sel-sel asinus pada payudara. Hormon laktogenik plasenta (somatomammotropin) menyebabkan hipertrofi dan menambah sel-sel asinus payudara serta meningkatkan produksi zat kasein, laktalbumin,

lactoglobulin, sel-sel lemak, kolostrum. Pada ibu hamil payudara menjadi tegang dan besar serta terjadi hiperpigmentasi kulit, terutama pada areola dan papilla akibat pengaruh melanofor, puting menjadi besar dan menonjol, hipertrofi kelenjar sebacea (lemak) muncul pada areola mammae dan disebut sebagai tuberkel Montgomery yang kelihatannya di sekitar puting. Kelenjar sebacea berfungsi sebagai pelumas puting, kelembutan puting terganggu jika lemak pelindung ini dicuci dengan sabun. Puting akan mengeluarkan kolostrum yaitu susu yang berwarna putih kekuningan pada TM 3 (Tyastuti & heni puji wahyuningsih, 2016).

3. Sistem perkemihan

Kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan rasa sering berkemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul. Dan akan muncul kembali pada akhir kehamilan apabila kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul (Askari, 2017).

4. Sistem respirasi

Pada kehamilan sering terjadi perubahan sistem respirasi wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak dan pendek napas. Hal ini disebabkan oleh usus yang tertekan kearah diafragma akibat pembesaran Rahim. Kapasitas vital paru sedikit meningkat selama hamil (fatimah & nuryaningsih, 2017).

5. Sistem digestivus

Saliva meningkat dan timbul keluhan mual dan muntah. Tonus-tonus saluran pencernaan melemah sehingga makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. Reabsorpsi makanan baik, tetapi akan timbul obstipasi. Gejala muntah (*emesis gravidarum*) sering terjadi, biasanya pada pagi hari sehingga disebut sakit pagi (*morning sickness*) (Badria, 2018).

6. Sistem endokrin

Pada saat kehamilan *aterm* (cukup bulan), hormon prolaktin akan meningkat 10 kali lipat. Sebaliknya, setelah persalinan konsentrasinya pada plasma akan menurun. Hal ini juga ditemukan pada ibu-ibu yang menyusui. Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari *hiperplasia* kelenjar dan peningkatan *vaskularisasi*. Kelenjar adrenal pada kehamilan normal akan mengecil, sedangkan hormon androstenedion, testosteron, deoksikortikosteron, akan meningkat. Sementara itu, dehidroepiandrosteron sulfat akan menurun (Badria, 2018).

7. Sistem kardiovaskuler

Sirkulasi darah pada saat kehamilan dipengaruhi adanya sirkulasi ke plasenta yang membesar dengan pembuluh darah yang membesar *mamae* serta organ lain yang berfungsi berlebihan. Dalam usia kandungan 24 minggu pertama tekanan darah akan menurun dalam perifer vascular resistensi yang disebabkan oleh pengaruh otot halus oleh progesteron. Selama kehamilan normal cardiac output meningkat

dan mencapai level maksimum selama trimester pertama, kedua dan selama proses bersalin. Pada usia kandungan 16 minggu mulai terjadi hemodilusi. Setelah 24 minggu tekanan darah sedikit demi sedikit naik kembali pada tekanan darah sebelum aterm. Hemodilusi penambahan volume darah sekitar 25% dengan puncak pada usia kandungan 32 minggu, sedangkan hematokrit mencapai level terendah pada minggu 30-32 minggu (Vitaloka, 2017).

8. Perubahan berat badan

Penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya, kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg (Tyastuti & heni puji wahyuningsih, 2016).

2.1.5 Perubahan psikologis dalam masa kehamilan

1. Trimester I

Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian, penyesuaian seorang ibu hamil terhadap kenyataan bahwa dirinya sedang hamil, pada masa ini ibu hamil biasanya merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan, dan kesedihan akibat ketidaknyamanan yang mulai dirasakan ibu. Setiap perubahan yang terjadi pada tubuhnya akan selalu diperhatikan dengan seksama. Hasrat untuk melakukan hubungan seks pada wanita trimester I berbeda-beda, biasanya banyak mengalami penurunan. Hal ini dipengaruhi oleh kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara dan kekhawatiran (Badria, 2018).

2. Trimester II

Trimester kedua sering dikenal dengan periode kesehatan yang baik, yaitu ketika ibu hamil merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan. Ibu hamil mulai merasa sehat dan mengharapkan bayinya. Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energy dan pikirannya secara lebih konstruktif. Biasanya libido mulai meningkat kembali karena sudah merasa lepas dari kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakan pada trimester I (fatimah & nuryaningsih, 2017).

3. Trimester III

Kehamilan pada trimester ketiga sering disebut sebagai fase penantian dengan penuh kewaspadaan. Ibu hamil mulai menghawatirkan mengenai proses persalinan, serta kekhawatiran akan kondisi bayinya. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali, merasa diri aneh, jelek, merasa kehilangan perhatian, serta gangguan body image. Pada trimester ini, ibu hamil memerlukan dukungan dari suami, keluarga, bidan (Virgama, 2019).

2.1.6 Kebutuhan dasar pada ibu hamil

1. Nutrisi

Pada trimester I (0-12 minggu) umumnya nafsu makan ibu akan berkurang, sering timbul rasa mual dan muntah. Pada trimester ke II (13-28 minggu), nafsu makan sudah kembali pulih. Pada trimester III (29-40 minggu), nafsu makan sangat baik tetapi jangan kelebihan kurangi

karbohidrat, tingkatkan protein, sayur-sayuran, buah-buahan, kurangi makanan yang mengandung manis (seperti gula) dan terlalu asin karena makanan tersebut akan memberikan kecenderungan janin tumbuh besar dan merangsang timbulnya keracunan saat kehamilan. Penambahan berat badan dalam batas normal menyatakan bahwa berat badan ibu hamil akan bertambah 6,5-15 kg selama hamil atau terjadi kenaikan berat badan sekitar 0,5 kg/ minggu (Virgama, 2019). Berikut kebutuhan nutrisi yang harus dipenuhi ibu hamil yaitu:

a. Kalori

Pada masa kehamilan kebutuhan kalori naik antara 300-400 kkal per hari. Kalori ini dapat dipenuhi dari sumber makanan yang bervariasi, dengan menu 4 sehat 5 sempurna sebagai acuannya. Sebanyak 55% didapatkan dari umbi-umbian serta nasi sebagai sumber karbohidrat, lemak nabati dan hewani 35%, serta 10% berasal dari sayuran dan buah-buahan.

b. Asam folat

Berguna untuk pembentukan sistem saraf. Pada trimester pertama bayi membutuhkan 400 mikrogram dalam setiap harinya. Jika kekurangan asam folat, maka perkembangan janin menjadi tidak sempurna dan bisa membuat bayi lahir dengan kelainan, misalnya tanpa batok kepala, bibir sumbing, atau tulang belakang tidak tersambung. Asam folat diperoleh dari buah, sayuran hijau dan beras merah.

c. Protein

Asupan protein diperlukan untuk zat pembangun, pembentukan darah dan sel. Kebutuhan ibu hamil akan protein adalah 60 gram setiap harinya, atau 10 gram lebih banyak daripada biasanya. Makanan berprotein didapat dari kacang-kacangan, tahu-tempe, putih telur, dan daging.

d. Kalsium

Berfungsi untuk pertumbuhan tulang dan gigi. Dengan pemenuhan kebutuhan kalsium yang cukup selama kehamilan, ibu hamil dapat terhindar dari osteoporosis. Hal ini dikarenakan, jika kebutuhan kalsium sang ibu tidak mencukupi, kebutuhan kalsium janin diambil dari tulang ibunya. Makanan yang banyak mengandung kalsium diantaranya susu, dan produk olahan lain seperti vitamin A, D, B2, B3, dan C. vitamin A sangat bermanfaat bagi mata, pertumbuhan tulang, dan kulit. Vitamin D dapat menyerap kalsium yang bermanfaat untuk pertumbuhan tulang dan gigi sang janin.

e. Zat besi

Berfungsi dalam pembentukan darah, terutama untuk membentuk sel darah merah (*hemoglobin*), serta mengurangi resiko ibu hamil terkena anemia. Kandungan zat besi sangat dibutuhkan pada masa kehamilan memasuki usia 20 minggu. Makanan yang banyak mengandung zat besi diantaranya hati, ikan, dan daging (Ainiyah, 2018).

2. Oksigen

Meningkatnya jumlah progesteron selama kehamilan mempengaruhi pusat pernafasan, CO₂ menurun dan O₂ yang meningkat akan bermanfaat bagi janin (Virgama, 2019).

3. Personal hygiene

Ibu hamil dianjurkan untuk menjaga kebersihan dirinya untuk mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi, badan yang kotor akan banyak mengandung kuman. Pada ibu hamil dengan bertambahnya aktivitas metabolisme tubuh maka cenderung menghasilkan keringat yang lebih, sehingga perlu menjaga kebersihan badan secara ekstra disamping itu menjaga kebersihan badan juga dapat untuk mendapatkan rasa nyaman bagi tubuh (Tyastuti, 2016).

4. Seksualitas

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak diperbolehkan bila:

- a. Terdapat perdarahan pervaginam
- b. Terdapat riwayat abortus berulang
- c. Abortus/partus prematurus imminens
- d. Ketuban pecah dini
- e. Serviks telah membuka (Virgama, 2019).
- f. Pakaian

5. Pakaian yang baik untuk dikenakan pada ibu hamil harus nyaman, mudah menyerap keringat, mudah dicuci, tanpa sabuk atau pita yang menekan dibagian perut atau pergelangan tangan, pakaian juga tidak baik terlalu ketat dileher, stoking tungkai yang sering digunakan oleh sebagian wanita tidak dianjurkan karena dapat menghambat sirkulasi darah. Pakaian wanita hamil harus ringan dan menarik karena wanita hamil tubuhnya akan bertambah menjadi besar. Sepatu harus terasa pas, enak dan aman, sepatu bertumit tinggi dan berujung lancip tidak baik bagi kaki, khususnya pada saat kehamilan ketika stabilitas tubuh terganggu dan cedera kaki yang sering terjadi.

6. Senam hamil

Senam hamil merupakan kebutuhan aktivitas fisik, pada kegiatan ini terjadi peningkatan metabolisme yang pada dasarnya memerlukan peningkatan penyediaan oksigen selama senam hamil. Senam adalah terapi latihan gerak untuk mempersiapkan seorang ibu hamil baik fisik maupun mental pada persalinan yang aman, spontan dan lancar sesuai waktu yang diharapkan". Pada prinsipnya senam hamil adalah *exercise therapy* atau terapi latihan yang merupakan bagian dari ilmu fisioterapi yang dilaksanakan dibagian obstetri pada ibu hamil oleh seorang fisioterapi.

Senam hamil penting bagi seorang ibu yang sedang mempersiapkan diri untuk persalinan terutama untuk ibu dengan usia kandungan lebih dari 20 minggu.

Tujuan:

- a. Menguasai teknik pernafasan
- b. Memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut
- c. Melatih sikap tubuh selama hamil
- d. Melatih relaksasi sempurna dengan latihan kontraksi dan relaksasi
- e. Ibu dapat melahirkan tanpa penyulit sehingga ibu dan bayi sehat setelah persalinan

Manfaat:

- a. Memperkuat dan mempertahankan kelenturan otot-otot dinding perut dan dasar panggul yang penting dalam proses persalinan
- b. Melatih sikap tubuh guna menghindari /memperingan keluhan-keluhan seperti sakit
- c. Perempuan mengandung yang mengikuti senam hamil diharapkan dapat menjalani persalinan secara lancar, dapat memanfaatkan tenaga dan kemampuan sebaik-baiknya sehingga proses persalinan normal langsung relatif cepat.
- d. Membuat tubuh lebih rileks (membantu mengatasi stress dan rasa sakit akibat his ketika bersalin.

7. Istirahat dan tidur

Ibu hamil membutuhkan tidur selama 6-8 jam sehari. Hal ini sama dengan orang sehat pada umumnya. Berbagai perubahan tubuh kerap membuat ibu hamil gampang lelah dan mengantuk. Ibu hamil biasanya perlu tambahan waktu istirahat dan tidur sekitar 30 menit hingga 1 jam setiap rentang 3 hingga 4 jam. Bila kehamilan dibawah 3 bulan, maka diperbolehkan

banyak istirahat, terutama bila kandunganya lemah maka sebaiknya banyak istirahat di tempat tidur (*bed rest*). Pada masa awal kehamilan, mungkin ibu merasa lebih lelah dari biasanya. Tidur siang sangat dianjurkan. Prinsipnya, ibu hamil mesti istirahat cukup dan dianjurkan tidur 8 jam sehari. Namun begitu jangan lupa untuk melakukan aktivitas fisik yang ringan, agar tubuh lebih sehat dan fit.

8. Mobilisasi

Mobilisasi dini adalah suatu upaya mempertahankan kemandirian sedini mungkin dengan cara membimbing penderita untuk mempertahankan fungsi fisiologis. Konsep mobilisasi dini mula-mula berasal dari ambulasi dini yang merupakan pengembalian secara berangsur-angsur ke tahap mobilisasi sebelumnya untuk mencegah komplikasi

9. Body Mekanik

Adalah usaha koordinasi diri muskuloskeletal dan sistem saraf untuk mempertahankan keseimbangan yang tepat. Mekanika tubuh merupakan bagian dari aktivitas manusia (Ainiyah, 2018).

10. Eliminasi

Keluhan yang dialami adalah konstipasi. Tindakan pencegahan ini adalah harus mengkonsumsi makanan yang tinggi serat dan banyak minum air putih. Walaupun ibu hamil sering mengatakan keluhan sering buang air kecil, tindakan untuk mengurangi asupan cairan tidak dianjurkan karena akan mengakibatkan dehidrasi (Virgama, 2019)

11. Imunisasi

Pada masa kehamilan ibu hamil diharuskan melakukan imunisasi *tetanus toksoid* (TT). Yang berguna untuk menurunkan kemungkinan kematian ibu dan bayi karena tetanus. Imunisasi tetanus juga berfungsi sebagai pelindungi bayi terhadap penyakit *tetanus neonatorum*. Imunisasi dilakukan pada trimester I / II pada kehamilan 3 – 5 bulan dengan interval minimal 4 minggu. Lakukan suntikan secara IM (*Intramuscular*) dengan dosis 0,5 mL. Imunisasi yang lain dilakukan dengan indikasi yang lain. Jadwal pemberian suntikan tetanus adalah:

- a. TT 1 selama kunjungan antenatal I
- b. TT 2 → 4 minggu setelah TT 1
- c. TT 3 → 6 minggu setelah TT 1
- d. TT 4 → 1 tahun setelah TT 3
- e. TT 5 → 1 tahun setelah TT 4 (Ainiyah, 2018).

2.1.7 Tanda bahaya kehamilan

Tanda Bahaya kehamilan adalah suatu gejala yang muncul dalam kehamilan sehingga terjadi komplikasi. Bahaya kehamilan merupakan gejala yang muncul dalam kehamilan pada trimester I sampai trimester III. Tanda bahaya kehamilan yaitu gangguan yang terjadi dalam kehamilan yang bisa mengakibatkan komplikasi. Macam-macam tanda kehamilan pada trimester III yaitu:

1. Perdarahan pervaginam

Pada masa awal kehamilan, ibu mungkin akan mengalami perdarahan yang sedikit atau spotting disekitar waktu pertama haidnya. Perdarahan ini adalah perdarahan implantasi, dan ini normal terjadi. Perdarahan yang terjadi pada umur kehamilan tua terutama setelah melewati trimester III disebut perdarahan antepartum. Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsisebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Adapun macam-macam abortus menurut Beribe, 2012, yaitu:

a. Abortus imminens

Merupakan abortus tingkat permulaan ditandai perdarahan pervaginam, *ostium uteri* tertutup dan hasil konsepsi masih baik dalam kandungan. Diagnosis *abortus imminens* biasanya diawali dengan keluhan perdarahan pervaginam pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu. Penderita mengeluh mulas sedikit atau tidak ada keluhan sama sekali kecuali perdarahan pervaginam. Pengelolaan penderita ini sangat bergantung pada informed consent yang diberikan. Penderita diminta untuk melakukan tirah baring sampai perdarahan berhenti. Biasa diberi spasmolitik agar uterus tidak berkontraksi atau diberi tambahan hormone progesteron untuk mencegah terjadinya abortus.

b. Abortus insipiens

Merupakan abortus yang mengancam ditandai dengan serviks telah mendatar dan *ostium* telah membuka, akan tetapi hasil konsepsi masih

dalam kavum uteri dan dalam proses pengeluaran. Penderita akan merasa mulas karena kontraksi yang sering dan kuat, perdarahannya bertambah sesuai dengan pembukaan serviks. Pengelolaan penderita ini harus memperhatikan keadaan umum dan perubahan keadaan *hemodinamik* yang terjadi, segera lakukan tindakan evakuasi/pengeluaran hasil konsepsi disusul dengan kuretase bila perdarahan banyak.

c. Abortus kompletus

Seluruh hasil konsepsi telah keluar dari *kavum uteri* pada kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Semua hasil konsepsi telah dikeluarkan, *ostium* uteri telah menutup, uterus sudah mengecil sehingga perdarahan sedikit. Pengelolaan penderita tidak memerlukan tindakan khusus maupun pengobatan. Biasanya hanya diberi *roboransia* atau *hematinik*, *Uterotonika* tidak perlu diberikan.

d. Abortus inkompletus

Sebagian hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri dan masih ada yang tertinggal. Perdarahan biasanya masih terjadi jumlahnya pun banyak atau sedikit bergantung pada jaringan yang tersisa, yang menyebabkan sebagian plasenta masih terbuka sehingga perdarahan berjalan terus. Bila terjadi perdarahan yang hebat, dianjurkan segera melakukan pengeluaran sisa hasil konsepsi secara manual agar jaringan yang mengganjal terjadinya kontraksi uterus segera

dikeluarkan, kontraksi uterus dapat berlangsung baik dan perdarahan bisa berhenti. Selanjutnya dilakukan *kuretase*. Tindakan *kuretase* harus dilakukan secara hati-hati sesuai dengan keadaan umum ibu dan besarnya uterus. Tindakan yang dianjurkan adalah dengan karet vakum menggunakan kanula dari plastik. Pasca tindakan perlu diberikan *uterotonika parenteral* ataupun *peroral* dan antibiotika.

e. Missed abortion

Abortus yang ditandai dengan embrio atau fetus telah meninggal dalam kandungan sebelum kehamilan 20 minggu dan hasil konsepsi seluruhnya masih tertahan dalam kandungan. Pengelolaan *missed abortion* perlu diutarakan kepada pasien dan keluarganya secara baik karena resiko tindakan operasi dan kuretase ini dapat menimbulkan komplikasi perdarahan atau tidak bersihnya evakuasi/kuretase dalam sekali tindakan. Salah satu cara yaitu dengan pemberian *misoprostol* secara *sublingual* sebanyak 400 mg yang dapat diulangi 2 kali dengan jarak 6 jam.

f. Abortus habitualis

Abortus habitualis yaitu apabila ibu mengalami abortus berturut-turut 3 kali atau lebih. Wanita yang mengalami peristiwa tersebut, umumnya tidak mendapat kesulitan untuk menjadi hamil, akan tetapi kehamilannya tidak dapat berlangsung terus dan berhenti sebelum waktunya. Biasanya terjadi pada trimester pertama akan tetapi kadang-

kadang pada kehamilan yang lebih tua. Sebab-sebab abortus habitualis, yaitu:

- 1) Kelainan pada zygote
- 2) Gangguan fungsi endometrium yang menyebabkan gangguan implantasi ovum yang dibuahi dan atau gangguan dalam pertumbuhan mudigah
- 3) Kelainan anatomi pada uterus yang dapat menghalangi berkembangnya janin di dalamnya dengan sempurna.

Pada kehamilan muda, sebaiknya jangan bersenggama terlebih dahulu.

Mengonsumsi Makanan yang banyak mengandung protein, hidrat arang, mineral, dan vitamin, khususnya dalam masa organogenesis.

Pemberian obat-obatan harus dibatasi dan dapat diketahui apakah mempunyai pengaruh jelek terhadap janin yang dikandung. Terapi hormonal umumnya tidak perlu, kecuali jika ada gangguan fungsi tiroid, atau gangguan fase luteal (Beribe, 2012).

2. Sakit kepala yang hebat

Merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat pada ibu hamil biasanya dicurigai gejala dari preeklampsia, penanganannya dengan istirahat yang cukup apabila tidak terjadi

perubahan dilakukan pengobatan secara sistematis karena etiologi preeklampsia, dan faktor apa yang menyebabkannya (L. I. Sari, 2020).

3. Kejang

Pada umumnya kejang didahului oleh memburuknya keadaan dan terjadinya gejala-gejala sakit kepala, mual, nyeri ulu hati sehingga muntah. Bila semakin berat, penglihatan semakin kabur, kesadaran menurun kemudian kejang. Kejang dalam kehamilan dapat merupakan gejala dari eklampsia. Penanganan ibu hamil kejang dengan melakukan perawatan intensive, dan segera bawa ke rumah sakit untuk perawatan yang lebih baik (Beribe, 2012).

4. Gerakan janin berkurang

Ibu mulai merasakan gerakan bayi 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 1 jam jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Kurangnya gerakan janin biasanya pengaruh dari kondisi ibu, nutrisi, dan pernah terjadi kecelakaan yang dapat mengakibatkan benturan, Atau pengaruh dari janin sendiri. Penanganannya yaitu Istirahat yang cukup, perbaiki nutrisi dan melakukan pemeriksaan rutin (Retnowati et al., 2020).

5. Nyeri perut hebat

Nyeri abdomen yang tidak berhubungan dengan persalinan adalah tidak normal. Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang

mengancam keselamatan jiwa adalah nyeri yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah istirahat. Hal ini bisa berarti *apendisitis*, kehamilan *ektopik*, abortus, penyakit kantong empedu, iritasi uterus, infeksi saluran kemih atau infeksi lainnya. Penanganan: Istirahat yang cukup apabila tidak terjadi perubahan, segera ke rumah sakit untuk melakukan pemeriksaan, karena kemungkinan terjadi kehamilan *ektopik*, ataupun abortus (Beribe, 2012).

6. Bengkak pada muka dan tangan

Hampir separuh dari ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kehamilan. Utamanya pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan hilang setelah beristirahat dengan kaki ditinggikan. Bengkak dapat menyebabkan masalah yang serius jika muncul pada muka dan tangan, serta tidak hilang setelah beristirahat. Penyebab bengkak pada muka dan tangan biasanya terjadi anemia, gangguan fungsi ginjal, gagal jantung atau paling sering adalah eklampsia. Penanganan: Gejala diatas sangat sering dihubungkan dengan eklampsia, apabila terjadi segera lakukan pemeriksaan laboratorium dan pemberian obat (L. I. Sari, 2020).

7. Demam

Ibu menderita demam dengan suhu $>38^{\circ}\text{C}$ dalam kehamilan merupakan suatu masalah. Demam tinggi dapat merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Penanganan demam antara lain dengan istirahat baring, anjurkan untuk banyak minum, dan mengompres untuk menurunkan suhu. Demam dapat disebabkan oleh infeksi dalam kehamilan yaitu

masuknya mikroorganisme patogen ke dalam tubuh wanita hamil yang kemudian menyebabkan timbulnya tanda atau gejala-gejala penyakit. Pada infeksi berat dapat terjadi demam dan gangguan fungsi organ vital. Infeksi dapat terjadi selama kehamilan, persalinan dan masa nifas. Penanganan: Ibu yang menderita demam dapat dicurigai terjadinya infeksi, anjurkan istirahat yang cukup dan pemberian obat.

8. Perubahan penglihatan

Pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu dapat berubah selama kehamilan. Perubahan ringan adalah normal. Masalah visual yang mengindikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat dan mungkin merupakan suatu tanda preeklampsia. Penanganan: dengan istirahat yang cukup apabila tidak terjadi perubahan dilakukan pengobatan secara sistematis karena etiologi preeklampsia dan faktor apa yang ada dalam kehamilan yang menyebabkannya (L. I. Sari, 2020).

9. Ketuban Pecah Dini

Harus dibedakan antara urine dengan air ketuban. Jika keluarannya cairan ibu tidak terasa, berbau amis dan warna putih keruh, berarti yang keluar adalah air ketuban. Jika kehamilan belum cukup bulan, hati – hati akan adanya persalinan preterm dan komplikasi infeksi intrapartum. Penanganan: Bila KPD > 6 jam, diberikan antibiotika (*penisilin*,

ampisilin atau *amoksin*). Pada usia kehamilan 36 minggu dilakukan induksi persalinan (Beribe, 2012).

2.1.8 Pelayanan ANC

Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang profesional untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu hamil beserta janin yang dikandungnya (Marniyati et al., 2016). Antenatal Care (ANC) merupakan pelayanan kesehatan yang diberikan tenaga profesional (dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, dan perawat) kepada ibu hamil selama masa kehamilan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang diterapkan dalam Standar Pelayanan Kebidanan (SPK) (Sakinah & Fibriana, 2015). Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 6 kali selama masa kehamilan sesuai dengan kebijakan terbaru yaitu:

- 1) Minimal 2 kali pada trimester I (K1), usia kehamilan 1-12 minggu, dengan minimal 1x pada pemeriksaan ke dokter
- 2) Minimal 1 kali pada trimester II (K2), usia kehamilan 13-24 minggu.
- 3) Minimal 3 kali pada trimester III, (K3-K4), usia kehamilan > 24 minggu, dengan 1x pemeriksaan ke dokter untuk mendeteksi adanya komplikasi (Nurjasm, 2020).

2.1.9 Ketidaknyamanan kehamilan

1. Ketidaknyamanan ibu hamil trimester III

a. Edema

Terjadi pada ibu hamil trimester III. Faktor penyebab:

- 1) Pembesaran uterus pada ibu hamil mengakibatkan tekanan pada vena pelvik sehingga menimbulkan gangguan sirkulasi darah. Hal ini terjadi terutama pada waktu ibu hamil duduk atau berdiri dalam waktu yang lama.
- 2) Tekanan pada vena cava inferior pada saat ibu tidur berbaring terlentang
- 3) Kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah
- 4) Kadar sodium (natrium) meningkat karena pengaruh hormon. Serta natrium bersifat retensi cairan.
- 5) Pakaian ketat

Upaya yang dilakukan untuk meringankan atau mencegah yaitu menghindari untuk berpakaian ketat, menghindari makan makanan yang mengandung kadar garam tinggi, menghindari duduk atau berdiri terlalu lama, banyak mengkonsumsi makan-makanan yang mengandung tinggi protein, beristirahat dengan posisi kaki lebih tinggi daripada kepala, menghindari tidur dengan posisi terlentang serta menghindari penggunaan kaos kaki yang ketat.

b. Gusi berdarah

Gusi berdarah atau epulsi sering terjadi pada ibu hamil trimester ke III. Gusi yang lunak dan hiperemik cenderung akan menimbulkan gusi menjadi merah dan mudah berdarah terutama pada saat menyikat gigi.

Hal ini terjadi karena beberapa faktor yaitu:

- 1) Perubahan hormon estrogen yang berpengaruh terhadap peningkatan aliran darah ke rongga mulut dan pergantian sel-sel pelapis epitel gusi lebih cepat.
- 2) Terjadinya hipervaskularisasi pada gusi dan penyebaran pembuluh darah halus sangat tinggi
- 3) Ketebalan permukaan epitelial berkurang sehingga menimbulkan jaringan gusi menjadi mudah rapuh dan mudah berdarah.

Upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi terjadinya gusi berdarah yaitu dengan cara anjurkan ibu banyak mengkonsumsi suplemen vitamin C untuk mengurangi adanya perdarahan pada gusi, berkumur dengan air hangat atau air garam, menjaga selalu kebersihan gigi, serta melakukan pemeriksaan gigi secara teratur.

c. Hemoroid

Hemoroid atau wasir disebabkan oleh beberapa faktor antara lain adanya konstipasi, perubahan hormon progesteron yang dapat menyebabkan peristaltik usus menjadi lambat. Perubahan pada uterus yang semakin membesar sehingga menekan vena hemoroid. Cara untuk meringankan atau mencegah terjadinya hemoroid yaitu menganjurkan kepada ibu

untuk menghindari hal-hal yang menjadi penyebab konstipasi, anjurkan kepada ibu untuk menghindari mengejan pada saat defekasi, menghindari duduk yang terlalu lama, serta melakukan olahraga rutin seperti mengikuti senam hamil.

d. Sering buang air kecil (BAK)

Ibu hamil trimester I sering mengalami keluhan sering buang air kecil (BAK). Apabila sering BAK ini terjadi pada malam hari akan mengganggu tidur sehingga ibu hamil tidak dapat tidur dengan nyenyak,

Faktor Penyebab:

1. Uterus membesar sehingga menekan kandung kemih.
2. Ekskresi sodium (Natrium) yang meningkat.
3. Perubahan fisiologis ginjal sehingga produksi urine meningkat.

Cara meringankan atau mencegah, upayakan untuk tidak menahan BAK, kosongkan kandung kencing pada saat terasa ingin BAK. Perbanyak minum pada siang hari untuk menjaga keseimbangan hidrasi. Apabila BAK pada malam hari tidak mengganggu tidur maka tidak dianjurkan mengurangi minum di malam hari. Ibu hamil dianjurkan untuk membatasi minum yang mengandung diuretic seperti teh, kopi, cola dengan caffeine. Saat tidur posisi berbaring miring ke kiri dengan kaki ditinggikan adalah lebih baik. Ibu hamil harus secara rutin membersihkan dan mengeringkan alat kelamin setiap selesai BAK untuk mencegah infeksi saluran kemih.

e. Keringat bertambah

Ibu hamil sering merasakan kepanasan dan mengeluarkan keringat yang berlebihan. Hal ini membuat ibu hamil merasakan ketidaknyamanan seperti rasa gatal dan kadang-kadang mengganggu waktu istirahat. Hal ini dikarenakan adanya perubahan hormon pada kehamilan sehingga meningkatkan aktivitas kelenjar keringat. Aktivitas kelenjar sebacea (kelenjar minyak) dan folikel rambut meningkat, serta penambahan berat badan dan meningkatnya metabolisme pada ibu hamil. Cara untuk meringankan atau mencegah yaitu dengan cara mandi/berendam secara teratur, memakai pakaian yang longgar dan tipis, terbuat dari katun supaya menyerap keringat serta memperbanyak minum cairan untuk menjaga hidrasi.

f. Sesak nafas

Sesak nafas terjadi karena semakin membesarnya uterus dan pergeseran organ-organ abdomen. Pembesaran uterus yang menekan diafragma menyebabkan ibu untuk sulit bernafas. Peningkatan hormon progesterone membuat hiperventilasi. Untuk meringankan atau mencegah bidan dapat menjelaskan penyebab fisiologis terjadinya sesak nafas. Melatih ibu hamil untuk membiasakan dengan pernapasan normal. Serta ibu hamil juga harus tetap mengatur sikap tubuh yang baik, saat berdiri tegak dengan kedua tangan direntangkan diatas kepala kemudian menarik nafas panjang.

g. Nyeri ulu hati

Hal ini terjadi karena produksi progesterone yang meningkat, serta uterus yang membesar sehingga terjadi pergeseran lambung dan apendiks bergeser ke arah lateral atas sehingga menimbulkan refluks lambung yang dapat menyebabkan rasa nyeri pada ulu hati. Cara untuk mengatasinya yaitu:

1. Menghindari makan berminyak/digoreng
2. Menghindari makanan yang berbumbu merangsang
3. Makan sedikit tapi sering
4. Menghindari kopi dan rokok
5. minum air putih yang banyak

h. Nyeri punggung atas dan bawah

hal ini disebabkan karena adanya pembesaran pada payudara akibat dari ketegangan otot, kelelahan, posisi tubuh membungkuk ketika mengangkat barang, kadar hormon yang meningkat menyebabkan cartilage pada sendi besar menjadi lembek, serta posisi tulang belakang hiperlordosis akibat pembesaran uterus pada usia kehamilan yang semakin tua. Cara mengatasinya yaitu:

1. Memakai BH yang menopang dan tidak ketat.
2. hindari sikap hiperlordosis, jangan memakai sepatu atau sandal hak tinggi
3. tidur di atas kasur yang keras
4. Melakukan olahraga secara teratur, senam hamil atau yoga.

5. Pertahankan penambahan berat badan secara normal

6. Lakukan gosok atau pijat punggung

i. Kram pada kaki

Kram pada kaki biasanya timbul pada ibu hamil usia 24 minggu. Faktor penyebab:

1. Kadar kalsium dalam darah rendah
2. Uterus membesar sehingga menekan pembuluh darah pelvik
3. Kelelahan
4. Sirkulasi darah ke tungkai bagian bawah kurang.

Cara untuk meringankan atau mengatasi:

1. Penuhi asupan kalsium yang cukup (susu, sayuran berwarna hijau gelap)
2. Olahraga secara teratur
3. Jaga kaki selalu dalam keadaan hangat
4. Mandi air hangat sebelum tidur
5. Meluruskan kaki dan lutut (dorsofleksi)
6. Duduk dengan meluruskan kaki, Tarik jari kaki ke arah lutut
7. Pijat otot-otot yang kram
8. Rendam kaki pada air hangat atau gunakan bantal pengalas.

j. Varises pada kaki atau vulva

Faktor penyebab:

1. Peningkatan hormon estrogen berakibat jaringan elastic menjadi rapuh

2. Jumlah darah pada vena bagian bawah yang meningkat
3. Karena faktor keturunan dari keluarga

Cara mengatasi atau mencegah:

1. Melakukan olahraga secara teratur
2. Menghindari duduk atau berdiri dalam jangka waktu lama
3. Menghindari memakai pakaian ketat
4. Berbaring dengan kaki ditinggikan

k. Konstipasi atau sembelit

Faktor penyebab:

1. Peristaltik usus lambat disebabkan meningkatnya hormon progesteron
2. Motilitas usus besar lambat sehingga menyebabkan penyerapan air pada usus meningkat
3. Tekanan pada uterus yang membesar pada usus.

Cara mengatasi:

1. Olahraga secara teratur
2. Tingkatkan asupan cairan minimal 8 gelas perhari
3. Minum cairan panas atau sangat dingin pada saat perut kosong
4. Mengonsumsi makan-makanan yang banyak mengandung banyak serat
5. Membiasakan BAB secara teratur (Tyastuti, 2016).

l. Insomnia

Insomnia/sulit tidur disebabkan oleh beberapa hal, yaitu gelisah karena kekhawatiran yang berlebihan, cemas, pembesaran uterus yang menekan kandung kemih sehingga ibu sering terbangun, semakin tuanya kehamilan sehingga janin sering bergerak khususnya janin yang sangat aktif. Cara mengatasinya yaitu anjurkan ibu untuk menghindari minum pada malam hari, tidak melakukan aktivitas yang menstimulasi untuk janin menjadi aktif sebelum tidur, tidur dalam posisi relaksasi, yaitu miring ke kekiri (Khairoh et al., 2019).

m. Kelelahan/fatigue

Kelelahan sering terjadi pada ibu hamil trimester I, penyebab yang pasti sampai saat ini belum diketahui. Diduga hal ini berkaitan dengan faktor metabolisme yang rata-rata menurun pada ibu hamil. Sangat dianjurkan makan makanan yang seimbang, tidur dan istirahat yang cukup, lakukan tidur siang. Ibu hamil harus mengatur aktivitas sehari-hari untuk mendapatkan istirahat ekstra. Ibu hamil juga dianjurkan untuk melakukan olahraga atau senam secara teratur. Menyediakan Waktu untuk istirahat pada saat tubuh membutuhkan. Pada saat duduk posisi dengan kaki diangkat setiap saat ketika ada kesempatan. Hindari istirahat yang berlebihan (Tyastuti, 2016).

n. Keputihan

Keputihan bisa terjadi pada ibu hamil trimester pertama, kedua maupun ketiga. Penyebab utama adalah meningkatnya Kadar hormon estrogen

pada ibu hamil trimester I dapat menimbulkan produksi lendir servik meningkat. Pada ibu hamil terjadi hiperplasia pada mukosa vagina. Cara meringankan dan mencegah:

- 1) Jaga kebersihan dengan mandi setiap hari.
- 2) Bersihan alat kelamin dan keringkan setiap sehabis BAB atau BAK
- 3) Membersihkan alat kelamin (cebok) dari arah depan ke belakang.
- 4) Ganti celana dalam apabila basah.
- 5) Pakai celana dalam yang terbuat dari katun sehingga menyerap keringat dan membuat sirkulasi udara yang baik.
- 6) Tidak dianjurkan memakai semprot atau *douch* (Khairroh et al., 2019).

o. Sakit kepala

Keluhan ini bisa dirasakan ibu hamil baik trimester I, trimester II maupun trimester III, Faktor yang menjadi penyebab:

1. Kelelahan
2. Spasme / ketegangan otot
3. Ketegangan pada otot mata
4. Kongesti (*akumulasi abnormal* / berlebihan cairan tubuh).
5. Dinamika cairan syaraf yang berubah.

Cara meringankan atau mencegah:

1. Relaksasi untuk meringankan ketegangan/spasme.
2. Massase leher dan otot bahu
3. Tidur cukup pada malam hari dan istirahat cukup pada siang hari

4. Mandi air hangat
5. Jangan pergi dalam waktu lama tanpa makan.
6. Penuhi kebutuhan cairan minimal 10 gelas per hari.
7. Hindari hal dapat menyebabkan sakit kepala (mata tegang, ruangan sumpek, asap rokok, lingkungan sibuk).
8. Lakukan jalan santai di udara segar.
9. Istirahat pada tempat yang tenang dan rileks
10. Lakukan meditasi atau yoga (Tyastuti, 2016).

2.1.10 Asuhan kebidanan ibu hamil dalam masa pandemi COVID-19

Ditengah pandemi global COVID-19 bidan dalam memberikan pelayanan harus tetap mengacu pada pedoman dan prinsip-prinsip manajemen COVID-19 yang sudah ditetapkan oleh pemerintah baik fasilitas, penggunaan APD, maupun prosedur (SOP) pencegahan serta pemutusan mata rantai penularan infeksi (Nurjasmi, 2020). Asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu hamil selama masa pandemi COVID-19 yaitu:

1. Untuk pemeriksaan awal kehamilan, anjurkan ibu untuk membuat janji dengan bidan/dokter agar tidak menunggu terlalu lama. Selama perjalanan ke fasilitas pelayanan kesehatan tetap melakukan pencegahan penularan COVID-19.
2. Pengisian stiker program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) dipandu bidan melalui media komunikasi.

3. Anjurkan ibu dan suami untuk mempelajari buku KIA dan menerapkan dalam kehidupan sehari-hari.
4. Beritahu ibu untuk memeriksa kondisi diri dan pergerakan janinnya. Jika terdapat resiko/tanda bahaya (tercantum dalam buku KIA), maka dianjurkan untuk memeriksakan diri ketenaga kesehatan. Jika tidak ada tanda-tanda bahaya, pemeriksaan kehamilan dapat ditunda.
5. Beritahu ibu gerakan janin di rasakan sejak usia kehamilan 20 minggu dan setelah usia kehamilan 28 minggu hitung gerakan janin (minimal 10 gerakan per 2 jam).
6. Memberi konseling untuk tetap menjaga kesehatan dengan mengkonsumsi makanan bergizi seimbang, menjaga kebersihan diri dan tetap mempraktikkan aktivitas fisik berupa senam hamil secara mandiri di rumah agar ibu tetap bugar dan sehat.
7. Memberikan ibu tablet penambah darah serta anjurkan untuk tetap meminumnya sesuai dosis yang telah diberikan.
8. Penundaan kelas ibu hamil hingga kondisi bebas dari pandemi COVID-19 (kementerian kesehatan republik indonesia, 2020).

2.1.11 Persiapan persalinan

Persiapan persalinan yang direncanakan bersama bidan, diharapkan dapat menurunkan kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan dan meningkatkan kemungkinan dimana ibu akan menerima asuhan yang sesuai serta tepat waktu. Persalinan dapat

membuat cemas sebagian besar kaum wanita, hal yang perlu dipersiapkan apabila akan bersalin antara lain seperti penolong, pendamping, transportasi dan pendonor darah, Persiapan laktasi, Persiapan persalinan dan kelahiran bayi, Memantau kesejahteraan janin, Kunjungan ulang serta Tanda bahaya dalam kehamilan. Bila ibu tidak mempersiapkan dari awal maka dalam persalinan nanti akan kurang cepat dalam membuat keputusan (Octasila et al., 2015).

2.1.12 kartu skor Poedji Rochjati (KSPR)

kartu skor poedji rochjati merupakan alat untuk mendeteksi dini kehamilan beresiko dengan menggunakan skoring. Jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu kehamilan resiko rendah (jumlah skor 2 dengan kode warna hijau), kehamilan resiko tinggi (jumlah skor 12 dengan kode warna merah). Skor yang digunakan adalah angka bulat dibawah angka 10 yaitu 2, 4, 8. Skor awal ibu hamil adalah 2 dan tiap faktor resiko memiliki skor 4 kecuali pada riwayat sectio caesarea, letak sungsang, letak lintang, perdarahan antepartum, preeklamsia berat dan eklampsia (Hidayah et al., 2018).

2.1 KONSEP DASAR/TEORI PERSALINAN

2.2.1 Pengertian persalinan

Persalinan normal adalah proses pengeluaran bayi dengan usia kehamilan cukup bulan 37-42 minggu, letak memanjang atau sejajar sumbu badan ibu, presentasi belakang kepala, berkesinambungan

diameter kepala bayi dan panggul ibu, serta dengan tenaga ibu sendiri. Hampir sebagian besar persalinan merupakan persalinan normal, hanya sebagian saja (12-15%) merupakan persalinan patologi. Pada beberapa kondisi, persalinan normal dapat beralih menjadi persalinan patologi apabila terjadi kesalahan dalam penilaian kondisi ibu dan bayi atau juga akibat kesalahan dalam memimpin persalinan (Vitaloka, 2017).

2.2.2 Jenis-jenis persalinan

1. Persalinan spontan

Bila persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.

2. Persalinan buatan

Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi Sectio Caesaria.

3. Persalinan anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin (Buda & Fajrin, 2018).

2.2.3 Sebab-sebab terjadinya persalinan

1. Penurunan kadar progesterone

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat

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

2. Teori oksitosin

Pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah. Oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot Rahim diduga oksitosin dapat meningkatkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlangsung terus.

3. Keregangan otot-otot Rahim

Uterus yang semakin membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi, otot Rahim mempunyai kemampuan meregang sampai batas tertentu. Apabila batas tersebut sudah terlewati, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dilewati.

4. Pengaruh janin

Hipofisis dan kelenjar suprarenal janin juga memegang peranan penting oleh karena itu pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa.

5. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh decidua, disangka menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F₂ atau E₂ yang diberikan secara intravena, dan intra amnial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan.

Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi, baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan. Bagaimana terjadinya persalinan masih tetap belum bisa dipastikan, besar kemungkinan semua faktor bekerja bersama, sehingga pemicu persalinan menjadi multi faktor (Yulizawati et al., 2019).

2.2.4 Tanda-tanda persalinan

1. Tanda-tanda bahwa persalinan sudah dekat:

a. Lightening

Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih enteng. Ia merasa sesak berkurang, tetapi sebaliknya ia merasa bahwa berjalan sedikit lebih sukar, dan sering diganggu oleh perasaan nyeri pada anggota bawah.

b. Pollikasuria

Pada akhir bulan ke-9 hasil pemeriksaan didapatkan epigastriumkendor, fundus uteri lebih rendah daripada kedudukannya dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul. Keadaan ini menyebabkan kandung kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing yang disebut Pollakisuria.

c. False labor

Tiga atau empat minggu sebelum persalinan, calon ibu diganggu oleh his pendahuluan yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi *Braxton Hicks*. His pendahuluan ini bersifat:

- 1) Nyeri yang hanya terasa di perut bagian bawah
- 2) Tidak teratur
- 3) Lamanya his pendek, tidak bertambah kuat dengan majunya waktu dan bila dibawa jalan malah sering berkurang
- 4) Tidak ada pengaruh pada pendataran atau pembukaan serviks.

d. Perubahan serviks

Pada akhir bulan ke 6 hasil pemeriksaan serviks menunjukkan bahwa serviks yang tadinya tertutup, panjang dan kurang lunak, kemudian menjadi lebih lembut, dan beberapa menunjukkan telah terjadi pembukaan dan penipisan. Perubahan ini berbeda untuk masing masing ibu, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada primipara sebagian besar masih dalam keadaan tertutup.

e. Energy Sport

Ibu akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-28 jam sebelum persalinan mulai. Setelah beberapa hari sebelumnya merasa kelelahan fisik karena tuanya kehamilan maka ibu mendapati satu hari sebelum persalinan dengan energi yang penuh. Peningkatan energi ibu ini tampak dari aktivitas yang dilakukannya seperti membersihkan rumah, mengepel, mencuci perabot rumah, dan pekerjaan rumah lainnya sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi, sehingga persalinan menjadi panjang dan sulit.

f. Gastrointestinal Upsets

Beberapa ibu mungkin akan mengalami tanda-tanda seperti diare, obstipasi, mual dan muntah karena efek penurunan hormon terhadap sistem pencernaan (Kurniarum, 2016).

2. Tanda-tanda pasti persalinan

a. Timbulnya kontraksi uterus Biasa juga disebut dengan his persalinan

yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut :

- 1) Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.
- 2) Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan
- 3) Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya semakin besar
- 4) Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan servik.
- 5) Makin beraktifitas akan menambah kekuatan kontraksi. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada servik (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit). Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks.

b. Penipisan dan pembukaan serviks

Penipisan dan pembukaan servik ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula.

c. Bloody Show (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari *kanaliscervicalis* keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan

karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa *capillair* darah terputus.

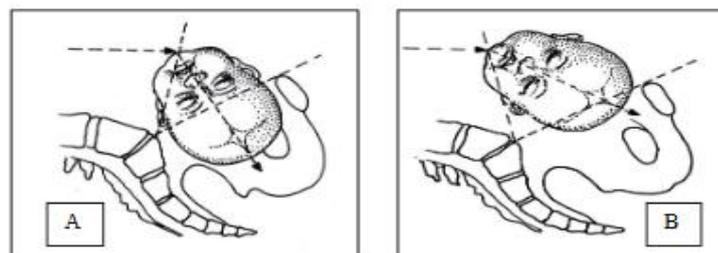
d. Premature Rupture of Membrane

Keluarnya cairan banyak dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, dan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar (Buda & Fajrin, 2018)

2.2.5 Mekanisme persalinan

1. Penurunan kepala (desensus/descent)

Terjadi dorongan karena adanya kontraksi sehingga kepala janin turun kebawah memasuki pintu atas panggul.

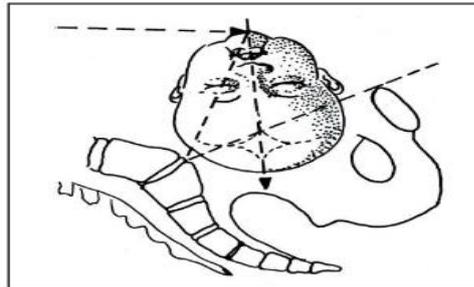


Gambar A = synclitismus

Gambar B = Asynclitismus Anterior

Gambar 2. 1

Mekanisme persalinan
Sumber: Kurniarum, 2016



Gambar C = Asynclitismus Posterior

Gambar 2. 2

Mekanisme persalinan

Sumber: Kurniarum, 2016

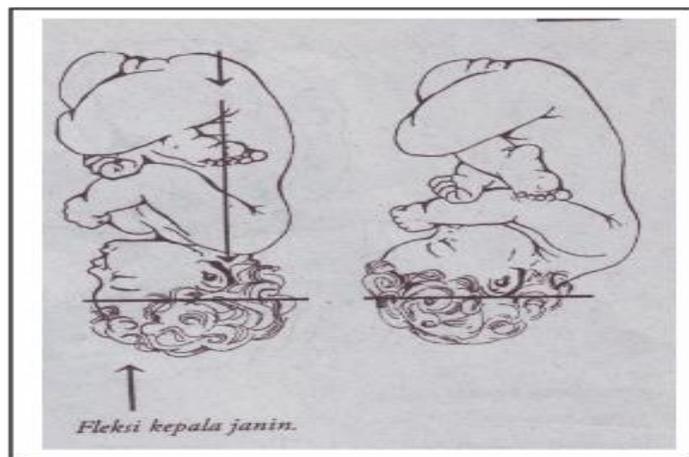
2. Majunya kepala janin(engagement)

Engagement atau majunya kepala janin terjadi pada saat diameter biparietal melalui pintu atas panggul secara sinklistimus, asynklistumus posterior atau asynklistismus anterior. Majunya kepala bersamaan dengan gerakan-gerakan yang lain yaitu: fleksi, putaran paksi dalam, dan ekstensi.

3. Lekukan kepala hingga dagu menekan dada (Fleksi)

Fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil yaitu dengan diameter *suboccipito bregmatika* (9,5 cm) menggantikan *suboccipito frontalis* (11 cm). Fleksi disebabkan karena janin didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP, cervix, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat adanya dorongan di atas kepala janin menjadi fleksi karena momen yang menimbulkan fleksi lebih besar dari pada momen yang menimbulkan defleksi. Sampai di dasar panggul kepala janin berada dalam posisi fleksi maksimal. Kepala

turun menemui *diafragma pelvis* yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan, Akibat kombinasi *elastisitas diafragma pelvis* dan tekanan *intrauterin* yang disebabkan oleh hisyng berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi yang disebut sebagai putaran paksi dalam.



Gambar: Kepala Fleksi

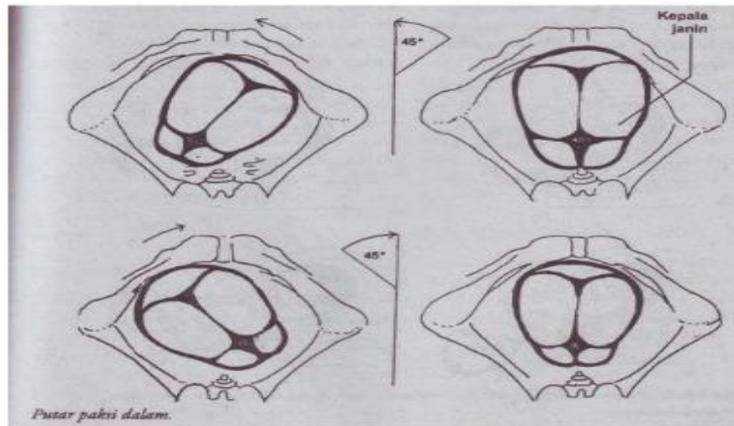
Gambar 2. 3

Kepala fleksi

Sumber: Kurniarum, 2016

4. Putar paksi dalam (rotasi)

Putaran paksi dalam adalah kepala janin membuat diameter anteroposterior (ukuran lebih panjang dari kepala) menyesuaikan ukuran anterior posterior tubuh ibu. Putaran paksi dalam dimulai pada bidang spina ischiadika setiap kali terjadi kontraksi, pada janin diarahkan ke bawah lengkung pubis dan kepala berputar saat mencapai otot dasar panggul.



Gambar putaran paksi dalam

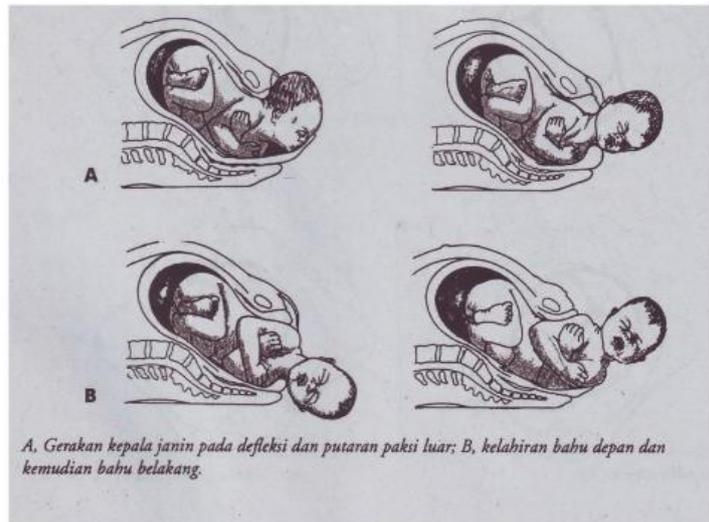
Gambar 2. 4
Putaran paksi dalam (rotasi)
Sumber: Kurniarum, 2016

5. Lahirnya kepala (Ekstensi)

Saat kepala janin mencapai perineum posisi oksiput posterior, kepala akan defleksi kearah anterior perineum. Bagian leher belakang oksiput akan bergeser melewati permukaan bawah simfisis pubis sebagai titik proses (hipomoklion) kemudian melakukan ekstensi lebih lanjut sehingga kepala keluar mengikuti Sumbu jalan lahir

6. Putaran paksi luar (restitusi)

Putaran paksi luar terjadi ketika kepala lahir dengan oksiput anterior, bahu harus memutar secara internal sehingga sejajar dengan diameter anteroposterior panggul. Rotasi eksternal kepala menyertai rotasi internal bahu bayi.



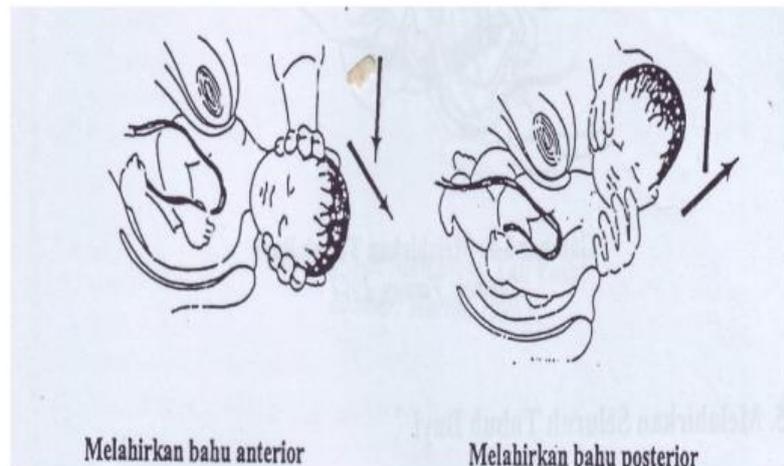
Gambar gerakan kepala janin pada defleksi dan putaran paksi luar

Gambar 2. 5

Gerakan kepala janin pada defleksi dan putar paksi luar
 Sumber: Kurniarum, 2016

7. Melahirkan bahu dan anggota tubuh bayi (ekspulsi)

Setelah kepala keluar dengan fleksi ke arah bawah untuk melahirkan bahu depan dan ekstensikan ke atas untuk melahirkan bahu belakang setelah bahu keluar, kepala dan bahu dikeluarkan dengan gerakan fleksi lateral ke arah simpisis pubis (Padlilah et al., 2019).



Gambar kelahiran bahu depan kemudian bahu belakang

Gambar 2. 6

Melahirkan bahu anterior dan bahu posterior
Sumber: (Kurniarum, 2016)

2.2.6 Tahapan persalinan

1. Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Ditandai dengan penipisan dan pembukaan serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit) serta keluarnya lendir bercampur darah. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan servik. Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu:

- a. Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung selama 7-8 jam (Rosyanti, 2017).

Fase laten memanjang merupakan Fase laten yang melampaui waktu 20 jam pada primigravida atau waktu 14 jam pada multipara merupakan keadaan abnormal .

Sebab-sebab fase laten yang panjang mencakup:

- 1) Serviks belum matang pada awal persalinan, memperpanjang fase laten, dan kebanyakan serviks akan membuka secara normal begitu terjadi pendataran.
- 2) posisi janin abnormal
- 3) disproporsi cephalopelvik
- 4) pemberian sedatif yang berlebihan (Larosa, 2010).

b. Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase yaitu:

- 1) Periode akselerasi: berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
- 2) Periode dilatasi maksimal: berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- 3) Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap (Rosyanti, 2017).

Fase aktif memanjang pada primigravida, Pada primigravida, fase aktif yang lebih panjang dari 12 jam merupakan keadaan abnormal. Yang lebih penting daripada fase ini adalah kecepatan dilatasi serviks. Laju yang kurang dari 1,2 cm per jam membuktikan adanya abnormalitas. Pemanjangan fase aktif menyertai:

- 1) malposisi janin;
- 2) disproporsi cephalopelvik;
- 3) penggunaan sedatif dan analgesik berlebihan;
- 4) ketuban pecah sebelum dimulainya persalinan

fase aktif memanjang pada multipara, fase aktif pada multipara berlangsung lebih dari 6 jam (rata-rata 2,5 jam) dan laju dilatasi serviks yang kurang dari 1,5 cm per jam merupakan keadaan abnormal. Kelahiran normal yang terjadi di waktu lampau tidak berarti bahwa kelahiran berikutnya pasti normal kembali. Berikut ini ciri-ciri partus lama pada multipara:

- 1) Insidennya kurang dari 1 persen.
- 2) Mortalitas perinatalnya lebih tinggi dibandingkan pada primigravida dengan partus lama.
- 3) Jumlah bayi besar bermakna.
- 4) Malpresentasi menimbulkan permasalahan.
- 5) Prolapsus funikuli merupakan komplikasi.
- 6) Perdarahan postpartum berbahaya.
- 7) Ruptura uteri terjadi pada grandemultipara.
- 8) Sebagian besar kelahirannya berlangsung spontan pervaginam.
- 9) Ekstraksi forceps-tengah lebih sering dilakukan.
- 10) Angka sectio caesaria tinggi, sekitar 25% (Larosa, 2010).

c. Pemeriksaan yang perlu dilakukan pada kala I adalah:

- i. Pemeriksaan tanda vital ibu, yaitu tekanan darah setiap 4 jam serta pemeriksaan nadi dan suhu setiap 1 jam
 - ii. Pemeriksaan kontraksi uterus setiap 30 menit
 - iii. Pemeriksaan denyut jantung janin setiap 1 jam, pemeriksaan denyut jantung bayi yang dipengaruhi kontraksi uterus dapat dilakukan dengan cardiotocography (CTG) (Meliyana, 2020).
- d. Observasi HIS:
- 1) Frekuensi: jumlah his dalam waktu tertentu, biasanya permenit atau per 10 menit
 - 2) Amplitudo/intensitas: kekuatan his diukur dengan mmHg, dalam praktek diukur dengan palpasi (kekuatan, kuat, atau lemah)
 - 3) Aktivitas his: frekuensi X amplitudo
Contoh: frekuensi His 3x10 menit, amplitudo 50 mmHg, aktivitas Rahim = 150 unit M (montevideo)
 - 4) Durasi his: lamanya his (40 detik)
 - 5) Datangnya his: sering, teratur, atau tidak
 - 6) Interval: masa relaksasi (D. P. Sari et al., 2018).
- e. Melakukan pemeriksaan dalam (VT)
1. Mencuci tangan dan menyiapkan alat
 2. Mengatur posisi dorsal recumbent
 3. Membersihkan vulva dengan kapas dan air DTT
 4. Masukkan jari tengah kanan kedalam vagina searah sumbu panggul, diikuti jari telunjuk

5. Raba dan rasakan:

- a) Adanya tumor/edema pada vagina
- b) Serviks/portio: konsistensi, effacement, pembukaan, posisi uteri
- c) Masuk kedalam portio, raba presentasi terbawah, selaput ketuban, presentasi janin, denominator, bagian terendah janin, bidang hodge

6. Lakukan pemeriksaan panggul dalam:

- a. Promontorium teraba/tidak
- b. Linea inominata teraba berapa bagian (N=2/3)
- c. Spina ischiadica menonjol/tidak
- d. Sacrum cekung bikonkaf/tidak
- e. Arcus pubis lebih besar/ <90
- f. Distansia tuberosum $>/< 1$ kepal

7. Keluarkan kedua jari, perhatikan cairan yang keluar (darah+lendir/ketuban)

8. Celup sarung tangan dalam klorin 0,5%, lepas, rendam dalam posisi terbalik

9. Cuci tangan dan dokumentasikan (sop periksa dalam, 2015).

2. Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multipara.

a) Tanda dan gejala kala II:

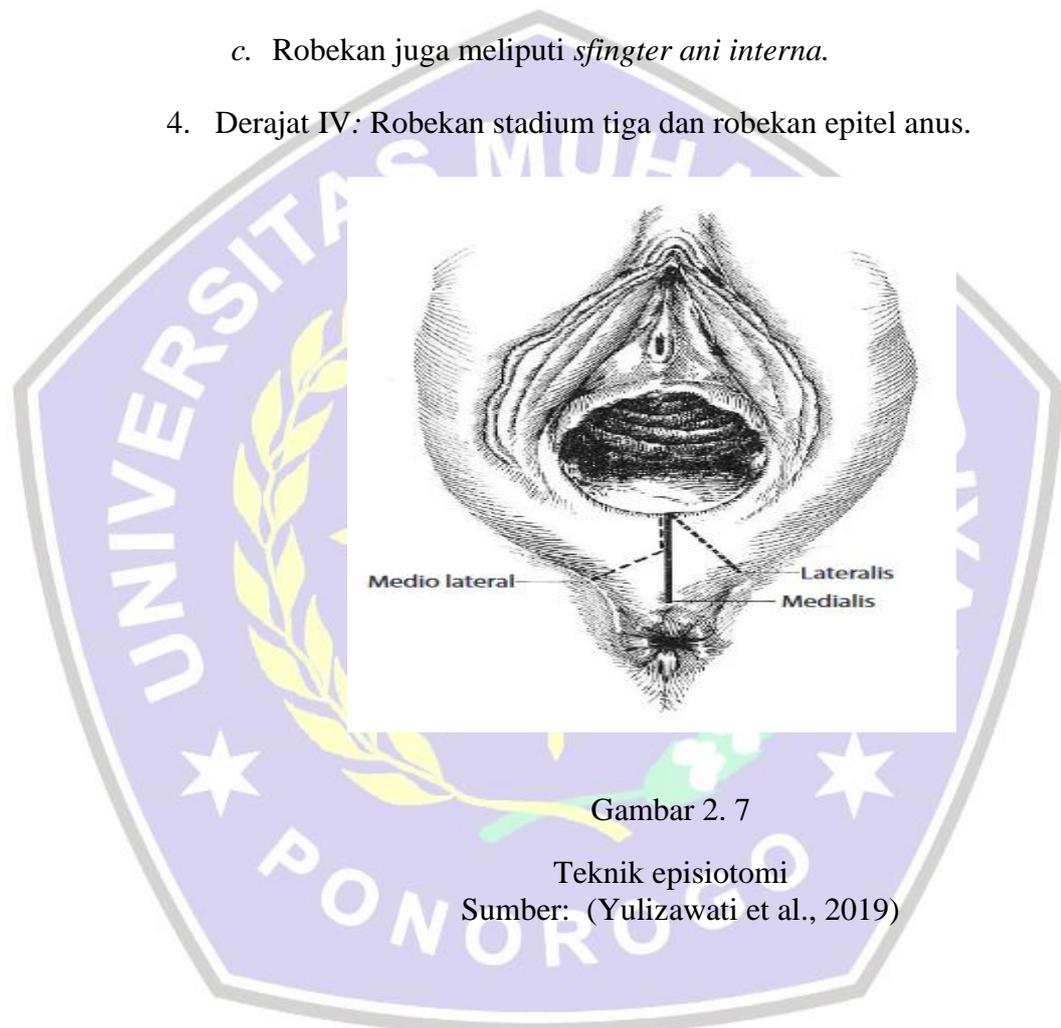
1. His semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50-100 detik.
2. Menjelang akhir kala I ketuban pecah, ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
3. Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
4. Ibu merasakan semakin meningkatnya tekanan pada rektum dan vagina. Perineum terlihat menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.

b) Episiotomi

Episiotomi adalah tindakan untuk melebarkan jalan lahir lunak dengan melakukan insisi pada daerah perineum. Tujuan episiotomi adalah meluaskan jalan lahir sehingga persalinan dapat berlangsung lebih cepat dan mengupayakan agar tepi robekan perineum teratur untuk memudahkan menjahitnya kembali. Ada 3 jenis irisan yaitu medialis, mediolateralis, lateralis. Episiotomi juga dilakukan untuk mengurangi penekanan kepala pada perineum sehingga membantu mencegah kerusakan otak. Indikasi episiotomi yaitu halangan kemajuan persalinan akibat perineum yang kaku, untuk mengurangi robekan yang tak teratur, alasan fetal (bayi prematur, bayi besar, posisi abnormal). Derajat robekan perineum:

1. Derajat 1: Laserasi epitel vagina atau laserasi pada kulit perineum saja.

2. Derajat II: Melibatkan kerusakan pada otot-otot perineum, tetapi tidak melibatkan kerusakan *sfincter ani*.
3. Derajat III: 3 Kerusakan pada otot *sfincter ani*
 - a. Robekan < 50% *sfincter ani eksterna*
 - b. Robekan > 50% *sfincter ani eksterna*
 - c. Robekan juga meliputi *sfincter ani interna*.
4. Derajat IV: Robekan stadium tiga dan robekan epitel anus.



Gambar 2. 7

Teknik episiotomi

Sumber: (Yulizawati et al., 2019)

c) Penatalaksanaan Kala II

Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu dengan:

- 1) Menjaga kebersihan ibu.
- 2) Mengipasi dan massase untuk menambah kenyamanan ibu.

- 3) Memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan ibu dengan mengatur posisi ibu. Dalam membimbing meneran dapat dipilih posisi jongkok, menungging, tidur miring, setengah duduk
- 4) Menjaga kandung kemih tetap kosong.
- 5) Memberikan minum yang cukup (Vitaloka, 2017).

3. kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Seluruh prosesnya biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Penatalaksanaan kala III dengan manajemen aktif kala III, meliputi: jepit dan potong talipusat sedini mungkin, pemberian *oksitosin* dengan segera, melakukan penegangan talipusat terkendali (PTT), masase fundus(Vitaloka, 2017).

4. Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut. Asuhan dan pemantauan pada kala IV meliputi:

- b. Observasi tingkatan kesadaran
- c. Pemeriksaan tanda-tanda vital, tekanan darah nadi dan pernapasan
- d. Periksa kontraksi uterus
- e. Periksa perdarahan: dikatakan normal jika tidak melebihi 500 CC (Rosyanti, 2017).

2.2.7 Faktor yang mempengaruhi persalinan

- a. Power His adalah salah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin ke bawah. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul. Refleks mencejan mempercepat proses persalinan akibat pengeluaran oksitosin yang terjadi secara pulsatif. Oksitosin yang dikeluarkan memiliki konsentrasi yang lebih tinggi dan frekuensi lebih sering sehingga kala dua persalinan dapat berlangsung lebih cepat.
- b. Passage atau Jalan lahir terdiri atas panggul ibu yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina dan introitus.
- c. Passenger atau janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor yaitu: ukuran kepala janin, presentasi janin, letak janin, posisi janin (Ika Putri Damayanti et al., 2015)
- d. Psikologis, Faktor psikologis meliputi hal-hal yang melibatkan psikologis ibu, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman melahirkan bayi sebelumnya, kebiasaan adat dan lingkungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.
- e. Penolong, Peran dari penolong yaitu mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Proses ini tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Vitaloka, 2017).

2.2.8 Perubahan fisiologis dan psikologis selama persalinan

1. Kontraksi otot Rahim mempunyai sifat yang khas

- a) Ketika otot Rahim berelaksasi setelah berkontraksi maka otot tersebut tidak akan kembali ke dalam sebelum kontraksi akan tetapi sedikit lebih pendek walaupun tonusnya sama sebelum kontraksi.
- b) Kekuatan kontraksi otot Rahim tidak sama, paling kuat pada daerah fundus uteri dan mulai berkurang ke bawah dan paling lemah segmen bawah Rahim (SBR).
- c) Sebagian isi segmen atas Rahim turun ke segmen bawah Rahim, sehingga segmen atas makin lama semakin mengecil sedangkan segmen bawah semakin merenggang.
- d) Segmen atas Rahim semakin menebal dan segmen bawah semakin menipis, batas antara segmen menjadi jelas dan disebut sebagai lingkaran retraksi fisiologis.
- e) Jika segmen bawah Rahim meregang melebihi batas maka lingkaran retraksi tampak lebih jelas dan naik mendekati pusat merupakan lingkaran retraksi yang patologis/lingkaran bandl(Widiastini, 2018).

2. Perubahan bentuk rahim

Setiap terjadi kontraksi, sumbu panjang rahim bertambah panjang sedangkan ukuran melintang dan ukuran muka belakang berkurang.

Pengaruh perubahan bentuk rahim ini:

- a. Ukuran melintang menjadi turun, akibatnya lengkungan punggung bayi turun menjadi lurus, bagian atas bayi tertekan fundus, dan bagian bawah tertekan Pintu Atas Panggul.

b. Rahim bertambah panjang sehingga otot-otot memanjang meregang dan menarik Segmen bawah rahim dan serviks, akibatnya menimbulkan terjadinya pembukaan serviks sehingga Segmen Atas Rahim (SAR) dan Segmen Bawah Rahim (SBR) membuka (Kurniarum, 2016).

3. Faal ligamentum rotundum

a. Pada kontraksi, fundus yang tadinya bersandar pada tulang punggung berpindah ke depan mendesak dinding perut ke arah depan. Perubahan letak uterus pada waktu kontraksi ini penting karena menyebabkan sumbu rahim menjadi searah dengan sumbu jalan lahir.

b. Dengan adanya kontraksi dari ligamentum rotundum, fundus uteri tertambat sehingga waktu kontraksi fundus tidak dapat naik ke atas (Kurniarum, 2016).

4. Perubahan serviks

a. Pendataran serviks atau Effacement Pendataran serviks adalah pemendekan kanalis servikalis dari 1-2 cm menjadi satu lubang saja dengan pinggir yang tipis.

b. Pembukaan serviks adalah pembesaran dari ostium eksternum yang tadinya berupa suatu lubang dengan diameter beberapa milimeter menjadi lubang dengan diameter kira-kira 10 cm yang dapat dilalui bayi. Saat pembukaan lengkap, bibir *portio* tidak teraba lagi. SBR, serviks dan vagina telah merupakan satu saluran (Mutmainnah et al., 2017).

5. Perubahan pada sistem urinaria

Pada proses bersalin ibu ingin sering kencing hal ini terjadi karena tertekannya kandung kemih oleh kepala janin, pada saat persalinan terjadi poliuria karena peningkatan cardiac output akibat peningkatan glomerulus dan peningkatan aliran plasma ginjal (legawati, 2019).

6. Perubahan pada vagina dan dasar panggul

Pada kala I ketuban ikut meregangkan bagian atas vagina sehingga dapat dilalui bayi. Setelah ketuban pecah, segala perubahan terutama pada dasar panggul yang ditimbulkan oleh bagian depan bayi menjadi saluran dengan dinding yang tipis. Saat kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap ke depan atas. Dari luar peregangan oleh bagian depan nampak pada perineum yang menonjol dan menjadi tipis sedangkan anus menjadi terbuka. Regangan yang kuat ini dimungkinkan karena bertambahnya pembuluh darah pada bagian vagina dan dasar panggul, tetapi kalau jaringan tersebut robek akan menimbulkan perdarahan banyak (Mutmainnah et al., 2017).

7. Perubahan sistem kardiovaskuler (tekanan darah dan jantung)

Selama persalinan, curah jantung meningkat 40 % sampai 50 % dibandingkan dengan kadar sebelum persalinan. Peningkatan curah jantung ini terjadi karena pelepasan *katekolamin* akibat nyeri dan karena kontraksi otot abdomen dan uterus. Seiring dengan kontraksi uterus sekitar 300 sampai 500ml darah dipindahkan ke volume darah sentral. Nyeri dan ansietas dapat meningkatkan curah jantung. Sebagian besar peningkatan

curah jantung dialirkan ke ekstremitas atas dan kepala. Pada kala I, sistolik rata-rata meningkat 10 mmhg dan tekanan diastolik rata rata meningkat sebesar 5-19 mmhg selama kontraksi. Diantara waktu kontraksi kala II terdapat peningkatan 30/25 mmhg selama kontraksi dari 10/5 sampai 10 mmhg. Jika wanita mengejan dengan kuat, seringkali terjadi penurunan tekanan darah secara dramatis. Perubahan lain dalam persalinan mencakup peningkatan denyut nadi secara perlahan tapi pasti sampai sekitar 100 kali per menit pada persalinan kala II. Frekuensi denyut nadi dapat ditingkatkan lebih jauh oleh dehidrasi, perdarahan, ansietas, nyeri dan obat-obatan tertentu, seperti terbutalin. Tekanan darah meningkat selama kontraksi, kenaikan sistol 15 (10-20) mmHg, kenaikan diastole 5-10 mmHg, diantara kontraksi tekanan kembali pada level sebelum persalinan. Posisi berbaring miring akan mengurangi terjadinya perubahan tekanan darah selama proses kontraksi. Rasa sakit/nyeri, takut dan cemas juga dapat meningkatkan tekanan darah. Kenaikan detak jantung berkaitan dengan peningkatan metabolisme. Secara dramatis detak jantung naik selama uterus berkontraksi. (Kurniarum, 2016).

8. Perubahan pada metabolisme

Pada saat mulai persalinan terjadi penurunan hormon progesteron yang mengakibatkan perubahan pada sistem pencernaan menjadi lebih lambat sehingga makanan lebih lama tinggal di lambung, akibatnya banyak ibu bersalin yang mengalami obstipasi atau peningkatan getah lambung sehingga terjadi mual dan muntah. Metabolisme karbohidrat aerob dan

anaerob meningkat secara perlahan yang terjadi akibat aktivitas otot rangka dan kecemasan ibu. Peningkatan ini ditandai dengan adanya peningkatan suhu badan ibu, nadi, pernafasan, cardiac output dan hilangnya cairan (ilah sursilah, 2010).

9. Perubahan pada sistem pernapasan

Pernapasan mengalami kenaikan sedikit dibandingkan dengan sebelum persalinan. Kenaikan pernapasan ini dapat disebabkan karena adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan teknik pernapasan yang benar (mika oktarina, 2015).

10. Perubahan pada gastrointestinal

Motilitas lambung dan absorpsi makanan padat secara substansial berkurang selama persalinan aktif dan waktu pengosongan lambung. Efek ini dapat memburuk setelah pemberian narkotik. Banyak wanita mengalami mual muntah saat persalinan berlangsung. Selain itu pengeluaran getah lambung yang berkurang menyebabkan aktivitas pencernaan berhenti dan pengosongan lambung menjadi sangat lambat. Mual atau muntah terjadi sampai ibu mencapai akhir kala I. Ketidaknyamanan lain mencakup dehidrasi dan bibir kering akibat bernafas melalui mulut. Karena resiko mual dan muntah, beberapa fasilitas pelayanan bersalin membatasi asupan oral selama persalinan. Banyak fasilitas lain memberikan asupan cairan melalui intravena. Kadar natrium dan klorida dalam plasma dapat menurun sebagai akibat absorpsi gastrointestinal, nafas terengah-engah, dan diaphoresis(*perspirasi*) selama

persalinan dan kelahiran. Poliuria (sering berkemih) merupakan hal yang biasa terjadi. Penurunan asupan cairan oral akibat mual dan muntah, ketidaknyamanan dan pemberian analgetik atau anestesidapat lebih jauh mengubah keseimbangan cairan dan elektrolit (Kurniarum, 2016).

11. Perubahan pada hematologi

Haemoglobin akan meningkat selama persalinan sebesar 1,2 gr % dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan pada hari pertama pasca persalinan kecuali terjadi perdarahan. Peningkatan leukosit secara progresif pada awal kala I (5.000) hingga mencapai ukuran jumlah maksimal pada pembukaan lengkap (15.000). Selama persalinan waktu pembekuan darah sedikit menurun, tetapi kadar fibrinogen plasma meningkat. Gula darah akan turun selama persalinan dan semakin menurun pada persalinan lama, hal ini disebabkan karena aktivitas uterus dan muskuloskeletal yang secara terus menerus (Kurniarum, 2016).

12. Perubahan psikologis pada ibu bersalin kala I

Pada persalinan Kala I selain kontraksi uterus, umumnya ibu dalam keadaan santai, tenang dan tidak terlalu pucat. Kondisi psikologis yang sering terjadi pada wanita dalam persalinan kala I adalah:

- a. Kecemasan dan ketakutan pada dosa-dosa atau kesalahan-kesalahan sendiri. Ketakutan tersebut berupa rasa takut jika bayi yang akan dilahirkan dalam keadaan cacat, serta takhayul lain. Walaupun pada saat ini kepercayaan pada ketakutan-ketakutan gaib selama proses reproduksi sudah sangat berkurang sebab secara biologis, anatomis,

dan fisiologis kesulitan-kesulitan pada peristiwa partus bisa dijelaskan dengan alasan-alasan patologis atau sebab abnormalitas (keluarbiasaan). Tetapi masih ada perempuan yang diliputi rasa ketakutan akan takhayul

- b. Timbulnya rasa tegang, takut, kesakitan, kecemasan dan konflik batin. Hal ini disebabkan oleh semakin membesarnya janin dalam kandungan yang dapat mengakibatkan calon ibu mudah capek, tidak nyaman badan, dan tidak bisa tidur nyenyak, sering kesulitan bernafas dan macam-macam beban jasmaniah lainnya di waktu kehamilannya.
- c. Sering timbul rasa jengkel, tidak nyaman dan selalu kegerahan serta tidak sabaran sehingga harmoni antara ibu dan janin yang dikandungnya menjadi terganggu. Ini disebabkan karena kepala bayi sudah memasuki panggul dan timbulnya kontraksi-kontraksi pada rahim sehingga bayi yang semula diharapkan dan dicintai secara psikologis selama berbulan-bulan kini dirasakan sebagai beban yang amat berat
- d. Ketakutan menghadapi kesulitan dan resiko bahaya saat melahirkan bayi, yang merupakan hambatan dalam proses persalinan :
 1. Adanya rasa takut dan gelisah terjadi dalam waktu singkat dan tanpa sebab yang jelas
 2. Ada keluhan sesak nafas atau rasa tercekik, jantung berdebar-debar
 3. Takut mati atau merasa tidak dapat tertolong saat persalinan

4. Muka pucat, pandangan liar, pernafasan pendek dan cepat
- e. Adanya harapan harapan mengenai jenis kelamin bayi yang akan dilahirkan. Relasi ibu dengan calon anaknya terpecah, sehingga popularitas aku-kamu (aku sebagai pribadi ibu dan kamu sebagai bayi) menjadi semakin jelas. Timbullah perasaan yaitu:

1. Harapan cinta kasih
2. Impuls permusuhan dan kebencian

- f. Sikap permusuhan terhadap bayinya

1. Keinginan untuk memiliki janin yang unggul
2. Cemas kalau bayinya tidak aman di luar rahim
3. Belum mampu bertanggung jawab sebagai seorang ibu

- g. Kegelisahan dan ketakutan menjelang kelahiran bayi:

1. Takut mati
2. Trauma kelahiran
3. Perasaan bersalah
4. Ketakutan riil (legawati, 2019).

13. Perubahan Psikologis Ibu Bersalin Kala II

Pada masa persalinan seorang wanita ada yang tenang dan bangga akan kelahiran bayinya, tapi ada juga yang merasa takut. Adapun perubahan psikologis yang terjadi adalah sebagai berikut:

- a. Panik dan terkejut dengan apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap

- b. Bingung dengan adanya apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap
- c. Frustrasi dan marah
- d. Tidak memperdulikan apa saja dan siapa saja yang ada di kamar bersalin
- e. Rasa lelah dan sulit mengikuti perintah
- f. Fokus pada dirinya sendiri (legawati, 2019)

Masalah psikologis yang terjadi pada masa persalinan adalah kecemasan. Kecemasan adalah gangguan alam perasaan yang ditandai dengan ketakutan dan kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan. Ibu bersalin mengalami gangguan dalam menilai realitas, namun kepribadian masih tetap utuh. Perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas-batas normal. Kecemasan berbeda dengan rasa takut. Cemas adalah respon emosi tanpa objek yang spesifik yang secara subyektif dialami dan dikomunikasikan interpersonal secara langsung. Kecemasan dapat diekspresikan melalui respon fisiologis dan psikologis (Kurniarum, 2016).

2.2.9 Kebutuhan persalinan

Kebutuhan dasar bagi ibu bersalin:

1. Dukungan fisik dan psikologis

Setiap ibu yang akan bersalin, akan muncul perasaan takut, khawatir, atau cemas terutama pada primipara. Hal ini dapat meningkatkan nyeri, otot-otot menjadi tegang & ibu menjadi cepat lelah yang pada akhirnya akan menghambat proses persalinan. Bidan adalah orang

yang diharapkan ibu sebagai pendamping persalinan yang dapat diandalkan & mampu memberikan dukungan, bimbingan & pertolongan persalinan. Asuhan yang sifatnya mendukung selama persalinan merupakan suatu standar pelayanan kebidanan. Asuhan yang mendukung berarti bersifat aktif & ikut serta dalam kegiatan yang sedang berlangsung. Jika seorang bidan sedang sibuk, maka ia harus memastikan bahwa ada seorang pendukung yang hadir & memantau ibu yang sedang bersalin. Dukungan dapat diberikan oleh orang-orang terdekat seperti suami, keluarga, atau teman. Pendamping persalinan hendaknya orang yang sudah terlibat sejak masa kehamilan. Mereka dapat membuat laporan tentang kemajuan ibu & secara terus-menerus memonitor kemajuan persalinan. Bidan harus mampu memberikan perasaan kehadiran:

- a) Selama bersama pasien, bidan harus konsentrasi penuh untuk mendengarkan & melakukan observasi
- b) Membuat kontak fisik: mencuci muka pasien, menggosok punggung, memegang tangan pasien dll.
- c) Menempatkan pasien dalam keadaan yakin (bidan bersikap tenang & bisa menenangkan pasien) (Buda & Fajrin, 2018).

2. Kebutuhan makan dan minum

Pemberian nutrisi dapat berupa air putih, teh manis (yang digunakan untuk tambahan energi). Pada saat persalinan terjadi peningkatan konsentrasi *asam hidroklorik* yang merupakan substansi berbahaya,

untuk mengatasi hal tersebut walaupun sudah memasuki fase aktif ibu dianjurkan untuk makan dan minum disela sela his. Kekurangan makanan & minuman dapat meningkatkan resiko terjadinya *regurgitasi dan aspirasi* pada saluran pernafasan dimana makanan tidak dapat dicerna dalam perut yang dapat menyebabkan radang paru (Buda & Fajrin, 2018).

3. Kebutuhan glikogen dan cairan

Glikogen & cairan dapat juga diperoleh melalui IV, konsentrasi glukosa yang didapat dari cairan infus dapat meningkatkan glukosa darah pada janin sehingga dapat menyebabkan *hiperinsulinemia* pada janin (Buda & Fajrin, 2018).

4. Personal hygiene

Pada kala II dan III, ibu dianjurkan untuk menjaga kebersihan diri, ibu dapat diberikan alas bersalin (*underpad*) yang dapat menyerap cairan tubuh. Apabila saat mengejan diikuti dengan feses, maka bidan harus segera membersihkan. Pada kala IV setelah janin dan plasenta lahir, selama 2 jam observasi, pastikan keadaan ibu sudah bersih. Ibu dapat dimandikan atau dibersihkan di atas tempat tidur. Pastikan bahwa ibu mengenakan pakaian bersih (Yulizawati et al., 2017).

5. Kebutuhan eliminasi

a) Kandung kemih

Biasanya ibu dianjurkan mengosongkan kandung kemih selama persalinan. Blas yang penuh dapat memperlambat turunnya

kepala janin serta menghambat kontraksi uterus. Hal ini dapat menyebabkan luka memar & dapat menjadi *fistula vesiko vagina*.

b) Retensio urine

Retensi urine berhubungan dengan hipotonik kontraksi uterus. Seorang ibu yang tidak dapat pergi ke kamar mandi untuk mengosongkan blarnya akan mengalami kesulitan dalam berkemih. Bidan dapat memberikan kenyamanan untuk mengatasinya. Suara air mengalir dapat membantu merangsang *mikturisi*, jika tidak dapat kencing dapat dilakukan *kateterisasi* (Buda & Fajrin, 2018).

2.2.10 Asuhan kebidanan pada ibu bersalin selama pandemi COVID-19

Asuhan kebidanan yang diberikan untuk ibu bersalin selama masa pandemi covid-19 yaitu:

1. Memberikan rujukan terencana untuk ibu hamil beresiko
2. Anjurkan ibu untuk tetap bersalin di fasilitas pelayanan kesehatan. Dan beritahu ibu untuk segera ke fasilitas kesehatan jika sudah merasakan tanda-tanda persalinan.
3. Ibu dengan kasus COVID-19 akan diberikan pelayanan sesuai prosedur pelayanan persalinan yang dikeluarkan oleh PP POGI
4. Pelayanan KB pasca persalinan tetap berjalan sesuai prosedur yang telah ditetapkan (kementerian kesehatan republik indonesia, 2020).

5. Pertolongan persalinan dilakukan sesuai standar APN, dan melakukan IMD setelah bayi lahir (Nurjismi, 2020).

2.2.11 Partograf

Merupakan alat untuk mencatat informasi berdasarkan observasi atau riwayat dan pemeriksaan fisik pada ibu dalam persalinan dan alat penting khususnya untuk membuat keputusan klinis selama kala I. Kegunaan partograf yaitu mengamati dan mencatat informasi kemajuan persalinan dengan memeriksa dilatasi serviks selama pemeriksaan dalam, menentukan persalinan berjalan normal dan mendeteksi dini persalinan lama sehingga bidan dapat membuat deteksi dini mengenai kemungkinan persalinan lama dan jika digunakan secara tepat dan konsisten, maka partograf akan membantu penolong untuk pemantauan kemajuan persalinan, kesejahteraan ibu dan janin, mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, mengidentifikasi secara dini adanya penyulit, membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu, partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala I, tanpa menghiraukan apakah persalinan normal atau dengan komplikasi disemua tempat, secara rutin oleh semua penolong persalinan (Doroh, 2018).

1. Bagian-bagian partograf

a) Kemajuan persalinan

- a. Pembukaan serviks dinilai setiap 4 jam

- b. Turunya bagian terendah dan kepala janin
- c. Kontraksi uterus dinilai setiap $\frac{1}{2}$ jam

b) Kondisi janin

- a. Denyut jantung janin dinilai setiap $\frac{1}{2}$ jam
- b. Warna dan volume air ketuban
- c. Molase kepala janin

c) Kondisi ibu

- a. Tekanan darah dan suhu badan dinilai setiap 4 jam sedangkan nadi dinilai setiap $\frac{1}{2}$ jam
- b. Volume urine
- c. Obat dan cairan

2. Cara mencatat hasil pemeriksaan pada partograf

Observasi dimulai sejak ibu datang, apabila ibu datang dalam fase laten, maka hasil observasi ditulis pada lembar observasi bukan pada partograf. Partograf digunakan saat ibu memasuki fase aktif yang meliputi:

1) Identifikasi ibu

Lengkapi bagian awal atau bagian atas partograf secara teliti pada saat mulai asuhan persalinan yang meliputi nama, umur, gravida para, abortus, nomor rekam medis/nomor klinik, tanggal dan waktu mulai dirawat, waktu pecah ketuban

2) Kondisi janin

a. Denyut jantung janin

DJJ dinilai setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Kisaran DJJ normal terpapar pada partograf diantara garis tebal angka 180 dan 100, nilai normal sekitar 120 sampai 160, apabila ditemukan DJJ dibawah 120 dan diatas 160, maka penolong harus waspada.

b. Warna dan adanya air ketuban

Nilai air ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dengan menggunakan lambang sebagai berikut:

U : jika ketuban utuh belum pecah

J : jika ketuban sudah pecah dan air ketuban

M : jika ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur dengan mekonium.

D : jika ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur dengan darah

K : jika ketuban sudah pecah dan air ketuban kering

c. penyusupan/molase kepala janin

Setiap kali melakukan periksa dalam, nilai penyusupan kepala janin dengan menggunakan lambang sebagai berikut:

0: Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat diraba.

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 tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

3. Kemajuan persalinan

a. Dilatasi serviks

Pada kolom dan lajur kedua dari partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera pada tepi kolom kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Kotak di atasnya menunjukkan penambahan dilatasi sebesar 1 cm. Pada pertama kali menulis pembesaran dilatasi serviks harus ditulis tepat pada garis waspada. Cara pencatatannya dengan memberi tanda silang (X) pada garis waspada sesuai hasil pemeriksaan dalam/ VT. Hasil pemeriksaan dalam/ VT selanjutnya dituliskan sesuai dengan waktu pemeriksaan dan dihubungkan dengan garis lurus dengan hasil sebelumnya. Apabila dilatasi serviks melewati garis waspada, perlu diperhatikan apa penyebabnya dan penolong harus menyiapkan ibu untuk dirujuk.

b. penurunan bagian terendah janin

Skala 0 sampai dengan 5 pada garis tepi sebelah kiri keatas, juga menunjukkan seberapa jauh penurunan kepala janin

kedalam panggul. Dibawah lajur kotak dilatasi serviks dan penurunan kepala menunjukkan waktu/ jam dimulainya fase aktif, tertera kotak-kotak untuk mencatat waktu aktual saat pemeriksaan fase aktif dimulai setiap kotak menunjukkan 30 menit. Pendokumentasian kontraksi uterus lurus dengan garis pembukaan serviks mulai dicatat dalam partograf.

c. Obat-obatan dan cairan yang diberikan

Dibawah lajur kotak observasi kontraksi uterus tersedia lajur kotak untuk mencatat obat-obatan dan cairan yang diberikan.

d. Kondisi ibu

Bagian akhir pada lembar partograf berkaitan dengan kondisi ibu yang meliputi: Nadi, tekanan darah, temperatur tubuh, urine (volume, aseton, dan protein). Catatan: Sebelum masuk fase aktif, hasil pemeriksaan ditulis dilembar observasi, karena partograf diisi setelah ibu masuk fase aktif. Asuhan, pengawasan dan keputusan klinik setelah bayi lahir ditulis dalam kolom yang tersedia atau dalam catatan kemajuan persalinan dibaliknya lembar partograf (Fitriahadi & Utami, 2019).

2.2.12 Lembar observasi

Menurut Ernawati & Wijayanti, 2019 Lembar observasi merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan

dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga kala IV (termasuk bayi baru lahir). Hal ini digunakan sebagai pengambilan keputusan klinik. Terutama pada pemantauan kala IV dengan mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan. Selain itu, catatan persalinan yang sudah terisi dan dilengkapi dapat digunakan sebagai penilaian atau pemantauan sejauh mana telah dilakukan pelaksanaan asuhan persalinan yang bersih dan aman. Lembar observasi meliputi:

1. Data dasar

- a) Tanggal
- b) Nama bidan
- c) Tempat persalinan
- d) Catatan rujukan
- e) Alasan rujukan
- f) Pendamping saat melahirkan

2. Kala I

- a. Partograf melewati garis waspada (ya/tidak)
- b. Masalah lain
- c. Penatalaksanaan
- d. Hasil

3. Kala II

- a. Episiotomi (ya/tidak)
- b. Pendamping saat persalinan

- c. Gawat janin
- d. Distosia bahu
- e. Masalah lain
- f. Penatalaksanaan masalah tersebut
- g. Hasil

4. Kala III

- a. Lama kala III
- b. Pemberian oksitosin
- c. Pemberian ulang oksitosin
- d. Penanganan tali pusat terkendali
- e. Rangsangan taktil fundus uteri
- f. Plasenta lahir lengkap (ya / tidak)
- g. Plasenta tidak lahir lengkap > 30 menit (ya / tidak)
- h. Laserasi (ya / tidak)
- i. Jika laserasi perineum derajat berapa.
- j. Atonia uteri (ya / tidak)
- k. Jumlah perdarahan
- l. Masalah lain
- m. Penatalaksanaan masalah tersebut
- n. Hasil

5. Bayi baru lahir

- a. Berat badan bayi
- b. Panjang

- c. Jenis kelamin
- d. Penilaian bayi barulahir
- e. Penatalaksanaan bayi barulahir
- f. Penatalaksanaan bayi baru lahir bermasalah
- g. Cacat bawaan
- h. Hipotermia
- i. Pemberian ASI (ya / tidak)
- j. Masalahlain
- k. Hasil

6. Pemantauan kala IV

Melakukan observasi 2 jam setelah melahirkan yaitu dilakukan penilaian 15 menit pertama dan 30 menit kedua yang meliputi:

- Tekanan darah
- Nadi
- Suhu
- TFU
- Kontraksi Uterus
- Kandung kemih
- Perdarahan

2.2.13 Benang merah

Asuhan sayang ibu sebagai salah satu aspek dari 5 benang merah sangat membantu ibu agar merasa aman dan nyaman selama proses persalinan. Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling

menghargai budaya, kepercayaan, dan keinginan ibu. Asuhan sayang ibu selama proses persalinan mencakup asuhan yang diberikan kepada ibu yang dimulai sejak kala I hingga kala IV. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi serta posisi yang nyaman saat persalinan. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan keluaran yang lebih baik. Antara lain, juga disebutkan bahwa asuhan tersebut dapat mengurangi jumlah persalinan dengan tindakan seperti misalnya ekstraksi vakum, cunam, dan seksio sesar. Persalinan juga akan berlangsung lebih cepat (Yani & Wulandari, 2014).

Bidan mempunyai peranan penting dalam menolong persalinan, didukung dengan peningkatan kompetensi bidan diantaranya berbagai faktor yang mempengaruhi kepatuhan bidan dalam menerapkan APN. Salah satu dampak dari ketidakpatuhan dalam menerapkan asuhan persalinan normal (APN), tidak terpenuhinya rasa nyaman ibu dalam proses persalinan, ketika seorang ibu mengalami persalinan lama terkadang penolong tidak mempunyai kesabaran sehingga melakukan tindakan episiotomi yang sebenarnya tidak perlu dilakukan, hal ini tidak sesuai dengan asuhan sayang ibu yang termasuk dalam lima benang merah (membuat keputusan klinik, asuhan sayang ibu dan bayi,

pencegahan infeksi, pencatatan asuhan persalinan serta rujukan) sebagai aplikasi dari Asuhan Persalinan Normal (APN), asuhan yang diberikan pada ibu bersalin secara normal dan intervensi seminimal mungkin. Bila asuhan persalinan normal tidak dilakukan sesuai dengan standar yang berlaku maka salah satu dampaknya adalah tidak terpenuhinya asuhan sayang ibu dan sayang bayi. Di dalam pelatihan asuhan persalinan normal dipelajari bagaimana teknik-teknik dalam memberikan pemenuhan asuhan, fakta-fakta klinis menunjukkan bahwa sebagian besar angka kematian ibu dapat dicegah jika ibu mendapatkan asuhan persalinan yang bersih, aman sesuai dan tepat waktu. Kebutuhan pelatihan asuhan persalinan normal didasari atas dasar masih tingginya komplikasi obstetri pasca salin, eklamsia, sepsis dan komplikasi keguguran yang menyebabkan tingginya kasus kesakitan dan kematian ibu. Pengetahuan bidan dinyatakan ada hubungan dan diduga berkaitan erat dengan kepatuhan dalam menerapkan APN, pengetahuan merupakan faktor dominan yang sangat penting bagi terbentuknya suatu tindakan terhadap perilaku yang baik yang menguntungkan bagi suatu kegiatan. (Fauziah et al., 2014).

2.3 KONSEP DASAR/TEORI NIFAS

2.3.1 Pengertian nifas

Masa nifas (*puerperium*) merupakan masa setelah lahirnya plasenta sampai dengan kembali pulihnya alat-alat kandungan seperti

dengan sebelum hamil yang secara normal berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Risa Pitriani, S.S.T. & Rika Andriyani, S.S.T., 2014).

Masa nifas berlangsung setelah plasenta lahir dan berakhir dengan kembalinya alat-alat reproduksi seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung 40 hari atau 6 minggu. Pada masa ini sering terjadi komplikasi persalinan baik secara langsung maupun tidak langsung, oleh karena itu dalam masa nifas diperlukan asuhan yang sesuai dengan standar yang ditetapkan. Perubahan yang terjadi dalam masa nifas terdiri dari perubahan fisik yaitu terjadinya involusi uteri atau mengecilnya Rahim ke ukuran semula sebelum hamil, pengeluaran ASI, perubahan sistem tubuh serta adanya perubahan psikisibu (Yuliana Wahida & Hakim, 2020).

2.3.2 Tahapan masa nifas

Menurut tonasih & sari, 2020 masa nifas terbagi menjadi tiga tahapan yaitu:

a. Puerperium dini (*immediate puerperium*)

Merupakan masa segera setelah lahirnya plasenta sampai 24 jam postpartum, yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Pada masa ini sering terjadi komplikasi seperti perdarahan karena atonia uteri, bidan bertugas untuk melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, serta pengukuran tanda-tanda vital ibu secara teratur.

b. Puerperium intermedial (*early puerperium*)

Waktu pemulihan alat-alat kandungan yang lamanya 6 minggu, bidan berperan penting dalam melakukan pemeriksaan involusi uterus dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, serta tidak ada masalah dengan pengeluaran lochea, tidak demam, ibu dapat menyusui bayinya dengan baik serta ibu mendapatkan asupan nutrisi yang cukup dan bergizi.

c. Remot puerperium (*later puerperium*)

Suatu masa yang dibutuhkan ibu untuk pulih dan sehat secara sempurna, Terutama apabila ibu selama hamil dan waktu persalinan mengalami komplikasi. Bidan berperan melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta pemberian konseling KB.

2.3.3 Perubahan fisiologis masa nifas

1. Perubahan sistem reproduksi

a. Involusi Rahim

Setelah lahirnya plasenta uterus menjadi keras karena adanya kontraksi dan reaksi otot-otot rahim. Fundus uteri teraba 3 jari dibawah pusat dan terus mengecil. Sehingga pada hari ke 10 fundus sudah tidak teraba lagi dan pada minggu ke 6 rahim mencapai ke ukuran yang normal sama dengan seperti sebelum hamil. Hal ini terjadi karena proses pembuangan sitoplasma yang berlebihan sehingga masing-masing sel menjadi lebih kecil. Involusi disebabkan oleh proses autolisis pada zat protein dinding Rahim yang

melakukan pemecahan, absorpsi dan kemudian dibuang bersama dengan air kencing. Bagian lapisan dan *stratum spongiosum* yang tersisa menjadi *nekrosis* dan dikeluarkan bersama lochea, sedangkan lapisan yang masih bagus tetap menghasilkan endometrium baru. *Epitel* baru terjadi dengan *proliferasi* sel kelenjar sedangkan *stroma* baru terbentuk dari jaringan ikat diantara kelenjar-kelenjar. Terjadi proses involusi seperti berikut:

- 1) Saat bayi lahir, TFU setinggi pusat (1000 gram)
- 2) Saat uri lahir, TFU 3 jari pusat (750 gram)
- 3) 1 minggu PP, TFU pertengahan pusat simfisis (500 gram)
- 4) 2 minggu PP, TFU sudah tidak teraba (350 gram)
- 5) 6 minggu, TFU bertambah kecil (50 gram)
- 6) 8 minggu, sebesar normal (30 gram)

b. Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat penempelan plasenta merupakan tempat dengan tekstur yang kasar, tidak rata dengan diameter kira kira selebar telapak tangan dan terdapat banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh trombus. Luka ini akan mengecil pada minggu ke 12 yaitu sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas ukuran luka menjadi sekitar 1-2 cm. pada saat masa nifas endometrium tumbuh dari pinggir luka yang terdiri dari sisa-sisa kelenjar pada dasar luka.

c. Perubahan serviks dan vagina

Setelah bayi lahir tangan masih bisa masuk rongga rahim, setelah 2 jam PP dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke 6 serviks menutup, pada sisi pinggirnya bertekstur retak-retak dan tidak rata, hal ini disebabkan karena adanya robekan yang terjadi dalam proses persalinan, hiperplasia serta adanya *retraksi* dan robekan serviks yang semakin pulih kembali. Namun setelah involusiselesai *ostium eksternum* tidak dapat kembali pulih kebentuk semula. Vagina yang merengangsakan proses persalinan akan kembali normal pada minggu ke 3, selain itu rugae juga mulai tampak kembali (D.Wilujeng & P, 2020).

2. Perubahan tanda-tanda vital (Nadi, suhu, pernapasan, dan tekanan darah)

Dalam masa nifas ibu sangat rentan akan terjadinya suatu komplikasi yang dapat terjadi, hal ini dapat ditentukan karena adanya perubahan pada tanda vital ibu. Oleh karena itu bidan berperan sangat penting dalam melakukan observasi terhadap tanda vital ibu yang meliputi pemeriksaan tekanan darah, nadi, susu, serta pernapasan. Selain melakukan pemeriksaan untuk mendapatkan informasi klinis penting hal ini juga dapat menciptakan hubungan positif antara bidan dan ibu. Secara normal frekuensi nadi ibu nifas yaitu 60-80x permenit. Peningkatan frekuensi nadi yang sangat cepat (100x permenit) menunjukkan adanya tanda syok atau perdarahan pada ibu nifas. Frekuensi dan intensitas nadi merupakan tanda vital yang sangat

berpengaruh dengan adanya perubahan umum ibu. Segera setelah persalinan ibu juga akan mengalami sedikit kenaikan suhu tubuh pada kisaran $0,2-0,5^{\circ}\text{C}$, hal ini terjadi karena aktivitas metabolisme meningkat serta peningkatan kalori saat proses melahirkan. Kenaikan suhu tubuh ini dapat terjadi beberapa jam setelah persalinan dan akan kembali normal setelah ibu istirahat dan mendapat asupan nutrisi serta minum yang cukup. Suhu tubuh normal ibu nifas yaitu kisaran $36,5^{\circ}\text{C}-37,5^{\circ}\text{C}$. Apabila kenaikan suhu ibu mencapai 38°C maka hal ini dapat menandakan adanya tanda-tanda infeksi yang muncul pada ibu nifas. Selain pemeriksaan nadi dan suhu, penting dilakukan untuk pengukuran tekanan darah ibu, jika ibu tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi maka biasanya tekanan darah ibu akan kembali normal dalam kisaran waktu 24 jam setelah persalinan. Dalam keadaan normal frekuensi pernapasan relatif tidak mengalami perubahan pada masa nifas yaitu 12-16x permenit (Wahyuningsih, 2016).

3. Sistem kardiovaskuler

Pada masa nifas perubahan volume darah tergantung pada beberapa faktor, seperti kehilangan darah, curah jantung meningkat serta perubahan hematologi yaitu fibrinogen dan plasma agak menurun dan selama minggu-minggu kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma, leukositosis serta faktor-faktor pembentukan darah meningkat. Pada

masa nifas, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun dan faktor pembekuan darah meningkat (Sukma et al., 2017).

4. Sistem hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan *viskositas*, dan juga terjadi peningkatan faktor pembekuan darah serta terjadi Leukositosis dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 25.000-30.000, terutama pada ibu dengan riwayat persalinan lama. Kadar hemoglobin, hematokrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa postpartum sebagai akibat dari volume plasenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi ibu. selama persalinan normal dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 250-500 ml. penurunan volume dan peningkatan sel darah merah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke-3 sampai 7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4 sampai 5 minggu postpartum (Sukma et al., 2017).

5. Sistem pencernaan

Menurut Wahyuningsih, 2016, pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu

3-4 hari untuk kembali normal. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain:

- a) Nafsu makan pascamelahirkan biasanya ibu merasa lapar, karena metabolisme ibu meningkat saat proses persalinan, sehingga ibu dianjurkan untuk meningkatkan konsumsi makanan, termasuk mengganti kalori, energi, darah, dan cairan yang telah dikeluarkan selama proses persalinan. Ibu dapat mengalami perubahan nafsu makan. Pemulihan nafsu makan diperlukan 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.
- b) Motilitas Secara fisiologi terjadi penurunan tonus dan motilitas otot traktus pencernaan menetap selama waktu yang singkat beberapa jam setelah bayi lahir, setelah itu akan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Pada postpartumSC (*section caesarea*) dimungkinkan karena pengaruh analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.
- c) Pengosongan Usus Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum. Pada keadaan terjadi diare sebelum persalinan, enemasebelum melahirkan, kurang asupan nutrisi, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan

lahir, meningkatkan terjadinya konstipasi postpartum. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu beberapa hari untuk kembali normal. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain pengaturan diet yang mengandung serat buah dan sayur, cairan yang cukup, serta pemberian informasi tentang perubahan eliminasi dan penatalaksanaannya pada ibu.

6. Sistem muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah persalinan. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi pulih kembali ke ukuran normal. Pada sebagian kecil kasus uterus menjadi *retrofleksi* karena ligamentum rotundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh kandungannya turun. Setelah melahirkan karena ligamen, fasia, dan jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusanya serat-serat kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendur untuk sementara waktu. Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk

melakukan latihan atau senam nifas, bisa dilakukan sejak 2 hari postpartum (Sukma et al., 2017).

7. Sistem endokrin

Hormon plasenta menurun setelah persalinan, HCG menurun dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ketujuh sebagai omset pemenuhan mammae pada hari ke-3 post partum. Pada hormon pituitary prolactin meningkat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH meningkat pada minggu ke-3. Lamanya seorang wanita mendapatkan menstruasi juga dapat dipengaruhi oleh faktor menyusui. Sering kali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron. Setelah persalinan terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI (Sukma et al., 2017).

8. Penurunan berat badan

Setelah melahirkan, ibu akan kehilangan 5-6 kg berat badannya yang berasal dari bayi, plasenta dan air ketuban dan pengeluaran darah saat persalinan, 2-3 kg lagi melalui air kencing sebagai usaha tubuh untuk mengeluarkan timbunan cairan waktu hamil. Rata-rata ibu kembali ke berat idealnya setelah 6 bulan, walaupun sebagian besar mempunyai kecenderungan tetap akan lebih berat dari pada sebelumnya rata-rata 1,4 kg (Wahyuningsih, 2016).

9. Perubahan payudara

Pada saat kehamilan sudah terjadi pembesaran payudara karena pengaruh peningkatan hormon estrogen, untuk mempersiapkan produksi air susu ibu (ASI) dan laktasi. Payudara menjadi besar ukurannya bisa mencapai 800 gr, keras dan menghitam pada areola mammae di sekitar puting susu, ini menandakan dimulainya proses menyusui. Segera menyusui bayi setelah melahirkan melalui proses inisiasi menyusui dini (IMD), walaupun air susu ibu (ASI) belum keluar lancar, namun sudah ada pengeluaran kolostrum. Proses inisiasi menyusui dini (IMD) ini dapat mencegah perdarahan dan merangsang produksi air susu ibu (ASI). Pada hari ke 2 hingga ke 3 postpartum sudah mulai diproduksi air susu ibu (ASI) matur yaitu air susu ibu (ASI) berwarna. Pada semua ibu yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Fisiologi menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis yaitu produksi air susu ibu (ASI) dan sekresi air susu ibu (ASI) atau *let down reflex*. Selama kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi, maka terjadi *positive feedback hormone* (umpan balik positif), yaitu kelenjar *pituitari* akan mengeluarkan hormon prolaktin (*hormon laktogenik*). Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan. Pembuluh darah payudara menjadi membesar terisi darah, sehingga

timbul rasa hangat. Sel-sel acini yang menghasilkan air susu ibu (ASI) juga mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap puting, reflek saraf merangsang kelenjar *posterior hipofisis* untuk mensekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang *reflek let down* sehingga menyebabkan ejeksi air susu ibu (ASI) melalui *sinus laktiferus* payudara ke duktus yang terdapat pada puting (Wahyuningsih, 2016).

10. Peritoneum dan dinding abdomen

Ligamentum latum dan rotundum memerlukan waktu yang cukup lama untuk pulih dari peregangan dan pelonggaran yang terjadi selama kehamilan. Sebagai akibat dari ruptur serat elastin pada kulit dan distensi lama pada uterus karena kehamilan, maka dinding abdomen tetap lunak dan *flaksid*. Beberapa minggu dibutuhkan oleh struktur-struktur tersebut untuk kembali menjadi normal. Pemulihan dibantu oleh latihan. Kecuali untuk striae putih, dinding abdomen biasanya kembali ke penampilan sebelum hamil. Akan tetapi ketika otot tetap *atonik*, dinding abdomen juga tetap lemas. Pemisahan yang jelas otot-otot rectus (*diastasis recti*) dapat terjadi (Wahyuningsih, 2016).

11. Sistem perkemihan

Setelah proses persalinan ibu akan sulit untuk buang air kecil. Hal ini disebabkan karena spasme sfingter dan edema leher kandung kemih mengalami tekanan antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Dinding kandung kemih memperlihatkan

edema dan hiperemia. Odema trigonium, menimbulkan abstraksi dari uretra sehingga terjadi retensi urine. Kandung kencing dalam puerperium kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kencing penuh atau sesudah kencing masih tertinggal urine residual (normal 15 cc). Sisa urine dan trauma pada kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Dilatasi ureter dan pyelum normal dalam waktu 2 minggu. Urine biasanya berlebihan (poliuria) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan. Kadang-kadang hematuria akibat proses katalitik involusi. Acetonuria terutama setelah partus yang sulit dan lama yang disebabkan pemecahan karbohidrat yang banyak, karena kegiatan otot-otot Rahim dikarenakan kelaparan. Protein urine akibat dari autolisis sel-sel otot (Mansyur & Dahlan, 2014).

2.3.4 Perubahan psikologis masa nifas

Penyesuaian psikologis pada masa post partum:

1) Taking in (1-2 hari post partum)

Wanita menjadi pasif dan sangat tergantung serta berfokus pada dirinya, tubuhnya sendiri. Mengulang-ulang menceritakan pengalaman bersalin yang dialami. Wanita yang baru melahirkan ini perlu istirahat atau tidur untuk mencegah gejala kurang tidur dengan

gejala lelah, cepat tersinggung, campur baur dengan proses pemulihan.

2) Taking hold (2-4 hari postpartum)

Ibu khawatir akan kemampuannya untuk merawat bayinya dan khawatir tidak bertanggung jawab untuk merawat bayinya. Wanita post partum ini berpusat pada kemampuannya dalam mengontrol diri, fungsi tubuh. Berusaha untuk menguasai kemampuan untuk merawat bayinya, cara menggendong dan menyusui, memberi minum, mengganti popok. Wanita pada masa ini sangat sensitif akan ketidakmampuannya, cepat tersinggung dan cenderung menganggap pemberitahuan bidan atau perawat sebagai teguran, maka berhati-hati dalam berkomunikasi dengan wanita ini perlu memberi support.

3) Letting go

Pada masa ini umumnya ibu sudah pulang dari RS. Ibu mengambil tanggung jawab untuk merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dari ketergantungan bayinya, begitu juga adanya grieving karena dirasakan sebagai mengurangi interaksi sosial tertentu. Depresi post partum sering terjadi pada masa ini.

- 4) Post Partum blues, Hal ini disebabkan perubahan dalam tubuh seorang wanita selama kehamilannya serta perubahan-perubahan irama dan cara hidupnya sesudah bayinya lahir. Postpartum blues adalah depresi yang paling ringan, biasanya timbul antara hari ke-2 sampai 2 minggu. Post partum blues dialami hingga 50%-80% ibu yang baru

melahirkan. Hal ini disebabkan perubahan hormonal pada pertengahan masa postpartum (Itang, 2019).

2.3.5 Kunjungan masa nifas

Kunjungan masa nifas menurut Doroh, 2018 antara lain:

Kebijakan kunjungan nifas dengan pemeriksaan minimal 4x kunjungan :

1. Kunjungan pertama dilakukan 6 jam – 3 hari post partum dengan asuhan yang diberikan yaitu:

- a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut
- c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- d) Pemberian ASI awal
- e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi yang baru lahir
- f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
- g) Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil.

2. Kunjungan kedua dilakukan 6 hari post partum dengan asuhan:

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal dimana uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan
 - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik
 - e) Memberikan konseling tentang bayi baru lahir, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan lain-lain.
3. Kunjungan ketiga dilakukan pada 2 minggu post partum dengan asuhan:
- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal dimana uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan
 - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik
 - e) Memberikan konseling tentang bayi baru lahir, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan lain-lain.
4. Kunjungan keempat dilakukan pada 6 minggu post partum dengan asuhan:

- a) Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
- b) Memberikan konseling KB secara dini.

Kebijakan kunjungan nifas selama masa pandemic COVID-19 dengan pemeriksaan minimal 3x kunjungan:

- a) KFI: dilakukan 6 jam sampai 3 hari setelah persalinan
- b) KF II: dilakukan 4 sampai 24 hari setelah persalinan
- c) KF III: dilakukan 29 sampai 42 hari setelah melahirkan
(Yudianti et al., 2017).

2.3.6 Tanda bahaya masa nifas

Tanda-tanda bahaya postpartum adalah suatu tanda yang abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya atau komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas, apabila tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu. Menurut Wahyuningsih, 2016 Tanda-tanda bahaya postpartum, adalah sebagai berikut yaitu:

1. Perdarahan Postpartum, Perdarahan postpartum dapat dibedakan menjadi sebagai berikut:
 - a) Perdarahan postpartum primer (*Early Postpartum Hemorrhage*) adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir, atau perdarahan dengan volume sebarangpun tetapi terjadi perubahan keadaan umum ibu dan tanda-tanda vital sudah menunjukkan analisa adanya

perdarahan. Penyebab utama adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama

- b) Perdarahan postpartum sekunder (*Late Postpartum Hemorrhage*) adalah perdarahan dengan konsep pengertian yang sama seperti perdarahan postpartum primer namun terjadi setelah 24 jam postpartum hingga masa nifas selesai. Perdarahan postpartum sekunder yang terjadi setelah 24 jam, biasanya terjadi antara hari ke 5 sampai 15 postpartum. Penyebab utama adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta.

Perdarahan postpartum merupakan penyebab penting kematian maternal khususnya di negara berkembang. Perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah bersalin didefinisikan sebagai perdarahan postpartum, namun dari beberapa kajian evidence based menunjukkan terdapat beberapa perkembangan mengenai lingkup definisi perdarahan postpartum. Sehingga perlu mengidentifikasi dengan cermat dalam mendiagnosis keadaan perdarahan postpartum sebagai berikut:

- a. Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak sebanyak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah dari biasanya. Darah tersebut bercampur dengan cairan amnion atau dengan urine, darah juga tersebar pada spon, handuk dan kain di dalam ember dan lantai.

b. Volume darah yang hilang juga bervariasi akibatnya sesuai dengan kadar hemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar Hb normal kadangkala dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan darah, namun kehilangan darah dapat berakibat fatal pada keadaan anemia. Seorang ibu yang sehat dan tidak anemia pun dapat mengalami akibat fatal dari kehilangan darah.

c. Perdarahan dapat terjadi dengan lambat untuk jangka waktu beberapa jam dan kondisi ini dapat tidak dikenali sampai terjadi syok. Penilaian faktor resiko pada saat antenatal dan intranatal tidak sepenuhnya dapat memperkirakan terjadinya perdarahan pasca persalinan. Penanganan aktif kala III sebaiknya dilakukan pada semua ibu yang bersalin karena hal ini dapat menurunkan insiden perdarahan pasca persalinan akibat atonia uteri. Semua ibu postpartum harus dipantau dengan ketat untuk mendiagnosis perdarahan postpartum.

2. Infeksi pada masa postpartum

Beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi setelah persalinan, Infeksi masa nifas masih merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu. Infeksi alat genital merupakan komplikasi masa nifas. Infeksi yang meluas ke saluran urinari, payudara, dan pasca pembedahan merupakan salah satu penyebab terjadinya AKI tinggi. Gejala umum infeksi berupa suhu badan

panas, malaise, denyut nadi cepat. Gejala lokal dapat berupa uterus lembek, kemerahan dan rasa nyeri pada payudara atau adanya dysuria.

a. 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 darah dan lendir waktu menstruasi dan berbau anyir (cairan ini berasal dari bekas melekatnya atau implantasi plasenta). Lochea dibagi dalam beberapa jenis, antara lain sebagai berikut:

1. Lochea rubra (*cruenta*): berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 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, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
6. Lochiostasis: lochea tidak lancar keluarnya. Apabila pengeluaran lochea lebih lama daripada yang disebutkan di

atas kemungkinan dapat disebabkan oleh hal-hal sebagai berikut:

- a. Tertinggalnya plasenta atau selaput janin karena kontraksi uterus yang kurang baik.
- b. Ibu yang tidak menyusui anaknya, pengeluaran lochea rubra lebih banyak karena kontraksi uterus dengan cepat.
- c. Infeksi jalan lahir, membuat kontraksi uterus kurang baik sehingga lebih lama mengeluarkan lochea dan lochea berbau anyir atau amis.
- d. Bila lochea bernanah dan berbau busuk, disertai nyeri perut bagian bawah kemungkinan analisa diagnosisnya adalah metritis. Metritis adalah infeksi uterus setelah persalinan yang merupakan salah satu penyebab terbesar kematian ibu. Bila pengobatan terlambat atau kurang adekuat dapat menjadi abses pelvik, peritonitis, syok septik.

b. Sub involusi uterus (Pengecilan uterus yang terganggu)

Involusi adalah keadaan uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1000 gram saat setelah bersalin, menjadi 40-60 mg pada 6 minggu kemudian. Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu disebut subinvolusi. Faktor penyebab subinvolusi, antara lain: sisa plasenta dalam uterus,

endometritis, adanya mioma uteri. Pada keadaan subinvolusi, pemeriksaan bimanual ditemukan uterus lebih besar dan lebih lembek dari seharusnya, fundus masih tinggi, lochea banyak dan berbau, dan tidak jarang terdapat pula perdarahan. Pengobatan dilakukan dengan memberikan injeksi Methergin setiap hari di tambah dengan Ergometrin per oral. Bila ada sisa plasenta lakukan kuretase. Berikan Antibiotika sebagai pelindung infeksi. Bidan mempunyai peran untuk mendeteksi keadaan ini dan mengambil keputusan untuk merujuk pada fasilitas kesehatan rujukan.

c. Nyeri pada perut dan pelvis

Tanda-tanda nyeri perut dan pelvis dapat merupakan tanda dan gejala komplikasi nifas seperti Peritonitis. Peritonitis adalah peradangan pada peritoneum, peritonitis umum dapat menyebabkan kematian 33% dari seluruh kematian karena infeksi. Gejala klinis peritonitis dibagi menjadi dua, yaitu sebagai berikut:

- 1) Peritonitis pelvisterbatas pada daerah pelvis Tanda dan gejalanya adalah demam, nyeri perut bagian bawah tetapi keadaan umum tetap baik, pada pemeriksaan dalam kavum douglas menonjol karena ada *abses*.
- 2) Peritonitis umum Tanda dan gejalanya adalah suhu meningkat nadi cepat dan kecil, perut nyeri tekan, pucat

muka cekung, kulit dingin, anorexia, kadang-kadang muntah.

d. Pusing dan lemas yang berlebihan

Pusing merupakan tanda bahaya pada nifas. Pusing bisa disebabkan oleh tekanan darah tinggi (Sistolik ≥ 140 mmHg dan diastoliknya ≥ 90 mmHg) Pusing yang berlebihan juga perlu diwaspadai adanya keadaan preeklampsia/eklampsia postpartum, atau keadaan hipertensi esensial. Pusing dan lemas yang berlebihan dapat juga disebabkan oleh anemia bila kadar haemoglobin < 10 gr%. Lemas yang berlebihan juga merupakan tanda-tanda bahaya, dimana keadaan lemas dapat disebabkan oleh kurangnya istirahat dan kurangnya asupan kalori sehingga ibu kelihatan pucat, tekanan darah rendah. Upaya penatalaksanaan pada keadaan ini dengan cara sebagai berikut:

- 1) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Makan dengan diet seimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.
- 2) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari.
- 3) Minum suplemen zat besi untuk menambah zat besi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.
- 4) Minum suplemen kapsul vitamin A (200.000 IU), untuk meningkatkan daya tahan tubuh, mencegah infeksi,

membantu pemulihan keadaan ibu serta mentransmisi vitamin A kepada bayinya melalui proses menyusui.

- 5) Istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Kurang istirahat akan mempengaruhi produksi ASI dan memperlambat proses involusi uterus.

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

Dalam beberapa hari setelah melahirkan suhu badan ibu sedikit meningkat antara $37,2^{\circ}\text{C}$ - $37,8^{\circ}\text{C}$ oleh karena reabsorpsi proses perlukaan dalam uterus, proses autolisis, proses iskemik serta mulainya laktasi, dalam hal ini disebut demam reabsorpsi. Hal ini adalah peristiwa fisiologis apabila tidak disertai tanda-tanda infeksi yang lain. Namun apabila terjadi peningkatan melebihi 38°C berturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi. Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas. Penanganan umum bila terjadi demam adalah sebagai berikut:

1. Istirahat baring
2. Rehidrasi peroral atau infus
3. Kompres hangat untuk menurunkan suhu
4. Jika ada syok, segera berikan pertolongan kegawatdaruratan maternal, sekalipun tidak jelas gejala

syok, harus waspada untuk menilai berkala karena kondisi ini dapat memburuk dengan keadaan ibu.

- f. Payudara yang berubah menjadi merah, panas, dan terasa sakit. Keadaan ini dapat disebabkan oleh payudara yang tidak disusukan secara adekuat, puting susu yang lecet, BH yang terlalu ketat, ibu dengan diet yang kurang baik, kurang istirahat, serta anemia. Keadaan ini juga dapat merupakan tanda dan gejala adanya komplikasi dan penyulit pada proses laktasi, misalnya pembengkakan payudara, bendungan ASI, mastitis dan abses payudara.
- g. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama
Kelelahan yang amat berat setelah persalinan dapat mempengaruhi nafsu makan, sehingga terkadang ibu tidak ingin makan sampai kelelahan itu hilang. Hendaknya setelah bersalin berikan ibu minuman hangat, susu, kopi atau teh yang bergula untuk mengembalikan tenaga yang hilang. Berikanlah makanan yang sifatnya ringan, karena alat pencernaan perlu proses guna memulihkan keadaan kembali pada masa postpartum.

- h. Rasa sakit, merah, lunak dan pembengkakan di wajah maupun ekstremitas.

Selama masa nifas dapat terbentuk trombus sementara pada vena-vena di pelvis maupun tungkai yang mengalami dilatasi. Keadaan ini secara klinis dapat menyebabkan peradangan pada vena-vena pelvis maupun tungkai yang disebut *tromboflebitis pelvika* (pada panggul) dan *tromboflebitis femoralis* (pada tungkai). Pembengkakan ini juga dapat terjadi karena keadaan edema yang merupakan tanda klinis adanya *preeklampsia/eklampsia*.

- i. Demam, muntah, dan rasa sakit waktu berkemih.

Pada masa nifas awal sensitifitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih di dalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan serta *analgesia epidural* atau *spinal*. Sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin berkurang akibat rasa tidak nyaman, yang ditimbulkan oleh episiotomi yang lebar, *laserasi*, *hematoma* dinding vagina.

2.3.7 Kebutuhan dasar masa nifas

Menurut Wahyuningsih, 2016 ada beberapa kebutuhan ibu nifas yang harus tercukupi yang diantaranya adalah:

1. Kebutuhan nutrisi

Kebutuhan nutrisi atau gizi adalah zat yang diperlukan oleh tubuh untuk keperluan metabolismenya. Kebutuhan nutrisi pada masa postpartum dan menyusui meningkat 25%, karena berguna untuk proses penyembuhan setelah melahirkan dan untuk produksi ASI untuk pemenuhan kebutuhan bayi. Kebutuhan nutrisi akan meningkat tiga kali dari kebutuhan biasa (pada perempuan dewasa tidak hamil kebutuhan kalori 2.000-2.500 kal, perempuan hamil 2.500-3.000 kal, perempuan nifas dan menyusui 3.000-3.800 kal). Nutrisi yang dikonsumsi berguna untuk melakukan aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses memproduksi ASI yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi. Pada 6 bulan pertama postpartum, peningkatan kebutuhan kalori ibu 700 kalori, dan menurun pada 6 bulan kedua postpartum yaitu menjadi 500 kalori. Ibu nifas dan menyusui memerlukan makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan. Menu makanan seimbang yang harus dikonsumsi adalah porsi cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet atau pewarna. Disamping itu, makanan yang dikonsumsi ibu postpartum juga harus mengandung:

- a. Sumber tenaga (energi) Sumber energi terdiri dari karbohidrat dan lemak. Sumber energi ini berguna untuk pembakaran

tubuh, pembentukan jaringan baru, penghematan protein (jika sumber tenaga kurang). Zat gizi sebagai sumber dari karbohidrat terdiri dari beras, sagu, jagung, tepung terigu dan ubi. Sedangkan zat gizi sumber Lemak adalah mentega, keju, lemak (hewani) kelapa sawit, minyak sayur, minyak kelapa, dan margarine (nabati).

b. Sumber pembangun (protein) Protein diperlukan untuk pertumbuhan dan mengganti sel-sel yang rusak atau mati. Protein dari makanan harus diubah menjadi asam amino sebelum diserap oleh sel mukosa usus dan dibawa ke hati melalui pembuluh darah vena. Sumber zat gizi protein adalah ikan, udang, kerang, kepiting, daging ayam, hati, telur, susu, keju (hewani) kacang tanah, kacang merah, kacang hijau, kedelai, tahu dan tempe (nabati). Sumber protein terlengkap terdapat dalam susu, telur, dan keju yang juga mengandung zat kapur, zat besi, dan vitamin B.

c. Sumber pengatur dan pelindung (air, mineral dan vitamin) Zat pengatur dan pelindung digunakan untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit dan pengatur kelancaran metabolisme dalam tubuh. Ibu menyusui sedikitnya minum 3-4 liter setiap hari (anjurkan ibu minum setiap kali selesai menyusui). Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama minimal adalah 14 gelas (setara 3-4 liter) perhari, dan

pada 6 bulan kedua adalah minimal 12 gelas (setara 3 liter). Sumber zat pengatur dan pelindung bisa diperoleh dari semua jenis sayuran dan buah-buahan segar.

d. Mineral, Jenis-jenis mineral penting dan dibutuhkan pada ibu nifas dan menyusui adalah:

1. Zat kapur atau kalsium berfungsi untuk pembentukan tulang dan gigi anak, dengan sumber makanannya adalah susu, keju, kacang-kacangan, dan sayuran berwarna hijau
2. Fosfor diperlukan untuk pembentukan kerangka tubuh, sumber makanannya adalah susu, keju dan daging.
3. Zat besi, tambahan zat besi sangat penting dalam masa menyusui karena dibutuhkan untuk kenaikan sirkulasi darah dan sel, serta penambahan sel darah merah sehingga daya angkut oksigen mencukupi kebutuhan. Sumber zat besi adalah kuning telur, hati, daging, kerang, ikan, kacang-kacangan dan sayuran hijau.
4. Yodium, sangat penting untuk mencegah timbulnya kelemahan mental dan kekerdilan fisik, sumber makanannya adalah minyak ikan, ikan laut, dan garam beryodium.
5. Vitamin, Jenis-jenis vitamin yang dibutuhkan oleh ibu nifas dan menyusui adalah:

- a. Vitamin A, digunakan untuk pertumbuhan sel, jaringan, gigi dan tulang, perkembangan saraf penglihatan, meningkatkan daya tahan tubuh terhadap infeksi. Sumber vitamin A adalah kuning telur, hati, mentega, sayuran berwarna hijau, dan kuning. Selain sumber-sumber tersebut ibu menyusui juga mendapat tambahan kapsul vitamin A (200.000 IU).
- b. Vitamin B1 (Thiamin), diperlukan untuk kerja syaraf dan jantung, membantu metabolisme karbohidrat secara tepat oleh tubuh, nafsu makan yang baik, membantu proses pencernaan makanan, meningkatkan pertahanan tubuh terhadap infeksi dan mengurangi kelelahan. Sumber vitamin B1 adalah hati, kuning telur, susu, kacang-kacangan, tomat, jeruk, nanas, dan kentang bakar.
- c. Vitamin B2 (riboflavin) dibutuhkan untuk pertumbuhan, vitalitas, nafsu makan, pencernaan, sistem urat saraf, jaringan kulit, dan mata. Sumber vitamin B2 adalah hati, kuning telur, susu, keju, kacang-kacangan, dan sayuran berwarna hijau.

2. Kebutuhan eliminasi

Mengenai kebutuhan eliminasi pada ibu postpartum adalah sebagai berikut:

a. Miksi Seorang ibu nifas dalam keadaan normal dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Ibu diusahakan buang air kecil sendiri, bila tidak, dapat dilakukan tindakan:

- 1) Dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien
- 2) Mengompres air hangat di atas simpisis, Apabila tindakan tidak berhasil, yaitu selama selang waktu 6 jam tidak berhasil, maka dilakukan kateterisasi. Namun dari tindakan ini perlu diperhatikan risiko infeksi saluran kencing.

b. Defekasi Agar buang air besar dapat dilakukan secara teratur dapat dilakukan dengan diet teratur, pemberian cairan banyak, makanan yang cukup serat dan olahraga. Jika sampai hari ke 3 postpartum ibu belum bisa buang air besar, maka perlu diberikan supositoria dan minum air hangat.

3. Kebutuhan ambulasi, istirahat, dan exercise atau senam nifas

Mobilisasi dini pada ibu postpartum disebut juga *early ambulation*, yaitu upaya sesegera mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbing berjalan. Klien diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam postpartum. Keuntungan yang diperoleh dari *early ambulation* adalah:

- a. Klien merasa lebih baik, lebih sehat, dan lebih kuat.
- b. Faal usus dan kandung kencing lebih baik.
- c. Sirkulasi dan peredaran darah menjadi lebih lancar

Early ambulation akan lebih memungkinkan dalam mengajari ibu untuk merawat atau memelihara anaknya, seperti memandikan bayinya. Namun terdapat kondisi yang menjadikan ibu tidak bisa melakukan Early ambulation seperti pada kasus klien dengan penyulit misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru, dll.

Seorang ibu nifas biasanya mengalami sulit tidur, karena adanya perasaan *ambivalensi* tentang kemampuan merawat bayinya. Ibu akan mengalami gangguan pola tidur karena beban kerja bertambah, ibu harus bangun malam untuk meneteki bayinya, mengganti popok dsb. Anjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. Ibu dapat mulai melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, dan pergunakan waktu istirahat dengan tidur di siang hari. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal antara lain mengurangi jumlah air susu ibu (ASI) yang diproduksi, memperlambat proses involusi uteri dan memperbanyak perdarahan, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya.

Mengenai kebutuhan exercise atau senam nifas, mempunyai banyak manfaat yang esensinya untuk memulihkan kesehatan ibu, meningkatkan kebugaran, sirkulasi darah dan juga bisa mendukung

ketenangan dan kenyamanan ibu. Manfaat senam nifas Secara umum adalah sebagai berikut:

- a. Membantu penyembuhan rahim, perut, dan otot pinggul yang mengalami trauma serta mempercepat kembalinya bagian-bagian tersebut ke bentuk normal.
- b. Membantu menormalkan sendi-sendi yang menjadi longgar diakibatkan kehamilan.
- c. Menghasilkan manfaat psikologis menambah kemampuan menghadapi stress dan bersantai sehingga mengurangi depresi pasca persalinan.
- d. Membantu menghindari terjadinya turunnya organ-organ panggul.
- e. Mengatasi masalah seksual.
- f. Mengurangi risiko sakit punggung dan pinggang
- g. Mengurangi varises vena.
- h. Mengatasi kram kaki.

Kontraindikasi senam nifas yang umum dihadapi ibu postpartum sebagai akibat dari stress selama kehamilan dan kelahiran, bidan perlu mengkaji dan kemudian menentukan apakah ada kontraindikasi atau tidak untuk memulai senam nifas tersebut. Kontraindikasi tersebut diantaranya mencakup keadaan berikut ini:

- a. Pemisahan simpisis pubis.
- b. Coccyx (tulang sulbi) yang patah atau cedera.

- c. Punggung yang cedera.
- d. Sciatica.
- e. Ketegangan pada ligamen kaki atau otot.
- f. Trauma perineum yang parah atau nyeri luka abdomen (operasi caesar).

4. Kebutuhan personal hygiene

Kebutuhan personal hygiene mencakup perawatan perineum dan perawatan payudara.

- a. Perawatan perineum Setelah buang air besar maupun buang air kecil, perineum dibersihkan secara rutin. Caranya adalah dibersihkan dengan sabun yang lembut minimal sekali sehari. Membersihkan dimulai dari arah depan ke belakang sehingga tidak terjadi infeksi. Ibu postpartum harus mendapatkan edukasi tentang hal ini. Ibu diberitahu cara mengganti pembalut yaitu bagian dalam jangan sampai terkontaminasi oleh tangan. Pembalut yang sudah kotor 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 kelaminnya. Apabila ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka.

b. Perawatan payudara, Menjaga payudara tetap bersih dan kering dengan menggunakan BH yang menyokong payudara. Apabila puting susu lecet oleskan kolostrum atau air susu ibu (ASI) yang keluar pada sekitar puting susu setiap selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan dimulai dari puting susu yang tidak lecet agar ketika bayi dengan daya hisap paling kuat dimulai dari puting susu yang tidak lecet. Apabila puting lecet sudah pada tahap berat dapat diistirahatkan selama 24 jam, air susu ibu (ASI) dikeluarkan dan diminumkan dengan menggunakan sendok. Untuk menghilangkan nyeri ibu dapat diberikan paracetamol 1 tablet 500 mg setiap 4-6 jam sehari.

5. Kebutuhan seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan apabila darah sudah berhenti dan luka episiotomi sudah sembuh. Koitus bisa dilakukan pada 3-4 minggu postpartum. Libido menurun pada bulan pertama postpartum, dalam hal kecepatan maupun lamanya, begitu pula orgasmenya. Ibu perlu melakukan fase pemanasan (*excitement*) yang membutuhkan waktu yang lebih lama, hal ini harus diinformasikan pada pasangan suami istri. Secara fisik aman untuk melakukan hubungan suami istri, begitu darah merah berhenti dan ibu dapat melakukan simulasi dengan memasukkan satu atau dua jari ke dalam vagina, apabila sudah tidak terdapat rasa nyeri, maka aman untuk melakukan hubungan suami istri. Meskipun secara psikologis ibu

perlu beradaptasi terhadap berbagai perubahan postpartum, mungkin ada rasa ragu, takut dan ketidaknyamanan yang perlu diperhatikan oleh ibu. Bidan bisa memfasilitasi proses konseling yang efektif, terjaga privasi ibu dan nyaman tentang seksual sesuai kebutuhan dan kekhawatiran ibu.

2.3.7 Asuhan kebidanan ibu nifas selama masa pandemi COVID-19

Asuhan kebidanan yang diberikan untuk ibu nifas selama masa pandemi COVID-19 adalah:

1. Memberitahu kepada ibu dan keluarga mengenai tanda bahaya masa nifas sesuai buku KIA. Jika terdapat resiko/tanda bahaya, maka beritahu ibu dan keluarga untuk segera memeriksakan diri ke tenaga kesehatan.

2. Menganjurkan kunjungan nifas yang dilakukan sesuai jadwal kunjungan nifas yaitu:

Kunjungan nifas dilakukan dengan metode kunjungan rumah oleh

- a) KF 1: pada periode 6 jam sampai 2 hari pasca bersalin. asuhan yang diberikan yaitu:

- 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut
- 3) Memberikan konseling pada ibu atau keluarga mengenai cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri

- 4) Pemberian ASI awal dan melakukan hubungan antara ibu dan bayi yang baru lahir
- 5) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
- 6) Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil.

b) KF 2: pada periode 3 hari sampai 7 hari pasca bersalin. dengan asuhan:

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal dimana uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal dan tidak ada bau
- 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan
- 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik
- 5) Memberikan konseling tentang bayi baru lahir, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat

c) KF 3: pada periode 8 hari sampai dengan 28 hari pasca bersalin. dengan asuhan:

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal dimana uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau
 - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan
 - 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat
 - 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik
 - 5) Memberikan konseling tentang bayi baru lahir, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan lain-lain.
- d) KF 4: pada periode 29 sampai 42 hari pasca bersalin. dengan asuhan:
- 1) Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
 - 2) Memberikan konseling KB secara dini
3. Kunjungan nifas dilakukan dengan metode kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan atau pemantauan menggunakan media online (menyesuaikan dengan kondisi daerah terdampak COVID-19), dengan melakukan upaya pencegahan penularan COVID-19 baik dari petugas maupun dari ibu atau keluarga.

4. Pelayanan KB dilaksanakan sesuai jadwal dengan membuat perjanjian dengan petugas (kementerian kesehatan republik indonesia, 2020).
5. Menganjurkan ibu untuk selalu mencuci tangan setiap kali sebelum dan sesudah memegang bayi dan sebelum menyusui (Nuryani, 2020).

2.4 KONSEP DASAR/TEORI BAYI BARU LAHIR

2.4.1 Pengertian bayi baru lahir

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4000 gram (Dewi, 2010).

Neonatus adalah bayi baru lahir sampai usia 4 minggu (0-28 hari), periode neonatal adalah periode yang paling rentan terhadap infeksi karena imunitas bayi yang masih imatur dan bayi sedang menyempurnakan penyesuaian fisiologis yang dibutuhkan pada kehidupan ekstrauterin (Harahap et al., 2019). Bayi mempunyai batasan usia yaitu antara 0-1 tahun, dan terbagi menjadi

1. Masa neonatus dini: 0-7 hari
2. Masa neonatus lanjut: 8-28 hari
3. Masa pasca neonatal: 29-1 tahun (Dwienda et al., 2015)

2.4.2 Ciri-ciri bayi baru lahir normal

- 1) Lahir aterm antara 37-42 minggu
- 2) Berat badan 2.500-4.4000 gram
- 3) Panjang badan 48-52 cm
- 4) Lingkar dada 30-38 cm
- 5) Lingkar kepala 33-35 cm
- 6) Lingkar lengan 11-12 cm.
- 7) Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit
- 8) Pernapasan 40-60x/menit
- 9) Kulit kemerahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup
- 10) Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna
- 11) Kuku agak panjang dan lemas
- 12) Nilai APGAR > 7
- 13) Gerak aktif
- 14) Bayi lahir langsung menangis kuat
- 15) Refleks rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik
- 16) Reflek sucking (hisap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik
- 17) Reflek moro (gerakan memeluk atau terkejut bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
- 18) Reflex grasping (menggenggam) sudah baik

19) Genetalia

- a. Pada laki laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang
- b. Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora

20) Eliminasi baik yang ditandai dengan dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan warna hitam kecoklatan

21) Tanda APGAR

Tabel 2. 1

Tabel APGAR SCORE

Tanda	Nilai: 0	Nilai: 1	Nilai: 2
Appearance (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh Tubuh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	<100x per menit	>100x per menit
Grimace (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Activity (aktivitas)	Tidak ada	Merintih	Menangis kencang
Respiration (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	normal

Sumber: (Dwienda, 2015)

Keterangan:

- 1) Nilai 1-3 asfiksia berat
- 2) Nilai 4-6 asfiksia sedang
- 3) Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal) (Dwienda et al., 2015b).

2.4.3 Perubahan fisiologis bayi baru lahir

Beberapa perubahan yang terjadi pada bayi baru lahir menurut Lubis, 2018 antara lain:

1. Perubahan sistem pernapasan

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

2. Perubahan sistem kardiovaskuler

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

3. Perubahan termogulasi dan metabolic

Sesat sesudah lahir, bila bayi dibiarkan dalam suhu ruangan 25°C, maka bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi, konveksi, konduksi, dan radiasi. Suhu lingkungan yang tidak baik akan menyebabkan bayi menderita hipotermi dan trauma dingin (*cold injury*).

4. Perubahan sistem neurologis

Sistem neurologis bayi secara anatomik dan fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas.

5. Perubahan gastrointestinal

Kadar gula darah tali pusat 65mg/100mL akan menurun menjadi 50mg/100 mL dalam waktu 2 jam sesudah lahir, energi tambahan yang diperlukan neonatus pada jam-jam pertama sesudah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula akan mencapai 120mg/100mL. Berat badan bayi pada minggu kedua dan selanjutnya paling tidak akan bertambah 160 gram atau 300 gram pada bulan pertama.

6. Perubahan ginjal

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

7. Perubahan hati

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

8. Perubahan Imun

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

2.4.4 Asuhan bayi baru lahir

1. Pencegahan infeksi

- a) Cuci tangan sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi
- b) Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan
- c) Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, penghisap lendir delee dan benang tali pusat telah didesinfektan tingkat tinggi atau steril.
- d) Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi sudah dalam keadaan bersih. Demikian pula dengan timbangan, pita pengukur, termometer, dan stetoskop (Sinta et al., 2019).

2. Melakukan penilaian awal

- a. Apakah bayi cukup bulan atau tidak
- b. Apakah air ketuban bercampur mekonium atau tidak
- c. Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan
- d. Apakah bayi bergerak dengan aktif atau lemas, jika bayi tidak bernapas atau megap-megap dan lemah maka segera lakukan tindakan resusitasi bayi baru lahir (Dwienda et al., 2015b).

3. Pencegahan kehilangan panas

Mekanisme kehilangan panas:

a) Evaporasi

Penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan.

b) Konduksi

Kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin, seperti meja, tempat tidur, timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi dan akan menyerap panas tubuh bayi bila bayi diletakkan diatas benda-benda tersebut.

c) Konveksi

Kehilangan panas tubuh terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin, contohnya seperti ruangan ber AC, kipas angin hembusan udara melalui ventilasi atau pendingin ruangan.

d) Radiasi

Kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi, karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).

Upaya mencegah kehilangan panas:

a. Keringkan bayi dengan seksama

Mengeringkan dengan cara menyeka tubuh bayi, juga merupakan rangsangan taktil untuk membantu bayi melalui pernapasannya.

- b. Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih dan hangat, ganti handuk atau kain yang sudah basah oleh cairan ketuban dengan selimut atau kain yang baru (hangat, bersih dan kering).

- c. Tutupi bagian kepala bayi

Bagian kepala bayi memiliki luas permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup.

- d. Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusuinya

Pelukan ibu pada tubuh bayi dapat menjaga kehangatan tubuh dan mencegah kehilangan panas, sebaiknya pemberian ASI harus dimulai dalam waktu satu jam pertama kelahiran.

- e. Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir

Karena bayi baru lahir cepat dan mudah kehilangan panas tubuhnya, sebelum melakukan penimbangan, terlebih dahulu selimuti bayi dengan kain atau selimut bersih dan kering, berat badan bayi dapat dinilai selisih berat bayi pada saat berpakaian/ diselimuti dikurangi dengan berat pakaian atau selimut, bayi sebaiknya dimandikan sedikitnya enam jam setelah lahir (Sinta et al., 2019).

4. Membebaskan jalan nafas

Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir, apabila bayi tidak menangis, penolong segera membersihkan jalan nafas dengan cara sebagai berikut:

- a) Letakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat.
- b) Gunakan sepotong kain dan letakkan di bawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk, posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah kebelakang.
- c) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokkan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kasa steril.
- d) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar.
- e) Alat penghisap lendir mulut (*De Lee*) atau alat penghisap lainnya yang steril, tabung oksigen dengan selangnya harus sudah ditempat.
- f) Segera lakukan usaha menghisap mulut dan hidung · Memantau dan mencatat usaha bernapas yang pertama (*Apgar Score*).
- g) Warna kulit, adanya cairan atau mekonium dalam hidung atau mulut harus diperhatikan.

5. Merawat tali pusat

- a. Setelah plasenta dilahirkan dan kondisi ibu dianggap stabil, ikat atau jepitkan klem plastik tali pusat pada puntung tali pusat.

- b. Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 % untuk membersihkan darah dan sekresi tubuh lainnya.
 - c. Bilas tangan dengan air matang atau disinfeksi tingkat tinggi.
 - d. Keringkan tangan (bersarung tangan) tersebut dengan handuk atau kain bersih dan kering.
 - e. Ikat ujung tali pusat sekitar 1 cm dari pusat bayi dengan menggunakan benang disinfeksi tingkat tinggi atau klem plastik tali pusat (disinfeksi tingkat tinggi atau steril). Lakukan simpul kunci atau jepitkan secara mantap klem tali pusat tertentu.
 - f. Jika menggunakan benang tali pusat, lingkarkan benang sekeliling ujung tali pusat dan dilakukan pengikatan kedua dengan simpul kunci dibagian tali pusat pada sisi yang berlawanan.
 - g. Lepaskan klem penjepit tali pusat dan letakkan di dalam larutan klorin 0,5%
 - h. Selimuti ulang bayi dengan kain bersih dan kering, pastikan bahwa bagian kepala bayi tertutup dengan baik (Dwienda et al., 2015).
6. Mempertahankan suhu tubuh bayi
- Pada waktu lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolok ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil. Suhu bayi harus dicatat. Bayi baru lahir tidak dapat

mengatur temperatur tubuhnya secara memadai dan dapat dengan cepat kedinginan jika kehilangan panas tidak segera dicegah. Bayi yang mengalami kehilangan panas (hipotermi) beresiko tinggi untuk jatuh sakit atau meninggal, jika bayi dalam keadaan basah atau tidak diselimuti mungkin akan mengalami hipoterdak, meskipun berada dalam ruangan yang relatif hangat. Bayi prematur atau berat lahir rendah sangat rentan terhadap terjadinya hipotermia. Pencegah terjadinya kehilangan panas yaitu dengan:

- a. Keringkan bayi secara seksama
 - b. Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih kering dan hangat
 - c. Tutup bagian kepala bayi
 - d. Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusukan bayinya
 - e. Lakukan penimbangan setelah bayi mengenakan pakaian
 - f. Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat (Sinta et al., 2019).
7. Pemberian obat-obatan
- a. Memberikan vitamin K
Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir normal atau cukup bulan perlu diberi vitamin K per oral 1 mg/hari selama 3 hari, dan bayi beresiko tinggi di beri vitamin K parenteral dengan dosis 0,5–1 mg IM.
 - b. Memberikan obat tetes atau salep mata
Untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual) perlu diberikan obat mata pada jam pertama persalinan, yaitu

pemberian obat mata eritromisin 0.5 % atau tetrasiklin 1 %, sedangkan salep mata biasanya diberikan 5 jam setelah bayi lahir.

- 1) Perawatan mata harus segera dikerjakan, tindakan ini dapat dikerjakan setelah bayi selesai dengan perawatan tali pusat.
- 2) larutan perak nitrat atau neosporin dan langsung diteteskan pada mata bayi segera setelah lahir. Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi, pastikan untuk melakukan tindakan pencegahan infeksi (Dwienda et al., 2015b).

8. Identifikasi bayi

- a. Alat pengenalan untuk memudahkan identifikasi bayi perlu dipasang segera pasca persalinan. Alat pengenalan yang efektif harus diberikan kepada bayi setiap bayi baru lahir dan harus tetap ditempatnya sampai waktu bayi dipulangkan.
- b. Peralatan identifikasi bayi baru lahir harus selalu tersedia di tempat penerimaan pasien, di kamar bersalin dan di ruang rawat bayi.
- c. Alat yang digunakan, hendaknya kebal air, dengan tepi yang halus tidak mudah melukai, tidak mudah sobek dan tidak mudah lepas.
- d. Pada alat atau gelang identifikasi harus tercantum nama (bayi, nyonya), tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, unit, nama lengkap ibu.
- e. Di setiap tempat tidur harus diberi tanda dengan mencantumkan nama, tanggal lahir, nomor identifikasi (Sinta et al., 2019).

2.4.5 Masalah pada bayi baru lahir

Menurut dewi, 2010 ada beberapa masalah yang dapat terjadi pada bayi baru lahir antara lain yaitu:

1. Tidak bernapas/sulit bernapas

Penanganan umum yang diberikan:

- a. Keringkan bayi atau ganti kain yang basah dan dibungkus dengan pakaian hangat dan kering
- b. Segera klem dan potong tali pusat
- c. Letakkan bayi pada tempat yang keras dan hangat
- d. Lakukan pedoman pencegahan infeksi dalam setiap melakukan tindakan
- e. Lakukan resusitasi jika tidak berhasil, berikan ventilasi.

2. Sianosis/kebiruan dan sukar bernapas

Jika bayi mengalami sianosis (kebiruan) sukar bernapas (frekuensi < 30 atau > 60 x/menit), ada tarikan dinding dada ke dalam, atau merintih. Maka lakukan hal berikut:

- a. Isap mulut dan hidung untuk memastikan jalan nafas tidak tersumbat
- b. Berikan oksigen 0,5 liter/ menit.
- c. Rujuk ke kamar bayi atau tempat pelayanan yang mensupport kondisi bayi
- d. Tetap menjaga kehangatan bayi.

3. Bayi baru lahir rendah (BBLR) < 2.500 gram

Ada dua macam BBLR, yang pertama bayi lahir kecil akibat kurang bulan, dan yang kedua adalah bayi kecil dengan BB yang seharusnya untuk masa gestasi (*dismatur*).

- a. Bayi lahir kecil akibat kurang bulan (*prematum*) Masa gestasi < 37 minggu.

Faktor penyebab adalah sebagai berikut:

- 1) Ibu mengalami perdarahan antepartum, trauma fisik/psikologis, dan DM, atau usia ibu masih terlalu muda (< 20 tahun) dan multigravida dengan jarak kehamilan yang dekat.

- 2) Keadaan sosial ekonomi rendah

- 3) Kehamilan ganda atau hidramnion

- 4) Ciri-ciri bayi prematur adalah sebagai berikut:

- a) Berat kurang < 2,500 gram

- b) Lingkar dada < 30 cm

- c) Panjang badan < 45 cm

- d) Lingkar kepala < 33cm

- e) Kepala lebih besar dari badan

- f) Kulit tipis transparan dan banyak lanugo

- g) Lemak subkutan minimal.

- b. Bayi lahir kecil dengan berat badan yang seharusnya untuk masa gestasi (*dismatur*). Kondisi ini dapat terjadi pada preterm, aterm,

maupun postterm. Bayi yang lahir dengan berat sangat kecil (BB < 1.500 gram atau usia < 32 minggu) sering mengalami masalah seperti berikut:

- a. sukar bernapas
- b. sukar minum (menghisap)
- c. ikterus berat
- d. infeksi
- e. rentan hipotermi
- f. Segera rujuk bayi jika mengalami kondisi tersebut.

4. Letargi

Tonus otot rendah dan tidak ada gerakan sehingga sangat memungkinkan bayi sedang sakit berat. Jika ditemukan kondisi demikian, maka segera rujuk.

5. Hipotermi (suhu < 36°C)

Bayi mengalami hipotermi berat jika suhu aksila < 35°C. Untuk mengatasi kondisi tersebut, lakukan hal berikut:

- a. Gunakan alat yang ada incubator, radiant heater, kamar hangat, atau, tempat tidur hangat.
- b. Rujuk ke pelayanan kesehatan yang memiliki neonatal intensive care unit (NICU)
- c. Jika bayi sianosis, sukar bernapas, atau ada tarikan dinding dada dan merintih, segera berikan rujukan.

6. Kejang

Terjadi karena adanya trauma lahir, asfiksia, gangguan metabolisme, dan infeksi. Kejang terjadi bukan karena adanya suatu penyakit tetapi terjadi karena adanya gejala dari gangguan saraf pusat, lokal atau sistemik. Kejang pada bayi baru lahir adalah kejang yang terjadi pada usia bayi-28 hari setelah lahir. Prinsip dasar tindakan mengatasi kejang pada bayi baru lahir yaitu:

- a. Mengatasi kejang dengan memberikan obat anti kejang misalnya diazepam, phenobarbital, fenitoin/dilantin.
- b. Menjaga jalan nafas tetap bebas.
- c. Mencari faktor penyebab kejang
- d. Melihat riwayat kehamilan, persalinan, dan kelahiran sebelumnya, kelainan fisik yang ditemukan, bentuk kejang dan hasil laboratorium (Dwienda et al., 2015b).

7. Diare

Bayi dikatakan mengalami diare jika terjadi pengeluaran feses yang tidak normal, baik dalam jumlah maupun bentuk (frekuensi lebih dari normal dan bentuknya cair). Bayi dikatakan diare bila sudah lebih dari 3 kali buang air besar, sedangkan neonatus dikatakan diare bila sudah lebih dari 4 kali buang air besar.

8. Obstipasi

Penimbunan feses yang keras akibat adanya penyakit atau adanya obstruksi pada saluran cerna, atau bisa didefinisikan sebagai tidak

adanya pengeluaran feses selama 3 hari atau lebih. Lebih dari 90% bayi baru lahir akan mengeluarkan mekonium dalam 36 jam pertama kelahiran. Jika hal ini tidak terjadi maka harus dipikirkan adanya obstipasi. Namun, harus diingat bahwa ketidakteraturan defekasi bukanlah suatu obstipasi pada bayi yang menyusui, karena pada bayi-bayi yang mengkonsumsi ASI umumnya sering tidak mengalami defekasi selama 5-7 hari dan kondisi tersebut tidak menunjukkan adanya gangguan karena nantinya bayi akan mengeluarkan feses dalam jumlah yang banyak sewaktu defekasi. Seiring dengan bertambahnya usia dan variasi dalam dietnya, lambat laun defekasi akan menjadi lebih jarang dan feses yang dikeluarkan menjadi lebih keras.

9. Infeksi

Infeksi perinatal adalah infeksi pada neonatus yang terjadi pada masa antenatal, intranatal, dan postnatal.

10. Sindrom kematian bayi mendadak (*sudden infant death syndrome / SIDS*)

Sudden infant death syndrome (SIDS) terjadi pada bayi yang sehat secara mendadak, ketika sedang ditidurkan tiba-tiba ditemukan meninggal beberapa jam kemudian. Angka kejadian SIDS sekitar 4 dari 1.000 kelahiran hidup. Insiden puncak dari SIDS terjadi pada bayi usia 2 minggu dan 1 tahun.

2.4.6 Tahapan bayi baru lahir

a) Tahap I

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 transisional reaktivitas. Pada tahap II dilakukan pengkajian 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku

c) Tahap III

Disebut tahap periodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh (Dwienda et al., 2015b).

2.4.7 Kelainan-kelainan pada bayi baru lahir

1. Labioskizis dan labiopalatoskizis

Suatu kelainan bawaan yang terjadi pada bibir bagian atas serta langit-langit lunak dan langit-langit keras mulut. Celah bibir (*labioskizis*) adalah suatu ketidaksempurnaan pada penyambung bibir bagian atas, yang biasanya berlokasi tepat dibawah hidung. Celah langit-langit (*palatoskisis*) adalah suatu saluran abnormal yang melewati langit-langit mulut menuju kesaluran udara di hidung. Penyebabnya adalah mutasi genetic atau teratogen (zat yang dapat menyebabkan kelainan pada janin, contohnya virus atau bahan kimia). Selain tidak sedap dipandang, kelainan ini juga bisa menyebabkan anak mengalami

kesulitan makan, gangguan perkembangan berbicara dan infeksi telinga. Pengobatan melibatkan beberapa disiplin ilmu, yaitu bedah plastic, ortodontis, terapi wicara dan lainnya. Tujuan pengobatan labioskizis, antara lain memulihkan struktur anatomi, mengoreksi cacat dan memungkinkan fungsi menelan, bernafas dan berbicara secara normal. Pembedahan untuk menutup celah bibir biasanya dilakukan pada saat bayi berusia 3-6 bulan.

2. Atresia esophagus

Gangguan kontinuitas esophagus dengan atau tanpa hubungan dengan trakea atau esophagus (kerongkongan) yang tidak terbentuk secara sempurna. Variasi dari atresia esophagus ini antara lain bagian atas esophagus berakhir pada kantong buntu, bagian atas esophagus berakhir dalam trakea, serta bagian atas dan bawah esophagus berhubungan dengan trakea setinggi karina (atresia esophagus dengan fistula). Penyebabnya tidak diketahui dan kemungkinan terjadi secara multifactor. Faktor genetic yaitu syndrome trisomi 21, 13, dan 18 kemungkinan dapat meningkatkan kejadian atresia esophagus. Gejala atresia esophagus dapat dideteksi sejak masa prenatal, yaitu adanya gelembung perut (*bubble stomach*) pada USG kehamilan 18 minggu serta kejadian polihidramnion. Gejala yang terlihat pada jam-jam pertama kehidupan dan didiagnosis sebelum makanan pertama diberikan antara lain, hypersaliva dan saliva selalu mengalir dalam bentuk buih, setiap pemberian makan, bayi batuk dan ada sumbatan,

sesak nafas dan sianosis, sukar memberi makan dan cenderung terjadi aspirasi. Penanganan dan pengobatan:

- a. Posisikan bayi setengah duduk apabila atresia esophagus disertai fistula. Namun apabila stesia tanpa disertai fistula bayi diposisikan dengan kepala lebih rendah (*trendelenburg*) dan seringlah mengubah-ubah posisi
- b. Segera lakukan pemasangan kateter kedalam esophagus dan bila memungkinkan lakukan penghisapan terus-menerus
- c. Berikan perawatan seperti bayi normal lainnya, seperti pencegahan hipotermi, pemberian nutrisi adekuat secara parenteral, dll
- d. Rangsang bayi untuk menangis dan diberikan oksigen
- e. Lakukan informed consent dan informed choice kepada keluarga untuk melakukan rujukan pada pelayanan kesehatan lebih tinggi.
- f. Pembedahan pada kasus atresia esophagus berupa torakotomi kanan, yang bertujuan untuk memisahkan fistula trakea esophagus, menutup trakea dan menyatukan dua segmen esophagus. Pembedahan ditunda apabila bayi dengan BBLR, pneumonia dan anomali mayor lain. Penundaan dilakukan sampai usia bayi 6 bulan-1 tahun.

3. Atresia rekti dan anus

Suatu keadaan dimana lubang anus tidak terbentuk. Kebanyakan bayi yang menderita atresia anus juga memiliki fistula (hubungan

abnormal) antara anus dengan uretra, perineum maupun kandung kemih. Atresia anus adalah kelainan tanpa anus / dengan anus tidak sempurna akibat kegagalan penurunan septum anorektal pada masa embrional, termasuk agenesis ani agenesis rekti dan atresia ani. Keadaan ini terjadi akibat ketidaksempurnaan proses pemisahan septum anorektal. Insiden dari atresia anus ini adalah 1:5000 kelahiran.

4. Hirschprung

Merupakan keadaan tidak ada atau kecilnya sel saraf ganglion parasimpatik pada pleksus mienterikus dari kolon distalis sehingga peristaltic pada daerah yang terkena tidak ada. Bagian yang terkena biasanya kecil dan di atasnya mengalami hipertrofi dan dilatasi, Ulserasi mukosa pada neonatus dapat ditemukan, Menyebabkan distensi dan obstruksi abdomen. Terjadi karena permasalahan pada persarafan usus besar paling bawah, mulai dari anus hingga usus di atasnya. Saraf yang berguna untuk membuat usus bergerak melebar menyempit biasanya tidak ada. Kelainan ini akan membuat BAB bayi tidak normal, bahkan cenderung sembelit terus-menerus. Hal ini karena tidak adanya saraf yang mendorong kotoran keluar dari anus.

5. Obstruksi dan atresia biliaris

Obstruksi biliaris adalah Tersumbatnya saluran empedu sehingga cairan empedu tidak dapat mengalir kedalam usus dan akhirnya

dikeluarkan dalam feses sebagai sterkobilin, terjadi karena saluran empedu belum terbentuk sempurna, sehingga tersumbat pada saat amnion tertelan masuk. Sedangkan atresia biliaris Adalah suatu keadaan dimana saluran empedu tidak terbentuk atau tidak berkembang secara normal. Hal ini terjadi karena penyumbatan aliran empedu dari hati ke kantung empedu. Hal ini dapat menyebabkan kerusakan hati dan sirosis hati, yang jika tidak diobati akan berakibat fatal.

6. Omfalokel

Penonjolan dari usus atau isi perut lainnya melalui akar pusat yang hanya dilapisi oleh peritoneum (selaput perut) dan tidak dilapisi oleh kulit. Usus terlihat dari luar melalui selaput peritoneum yang tipis dan transparan (tembus pandang). Omfalokel terjadi 1 dari 5000 kelahiran bayi.

7. Hernia diafragmatika

Lubang pada diafragma yang hanya ditutup oleh lapisan pleura dan peritoneum, yang memungkinkan isi rongga perut dapat masuk ke dalam rongga dada. Lokasi hernia diafragmatika yang paling sering adalah pada daerah posterolateral kiri atau lubang brooch deck akibat kegagalan penutupan kanalis pleura-peritoneal pada 10 minggu pertama kehidupan janin.

8. Atresia duodeni

Buntunya saluran pada duodenum yang biasanya terjadi pada ampulla vateri.

9. Spina bifida

Celah pada tulang belakang (vertebra) yang terjadi karena bagian dari satu atau beberapa vertebra gagal menutup atau gagal terbentuk secara utuh.

10 Meningokel

Meninges yang menonjol melalui vertebra yang tidak utuh dan teraba sebagai suatu benjolan berisi cairan dibawah kulit. Terjadi karena Kurangnya asam folat pada saat kehamilan. Kebutuhan asam folat pada wanita hamil 1 mg/ hari.

11. Ensefalokel

Kelainan tabung saraf yang ditandai Dengan adanya penonjolan meninges (selaput otak) dan otak yang berbentuk seperti kantong melalui suatu lubang pada tulang tengkorak. Ensefalokel disebabkan oleh kegagalan penutupan tabung saraf selama perkembangan janin. Ensefalokel biasanya terjadi pada bagian oksipital. Pada bagian ini terdapat kantong berisi cairan, jaringan saraf atau sebagian otak. Ensefalokel akan berkaitan dengan kelainan mental yang berat meskipun sudah dilakukan operasi. Angka kejadian 3:1000 kelahiran.

12. Hidrosefalus

Penimbunan cairan serebrospinalis yang berlebihan didalam otak. Hidrosefalus adalah kelainan patologis otak yang mengakibatkan bertambahnya cairan serebrospinal dengan atau pernah dengan tekanan intrakranial yang meninggi, sehingga terdapat pelebaran ventrikel.

13. Fimosis

Keadaan kulit penis (preputium) melekat pada bagian kepala penis dan mengakibatkan tersumbatnya lubang saluran air kemih, sehingga bayi jadi kesulitan dan kesakitan saat kencing.

14. Hipospadia

Keadaan dengan lubang uretra terdapat di penis bagian bawah, bukan di ujung penis.

15. Epispadia

Kelainan bawaan pada bayi laki-laki, dengan lubang uretra terdapat di bagian punggung penis atau uretra tidak berbentuk tabung tetapi terbuka (Jamil et al., 2017).

2.4.8 Kunjungan bayi baru lahir

Pelayanan kesehatan neonatal adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir.

1. Kunjungan neonatal ke-1 (KN I) dilakukan 6-48 jam setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pernapasan, warna kulit gerakan aktif atau

tidak, ditimbang, ukur panjang badan, lingkaran lengan, lingkaran dada, pemberian salep mata, vitamin K1, Hepatitis B, perawatan tali pusat dan pencegahan kehilangan panas bayi.

2. Kunjungan neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah lahir, pemeriksaan fisik, melakukan perawatan tali pusat, pemberian ASI eksklusif, personal hygiene, pola istirahat, keamanan dan tanda-tanda bahaya.
3. Kunjungan neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada hari ke-8 sampai hari ke-28 setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pertumbuhan dengan berat badan, tinggi badan dan nutrisinya (Lubis, 2018).

2.4.9 Trauma pada bayi baru lahir

Trauma pada bayi baru lahir adalah cedera yang didapatkan saat persalinan. Trauma ini disebabkan oleh *makrosomia*, *premature*, *cephalopelvic disproportion* (CPD), distosia, persalinan lama, presentasi abnormal, dan persalinan dengan tindakan (*vakum* atau *forceps*). Trauma atau cedera pada bayi baru lahir dapat dibedakan menjadi:

1. Cedera kepala (caput suksedaneum, sefal hematoma, dan perdarahan intrakranial)
2. Cedera leher atau bahu (fraktur klavikula dan brakial paksi)
3. Cedera intra abdomen (perdarahan di hati, limpa, atau kelenjar adrenal) (Dewi, 2010).

2.4.10 Neonatus beresiko tinggi

1. Asfiksia neonatorum

Suatu keadaan bayi baru lahir yang gagal bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir sehingga bayi tidak dapat memasukkan oksigen dan tidak dapat mengeluarkan zat asam dari tubuhnya.

2. Perdarahan tali pusat

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

3. Kejang neonatus

Kejang pada neonatus bukanlah suatu penyakit, namun merupakan suatu gejala penting akan adanya penyakit lain sebagai penyebab kejang atau adanya kelainan susunan sistem saraf pusat. Penyebab utama terjadinya kejang adalah kelainan bawaan pada otak, sedangkan sebab sekunder adalah gangguan metabolik 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 (Dewi, 2010).

2.4.11 Kegawatdaruratan neonatal

1. Prinsip dasar kegawatdaruratan

Kegawatdaruratan dapat terjadi dengan tiba tiba, di mana saja, dan kapan saja. Sebagai contoh kondisi bayi yang tiba tiba menjadi lemas, tidak bernapas, menangis melengking, suhu tubuh berubah menjadi panas atau dingin, tidak mau minum, mulut mencucu, kejang, terjatuh atau terluka, tersedak, dan lain lain.

2. Menghindari kegawatdaruratan

Sebagian besar kegawatan bisa dihindari dengan:

- a. Memberikan profilaksis/perencanaan yang seksama
- b. Mengikuti petunjuk-petunjuk klinis
- c. Memantau dengan kegawatan dengan seksama

3. Reaksi terhadap kegawatdaruratan

- a. Perlu tatalaksana secara benar dan efektif sampai rujukan
- b. Beri reaksi yang positif dan efektif
- c. Beri pelatihan-pelatihan/pesan kepada orang tua atau keluarga
- d. Perlu diinformasikan kepada keluarga mengenai sebab, akibat, penanganan yang akan dilakukan, kegunaan obat, cara pemberian, dan efek samping.
- e. Peralatan gawat darurat.

4. Penanganan awal

- a. Tetap tenang

- b. Berfikir secara logis
- c. Pusatkan perhatian pada kebutuhan bayi
- d. Jangan tinggalkan bayi sendirian tanpa ada yang menjaga
- e. Ambilah tanggung jawab, hindari kebingungan dengan menugaskan seseorang sebagai penanggung jawab
- f. Segera mencari pertolongan untuk membantu
- g. Jika bayi tidak bernapas segera kaji ABC (*airway, breathing, circulation*), lalu jika ditemukan kejang, maka segera cari tahu penyebabnya.
- h. Jika terjadi syok, segera lakukan penatalaksanaan syok
- i. Posisikan bayi sesuai dengan kebutuhannya
- j. Bicaralah dengan keluarga dan bantu agar keluarga tetap tenang
- k. Tanyakan apa yang terjadi (kronologis kejadian atau riwayat penyakit)
- l. Lakukan pemeriksaan secara cepat lalu segera lakukan penatalaksanaan kegawatdaruratan (Dwienda et al., 2015b).

2.4.12 Rawat gabung dan ASI eksklusif

Rawat gabung merupakan suatu cara perawatan yang menyatukan ibu beserta bayinya dalam satu ruangan, kamar, atau suatu tempat secara bersama-sama dan tidak dipisahkan selama 24 jam penuh dalam seharinya. Hal ini bertujuan sebagai:

- a) Ibu dapat menyusui bayinya sedini mungkin dan setiap saat atau kapan saja saat dibutuhkan.

- b) Ibu dapat melihat dan memahami cara perawatan bayi yang benar seperti yang dilakukan oleh petugas
 - c) Ibu mempunyai pengalaman dan keterampilan dalam merawat bayinya
 - d) Suami dan keluarga dapat dilibatkan secara aktif untuk mendukung dan membantu ibu dalam menyusui dan merawat bayinya secara baik dan benar.
 - e) Ibu dan bayi mendapatkan kehangatan emosional (Dewi, 2010).
1. Syarat dilakukannya rawat gabung adalah sebagai berikut:
- a. Bayi lahir spontan baik presentasi kepala maupun bokong
 - b. Apabila bayi lahir dengan tindakan maka rawat gabung bisa dilakukan setelah bayi cukup sehat. Reflek menghisap baik, tidak ada tanda-tanda infeksi
 - c. Bayi yang lahir secara *sectio caesaria* (SC) dengan anestesi umum, rawat gabung dilakukan setelah ibu dan bayi sadar penuh, 4-6 jam setelah operasi.
 - d. Bayi tidak asfiksia setelah 5 menit pertama (nilai APGAR minimal 7)
 - e. Usia kehamilan 37 minggu lebih
 - f. Berat lahir 2.000-2.500 gram atau lebih.
 - g. Tidak terdapat tanda-tanda infeksi intrapartum
 - h. Bayi dan ibu sehat (Sembiring, 2019).

2. Kondisi-kondisi bayi yang tidak memenuhi syarat untuk dilakukan rawat gabung adalah:

- a. Bayi yang sangat prematur
- b. Berat kurang dari 2.000-2.500 gram
- c. Bayi dengan *sepsis*
- d. Bayi dengan gangguan napas.
- e. Bayi dengan cacat bawaan berat
- f. Ibu dengan infeksi (Sembiring, 2019).

3. Manfaat rawat gabung:

a. Fisik

Bila ibu dekat dengan bayinya, maka ibu akan mudah untuk melaksanakan perawatan sendiri. Dengan perawatan sendiri dan pemberian ASI sedini mungkin, maka akan mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi silang dari pasien lain atau petugas kesehatan.

b. Fisiologis

Bila ibu dekat dengan bayinya, maka bayi akan segera disusui dan frekuensinya lebih sering. Proses ini merupakan proses fisiologis yang alami, dimana bayi mendapat nutrisi alami yang paling sesuai dan baik. Bagi ibu yang menyusui akan timbul refleksi oksitosin yang dapat membantu proses fisiologis involusi Rahim.

c. Psikologis

Dari segi psikologis akan segera terjalin proses lekat akibat sentuhan badan antara ibu dan bayi. Hal tersebut akan berpengaruh besar terhadap pertumbuhan psikologis bayi. Selain itu, kehangatan tubuh ibu merupakan stimulasi mental yang mutlak dibutuhkan oleh bayi.

d. Edukatif

Ibu akan mempunyai pengalaman yang berguna sehingga mampu menyusui serta merawat bayinya bila peluang dari rumah sakit. Selama di RS ibu akan melihat, belajar, dan mendapatkan bimbingan mengenai cara menyusui secara benar, cara merawat payudara, tali pusat, memandikan bayi dan sebagainya. Keterampilan ini diharapkan dapat menjadi modal bagi ibu untuk merawat bayi dan dirinya sendiri setelah pulang dari RS.

e. Ekonomi

Pemberian ASI dapat dilakukan sedini mungkin. bagi rumah sakit, terutama RS pemerintah, hal tersebut merupakan suatu penghematan terhadap anggaran pengeluaran untuk pembelian susu formula, botol susu, dot, serta peralatan lainnya yang dibutuhkan. Beban perawat menjadi lebih ringan Karena ibu berperan besar dalam merawat bayinya sendiri sehingga waktu luang dapat dimanfaatkan untuk kegiatan lain.

f. Medis

Secara medis pelaksanaan rawat gabung dapat menurunkan terjadinya infeksi nosokomial pada bayi, serta menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu maupun bayinya (Dwienda et al., 2015).

4. Faktor yang mempengaruhi

Faktor yang dapat mempengaruhi rawat gabung dan ASI eksklusif menurut Dewi, 2010 adalah:

a. Peran sosial budaya

Kemajuan teknologi, perkembangan industri, urbanisasi, dan pengaruh kebudayaan barat menyebabkan pergeseran nilai sosial budaya masyarakat. Memberikan susu formula dianggap modern karena dapat menyamakan kedudukan seorang ibu golongan bawah dengan ibu-ibu golongan atas. Ketakutan akan mengendurnya payudara menyebabkan ibu enggan menyusui bayinya. Bagi ibu yang sibuk dengan urusan di luar rumah, hal ini dapat menghambat usaha peningkatan penggunaan ASI.

b. Ekonomi

Beberapa wanita memilih bekerja di luar rumah. Hal ini dilakukan karena tuntutan ekonomi, melainkan karena status persentase atau memang dirinya dibutuhkan.

c. Peranan tatalaksana RS/RB

Peran tata laksana yang menyangkut kebijakan RS/RB sangat penting. Mengingat saat ini banyak ibu menginginkan untuk bersalin di pelayanan kesehatan yang lebih baik.

d. Dalam diri ibu sendiri:

- 1) Keadaan gizi ibu
- 2) Pengalaman/sikap ibu terhadap menyusui
- 3) Keadaan emosi
- 4) Keadaan payudara
- 5) Peran masyarakat dan pemerintah.

e. Kebijakan pemerintah RI

1. Setiap bayi mendapatkan air susu ibu eksklusif sejak dilahirkan selama 6 bulan kecuali atas indikasi medis.
2. Selama pemberian ASI, baik pihak keluarga, pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat harus mendukung ibu bayi secara penuh dengan penyediaan waktu dan fasilitas khusus.
3. Pembangunan diarahkan pada meningkatnya mutu sumber daya manusia (SDM). Modal dasar pembentukan manusia berkualitas dimulai sejak bayi dalam kandungan disertai dengan pemberian air susu ibu (ASI) sejak usia dini.
4. Mengajukan menyusui secara eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan dan pemberian ASI sampai anak 2 tahun.

5. Melakukan rawat gabung di tempat persalinan milik pemerintah maupun swasta.
6. Meningkatkan kemampuan petugas kesehatan dalam hal peningkatan pemberian ASI sehingga petugas tersebut terampil dalam melaksanakan penyuluhan pada masyarakat luas.
7. Pencanangan peningkatan penggunaan ASI secara nasional pada peringatan hari ibu ke-62.
8. Upaya penerapan sepuluh langkah untuk keberhasilan program menyusui di semua RS, RB, dan puskesmas dengan tempat tidur.

2.4.13 Asuhan kebidanan BBL selama masa pandemi COVID-19

Asuhan kebidanan yang diberikan yaitu antara lain:

1. Bayi baru lahir tetap diberikan pelayanan neonatal esensial saat lahir (0-6 jam) seperti pemotongan dan perawatan tali pusat, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K1, pemberian salep/tetes mata antibiotik dan imunisasi hepatitis B.
2. Setelah 24 jam, sebelum ibu dan bayi pulang dari fasilitas kesehatan, pengambilan sampel skrining hipotiroid kongenital (SHK) dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan
3. Pelayanan neonatal esensial setelah lahir atau kunjungan neonatal (KN) tetap dilakukan sesuai jadwal dengan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan dengan melakukan upaya pencegahan penularan

COVID-19 baik dari petugas ataupun ibu dan keluarga. Waktu kunjungan neonatal yaitu:

- a) KN 1: pada periode 6 jam sampai 48 jam setelah lahir
- b) KN 2: pada periode 3 hari sampai dengan 7 hari setelah lahir
- c) KN 3: pada periode 8 hari sampai dengan 28 hari setelah lahir

4. Ibu diberikan KIE terhadap perawatan bayi baru lahir termasuk ASI eksklusif dan tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir (sesuai yang tercantum pada buku KIA). Apabila ditemukan tanda bahaya pada bayi baru lahir, segera bawa ke fasilitas pelayanan kesehatan. Khusus untuk bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), apabila ditemukan tanda bahaya atau permasalahan segera rujuk ke rumah sakit (kementerian kesehatan republik indonesia, 2020).

2.5 KONSEP DASAR/TEORI KELUARGA BERENCANA

2.5.1 Pengertian keluarga berencana

Keluarga berencana (KB) adalah salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil yang bahagia sejahtera (Sunarsih, Evrianasari, et al., 2015). KB adalah salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasehat perkawinan, pengobatan kemandulan dan penjarangan kelahiran. KB merupakan tindakan membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran. Keluarga berencana adalah proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan

jarak anak serta waktu kelahiran. Tujuan keluarga berencana meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia. Disamping itu KB diharapkan dapat menghasilkan penduduk yang berkualitas, sumberdaya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga. Sasaran dari program KB, meliputi sasaran langsung, yaitu pasangan usia subur yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan, dan sasaran tidak langsung yang terdiri dari pelaksana dan pengelola KB, dengan cara menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera (Priyatn & Rahayu, 2016).

2.5.2 Pengertian kontrasepsi

Istilah kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra berarti “melawan” atau “mencegah”, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari konsepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat adanya pertemuan antara sel telur dengan sel sperma. Untuk itu, berdasarkan maksud dan tujuan kontrasepsi, maka yang membutuhkan kontrasepsi adalah pasangan yang aktif melakukan hubungan seks dan kedua-duanya memiliki kesuburan normal namun tidak menghendaki kehamilan. Kontrasepsi adalah usaha-usaha untuk mencegah

terjadinya kehamilan usaha itu dapat bersifat sementara dapat bersifat permanen (Priyatn & Rahayu, 2016).

2.5.3 Periode penggunaan alat kontrasepsi

Periode adalah suatu kejadian yang dialami seseorang / kelompok. Periode biasanya untuk menyatakan selang waktu pada suatu kejadian Periode penggunaan adalah periode waktu yang menunjukkan bahwa berapa lama seseorang memakai alat kontrasepsi (Kusumastutia & Hartinah, 2018).

2.5.4 Tujuan kontrasepsi

Dalam menggunakan kontrasepsi, keluarga pada umumnya mempunyai perencanaan atau tujuan yang ingin dicapai. Tujuan tersebut diklasifikasikan dalam tiga kategori, yaitu menunda / mencegah kehamilan, menjarangkan kehamilan, serta menghentikan / mengakhiri kehamilan atau kesuburan (Kusumastutia & Hartinah, 2018).

2.5.5 Akseptor keluarga berencana

Akseptor keluarga berencana adalah proses yang didasari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dalam jarak anak serta waktu kelahiran.

Adapun jenis-jenis akseptor KB menurut Priyatn & Rahayu, 2016 yaitu:

1) Akseptor aktif

Adalah akseptor yang ada pada saat ini menggunakan salah satu cara atau alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan.

2) Akseptor aktif kembali

Akseptor aktif kembali adalah pasangan usia subur yang telah menggunakan kontrasepsi selama 3 bulan atau lebih yang tidak diselingi satu kehamilan, dan kembali menggunakan cara alat kontrasepsi dengan cara yang sama maupun berganti cara setelah berhenti/ istirahat kurang lebih 3 bulan berturut-turut dan bukan karena hamil.

3) Akseptor KB baru

Adalah akseptor yang baru pertama kali menggunakan alat/obat kontrasepsi atau pasangan usia subur yang kembali menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan atau abortus.

4) Akseptor KB dini

Merupakan para ibu yang menerima salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan atau abortus.

5) Akseptor KB langsung

Merupakan para istri yang memakai salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 40 hari setelah melahirkan atau abortus.

6) Akseptor KB dropout

Adalah akseptor yang menghentikan pemakaian kontrasepsi lebih dari 3 bulan.

Adapun akseptor KB menurut sasarannya, meliputi:

1) Fase menunda kehamilan

Masa medula kehamilan pertama sebaiknya dilakukan oleh pasangan yang istrinya belum mencapai usia 20 tahun. Karena usia di bawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya menunda untuk mempunyai anak dengan berbagai alasan. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu kontrasepsi dengan pulihnya kesuburan yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin 100%. Hal ini penting karena pada masa ini pasangan belum mempunyai anak, secara efektivitas yang tinggi. Kontrasepsi yang cocok dan yang disarankan adalah pil KB, AKDR.

2) Fase mengatur/menjarangkan kehamilan

Periode usia istri antara 20-30 tahun merupakan periode usia paling banyak untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2-4 tahun. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu efektivitas tinggi, reversabilitas tinggi karena pasangan masih mengharapkan punya anak lagi. Kontrasepsi dapat dipakai 3-4 tahun sesuai jarak kelahiran yang direncanakan.

3) Fase mengakhiri kesuburan

Sebaiknya keluarga setelah mempunyai 2 anak dan umur istri lebih dari 30 tahun tidak hamil. Kondisi keluarga seperti ini dapat menggunakan kontrasepsi yang mempunyai efektifitas tinggi, karena jika terjadi kegagalan hal ini dapat menyebabkan terjadinya kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak. Di samping itu jika pasangan akseptor tidak mengharapkan untuk mempunyai anak lagi, kontrasepsi

yang cocok dan disarankan adalah metode kontak, AKDR, implan, suntik KB dan pil KB. Adapun syarat-syarat kontrasepsi, yaitu:

- a) Aman pemakaiannya dan dapat dipercaya
- b) Efek samping yang merugikan tidak ada
- c) Kerjanya dapat diatur menurut keinginan
- d) Tidak mengganggu hubungan seksual
- e) Tidak memerlukan bantuan medis atau kontrol ketat selama pemakaian
- f) Cara penggunaannya sederhana
- g) Harganya murah supaya dapat dijangkau oleh masyarakat luas.
- h) Dapat diterima oleh pasangan suami istri.

2.5.6 Ruang lingkup program KB

1. Komunikasi informasi dan edukasi
2. Konseling
3. Pendidikan seks
4. Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan
5. Konsultasi genetik (Priyatn & Rahayu, 2016).

2.5.7 Manfaat program KB terhadap pencegahan kelahiran:

1. Untuk ibu, dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahiran maka manfaatnya:
 - a. Perbaiki kesehatan dan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek.

- b. Peningkatan kesehatan mental dan sosial yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang serta melakukan kegiatan lainnya.

2. Untuk anak-anak yang lain, manfaatnya:

- a. Memberi kesempatan kepada anak agar perkembangan fisiknya lebih baik karena setiap memperoleh makanan yang cukup dari sumber yang tersedia dalam keluarga.
- b. Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik karena sumber-sumber pendapatan keluarga yang tidak habis untuk mempertahankan hidup semata-mata.

3. Untuk ayah, memberikan kesempatan kedepannya agar dapat:

- a. Memperbaiki fisiknya
- b. Memperbaiki kesehatan mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta lebih banyak waktu terulang untuk keluarganya.

4. Untuk seluruh keluarga

Kesehatan fisik, mental dan sosial setiap anggota keluarga tergantung dari kesehatan seluruh keluarga. Setiap anggota keluarga mempunyai kesempatan yang lebih banyak untuk memperoleh pendidikan.

2.5.8 Jenis alat kontrasepsi

Menurut Affandi, 2014 ada beberapa macam-macam alat kontrasepsi yang di antaranya adalah:

1. Kontrasepsi sederhana tanpa alat

- a. Senggama terputus

Adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi. Cara kerjanya yaitu dengan cara alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah.

1) Manfaat:

a. Kontrasepsi:

- a) Efektif bila dilaksanakan dengan benar
- b) Tidak mengganggu produksi ASI
- c) Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya
- d) Tidak ada efek samping
- e) Dapat digunakan setiap waktu
- f) Tidak membutuhkan biaya

b. Non kontrasepsi

- a) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana
- b) Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam.

2) Keterbatasan:

- a. Efektivitas sangat bergantung pada ketersediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun)

- b. Efektifitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis
- c. Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual.

3) Kelebihan:

- a. Tidak membutuhkan biaya dan dapat dilakukan kapan saja.
- b. Tidak ada efek samping yang mungkin dirasakan baik oleh pria maupun wanita.
- c. Tidak merubah siklus menstruasi pada wanita.

4) Tidak dapat dipakai untuk:

- a. Suami dengan pengalaman ejakulasi dini
- b. Suami yang sulit melakukan senggama terputus
- c. Suami yang memiliki kelainan fisik atau psikologis
- d. Istri yang mempunyai pasangan yang sulit bekerja sama
- e. Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi
- f. Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus

5) Instruksi bagi klien:

1. Meningkatkan kerja sama dan membangun saling pengertian sebelum melakukan hubungan seksual pasangan harus mendiskusikan dan menyepakati penggunaan metode senggama terputus.
2. Sebelum berhubungan pria terlebih dahulu mengosongkan kandung kemih dan membersihkan ujung penis untuk menghilangkan sperma dari ejakulasi sebelumnya.

3. Apabila merasa akan ejakulasi, pria segera mengeluarkan penisnya dari vagina pasangannya dan mengeluarkan sperma diluar vagina.
4. Pastikan pria tidak terlambat melaksanakannya
5. Hubungan seks dengan senggama terputus tidak dianjurkan dilakukan pada masa subur wanita.

b. Metode kalender

Metode kalender atau pantang berkala adalah cara/metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggama atau hubungan seksual pada masa subur/ovulasi, senggama dihindari pada masa subur yaitu dekat dengan pertengahan siklus haid atau terdapat tanda-tanda adanya kesuburan yaitu keluarnya lendir encer dari liang vagina.

1) Manfaat:

a. Kontrasepsi:

1. Dapat digunakan untuk menghindari atau mencapai kehamilan
2. Tidak ada resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi
3. Tidak ada efek samping sistemik
4. Murah atau tanpa biaya

b. Non kontrasepsi

1. Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana

2. Menambah pengetahuan tentang sistem reproduksi pada suami dan istri
3. Memungkinkan mengeratkan relasi/hubungan melalui peningkatan komunikasi antara suami istri/pasangan

2) Keuntungan:

- a. Metode kalender atau pantang berkala lebih sederhana
- b. Dapat digunakan oleh setiap wanita yang sehat
- c. Tidak membutuhkan alat atau pemeriksaan khusus dalam penerapannya
- d. Tidak mengganggu pada saat berhubungan seksual
- e. Kontrasepsi dengan menggunakan metode kalender dapat menghindari resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi
- f. Tidak memerlukan biaya
- g. Tidak memerlukan tempat pelayanan kontrasepsi.

3) Keterbatasan:

1. Memerlukan kerjasama yang baik antara suami istri
2. Harus ada motivasi dan disiplin pasangan dalam menjalankannya
3. Pasangan suami istri tidak dapat melakukan hubungan seksual setiap saat
4. Pasangan suami istri harus tahu masa subur dan masa tidak subur

5. Harus mengamati siklus menstruasi minimal enam kali siklus
6. Siklus menstruasi yang tidak teratur (menjadi penghambat)
7. Lebih efektif bila dikombinasikan dengan mode kontrasepsi lain.

c. Metode amenore laktasi (MAL)

Adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya cara kerjanya adalah dengan penundaan atau penekanan ovulasi yang dengan meniadakan haid. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila:

1. Menyusui secara penuh (full breastfeeding) lebih efektif bila pemberian lebih dari 8x sehari.
2. Belum mendapat haid
3. Umur bayi kurang dari 6 bulan
4. Efektif sampai 6 bulan
5. Harus dilanjutkan dengan metode kontrasepsi lainnya.

1) Manfaat:

a. Kontrasepsi

- 1) Efektivitas tinggi (Keberhasilan 98% pada 6 bulan pasca persalinan)
- 2) Segera efektif
- 3) Tidak mengganggu sanggama
- 4) Tidak ada efek samping secara sistemik

- 5) Tidak perlu pengawasan medis
 - 6) Tidak perlu obat atau alat
 - 7) Tanpa biaya
- b. Non kontrasepsi
1. Untuk bayi
 - a. Mendapat kekebalan pasif (mendapat antibodi perlindungan lewat ASI)
 - b. Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal
 - c. Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula, atau alat minum yang dipakai
 2. Untuk Ibu
 - a. Mengurangi perdarahan pasca persalinan
 - b. Mengurangi resiko anemia
 - c. Meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi
- 2) Keterbatasan:
- a. Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan
 - b. Mungkin sulit dilakukan karena kondisi sosial
 - c. Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan
 - d. Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/ HBV dan HIV/AIDS.

3) Yang dapat menggunakan MAL adalah Ibu yang menyusui secara eksklusif, bayinya berumur kurang dari 6 bulan dan belum mendapat haid setelah melahirkan, Yang seharusnya tidak pakai MAL:

1. Sudah mendapat haid setelah bersalin
2. Tidak menyusui secara eksklusif
3. Bayi nya sudah berumur lebih dari 6 bulan
4. Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam.

d. Metode lendir serviks

Metode lendir serviks atau dikenal sebagai metode ovulasi billings/MOB merupakan metode alamiah (KBA) dengan cara mengenali masa subur dari siklus menstruasi dengan mengamati lendir serviks dan perubahan rasa pada vulva menjelang hari hari menstruasi. Hari-hari kering adalah hari setelah haid bersih, kebanyakan ibu mempunyai 1 sampai beberapa hari tidak terlihat adanya lendir dan daerah vagina terasa kering, ini dinamakan hari hari kering. Hari hari subur adalah ketika terobservasi adanya lendir sebelum ovulasi, ibu dianggap subur ketika terlihat adanya lendir, walaupun jenis lendir yang kental dan lengket. Lendir subur yang basah dan licin mungkin sudah ada di serviks dan hari subur sudah dimulai. Hari puncak adalah hari terakhir adanya lendir paling

licin, mulur, dan ada perasaan basah. Contoh kode yang dipakai untuk mencatat kesuburan adalah:

- a) Pakai tanda bintang atau merah untuk menandakan perdarahan (haid)
- b) Pakai huruf K atau hijau untuk menandakan perasaan kering
- c) Gambar satu tanda lingkaran bertulisan L atau biarkan kosong untuk memperlihatkan lendir subur yang basah, jernih, licin, dan mulur.
- d) Pakai huruf L atau warna kuning untuk memperlihatkan lendir tidak subur yang kental, putih, keruh dan lengket.

1) Manfaat:

a. Untuk kontrasepsi/ menghindari kehamilan:

1. Lendir mungkin berubah pada hari yang sama, periksa lendir setiap kali ke belakang dan sebelum tidur, kecuali ada perasaan sangat basah waktu siang. Setiap malam sebelum tidur, tentukan tingkat yang paling subur (lihat kode di atas) dan beri tanda pada catatan ibu dengan kode yang sesuai.
2. Pantang senggama untuk paling sedikit satu siklus sehingga ibu akan kenali hari-hari lendir, mengenai pola kesuburan dan pola dasar ketidaksuburan ibu dengan bimbingan pelatih/guru KBA.
3. Hindari senggama pada waktu haid. Hari-hari ini tidak aman, pada siklus pendek, ovulasi dapat terjadi pada hari-hari haid.

4. Pada hari kering setelah haid, aman untuk bersenggama selang satu malam (aturan selang-selang). Ini akan menghindari ibu bingung dengan cairan sperma dan lendir.
5. Segera setelah ada lendir jenis apa juga atau perasaan basah muncul, hindari senggama atau kontak seksual. Hari-hari lendir, terutama hari-hari lendir subur, adalah tidak aman. (aturan awal atau jika hari basah, ibu akan memperoleh bayi)
6. Tandai hari terakhir dengan lendir paling licin dan mulur dengan tanda X. ini adalah hari puncak, ini adalah hari ovulasi dan adalah hari paling subur.
7. Setelah hari puncak, hindari senggama untuk 3 hari berikut siang dan malam hari-hari ini adalah tidak aman (aturan puncak). Mulai dari pagi hari keempat setelah kering, ini adalah hari hari aman untuk bersenggama sampai hari haid berikutnya bila ingin menghindari kehamilan.
8. Pada siklus yang tidak teratur seperti pascapersalinan atau pramenopause maka perlu memperhatikan (pola dasar ke tidak subur) di mana ada waktu 1-2 hari subur yang menyelingi diantara hari-hari tidak subur. Ibu harus mengamati perubahan ini dan bila sudah pulih kembali dan berlangsung minimal 3 hari berturut-turut tanpa perubahan maka senggama boleh dilakukan (aturan sabar menunggu / wait and see rule)

- b. Untuk kontrasepsi/mencapai kehamilan: Bersenggama pada setiap siklus pada hari-hari terdapat lendir yang terasa mulur, basah dan licin

2) Efektivitas lendir serviks:

1. Angka kegagalan : 0,4-39.7 kehamilan pada 100 wanita pertahun.
2. Disamping abstinensia pada saat yang diperlukan, masih ada 3 sebab lain terjadinya kegagalan / kehamilan
3. Pengeluaran lendir mulainya terlambat.
4. Gejala puncak (peak symptom) timbul terlalu awal/dini.
5. Lendir tidak dirasakan oleh si wanita atau dinilai/interpretasi salah.

e. Metode suhu basal

Metode suhu basal adalah metode dengan cara ibu mengenali masa subur ibu dengan mengukur suhu badan secara teliti dengan termometer khusus yang bisa mencatat perubahan suhu sampai $0,1^{\circ}\text{C}$ untuk mendeteksi, bahkan suhu perubahan kecil. Pakai aturan perubahan suhu:

- a) Ukur suhu ibu pada waktu yang hampir sama setiap pagi (sebelum bangkit dari tempat tidur) dan catat suhu ibu pada kartu yang disediakan oleh instruktur KBA ibu.
- b) Pakai catatan suhu pada kartu tersebut untuk 10 hari pertama dari siklus haid ibu untuk menentukan suhu tertinggi dari suhu

yang normal, rendah, (misalnya catatan suhu harian pada pola tertentu tanpa suatu kondisi yang luar biasa). Abaikan setiap suhu tinggi yang disebabkan oleh demam atau gangguan lain.

c) Tarik garis pada $0,05^{\circ}$ - $0,1^{\circ}\text{C}$ di atas suhu tertinggi dari suhu 10 hari tersebut. Ini dinamakan garis pelindung (cover line) atau garis suhu

d) Masa tak subur mulai pada sore setelah hari ke tiga berturut-turut suhu berbeda di atas garis pelindung tersebut (aturan perubahan suhu).

1) Manfaat kontrasepsi: Pantang senggama mulai dari awal siklus haid sampai sore hari ketiga berturut-turut setelah suhu berada diatas garis pelindung (cover line). Masa pantang pada aturan perubahan suhu lebih panjang dari pemakaian (MOB).

2) Catatan:

a) Jika salah satu dari tiga suhu berbeda di atas garis pelindung (cover line) selama perhitungan 3 hari. Ini mungkin tanda bahwa ovulasi belum terjadi. Untuk menghindari kehamilan tunggu sampai 3 hari berturut-turut suhu tercatat di atas garis pelindung sebelum memulai senggama

b) Ketika mulai masa tak subur, tidak perlu untuk mencatat suhu basal ibu. Ibu dapat berhenti mencatat sampai haid berikutnya mulai dan bersenggama sampai hari pertama haid.

f. Metode simptoothermal

Metode simptoothermal merupakan metode keluarga berencana alamiah (KBA) yang mengidentifikasi masa subur dari siklus menstruasi wanita. Metode simptoothermal mengombinasikan metode suhu basal tubuh dan Billings. Akan tetapi, ada teori lain yang menyatakan bahwa metode ini mengamati tiga indikator kesuburan, diantaranya perubahan suhu basal tubuh, perubahan mukosa atau lendir serviks, dan perhitungan masa subur melalui metode kalender.

1) Keuntungan:

- a. Tidak ada efek fisik
- b. Aman
- c. Ekonomis
- d. Meningkatkan hubungan kerja sama antar pasangan.
- e. Dapat langsung dihentikan, jika pasangan menginginkan kehamilan
- f. Tidak memerlukan tindak lanjut atau alat kontrasepsi lain setelah belajar metode simptoothermal dengan benar.

2) Kekurangan:

- a. Tidak cocok digunakan oleh wanita yang mempunyai bayi, berpenyakit, pascaperjalanan maupun konsumsi alkohol

- b. Metode simptoothermal kurang efektif karena penggunaan harus mengamati dan mencatat suhu basal tubuh maupun perubahan lendir serviks
- c. Diperlukan kerja sama pasangan suami istri
- d. Penggunaan harus mendapatkan pelatihan atau instruksi yang benar.

3) Metode simtomtermal: Ibu harus mendapat instruksi untuk metode lendir serviks dan suhu basal. Ibu dapat menentukan masa subur ibu dengan mengamati suhu tubuh dan lendir serviks.

1. Setelah darah haid berhenti, ibu dapat bersenggama pada malam hari pada hari kering dengan berselang sehari selama masa tak subur. Ini adalah aturan selang. Hari kering (aturan awal). Aturan yang sama dengan metode lendir serviks.
2. Masa subur mulai ketika ada perasaan basah atau munculnya lendir, ini adalah aturan awal. Aturan yang sama dengan metode lendir serviks. Berpantang bersenggama sampai masa subur berakhir

3. Pantang bersenggama sampai hari puncak dan aturan perubahan suhu telah terjadi.
4. Apabila aturan ini tidak mengidentifikasi hari yang sama sebagai akhir masa subur, selalu ikuti aturan yang paling

konservatif, yaitu aturan yang mengidentifikasi masa subur yang paling panjang.

2. Kontrasepsi sederhana dengan alat (barier)

1) Kondom

a. Profil:

1. Kondom tidak hanya mencegah kehamilan, tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.
2. Efektif bila dipakai dengan baik dan benar
3. Dapat dipakai bersama kontrasepsi lain untuk mencegah IMS
4. Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantara lateks (karet) plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintetik yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti susu. Berbagai bahan telah ditambahkan pada kondom baik untuk meningkatkan efektivitasnya (misalnya penambahan spermisida) maupun sebagai aksesoris aktivitas seksual.
5. Standar kondom dilihat dari ketebalannya, pada umumnya standar ketebalan adalah 0.02 mm.

b. Tipe kondom terdiri dari:

- 1) Kondom biasa
- 2) Kondom berkontur (bergerigi)

- 3) Kondom beraroma
- 4) Kondom tidak beraroma
- 5) Kondom pria dan wanita: Kondom merupakan sarung dari latex yang tipis, digunakan pada penis ketika melakukan hubungan sexual. Kondom berguna untuk mengumpulkan semen sebelum, selama dan sesudah ejakulasi dan menghalangi sperma memasuki vagina, sedangkan Terdiri dari bahan polyurethane berbentuk seperti sarung atau kantong dengan panjang 17 cm (6,5 inci). Bahan polyurethane kurang menyebabkan reaksi alergi dibandingkan kondom latex. Bahan tersebut juga kuat dan jarang robek (40% lebih kuat dari kondom latex) tetapi tipis sehingga sensasi yang dirasakan tetap dapat dipertahankan. Kondom wanita ini dapat mencegah kehamilan dan penularan penyakit seksual termasuk HIV apabila digunakan secara benar.

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

d. Efektivitas penggunaan kondom: Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa

pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun.

e. Manfaat:

1. kontrasepsi:

- a. Efektif bila digunakan dengan benar
- b. Tidak mengganggu produksi ASI
- c. Tidak mengganggu kesehatan klien
- d. Tidak mempunyai pengaruh sistemik
- e. Murah dan dapat dibeli secara umum
- f. Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan secara khusus
- g. Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda.

2. Non kontrasepsi:

- 1) Memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber-KB
- 2) Dapat mencegah penularan IMS
- 3) Mencegah ejakulasi dini
- 4) Membantu mencegah terjadinya kanker serviks
- 5) saling berinteraksi sesama pasangan
- 6) Mencegah imuno infertilitas (mempertahankan untuk kesuburan).

f. Cara pemakaian/penggunaan kondom:

- 1) gunakan kondom saat akan melakukan hubungan seksual
- 2) agar efek kontrasepsinya lebih baik, tambahkan spermisida ke dalam kondom
- 3) jangan membuka gigi, benda tajam seperti pisau, silet, gunting atau benda tajam lainnya pada saat membuka kemasan
- 4) Pasangkan kondom saat penis sedang ereksi, tempelkan ujungnya pada glans penis dan tempatkan bagian penampung sperma pada ujung uretra. Lepaskan gulungan karetinya dengan jalan menggeser gulungan tersebut ke arah pangkal penis. Pemasangan ini harus dilakukan sebelum penetrasi penis ke vagina.
- 5) Bila kondom tidak mempunyai tempat penampung sperma pada bagian ujungnya, maka saat memakai, longgarkan sedikit bagian ujungnya agar tidak terjadi robekan pada saat ejakulasi.
- 6) Kondom dilepas sebelum penis lembek
- 7) Pegang bagian pangkal kondom sebelum mencabut penis sehingga kondom tidak terlepas pada saat penis dicabut dan lepaskan kondom di luar vagina agar tidak terjadi tumpahan cairan sperma di sekitar vagina.
- 8) Gunakan kondom hanya untuk satu kali pakai
- 9) Buang kondom bekas pakai pada tempat yang aman

- 10) Sediakan kondom dalam jumlah cukup di rumah dan jangan disimpan di tempat yang panas karena hal ini dapat menyebabkan kondom menjadi rusak atau robek saat digunakan
- 11) Jangan gunakan kondom apabila kemasannya robek atau kondom tampak rapuh/kusut
- 12) Jangan gunakan minyak goreng, minyak mineral, atau pelumas dari bahan petrolatum karena akan segera merusak kondom.

g. Efek samping atau masalah:

- 1) Kondom rusak atau diperkirakan bocor (sebelum berhububungan)
- 2) Kondom bocor atau dicurigai ada curahan di vagina saat berhububungan
- 3) Dicurigai adanya reaksi alergi (spermisida)
- 4) Mengurangi kenaikan hubungan seksual

h. Penanganan:

- a) Buang dan pakai kondom baru atau pakai spermisida digabung kondom.
- b) Jika dicurigai ada kebocoran. Pertimbangkan pemberian morning after pill.
- c) Reaksi alergi, meskipun jarang, dapat sangat mengganggu dan bisa berbahaya. Jika keluhan menetap sesudah berhububungan dan tidak ada gejala PMS, berikan kondom alami (produk hewani: lambskin atau gut) atau bantu klien memilih metode lain.

- d) Jika penurunan kepekaan tidak bisa ditolerir biarpun dengan kondom yang lebih tipis, anjurkan pemakaian metode lain.

2) Diafragma

Adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks.

a. Jenis:

1. Flat spring (flat metal band)
2. Coil spring (coiled wire)
3. Arching spring (kombinasi metal spring)

b. Cara kerja: menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopi) dan sebagai alat tempat spermisida.

c. Manfaat:

1. Kontrasepsi:

- a) Efektif bila digunakan dengan benar
- b) Tidak mengganggu produksi ASI
- c) Tidak mengganggu hubungan seksual karena telah terpasang sampai 6 jam sebelumnya
- d) Tidak mengganggu kesehatan klien
- e) Tidak mempunyai pengaruh sistemik

2. Non kontrasepsi:

a) Salah satu perlindungan terhadap IMS/HIV/AIDS, khususnya apabila digunakan dengan spermisida.

b) Bila digunakan pada saat haid, menampung darah menstruasi.

d. Keterbatasan:

1) Efektivitas sedang (bila digunakan dengan spermisida angka kegagalan 6-16 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama).

2) Keberhasilan sebagai kontrasepsi bergantung pada keputusan mengikuti cara penggunaan

3) Motivasi diperlukan berkesinambungan dengan menggunakan setiap berhubungan seksual

4) Pemeriksaan pelvik oleh petugas kesehatan terlatih diperlukan untuk memastikan ketepatan pemasangan

5) Pada beberapa pengguna menjadi penyebab infeksi saluran uretra

6) Pada 6 jam pasca hubungan seksual, alat masih harus berada di posisinya.

e. Efek samping:

1. Reaksi alergi diafragma/spermisida

2. Rasa nyeri pada tekanan terhadap kandung kemih /rektum

3. Luka dinding vagina akibat tekanan pegas diafragma
 4. Infeksi saluran uretra
 5. Timbul cairan vagina dan berbau jika dibiarkan lebih 24 jam
- f. Cara penggunaan:
1. Gunakan diafragma setiap kali melakukan hubungan seksual
 2. Pertama Kosongkan kandung kemih dan cuci tangan dengan sabun dan air mengalir
 3. Pastikan diafragma tidak berlubang tes dengan (tes dengan mengisi diafragma dengan menggunakan air, atau melihat menembus cahaya
 4. Oleskan sedikit spermisida krim/jelly pada kap diafragma untuk mempermudah pemasangan, remas bersamaan dengan pinggirannya
 5. Posisi saat pemasangan diafragma:
 - a. satu kaki diangkat ke atas kursi/duduk di tepi kursi atau dudukan toilet
 - b. sambil berbaring
 - c. Sambil jongkok.
 6. Lebarkan kedua bibir vagina
 7. Masukkan diafragma ke dalam vagina jauh ke belakang, dorong bagian depan pinggiran ke atas di balik tulang pubis
 8. Masukkan jari ke dalam vagina sampai menyentuh serviks, sarungkan karetnya dan pastikan serviks telah terlindungi.

9. Diafragma dipasang di vagina sampai 6 jam sebelum melakukan hubungan seksual. Jika hubungan seksual berlangsung di atas jam 6 setelah pemasangan, tambahkan spermisida ke dalam vagina. Diafragma berada di dalam vagina paling tidak 6 jam setelah terlaksananya hubungan seksual. Jangan tinggalkan diafragma di dalam vagina lebih dari 24 jam sebelum diangkat (tidak dianjurkan mencuci vagina setiap waktu, pencucian vagina bisa dilakukan setelah ditunda 6 jam setelah hubungan seksual).

10. Mengangkat dan mencabut diafragma dengan menggunakan jari telunjuk dan jari tengah untuk memecah penampung

11. Mencuci tangan dan Diafragma dengan sabun dan air

3) Cup serviks

Cervical caps atau kap serviks adalah kap karet yang lembut berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks yang dimasukkan ke dalam vagina kira-kira enam jam sebelum berhubungan seksual.

a. Kelebihan:

1. Tidak mempengaruhi siklus menstruasi
2. Tidak mempengaruhi kesuburan untuk kedepannya
3. Hanya membutuhkan sedikit spermicide/pelumas dibandingkan diafragma.

b. Kekurangan:

1. Dapat menyebabkan cervicitis

2. Membuat infeksi saluran perkemihan
3. Tidak boleh digunakan pada wanita yang sedang menstruasi.

4) Spermisida

Adalah bahan kimia (biasanya non oksinol-9) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk:

- a. Aerosol (busa)
 - b. Tablet vagina, suppositoria, atau dissolvable film
 - c. Krim.
1. cara kerja: menyebabkan sel membran sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur.
 2. Pilihan:
 - a. Busa (aerosol) efektif segera setelah insersi
 - b. Busa spermisida dianjurkan apabila digunakan hanya sebagai metode kontrasepsi
 - c. Tablet vagina, suppositoria, dan film penggunaannya disarankan menunggu 10-15 menit sesudah dimasukkan sebelum hubungan seksual.
 - d. Jenis spermisida jelly biasanya hanya digunakan dengan diafragma.

3. Manfaat:

- a. Kontrasepsi:
 - 1) Efektif seketika (busa dan krim)

- 2) Tidak mengganggu produksi ASI
 - 3) Mudah digunakan
 - 4) Tidak mengganggu kesehatan klien
 - 5) Tidak perlu resep dokter /pemeriksaan kesehatan khusus
 - 6) Bisa digunakan sebagai pendukung metode lain
 - 7) Tidak mempunyai pengaruh sistemik
 - 8) Meningkatkan lubrikasi selama hubungan seksual
- b. Non kontrasepsi: Memerlukan salah satu perlindungan terhadap IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS
4. Keterbatasan:
- a. Efektivitas kurang (18-29 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama)
 - b. Efektivitas sebagai kontrasepsi bergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan
 - c. Ketergantungan pengguna dari motivasi berkelanjutan dengan memakai setiap melakukan hubungan seksual.
 - d. Pengguna harus menunggu 10-15 menit setelah aplikasi sebelum melakukan hubungan seksual (tablet busa vagina, suppositoria dan film)
 - e. Efektivitas aplikasi hanya 1-2 jam
5. Efek samping:
- a. Iritasi vagina
 - b. Iritasi penis dan tidak nyaman

- c. Gangguan rasa panas divagina
 - d. Kegagalan tablet tidak larut
6. Sesuai dengan pasien:
- a) Tidak dianjurkan metode kontrasepsi hormonal, seperti perokok, atau di atas usia 35 tahun
 - b) Tidak menyukai penggunaan AKDR
 - c) Menyusui dan perlu kontrasepsi
 - d) Memerlukan proteksi terhadap IMS
 - e) Memerlukan metode sederhana sambil menunggu metode lain.
7. Tidak sesuai untuk:
- a) Berdasarkan umur dan paritas serta masalah kesehatan menyebabkan kehamilan dengan resiko tinggi
 - b) Terinfeksi saluran uretra
 - c) Tidak stabil secara psikis atau tidak suka menyentuh alat kelaminnya (vulva dan vagina)
 - d) Mempunyai riwayat sindrom syok karena keracunan
 - e) Ingin metode KB efektif
8. Cara penggunaan:
- a. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir sebelum mengisi aplikator (busa atau krim) dan insersi spermisida
 - b. Penting untuk menggunakan spermisida setiap melakukan aktivitas hubungan seksual

- c. Jarak tunggu sesudah memasukkan tablet vagina atau suppositoria adalah 10-15 menit
 - d. Tidak ada jarak tunggu setelah memasukkan busa
 - e. Penting untuk mengikuti anjuran dari pabrik tentang cara penggunaan dan penyimpanan dari setiap produk (misalnya kocok aerosol sebelum diisi ke dalam aplikator)
 - f. Spermisida ditempatkan jauh di dalam vagina sehingga serviks terlindungi dengan baik.
1. Aerosol (busa):
 - a. Kocok tempat aerosol 20-30 menit sebelum digunakan
 - b. Tempatkan kontainer dengan posisi ke atas, letakkan aplikator pada mulut kontainer, dan tekan aplikator untuk mengisi busa.
 - c. Sambil berbaring lakukan insersi aplikator kedalam vagina mendekati serviks. Dorong sampai keluar busa
 - d. Aplikator segera dicuci dengan sabun dan air mengalir, tiriskan dan keringkan, jangan berbagi aplikator dengan orang lain.
 2. Tablet vagina atau suppositoria atau film/tissue:
 - a. Cuci tangan sebelum membuka paket
 - b. Lepaskan tablet atau supositoria dari paket
 - c. Sambil berbaring masukkan tablet vagina atau suppositoria jatuh ke dalam vagina
 - d. Tunggu 10-15 menit sebelum mulai berhubungan seksual

- e. Sediakan selalu ekstra pengadaan tablet vagina atau suppositoria di tempat.

3. Krim:

- a. Inseri kontrasepsi krim setelah dikemas ke dalam aplikator sampai penuh, masukkan kedalam vagina sampai mendekati serviks.
- b. Tekan alat pendorong sampai krim keluar. Tidak perlu menunggu kerja krim.
- c. Aplikator harus dicuci dengan sabun dan air sesuai dengan pencegahan infeksi untuk alat-alat, tiriskan dan keringkan
- d. Untuk memudahkan pembersihan alat, pisahkan bagian-bagiannya. Jangan berbagi aplikator dengan orang lain
- e. Sediakan selalu ekstra pengadaan krim terutama apabila ternyata kontainer kosong.

3 .Kontrasepsi hormonal kombinasi

a) Pil kombinasi

Pil KB kombinasi adalah pil KB yang mengandung gabungan antara hormon estrogen dan Progesteron Mengandung hormon aktif dan hormon tidak aktif (plasebo). Efektif dan reversibel, harus diminum setiap hari, pada bulan-bulan pertama efek samping berupa mual dan perdarahan bercak yang tidak berbahaya dan segera akan hilang, efek samping serius sangat jarang terjadi, dapat dipakai oleh semua ibu usia

reproduksi, baik yang sudah mempunyai anak maupun belum, dapat mulai diminum setiap saat bila yakin sedang tidak hamil, tidak dianjurkan pada ibu yang menyusui, dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat.

a. Jenis kontrasepsi PIL kombinasi:

- 1) Monofasik: Pil yang tersedia dalam kemasan tablet mengandung hormon aktif estrogen Dan progesteron (E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon Aktif.
- 2) Bifasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon estrogen dan Progesteron (e/p) dengan dua dosis berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon Aktif.
- 3) Trifasik : Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen Dan progesteron (e/p) dengan tiga dosis yang berbeda , dan dengan 7 pil tanpa Hormon aktif.

b. Cara kerja:

1. Menekan Ovulasi
2. Mencegah Implantasi
3. Lendir servik mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma
4. Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula (memperlambat transportasi ovum).

c. Manfaat pil kombinasi:

1. Memiliki efektifitas yang tinggi 99% dari 100 orang yang menggunakan pil kb ini kurang dari 1 orang bisa hamil. Bila digunakan setiap hari
 2. Resiko terhadap kesehatan sangat kecil
 3. Tidak mengganggu hubungan seksual
 4. Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi haid
 5. Dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya Untuk mencegah kehamilan
 6. Dapat digunakan sejak remaja hingga menopause
 7. Mudah dihentikan setiap saat
 8. Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan
 9. Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat
 10. Membantu mencegah :
 - a) kehamilan ektopik
 - b) Kanker ovarium
 - c) Kanker endometrium
 - d) Kista ovarium
 - e) Penyakit radang panggul
 - f) Kelainan jinak pada payudara, dismenore, akne (jerawat).
- d. Keterbatasan:
- 1) Mahal dan membosankan karena harus digunakan setiap hari
 - 2) Mual terutama pada 3 bulan pertama

- 3) Adanya bercak atau perdarahan sela, terutama pada bulan pertama
 - 4) Pusing
 - 5) Nyeri payudara
 - 6) Berhenti haid (Amenore), jarang terjadi pada penggunaan pil kombinasi ini
 - 7) Tidak boleh untuk wanita Menyusui
 - 8) Pada sebagian kecil perempuan dapat menimbulkan depresi, perubahan suasana hati, sehingga keinginan untuk melakukan hub. Seksual menurun.
 - 9) Dapat meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan, sehingga resiko stroke dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat. Pada wanita usia >35 tahun dan merokok perlu hati-hati
 - 10) Tidak dapat mencegah IMS, Hepatitis B, dan HIV/AIDS
 - 11) Berat badan naik sedikit, tetapi pada perempuan tertentu kenaikan berat badan justru memiliki dampak positif.
- e. Yang dapat menggunakan pil kombinasi, Pada prinsipnya hampir semua ibu boleh menggunakan:
- 1) Usia reproduksi
 - 2) Telah memiliki anak atau sebelum memiliki anak
 - 3) Gemuk dan kurus
 - 4) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektifitas yang tinggi
 - 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui

- 6) Setelah 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif, sedangkan semua cara yang dianjurkan tidak cocok bagi ibu tersebut
 - 7) Pascakeguguran
 - 8) Anemia karena haid berlebihan
 - 9) Nyeri haid hebat
 - 10) Siklus haid tidak teratur
 - 11) Riwayat kehamilan ektopik
 - 12) Kelainan payudara jinak
 - 13) Kencing manis tanpa komplikasi Ginjal , pembuluh darah, mata, dan saraf
 - 14) Penyakit tiroid, penyakit radang panggul, endometriosis (tumor ovarium jinak)
 - 15) Menderita tuberkulosis
 - 16) Varises vena
- f. Yang tidak boleh menggunakan PIL kombinasi:
- 1) Hamil atau dicurigai hamil
 - 2) Menyusui eksklusif
 - 3) Perdarahan pervagina yang belum di ketahui sebabnya
 - 4) Penyakit hati akut (hepatitis)
 - 5) Perokok dengan usia >35 tahun
 - 6) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah >180/110 mmHg

- 7) Riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis >20 tahun
- 8) Kanker payudara atau dicurigai kanker payudara
- 9) Migrain dan gejala neurologik fokal (epilepsi/riwayat epilepsi)
- 10) Tidak dapat menggunakan pil secara teratur setiap hari

g. Waktu mulai penggunaan PIL kombinasi:

- 1) Setiap saat selagi haid, untuk meyakinkan kalau perempuan tersebut tidak hamil
- 2) Hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid
- 3) Boleh menggunakan pada hari ke-8, tapi perlu menggunakan metode kontrasepsi lain seperti kondom mulai hari ke-8 sampai ke-14 atau tidak melakukan hubungan seksual dahulu sampai pil nya habis.
- 4) Setelah melahirkan :
 - a. Setelah 6 bulan pemberian asi eksklusif
 - b. Setelah 3 bulan dan tidak menyusui
 - c. Pascakeguguran (segera atau dalam waktu 7 hari)
- 5) Bila berhenti menggunakan alat kontrasepsi dan ingin menggunakan pil kb kombinasi, maka pil dapat diberikan tanpa perlu menunggu haid.

h. Instruksi kepada pasien:

- 1) Buka kemasan pil kb tersebut sesuai anak panah
- 2) Diminum setiap hari pada saat yang sama (waktu yang sama)

- 3) Pil yang pertama dimulai pada hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid
 - 4) Sangat di anjurkan di gunakan pada hari pertama haid
 - 5) Pada paket 28 , dianjurkan minum plasebo sesuai dengan hari yang ada pada kemasan
 - 6) Bila muntah dalam waktu 2 jam setelah menggunakan pil, ambilah pil yang lain
 - 7) Bila terjadi muntah hebat atau diare lebih dari 24 jam , tapi keadaan memungkinkan dan tidak memperburuk keadaan anda, maka pil dapat diteruskan
 - 8) Bila muntah dan diare berlangsung selama 2 hari atau lebih, maka cara penggunaanya mengikuti cara penggunaan pil lupa.
 - 9) Bila lupa minum 1 pil, segera minum pil segera ingat boleh minum 2 pil pada hari yang sama. Tidak perlu menggunakan metode kontrasepsi yang lain.
 - 10) Bila lupa 2 pil atau lebih sebaiknya minum 2 pil setiap hari sampai dengan jadwal yang ditentukan. Dan sebaiknya menggunakan alat kontrasepsi yang lain atau tidak berhubungan dahulu sampai pil tersebut habis
 - 11) Bila tidak haid segera tes ke klinik untuk memeriksa kehamilan
- i. Efek samping penggunaan PIL KB kombinasi:
- 1) Amenorea (tidak ada perdarahan, atau spotting)

- 2) Mual, pusing, atau muntah (akibat reaksi anafilaktik) Perdarahan pervaginam/spotting

b) Suntik kombinasi

Suntik KB satu bulan yaitu suntikan yang mengandung kombinasi hormon progesteron dan hormon estrogen. Jadi, suntik KB 1 bulan (Cyclofem) ini bisa disebut juga dengan suntik kombinasi. Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (Cyclofem) dan 50 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali.

a. Cara kerja:

1. Menekan ovulasi
2. Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu.
3. Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu.
4. Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

- b. Efektivitas: Sangat efektif (0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan) selama tahun pertama penggunaan

c. Keuntungan:

1. Kontrasepsi:

- a) Risiko terhadap kesehatan kecil
- b) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri
- c) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam.
- d) Jangka panjang

- e) Efek samping sangat kecil
- f) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik

2. Non kontrasepsi:

- a) Mengurangi jumlah perdarahan
- b) Mengurangi nyeri saat haid
- c) Mencegah anemia
- d) Khasiat pencegahan terhadap kanker ovarium dan kanker endometrium
- e) Mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium
- f) Mencegah kehamilan ektopik
- g) Melindungi klien dari jenis-jenis tertentu penyakit radang panggul
- h) Pada keadaan tertentu dapat diberikan pada perempuan usia premenopause

d. Kerugian kontrasepsi suntik kombinasi:

1. Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak/spotting, atau perdarahan sela sampai 10 hari
2. Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga
3. Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan. Klien kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan
4. Efektifitasnya berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat-obatan epilepsi (Fenitoin dan Barbiturat) atau obat Tuberkulosis (Rifampisin)

5. Dapat terjadi efek samping yang serius, seperti serangan jantung, stroke, bekuan darah pada paru dan otak, dan kemungkinan timbulnya tumor hati
 6. Penambahan berat badan
 7. Tidak menjamin perlindungan pada penularan PMS, hepatitis B, atau HIV/AIDS.
 8. Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- e. Yang boleh menggunakan suntikan kombinasi:
- 1) Usia reproduksi
 - 2) Telah memiliki anak, ataupun yang belum memiliki anak.
 - 3) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas yang tinggi.
 - 4) Menyusui ASI pasca persalinan > 6 bulan.
 - 5) Pasca persalinan dan tidak menyusui.
 - 6) Anemia.
 - 7) Nyeri haid hebat.
 - 8) Haid teratur.
 - 9) Riwayat kehamilan ektopik.
 - 10) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.
- f. Yang tidak boleh menggunakan suntikan kombinasi:
- 1) Hamil atau diduga hamil.
 - 2) Menyusui dibawah 6 minggu pasca persalinan.
 - 3) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.

- 4) Penyakit hati akut (hepatitis).
 - 5) Usia > 35 tahun yang merokok.
 - 6) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah (<180/110 mmHg).
 - 7) Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan DM > 20 tahun.
 - 8) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain.
 - 9) Kanker payudara
- g. Waktu mulai menggunakan suntikan kombinasi:
- 1) Suntikan pertama dapat diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid. Tidak diperlukan kontrasepsi tambahan.
 - 2) Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke 7 siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain untuk 7 hari.
 - 3) Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja dapat dipastikan ibu tersebut tidak hamil. Klien tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau menggunakan kontrasepsi lain untuk 7 hari.
 - 4) Bila klien pasca persalinan 6 bulan, menyusui serta belum haid, suntikan pertama dapat diberikan, asal saja dipastikan tidak hamil.
 - 5) Bila pasca persalinan > 6 bulan, serta telah mendapat haid, maka suntikan pertama diberikan pada siklus haid hari 1 dan 7.
 - 6) Bila pasca persalinan, 6 bulan dan menyusui, jangan diberi suntikan kombinasi.

- 7) Bila pasca persalinan 3 minggu, dan tidak menyusui, suntikan kombinasi dapat diberikan.
 - 8) Pasca keguguran, suntikan kombinasi dapat segera diberikan atau dalam waktu 7 hari. Ibu yang sedang menggunakan metode kontrasepsi hormonal yang lain dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal kombinasi.
 - 9) Bila kontrasepsi sebelumnya juga kontrasepsi hormonal, dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan kombinasi tersebut dapat diberikan sesuai jadwal kontrasepsi sebelumnya. Tidak diperlukan metode kontrasepsi lain.
 - 10) Ibu yang menggunakan metode kontrasepsi non hormonal dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama dapat segera diberikan, asal saja diyakini ibu tidak hamil, dan pemberiannya tanpa perlu menunggu datangnya haid.
- h. Cara penggunaan KB suntik 1 bulan: Suntikan kombinasi diberikan setiap bulan dengan suntikan intramuskular. Klien diminta datang setiap 4 minggu. Suntikan ulang dapat diberikan 7 hari lebih awal, dengan kemungkinan terjadi gangguan perdarahan. Dapat juga diberikan setelah 7 hari jadwal yang telah ditentukan, asal saja diyakini ibu tersebut tidak hamil. Tidak dibenarkan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain untuk 7 hari saja.

Lokasi Penyuntikan:

- a. Daerah bokong/pantat
- b. Daerah otot lengan atas

i. Teknik Suntikan:

- 1) Kocok botol dengan baik, hindarkan terjadinya gelembung-gelembung udara (pada cyclofem), keluarkan isinya.
- 2) Suntikan secara intramuskular dalam di daerah bokong (gluteal), apabila suntikan terlalu dangkal, penyerapan hormone menjadi lambat dan tidak bekerja segera dan efektif.
- 3) Cyclofem 25 mg medroksi progesterone asetat dan 5 mg estrogen sipionat diberikan setiap bulan, di Indonesia 85% peserta suntikan Cyclofem pola haid nya teratur.

j. Efek samping

- 1) Amenorea
- 2) Mual/pusing/muntah
- 3) Perdarahan/perdarahan bercak (spotting)

k. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pemberian suntikan kombinasi:

1. Tekanan darah tinggi: Anjuran: <180 mmHg dapat diberikan, tetapi perlu pengawasan.
2. Kencing manis: Anjuran: Dapat diberikan pada kasus tanpa komplikasi dan kencing manisnya terjadi <20 tahun Perlu diawasi.
3. Migraine: Anjuran: Bila tidak ada gejala neurologis yang berhubungan dengan sakit kepala, boleh diberikan.

4. Menggunakan obat TBC/ obat epilepsi: Berikan pil kontrasepsi kombinasi dengan 50 miligram etinilestradiol atau cari metode kontrasepsi lain.
5. Mempunyai penyakit anemia bulan sabit (*sickle cell*)
Anjurkan:Sebaiknya jangan menggunakan suntikan kombinasi.

l. Instruksi untuk klien:

- a) Klien harus kembali ke dokter/klinik untuk mendapatkan suntikan kembali setiap 4 minggu.
- b) Bila tidak haid lebih dari 2 bulan, klien harus kembali ke dokter/klinik untuk memastikan hamil atau tidak.
- c) Jelaskan efek samping tersering yang didapat pada penyuntikan dan apa yang harus dilakukan bila hal itu terjadi. Bila klien mengeluh mual, sakit kepala, atau nyeri payudara, serta perdarahan, informasikan kalau keluhan tersebut sering ditemukan, dan biasanya akan hilang pada suntikan ke-2 atau ke-3.
- d) Apabila klien sedang menggunakan obat-obat tuberkulosis atau obat epilepsi, obat-obat tersebut dapat mengganggu efektivitas kontrasepsi yang sedang digunakan

m. Tanda- tanda yang harus diwaspadai pada penggunaan Suntikan Kombinasi:

- a) Nyeri dada hebat atau napas pendek. Kemungkinan adanya bekuan darah di paru, atau serangan jantung.

- b) Sakit kepala hebat, atau gangguan penglihatan. Kemungkinan terjadi stroke, hipertensi, atau migraine.
- c) Nyeri tungkai hebat. Kemungkinan telah terjadi sumbatan pembuluh darah pada tungkai.
- d) Tidak terjadi perdarahan atau spotting selama 7 hari sebelum suntikan berikutnya, kemungkinan terjadi kehamilan.

4 . Kontrasepsi hormonal berisi progesterone

1) Mini pil (pil progestin)

Pil Progestin (Mini Pil) merupakan pil kontrasepsi yang mengandung hormon steroid (progesteron sintesis dalam dosis yang kecil) yang digunakan per oral. Mini Pil bukan menjadi pengganti dari pil oral kombinasi, tetapi hanya sebagai suplemen atau tambahan yang digunakan wanita yang ingin menggunakan kontrasepsi oral tetapi sedang menyusui atau untuk wanita yang harus menghindari estrogen oleh sebab apapun. Mini pil adalah pil KB yang hanya mengandung hormon progesteron dalam dosis rendah. Dosis progestin yang digunakan 0,03 - 0,05 mg per tablet.

a. Jenis minipil:

1. Mini Pil dalam kemasan dengan isi 28 pil: 75 mg norgestrel.
2. Mini Pil dalam kemasan dengan isi 35 pil: 300 mg levorgestel atau 350 mg noretindron.

b. Cara kerja minipil:

1. Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium

2. Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit
 3. Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma
 4. Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu
- c. Efektivitas: Sangat efektif (98, 5%). Pada penggunaan minipil jangan sampai terlupa satu-dua tablet atau jangan sampai terjadi gangguan gastrointestinal (muntah, diare) karena akibatnya kemungkinan terjadi kehamilan sangat besar. Penggunaan obat-obat mukolitik asetilsistein bersamaan dengan minipil perlu dihindari karena mukolitik jenis ini dapat meningkatkan penetrasi sperma sehingga kemampuan kontraseptif dari minipil dapat terganggu.
- d. Agar didapatkan kehandalan yang tinggi, maka:
1. Jangan sampai ada tablet yang lupa
 2. Tablet digunakan pada jam yang sama (malam hari)
 3. Senggama sebaiknya dilakukan 3-20 jam setelah penggunaan minipil.
- e. Keuntungan
- 1) kontrasepsi:
 - a. Sangat efektif apabila digunakan dengan benar dan konsisten.
 - b. Tidak mempengaruhi ASI.
 - c. Nyaman dan mudah digunakan.
 - d. Hubungan seksual tidak terganggu.

- e. Kesuburan cepat kembali.
- f. Efek samping sedikit.
- g. Dapat dihentikan setiap saat.
- h. Tidak mengandung estrogen.

2) Non kontrasepsi:

1. Mengurangi nyeri haid
2. Mengurangi jumlah darah haid
3. Menurunkan tingkat anemia
4. Mencegah kanker endometrium
5. Melindungi dari penyakit radang panggul
6. Tidak meningkatkan pembekuan darah
7. Dapat diberikan pada penderita endometriosis
8. Kurang menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala, dan depresi
9. Dapat mengurangi keluhan premenstrual sindrom (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, nyeri pada betis, lekas marah)
10. Sedikit sekali mengganggu metabolisme karbohidrat sehingga relatif aman diberikan pada perempuan pengidap kencing manis yang belum mengalami komplikasi

f. Keterbatasan:

1. Hampir 30-60% mengalami gangguan haid (perdarahan sela, *spotting*, *amenorea*)
2. Peningkatan / penurunan berat badan

3. harus digunakan setiap hari
 4. Bila lupa satu jam saja, kegagalan menjadi lebih besar
 5. Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat
 6. Risiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan)
 7. Efektifitasnya rendah bila bersamaan dengan obat tuberkulosis dan obat epilepsi
 8. Tidak melindungi diri dari infeksi menular seksual atau HIV/AIDS
 9. Hirsutisme (tumbuh rambut/ bulu berlebihan di daerah muka.
- g. Yang boleh menggunakan minipil:
1. Usia reproduksi
 2. Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak
 3. Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui
 4. Pascapersalinan dan tidak menyusui
 5. Pascakeguguran
 6. Perokok segala usia
 7. Mempunyai tekanan darah tinggi (selama <math>< 180/110\text{mmHg}</math>) atau dengan masalah pembekuan darah
 8. Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen
- h. Yang tidak boleh menggunakan minipil:
1. Hamil/diduga hamil
 2. Perdarahan pervaginam yg belum jelas penyebabnya

3. Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid
 4. Menggunakan obat TB (rifampisin), / obat epilepsi (Fenitoin & Barbiturat)
 5. Kanker payudara / riwayat kanker payudara
 6. Sering lupa minum pil
 7. Mioma uteri (Progestin memicu pertumbuhan mioma uteri)
 8. Riwayat Stroke (Progestin menyebabkan spasme pembuluh darah
- i. Waktu mulai menggunakan minipil:
- 1) Mulai hari pertama sampai ke-5 siklus haid
 - 2) Dapat digunakan setiap saat, asal tidak hamil. Bila menggunakan setelah hari ke 5 siklus haid, jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari/ menggunakan metode alkon lain untuk 2 hari saja.
 - 3) Bila tidak haid (amenorea), Minipil dapat digunakan setiap saat, asal yakin tidak hamil, jgn melakukan hubungan seksual slm 2 hari/ menggunakan metode alkon lain untuk 2 hari saja.
 - 4) Bila menyusui antara 6 mgg dan 6 bulan PP& tidak haid, Minipil dapat dimulai setiap saat.
 - 5) Bila > 6 mgg PP& klien telah mendapat haid, Minipil dapat dimulai pada hari 1–5 siklus haid
 - 6) Minipil dapat diberikan segera pasca keguguran
 - 7) Bila klien sebelumnya menggunakan alkon hormonal lain& ingin menggantinya dengan Minipil, maka dapat segera diberikan, bila

saja alkon sebelumnya digunakan dg benar/ ibu tersebut sedang tidak hamil. Tidak perlu menunggu sampai datangnya haid berikutnya.

- 8) Bila alkon yg sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan, Minipil diberikan pd jadwal Suntikan yg berikutnya. Tidak perlu alkon lain.
 - 9) Bila alkon sebelumnya adalah alkon non hormonal& Ibu tersebut ingin menggantinya dengan Minipil, Minipil diberikan pada hari 1- 5 siklus haid & tidak perlu alkon lain
 - 10) Bila alkon sebelumnya adalah AKDR (termasuk AKDR yg mengandung hormon), Minipil dapat diberikan pada hari 1- 5 siklus haid. Dilakukan pengangkatan AKDR.
- j. Keadaan yang memerlukan perhatian khusus:
1. Stroke: Sebaiknya jgn menggunakan Minipil
 2. Penyakit Jantung Koroner/infark: Jangan diberikan Minipil. Progestin menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah
 3. Kanker Payudara: Tidak boleh diberi Minipil
- k. Instruksi kepada klien:
- 1) Minum Minipil setiap hari pada saat yang sama
 - 2) Minum Minipil pada hari pertama pada hari pertama haid.
 - 3) Bila muntah dalam 2 jam setelah minum Minipil, minumlah pil yang lain/gunakan metode alkon yg lain bila klien berniat melakukan hubungan Seksual pada 48 jam berikutnya
 - 4) Bila terlambat minum lebih dari 3 hari, minumlah segera setelah ingat. Gunakan metode pelindung slm 48 jam.

- 5) Bila lupa 2 atau 3 pil, minumlah pil yg lupa segera setelah ingat&gunakan metode pelindung sampai akhir bulan.
- 6) Walaupun klien belum haid, mulailah paket baru sehari setelah paket terakhir habis.
- 7) Bila haid teratur setiap bulan& kemudian kehilangan satu siklus (tidak haid), atau bila merasa hamil, temui petugas kesehatan untuk tes kehamilan.

1. Informasi lain yang perlu disampaikan:

- 1) Terjadinya perubahan pola haid merupakan hal yang sering ditemukan selama minum Minipil, terutama 2 atau 3 bulan pertama. Perubahan tersebut bersifat sementara dan tidak sampai mengganggu kesehatan.
- 2) Kadang kadang timbul efek samping (peningkatan berat badan, Sakit kepala ringan, dan nyeri payudara). Efek samping ini tidak berbahaya dan hilang dengan sendirinya.
- 3) Obat TB (Rifampisin), dan beberapa obat Epilepsi dapat menurunkan efektivitas. Minipil tidak mencegah terjadinya IMS, HIV (jika pasangan memiliki resiko, maka perlu digunakan kondom).

m. Efek samping:

1. Amenorea
2. Perdarahan tidak teratur/spoting

2) Suntik progestin

Profil:

1. sangat efektif

2. aman
3. dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi
4. kembalinya kesuburan lebih lambat, rata-rata 4 bulan
5. cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI

a. Jenis suntik progestin:

1. Depo medroksiprogesteron asetat (depoprovera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskular (didaerah bokong)
2. Depo noretisteron enantat (depo noristerat), yang mengandung 200 mg noretindron enantat, diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular.

b. Cara kerja:

- 1) Mencegah ovulasi
- 2) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.
- 3) Menjadikan selaput lendir serviks sehingga tipis dan atrofi.
- 4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

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

d. Keuntungan suntik progestin:

- 1) Sangat efektif.

- 2) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
 - 3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
 - 4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.
 - 5) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.
 - 6) Sedikit efek samping.
 - 7) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
 - 8) Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause.
 - 9) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik
 - 10) Menurunkan penyakit jinak pada payudara
 - 11) Mencegah beberapa penyebab radang panggul
 - 12) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell).
- e. Keterbatasan suntik progestin:
1. Sering ditemukan gangguan haid, seperti:
 - a) Siklus haid yang memendek atau memanjang
 - b) Perdarahan yang banyak atau sedikit
 - c) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting)
 - d) Tidak haid sama sekali
 2. Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan)
 3. Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut
 4. Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering

5. Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV
 6. Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian
 7. Terlambatnya kembali kesuburan bukan karena terjadinya kerusakan/kelainan pada organ genitalia, melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat suntikan)
 8. Terjadinya perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang
 9. Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan *libido*, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, *nervositas*, jerawat
- f. Yang dapat menggunakan kontrasepsi suntikan progestin:
- 1) Usia reproduksi.
 - 2) Nulipara dan yang telah memiliki anak.
 - 3) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi.
 - 4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
 - 5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
 - 6) Setelah abortus atau keguguran.
 - 7) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi.

- 8) Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit.
 - 9) Menggunakan obat untuk *epilepsi* (fenitoin dan barbiturat) atau obat *tuberculosis* (rifampisin).
 - 10) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen.
 - 11) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.
 - 12) Anemia defisiensi besi.
 - 13) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.
- g. Yang tidak boleh menggunakan kontrasepsi suntikan progestin:
1. Hamil atau dicurigai hamil (resiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran)
 2. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
 3. Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea
 4. Menderita kanker payudara atau riwayat kanker Payudara.
 5. Diabetes melitus Disertai komplikasi.
- h. Waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntikan progestin:
1. Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut tidak hamil
 2. Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid

3. Pada perempuan yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap saat, dengan syarat tidak hamil. Selama tujuh hari suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual
4. Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntik. Apabila telah menggunakan kontrasepsi hormonal sebelumnya secara benar dan tidak hamil, suntikan pertama dapat diberikan tanpa perlu menunggu sampai haid berikutnya datang
5. Ibu yang menggunakan satu jenis kontrasepsi suntik dan ingin menggantinya dengan jenis kontrasepsi suntik jenis lain, kontrasepsi suntik yang akan diberikan dimulai pada saat jadwal kontrasepsi suntikan yang sebelumnya
6. Perempuan yang menggunakan kontrasepsi nonhormonal dan ingin menggantinya dengan jenis kontrasepsi hormonal. Suntikan pertama kontrasepsi hormonal yang akan diberikan dapat segera diberikan, dengan syarat tidak hamil dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya datang. Apabila disuntik setelah hari ke-7 haid, maka selama tujuh hari setelah disuntik tidak boleh melakukan hubungan seksual
7. Ingin mengganti AKDR dengan kontrasepsi hormonal. Suntikan pertama dapat diberikan pada hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, atau dapat diberikan setiap saat setelah hari ke-7 siklus haid, dengan syarat yakin tidak hamil.

8. Ibu Tidak haid atau dengan perdarahan tidak teratur. Suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, dengan syarat tidak hamil, dan selama tujuh hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

i. Informasi lain yang perlu disampaikan:

- 1) Pemberian kontrasepsi suntik sering menimbulkan gangguan haid (amenore). Gangguan haid ini biasanya bersifat sementara dan sedikit .sekali mengganggu kesehatan
- 2) Dapat terjadi efek samping sepertipeningkatan berat badan, sakit kepala, dan nyeri payudara. Efek-efek samping ini jarang, tidak berbahaya, dan cepat hilang
- 3) Karena dapat berakibat terlambat kesuburan, penjelasan perlu diberikan pada perempuan usia muda yang ingin menunda kehamilan atau bagi perempuan yang merencanakan kehamilan berikutnya dalam waktu dekat
- 4) Setelah suntikan dihentikan, haid tidak segera datang. Haid baru datang kembali pada umumnya setelah enam bulan. Selama tidak haid tersebut dapat saja terjadi kehamilan. Apabila setelah 3-6 bulan tidak haid, klien harus kembali ke dokter atau tempat pelayanan kesehatan untuk mencari penyebabnya.
- 5) Jika klien tidak dapat kembali pada jadwal yang telah ditentukan, suntikan dapat diberikan 2 minggu sebelum jadwal. Dapat juga suntikan diberikan 2 minggu setelah jadwal yang yang ditetapkan,

asal saja tidak terjadi kehamilan. Klien tidak dibenarkan melakukan hubungan seksual selama 7 hari, atau menggunakan metode kontrasepsi lainnya selama 7 hari. Bila perlu dapat juga menggunakan kontrasepsi darurat

6) Bila klien, misalnya, sedang menggunakan salah satu kontrasepsi suntikan dan kemudian meminta untuk digantikan dengan kontrasepsi suntikan yang lain, sebaiknya jangan dilakukan. Andai kata terpaksa juga dilakukan, kontrasepsi yang akan diberikan tersebut diinjeksi sesuai dengan jadwal suntikan dari kontrasepsi hormonal yang sebetulnya.

7) Bila klien lupa jadwal suntikan, suntikan dapat segera diberikan, asal saja diyakini ibu tersebut tidak hamil.

j. Efek samping dan penatalaksanaannya:

1. Amenore, terjadi karena kontrasepsi progestin menimbulkan perubahan histologi pada endometrium sampai pada atrofi endometrium. Penanganannya tidak perlu dilakukan tindakan apapun cukup konseling pada bidan.

2. Perdarahan. Gangguan ini sering terjadi ditanggulangi dengan pemberian preparat/progesteron/pil kombinasi, diberikan juga reborandia dan motivasi untuk perbaikan gizi, bila tidak berhenti juga setelah pengobatan sebaiknya akseptor dianjurkan untuk ganti cara.

3. Berat badan yang bertambah. Umumnya berat badan tidak terlalu besar, bervariasi antar kurang dari 1 kg sampai 5 kg dalam tahun pertama, penyebab berat badan tidak jelas. Tampaknya terjadi karena bertambahnya lemak tubuh dan bula karena retensi tubuh. DMPA merangsang pusat pengendali nafsu makan di hipotalamus yang menyebabkan akseptor makan lebih banyak dari pada biasanya. Penanggulangan: jumlah porsi makan dikurangi dengan diet bila cara tidak menolong dan badan terus bertambah akseptor dianjurkan ganti kontrasepsi.
4. Sakit kepala. Penyebabnya karena reaksi tubuh terhadap progesterone. Penanggulangan: dijelaskan bahwa keluhan tersebut bersifat sementara dan akan hilang dalam 3 bulanan setelah penyuntikan.
5. Acne dan jerawat. Jerawat yang paling muncul didaerah wajah. Penyebabnya adalah progesterone terutama 19 norprogestin menyebabkan peningkatan kadar lemak.
6. Menoragia (perdarahan lebih banyak/lebih sedikit). Gangguan ini ditanggulangi dengan pemberian tablet sulfas ferosus, 3x1 tablet (5-7 hari) sampai keadaan membaik.
7. Rambut rontok. Gejala ini bisa didapatkan sesudah pemakaian/setelah pemakaian. Penanggulangan diberikan penjelasan bahwa hal itu merupakan efek samping dari kontrasepsi suntik dan

gejala itu akan hilang dan kembali normal tanpa pengobatan setelah penghentian suntikan (Kusumastutia & Hartinah, 2018).

3) Implant

KB implan adalah metode kontrasepsi yang sangat efektif, tidak permanen dan tidak dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun. Metode ini dikembangkan oleh the population council, yaitu suatu organisasi internasional yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan teknologi kontrasepsi.

a. Jenis implant:

1. Norplant

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 34 cm dengan diameter 2,4mm yang diisi dengan 216 mg levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun, kapsul terbuat dari bahan silatik medik (polydimethylsiloxane) yang fleksibel dimana kedua ujungnya ditutup dengan penyumbat sintetik yang tidak mengganggu kesehatan klien. Setelah penggunaan selama 5 tahun, ternyata masih tersimpan sekitar 50% bahan aktif levonorgestrel asal yang belum terdistribusi ke jaringan interstisial dan sirkulasi enam kapsul norplant dipasang menurut konfigurasi kipas dilapisan subdermal lengan atas.

2. Implanon

Terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira – kira 40 mm, diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun

3. Jadena dan indoplant

Terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg levonogestrel dengan lama kerjanya 3 tahun

b. Cara kerja:

- 1) Lendir serviks menjadi kental
- 2) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi
- 3) Mengurangi transportasi sperma
- 4) Menekan ovulasi

c. Efek samping:

- 1) Tidak memberikan efek protektif terhadap PMS dan AIDS
- 2) Membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan
- 3) Akseptor tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai keinginannya sendiri akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan
- 4) Dapat mempengaruhi penurunan dan peningkatan berat badan
- 5) Memiliki resiko (infeksi, hematoma, dan perdarahan)
- 6) Dapat menyebabkan perubahan pola siklus haid : spotting, amenorea, hipermenorea, dll.

d. Yang boleh menggunakan:

1. Usia reproduksi
2. Tidak memiliki anak ataupun belum punya anak
3. Menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektifitas tinggi dan menghendaki pencegahan
4. kehamilan jangka panjang
5. Menyusui dan belum menggunakan kontrasepsi
6. Pasca persalinan dan tidak menyusui
7. Pasca keguguran
8. Tidak menginginkan anak lagi, tetapi menolak sterilisasi
9. Riwayat kehamilan ektopik
10. Tekanan darah $< 180/100$ mmHg
11. Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen
12. Sering lupa menggunakan pil

e. Yang tidak boleh menggunakan adalah:

- 1) Hamil atau diduga hamil
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- 3) Benjolan / kanker payudara atau riwayat kanker payudara
- 4) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi
- 5) Mioma uteri dan kanker payudara
- 6) Gangguan toleransi glukosa
- 7) Penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus

5 Alat kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)

1) AKDR hormon sintetik

Jenis AKDR yang mengandung hormon steroid adalah prigestase yang mengandung progesteron dari mirena yang mengandung levonorgestrel.

a. Cara kerja:

1. Endometrium mengalami transformasi yang ireguler, epitel atrofi sehingga mengganggu implantasi
2. Mencegah terjadinya pembuahan dengan mengeblok bertemunya ovum dengan sperma
3. Mengurangi jumlah sperma yang mencapai tuba fallopi
4. Menonaktifkan sperma.

b. Efektivitas: sangat efektif, yaitu 0,5-1 kehamilan per 100 perempuan selama satu tahun pertama penggunaan

c. Keuntungan:

1. Kontrasepsi:

- a) Efektifitas dengan proteksi jangka panjang (satu tahun)
- b) Tidak menunggu hubungan suami istri
- c) Tidak berpengaruh terhadap ASI
- d) Kesuburan segera kembali sesudah AKDR diangkat
- e) Efek sampingnya sangat kecil
- f) Memiliki efek sistemik yang sangat kecil

2. Non kontrasepsi:

- a) Mengurangi nyeri haid
- b) Dapat diberikan pada usia perimenopause bersamaan dengan pemberian estrogen untuk mencegah hiperplasia endometrium
- c) Mengurangi jumlah darah haid
- d) Sebagai pengobatan alternatif pengganti operasi pada perdarahan uterus disfungsional dan adenomiosis
- e) Merupakan kontrasepsi pilihan utama pada perempuan perimenopause
- f) Tidak mengurangi kerja obat tuberkulosis ataupun obat epilepsi, karena AKDR yang mengandung progestin kerjanya terutama lokal pada endometrium.

d. Keterbatasan:

- 1) Diperlukan pemeriksaan dalam dan penyaringan infeksi genitalia sebelum pemasangan AKDR
- 2) Diperlukan tenaga terlatih untuk pemasangan dan pencabutan AKDR
- 3) Klien tidak dapat menghentikan sendiri setiap saat, sehingga sangat tergantung pada tenaga kesehatan
- 4) Pada penggunaan jangka panjang dapat menjadi amenorea
- 5) Dapat terjadi perforasi uterus pada saat insersi (<1/1000 kasus)
- 6) Kejadian kehamilan ektopik relatif tinggi

- 7) Bertambahnya resiko mendapat penyakit radang panggul sehingga dapat menyebabkan infertilitas
 - 8) Mahal
 - 9) Progestin sedikit meningkatkan resiko trombosis sehingga perlu hati-hati pada perempuan premenopause. Resiko ini lebih rendah bila dibandingkan dengan pil kombinasi
 - 10) Progestin dapat menurunkan kadar Hdl-kolesterol pada pemberian jangka panjang sehingga perlu hati-hati pada perempuan dengan penyakit kardiovaskular.
 - 11) Memperburuk perjalanan penyakit kanker payudara
 - 12) Progestin dapat mempengaruhi jenis-jenis tertentu hiperlipidemia
 - 13) Progestin dapat memicu pertumbuhan miom uterus.
- e. Yang boleh menggunakan AKDR dengan progestin adalah:
- 1) Usia reproduksi
 - 2) Telah memiliki anak maupun belum
 - 3) Menginginkan kontrasepsi efektif jangka panjang untuk mencegah kehamilan
 - 4) Sedang menyusui dan ingin memakai kontrasepsi
 - 5) Pasca keguguran dan tidak ditemukan tanda-tanda radang panggul
 - 6) Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal kombinasi
 - 7) Sering lupa menggunakan pil

- 8) Usia premenopause dan dapat digunakan bersamaan dengan pemberian estrogen
 - 9) Mempunyai resiko rendah mendapat penyakit menular seksual.
- f. Yang tidak boleh menggunakan AKDR dengan progestin:
- 1) Hamil atau diduga hamil
 - 2) perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
 - 3) Menderita vaginitis, salpingitis, endometriosis
 - 4) Menderita penyakit radang panggul atau pasca keguguran septik
 - 5) Kelainan kongenital Rahim
 - 6) Mioma submukosum
 - 7) Rahim yang sulit digerakkan
 - 8) Riwayat kehamilan ektopik
 - 9) Penyakit trofoblas ganas
 - 10) Terbukti menderita penyakit tuberculosis panggul
 - 11) Kanker genitalia atau payudara
 - 12) Sering ganti pasangan
 - 13) Gangguan toleransi glukosa. Progestin menyebabkan sedikit peningkatan kadar gula dan kadar insulin.
- g. Waktu AKDR dengan progestin dipasang:
- a) Setiap waktu selama siklus haid, jika perempuan tersebut dapat dipastikan tidak hamil.
 - b) Sesudah melahirkan, dalam waktu 48 jampertama pasca persalinan, 6-8 minggu, ataupun lebih sesudah melahirkan

- c) Segera sesudah induksi haid, pasca keguguran spontan, atau keguguran buatan, dengan syarat tidak terdapatnya bukti-bukti adanya infeksi.
- h. Keadaan yang memerlukan perhatian khusus:
1. Nyeri haid hebat Dapat disebabkan oleh AKDR, klien perlu rujuk. Umumnya terjadi pada permulaan pemakaian. Pada dasarnya progestin mengurangi nyeri haid
 2. Riwayat kehamilan ektopik Jelaskan kepada klien tanda-tanda kehamilan ektopik dan bila ada segera mencari pertolongan di rumah sakit
 3. Gejala penyakit katup jantung Berikan antibiotik saat insersi AKDR. Bila anemia ($Hb < 9g/dl$), ganti dengan metode kontrasepsi lain
 4. Menderita nyeri kepala atau migrain paling sering ditemukan pada AKDR yang mengandung progestin. Bila sakitnya berat, rujuk klien dan cabut AKDR. Pada keluhanringan cukup berikan analgetik (jangan berikan aspirin).
 5. Penyakit hati aktif (virus hepatitis) Sebaiknya jangan diberi AKDR yang mengandung progestin,
 6. penyakit jantung sebaiknya jangan diberi AKDR yang mengandung progesteron, karena progesteron mempengaruhi lipid dan vasokonstriksi

7. Stroke atau riwayat stroke Sebaiknya jangan menggunakan AKDR yang mengandung progestin
8. Tumor jinak maupun ganas pada hati Progestin dapat memicu pertumbuhan tumor, sebaiknya jangan diberi AKDR dengan progestin.

i. Instruksi kepada pasien:

Dalam keadaan normal klien kembali untuk kontrol rutin sesudah menstruasi pertama kali pascapemasangan (4-6 minggu) tetapi jangan sampai melewati 3 bulan sesudah pemasangan AKDR. Cek benang AKDR dan jika terjadi salah satu keadaan berikut ini, klien harus kembali ke klinik. Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah:

1. Timbul kram di perut bagian bawah
2. Adanya perdarahan bercak antara haid atau sesudah melakukan sanggama
3. Nyeri sesudah melakukan senggama atau jika suaminya mengalami perasaan kurang enak sewaktu melakukan sanggama
4. AKDR perlu diangkat setelah satu tahun ataupun lebih awal bila dikehendaki.
5. Bila terjadi ekspulsi AKDR, atau keluar cairan yang berlebihan dari kemaluan, lihat terjadi infeksi atau tidak
6. Muncul keluhan sakit kepala atau sakit kepala makin parah

j. Informasi lain yang perlu disampaikan:

1. AKDR yang digunakan tersebut segera efektif

2. Pada bulan pertama pemakaian dapat terjadi ekspulsi AKDR.
 3. Pada pemakaian jangka panjang dapat terjadi amenorea
 4. AKDR dapat saja dicabut setiap saat sesuaidengan keinginan klien.
 5. AKDR tidak dapat melindungi klien terhadappenyakit hubungan seksual dan AIDS/HIV.
- k. Jadwal kunjungan kembali ke klinik: Normalnya klien harus kembali untuk kontrol pertama sesudah datang haid pertama setelah AKDR dipasang (4-6 minggu), tetapi jangan lebih dari 3 bulan. Ditanyakan masalah-masalah yang muncul selama pemakaian AKDR.
1. Peringatan khusus untuk pemakai AKDR dengan progestin:
 - 1) Tidak datang haid disertai dengan keluhan mual dan nyeri payudara perlu dicurigai terjadinya kehamilan
 - 2) Nyeri perut bagian bawah perlu dicurigai kemungkinan terjadi kehamilan ektopik.
 - 3) Kram atau nyeri perut bagian bawah, terutama bila disertai dengan tidak enak badan, demam atau menggigil perlu dicurigai kemungkinan terjadi infeksi panggul.
 - 4) AKDR jenis ini tidak dapat melindungi diri dari penyakit hubungan seksual dan AIDS / HIV
- m. Efek samping
1. Amenorea
 2. Kram

3. Perdarahan yang tidak teratur dan banyak
4. Benang hilang
5. Cairan vagina atau dugaan penyakit radang panggul

2) AKDR non hormonal

AKDR adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastik yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormone dan dimasukkan ke dalam rahim melalui vagina dan mempunyai benang.

Profil:

1. Sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang (dapat sampai 10 tahun: CuT 380A)
2. Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak
3. Pemasangan 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).

a. Jenis AKDR:

1. AKDR CuT-380A

Kecil kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat tembaga (Cu)

Tersedia di Indonesia dan terdapat di mana-mana

2. AKDR lain yang beredar di Indonesia ialah NOVA T (Schering)
3. Selanjutnya yang akan dibahas adalah khusus CuT-380A

b. Cara kerja:

- 1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ketuba falopi
- 2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- 3) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.
- 4) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

c. Keuntungan:

1. Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi Sangat efektif → 0,6 - 0,8 kehamilan / 100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125 – 170 kehamilan).
2. AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
3. Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT – 380A dan tidak perlu diganti)
4. Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat
5. Tidak mempengaruhi hubungan seksual
6. Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
7. Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT - 380A)
8. Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI

9. Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
10. Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
11. Tidak ada interaksi dengan obat – oba
12. Membantu mencegah kehamilan ektopik.

d. Kerugian:

1. Efek samping yang mungkin terjadi:

- a) Perubahan siklus haid (umum pada 3 bulan pertama dan akan
- b) berkurang setelah 3 bulan)
- c) Haid lebih lama dan banyak
- d) Perdarahan (spotting) antar menstruasi
- e) Saat haid lebih sakit

2. Komplikasi Lain:

- a) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan
- b) Perdarahan berat pada waktu haid atau di antaranya yang memungkinkan penyebab anemia
- c) Perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangannya benar)
- d) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
- e) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan

- f) Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR. PRP dapat memicu infertilitas
 - g) Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik terganggu karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal
 - h) Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik diperlukan dalam pemasangan AKDR. Seringkali perempuan takut selama pemasangan.
 - i) Sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang dalam 1-2 hari
 - j) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri, petugas kesehatan terlatih yang harus melepas AKDR
 - k) Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera sesudah melahirkan)
 - l) Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukkan jarinya kedalam vagina, sebagian perempuan tidak mau melakukan ini.
- e. Yang dapat menggunakan:
1. Usia reproduktif
 2. Keadaan multipara
 3. Menginginkan penggunaan kontrasepsi jangka panjang
 4. Menyusui dan menginginkan menggunakan kontrasepsi
 5. Tidak menyusui bayinya

6. Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi
 7. Risiko rendah dari IMS
 8. Tidak menghendaki metode hormonal
 9. Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari
 10. Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama.
- f. Pada umumnya ibu dapat menggunakan AKDR Cu dengan aman dan efektif. AKDR dapat digunakan pada ibu dalam segala kemungkinan keadaan misalnya:
1. Perokok
 2. Pascakeguguran atau kegagalan kehamilan apabila tidak terlihat adanya infeksi
 3. Sedang memakai antibiotika atau antikejut
 4. Gemuk ataupun kurus
 5. Sedang menyusui
- g. Begitu juga ibu dalam keadaan seperti dibawah ini dapat menggunakan AKDR:
1. Penderita tumor jinak payudara
 2. Penderita kanker payudara
 3. Pusing-pusing, sakit kepala
 4. Tekanan darah tinggi
 5. Varises di tungkai atau di vulva
 6. Penderita penyakit jantung (termasuk penyakit jantung katup dapat diberi antibiotika sebelum pemasangan AKDR

7. Pernah menderita stroke
8. Penderita diabetes
9. Penderita penyakit hati atau empedu
10. Malaria
11. Skistosomiasis (tanpa anemia)
12. Penyakit tiroid
13. Epilepsi
14. Nonpelvik TBC
15. Setelah kehamilan ektopik
16. Setelah pembedahan pelvik

h. Yang tidak diperkenankan menggunakan AKDR:

1. Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil)
2. Perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai dapat dievaluasi)
3. Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servisititis)
4. Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septik
5. Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak Rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri
6. Penyakit trofoblas yang ganas
7. Diketahui menderita TBC pelvik
8. Kanker alat genital
9. Ukuran rongga Rahim kurang dari 5 cm

i. Efek samping

1. Diketahui menderita TBC pelvik
2. Kanker alat genital
3. Ukuran rongga Rahim kurang dari 5 cm

j. Waktu penggunaan

1. Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil
2. Hari pertama sampai ke-7 siklus haid
3. Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pasca persalinan, setelah 6 bulan apabila menggunakan metode amenorea laktasi (MAL). Perlu diingat, angka ekspulsi tinggi pada pemasangan segera atau selama 48 jam pasca persalinan.
4. Setelah menderita abortus (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi
5. Selama 1 sampai 5 hari senggama yang tak dilindungi.

k. Petunjuk bagi klien:

1. Kembali memeriksakan diri setelah 4-6 minggu pemasangan AKDR
2. Selama bulan pertama mempergunakan AKDR, periksalah benang AKDR secara rutin terutama setelah haid
3. Setelah bulan pertama pemasangan, hanya perlu memeriksa keberadaan benang setelah haid apabila mengalami:

- a. Kram/kejang di perut bagian bawah
 - b. Perdarahan (spotting) diantara haid atau setelah senggama
 - c. Nyeri setelah senggama atau apabila pasangan mengalami tidak nyaman selama melakukan hubungan seksual
4. Copper T-380A perlu dilepas setelah 10 tahun pemasangan, tetapi dapat dilakukan lebih awal apabila diinginkan
 5. Kembali ke klinik apabila:
 - a. Tidak dapat meraba benang AKDR
 - b. Merasakan bagian yang keras dari AKDR
 - c. AKDR terlepas
 - d. Siklus terganggu/meleset
 - e. Terjadi pengeluaran cairan dari vagina yang mencurigakan
 - f. Adanya infeksi
- I. Informasi umum:
 1. AKDR bekerja langsung efektif segera setelah pemasangan
 2. AKDR dapat keluar dari uterus secara spontan, khususnya selama beberapa bulan pertama
 3. Kemungkinan terjadi perdarahan atau spotting beberapa hari setelah pemasangan.
 4. Perdarahan menstruasi biasanya akan lebih lama dan lebih banyak
 5. AKDR mungkin dilepas setiap saat atas kehendak klien

6. Jelaskan pada klien jenis AKDR apa yang di gunakan, kapan akan dilepas dan berikan kartu tentang semua informasi ini.
7. AKDR tidak melindungi dir terhadap IMS termasuk virus AIDS. Apabila pasangannya beresiko, mereka harus menggunakan kondom seperti halnya AKDR

6. Metode kontrasepsi mantap

1) MOW (tubektomi)

Tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini. Tubektomi termasuk metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang. Efektivitas tubektomi:

1. Kurang dari 1 kehamilan per 100 (5 per 1000) perempuan pada tahun pertama penggunaan
2. Pada 10 tahun penggunaan, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 per 1000 perempuan)
3. Efektivitas kontraseptif terkait juga dengan teknik tubektomi (penghambatan atau oklusi tuba) tetapi secara keseluruhan, efektivitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan metode kontrasepsi lainnya. Metode dengan efektivitas tinggi adalah tubektomi minilaparotomi pascapersalinan.

- a. Efek samping, resiko dan komplikasi: jarang sekali ditemukan efek samping, baik jangka pendek maupun jangka panjang.
- b. Keuntungan: Mempunyai efek protektif terhadap kehamilan dan penyakit radang panggul (PID). Beberapa studi menunjukkan efek protektif terhadap kanker ovarium
- c. Resiko: walaupun jarang, tetapi dapat terjadi komplikasi tindakan pembedahan dan anastesi. Penggunaan anastesi lokal sangat mengurangi resiko yang terkait dengan tindakan anastesi umum.
- d. Salah persepsi yang harus dikoreksi terkait tubektomi:
 1. Tidak menyebabkan pengguna menjadi lemah
 2. Tidak menimbulkan nyeri pinggang, uterus, atau abdomen yang berkepanjangan
 3. Bukan prosedur pengangkatan uterus (histerektomi)
 4. Tidak menyebabkan gangguan keseimbangan hormone
 5. Tidak menyebabkan perubahan pola haid (menoragia, metroragia, polimenorea)
 6. Tidak menambah nafsu makan atau berat badan
 7. Tidak menurunkan libido
 8. Mengurangi resiko kehamilan ektopik.
- e. Tubektomi sesuai untuk:
 1. Pasangan yang tidak ingin menambah anak lagi
 2. Ibu pasca bersalin
 3. Ibu menyusui

4. Tidak ingin menggunakan kontrasepsi yang harus dipakai atau disiapkan setiap waktu
 5. Perempuan dengan gangguan kesehatan yang bertambah berat jika terjadi kehamilan
 6. Pengguna kontrasepsi yang menimbulkan gangguan pola haid.
- f. Enam hal penting dalam konseling tubektomi:
1. Masih ada berbagai jenis kontrasepsi jika klien belum mantap untuk tubektomi
 2. Tubektomi adalah prosedur bedah minor
 3. Selain menguntungkan, tubektomi juga memiliki resiko
 4. Setelah tubektomi, klien tdk dapat hamil lagi
 5. Tubektomi bersifat permanen
 6. Klien dapat setiap saat untuk membatalkan pilihan untuk menggunakan tubektomi, selama prosedur tubektomi belum dilaksanakan.
- g. Kelainan medik tubektomi (affandi, 2014):
1. Klasifikasi C
 - a) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya
(perlu evaluasi atau konfirmasi)
 - b) Infeksi panggul yang akut
 - c) Infeksi sistemik yang akut (misalnya: influenza, gastroenteritis, hepatitis virus, dan sebagainya)
 - d) Anemia ($Hb < g/dl$)

- e) Infeksi kulit didaerah operasi
- f) Kanker ginekologi
- g) Trombosis vena dalam

2. Klasifikasi D

- 1) Diabetes mellitus
- 2) Penyakit jantung simptomatis
- 3) Hipertensi (> 160/100 mmHG) terutama yang disertai kelainan vaskuler
- 4) Kelainan pembekuan darah
- 5) Obesitas (>80 kg/ 176 cm), perbandingan tinggi dan berat badan tidak normal
- 6) Hernia abdominalis atau hernia umbilikalisis
- 7) Perut sayatan / sayatan ganda pada dinding abdomen bawah

h. Profil:

- 1. Sangat efektif dan permanen
- 2. Tindak pembedahan yang aman dan sederhana
- 3. Tidak ada efek samping
- 4. Konseling dan informed consent (persetujuan tindakan) mutlak diperlukan

5. Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seorang pemimpin.

i. Jenis

- 1. Minilaparotomi

2. Laparoskopi

j. Mekanisme kerja: Dengan mengokulasi tuba falopi (meningkat dan memotong atau memasang cincin) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum

k. Manfaat:

1. Kontrasepsi:

- a) Sangat efektif (0,5kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan)
- b) Tidak mempengaruhi proses menyusui(breastfeeding)
- c) Tidak bergantung pada faktor seggama
- d) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi resiko kesehatan yang serius
- e) Pembedahan sederhana dapat menggunakan anestesi lokal
- f) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang
- g) Tidak ada perubahan fungsi seksual (tidak ada efek pada produksi hormon ovarium).

2. Non kontrasepsi: berkurangnya resiko kanker ovarium

1. Keterbatasan:

- 1) Harus dipertimbangkan sifat permanen kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali, kecuali dengan operasi rekanalisasi)
- 2) Klien dapat menyesal dikemudian hari

- 3) Resiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anestesi umum)
- 4) Rasa sakit atau ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan
- 5) Dilakukan oleh dokter yang terlatih (dibutuhkan dokter spesialis ginekologi ata dokter spesialis bedah untuk proses laparoskopi)
- 6) Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk HBV dan HIV/AIDS.

m. Isu-isu klien:

1. Klien mempunyai hak untuk berubah pikiran setiap waktu sebelum prosedur ini.
2. Informed consent harus diperoleh dan standard consent form harus ditandatangani oleh klien sebelum prosedur ini dilakukan, informed consent form dapat ditandatangani oleh seorang saudara atau pihak yang bertanggung jawab atas seorang yang kurang paham atau tidak dapat memberikan informed consent, misal individu yang tidak kompeten secara kejiwaan.

n. Yang dapat menjalani tubektomi:

1. Usia > 26 tahun
2. Paritas > 2

3. Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya
 4. Pada kehamilan akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius
 5. Pascapersalinan
 6. Pascakeguguran
 7. Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini.
- o. Keadaan yang memerlukan perhatian khusus:
1. Masalah- masalah medis yang signifikan (misalnya penyakit jantung atau pembekuan darah, penyakit radang panggul sebelumnya atau sekarang, obesitas, diabetes)
 2. Anak tunggal dan atau dengan tanpa anak sama sekali
- p. Yang sebaiknya tidak menjalani tubektomi:
1. Hamil (sudah terdeteksi atau dicurigai)
 2. Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan (hingga harus dievaluasi)
 3. Infeksi sistemik atau pelvik yang akut (sehingga masalah itu disembuhkan atau dikontrol)
 4. Tidak boleh menjalani proses pembedahan
 5. Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas dimasa depan
 6. Belum memberikan persetujuan tertulis
- q. Kapan dilakukannya:

1. Setiap waktu selama siklus menstruasi apabila diyakini secara rasional klien tersebut tidak hamil
2. Hari ke-6 hingga ke-13 dari siklus menstruasi (fase proliferasi)
3. Pascapersalinan:
 - a. Minilap: didalam waktu 2 hari atau setelah 6 minggu atau 12 minggu.
 - b. Laparoscopi: tidak tepat untuk klien-klien pascapersalinan
4. Pascakeguguran:
 - a. Triwulan pertama: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap atau laparoscopi)
 - b. Triwulan kedua: dalam waktu 7 hari sepanjang tidak ada bukti infeksi pelvik (minilap saja).

2) MOP (vasektomi)

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini.

- a. Vasektomi:
 1. Disebut juga sebagai metode kontrasepsi operatif lelaki
 2. Metode permanen untuk pasangan tidak ingin anak lagi

3. Metode ini membuat sperma (yang disalurkan melalui vas deferens) tidak dapat mencapai vesikula seminalis yang pada saat ejakulasi dikeluarkan bersamaan dengan cairan semen.
4. Untuk oklusi vas deferens, diperlukan tindakan insisi kecil (minor) pada daerah rafe scrotalis
5. Penyesalan terhadap vasektomi, tidak segera memulihkan fungsi reproduksi karena memerlukan tindakan pembedahan ulang
6. Vasektomi termasuk pembedahan metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang.

b. Efektivitas vasektomi:

1. Setelah masa pengosongan sperma dari vesikula seminalis (20 kali ejakulasi menggunakan kondom) maka kehamilan hanya terjadi 1 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.
2. pada mereka yang tidak dapat memastikan (analisis sperma) masih adanya sperma pada ejakulasi atau tidak patuh menggunakan kondom hingga 20 kali ejakulasi maka kehamilan terjadi pada 2-3 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan
3. Selama 3 tahun penggunaan, terjadi sekitar 4 kehamilan per 100 perempuan
4. Bila terjadi kehamilan pascavasektomi, kemungkinan adalah:

- a) Pengguna tidak menggunakan metode tambahan (barrier) saat senggama dalam 3 bulan pertama pascavasektomi
- b) Oklusi vasdeferens tidak tepat
- c) Rekanalisasi spontan
- c. Manfaat non kontraseptif vasektomi:
 - 1. Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang
 - 2. Tinggi tingkat resiko efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi.
- d. Keterbatasan vasektomi:
 - 1. Permanen (non-reversible) dan timbul masalah bila klien menikah lagi
 - 2. Bila tak siap ada kemungkinan penyesalan dikemudian hari
 - 3. Perlu pengosongan depot sperma di vesikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi
 - 4. Resiko dan efek samping pembedahan kecil
 - 5. Adanya nyeri atau rasa tak nyaman pascabedah
 - 6. Perlu tenaga pelaksana terlatih
 - 7. Tidak melindungi klien terhadap PMS (misalnya: HBV, HIV/AIDS).
- e. Efek samping, resiko, dan komplikasi
 - 1. Tidak ada efek samping jangka pendek dan jangka panjang. Karena area pembedahan termasuk superfisial, jarang sekali menimbulkan resiko merugikan klien. Walaupun jarang sekali,

dapat terjadi nyeri scrotal dan testicular berkepanjangan (bulanan atau tahunan). Komplikasi segera dapat berupa hematoma intersektoral dan infeksi. Teknik vasektomi tanpa pisau (VTP) sangat mengurangi kejadian infeksi pascabedah.

f. Salah persepsi yang harus dikoreksi terkait vasektomi:

1. Bukan kebiri atau kastrasi karena hanya vas deferens yang diikat bukan testisnya
2. Tidak memperoleh libido
3. Tidak mengganggu fungsi seksual atau disfungsi ereksi
4. Tidak membuat klien menjadi lemah atau kurang jantan
5. Vasektomi sesuai untuk laki-laki:
 - 1) Dari semua usia reproduksi (biasanya <50)
 - 2) Tidak ingin anak lagi, menghentikan fertilitas, ingin metode kontrasepsi yang sangat efektif dan permanen
 - 3) Yang istrinya mempunyai masalah usia, paritas atau kesehatan di mana kehamilan dapat menimbulkan resiko kesehatan atau mengancam keselamatan jiwa
 - 4) Yang mengalami asas sukarela dan memberi persetujuan tindakan medis untuk prosedur tersebut
 - 5) Yang merasa yakin bahwa mereka telah mendapatkan jumlah keluarga yang diinginkan.

g. Kelainan medik vasektomi:

1. Klasifikasi C

- a. Injeksi kulit ditempat insisi atau area pembedahan
- b. Infeksi akut saluran kemih dan genitalia
- c. Infeksi sistemik akut (misalnya: influenza, gastroenteritis, hepatitis virus)
- d. Penyakit jantung simtomatik, kelainan pembekuan darah, diabetes.

2. Klasifikasi D

- 1) Varikokel besar
- 2) Hernia inguinalis
- 3) Filariasis
- 4) Parut skrotum
- 5) Riwayat bedah skrotum atau testis sebelumnya
- 6) Massa intraskrotalis (perlu konfirmasi atau evaluasi lebih lanjut)
- 7) Testis tidak turun tetapi tidak ada riwayat infertilitas
- 8) Kriptorkismus (termasuk yang bilateral tetapi tidak punya riwayat infertilitas sebelumnya)
- 9) Penyakit yang berkaitan dengan PMS atau transmisi penyakit menular melalui hubungan seksual (missal; AIDS, HBV, dan sebagainya)
- 10) Anemia berat atau sedang menggunakan antikoagulan

h. Profil:

- 1) Sangat efektif

- 2) Tidak ada efek samping jangka panjang
 - 3) Tindak bedah yang aman dan sederhana
 - 4) Efektif setelah 20 kali ejakulasi atau 3 bulan
 - 5) Konseling dan informed consent mutlak diperlukan
- i. Batasan vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas produksi pria dengan jalan melakukan oklusi vas deferens sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilitas (penyatuan dengan ovum tidak terjadi).
- j. Indikasi:
- a. Vasektomi merupakan upaya untuk menghentikan fertilitas di masa fungsi reproduksi merupakan ancaman atau gangguan terhadap kesehatan pria dan pasangannya serta melemahkan kesehatan dan kualitas keluarga
 - b. Kondisi yang memerlukan perhatian khusus bagi tindakan vasektomi:
 - c. Infeksi kulit pada daerah operasi
 - d. Infeksi sistemik yang sangat mengganggu kondisi kesehatan klien
 - e. Hidrokel atau varikokel yang besar
 - f. Hernia inguinalis
 - g. Filariasis (elephantiasis)
 - h. Undesensus testikularis
 - i. Massa intraskrotaris

- j. Anemia berat, gangguan pembekuan darah Atau sedang menggunakan antikoagulan

2.5.9 Asuhan kebidanan pada akseptor KB di masa pandemi covid-19

Asuhan kebidanan yang diberikan meliputi:

1. Apabila tidak ada keluhan, Akseptor IUD/implan dapat menunda untuk kontrol ke bidan.
2. Pelayanan KB baru/kunjungan ulang dianjurkan membuat janji terlebih dahulu melalui media komunikasi
3. Melakukan pengkajian komprehensif sesuai standar, dengan kewaspadaan COVID-19, bidan dapat berkoordinasi dengan RT/RW/kades untuk informasi tentang status ibu (ODP/PDP/covid +)
4. Pelayanan KB dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 atau 2
5. Kunjungan ulang akseptor suntik/pil tidak dapat diberikan, untuk sementara ibu menggunakan kondom/pantang berkala/senggama terputus
6. Konsultasi KB, penyuluhan dan konseling dilakukan secara online (Nurjasmi, 2020).

2.6 KONSEP DASAR/TEORI KEBIDANAN

2.6.1 konsep dasar asuhan kehamilan

Menurut itang, 2019 ada beberapa langkah dalam memberikan asuhan kebidanan yaitu:

1. pengumpulan data dasar

Langkah pertama, pengkajian melalui pengumpulan semua data dasar yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Semua informasi yang akurat dikumpulkan dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap. Jika klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter dalam manajemen kolaborasi, bidan akan melakukan konsultasi. Langkah-langkah dalam pengkajian data sebagai berikut.

A. Data subjektif

1. Identitas, yang meliputi:

- a. Nama klien dan suami berguna untuk memperlancar komunikasi dalam asuhan sehingga tidak terlihat kaku dan lebih akrab.
- b. Umur: untuk mengetahui apakah klien dalam kehamilan yang berisiko atau tidak. Usia dibawah 16 tahun dan diatas 35 tahun merupakan usia berisiko tinggi untuk hamil. Usia yang baik untuk kehamilan maupun persalinan adalah 19 tahun-25 tahun.
- c. Suku/bangsa/etnis/keturunan: diidentifikasi dalam rangka memberikan perawatan yang peka budaya kepada klien.

d. Agama

e. Pendidikan: Tanyakan pendidikan tertinggi klien. Informasi ini membantu klinisi memahami klien sebagai individu dan memberi gambaran kemampuan baca tulisnya.

f. Pekerjaan: Untuk mengetahui apakah klien berada dalam status ekonomi yang cukup dan untuk mengkaji potensi kelahiran, prematur dan bahaya terhadap lingkungan kerja yang dapat merusak janin.

g. Alamat rumah: Untuk lebih memudahkan saat pertolongan persalinan dan untuk mengetahui jarak rumah dengan tempat rujukan.

h. Telepon: untuk memudahkan komunikasi

2. Menanyakan alasan kunjungan

Alasan kunjungan ini karena ada keluhan atau hanya untuk memeriksakan kehamilan.

3. Menanyakan keluhan utama

Alasan kenapa klien datang ke tempat bidan. Hal ini disebut tanda atau gejala. Dituliskan sesuai dengan yang diungkapkan oleh klien serta tanyakan juga sejak kapan hal tersebut dikeluhkan oleh pasien. Keluhan yang sering terjadi pada ibu hamil trimester III yaitu:

a. Nokturia

Terjadi peningkatan frekuensi berkemih. Aliran balik vena dari

ekstremitas difasilitasi saat wanita sedang berbaring pada posisi lateral rekumben karena uterus tidak lagi menekan pembuluh darah panggul dan vena cava inferior (Asrinah, 2017)

b. Sesak nafas

Uterus telah mengalami pembesaran hingga terjadi penekanan diafragma. Selain itu diafragma akan mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan (hatini erina eka, 2018).

c. Konstipasi

Konstipasi diduga terjadi akibat penurunan peristaltik yang disebabkan relaksasi otot polos pada usus besar ketika terjadi peningkatan jumlah progesteron. Pergeseran dan tekanan yang terjadi pada usus akibat pembesaran uterus atau bagian presentasi juga dapat menyebabkan konstipasi (hatini erina eka, 2018).

d. Edema Dependens

Edema dependen pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah. Gangguan sirkulasi ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat wanita tersebut duduk atau berdiri dan pada vena cava inferior saat telentang (Asrinah, 2017).

e. Kram tungkai

Uterus yang membesar memberi tekanan pada pembuluh darah

panggul, sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf, sementara saraf ini melewati foramen obturator dalam perjalanan menuju ekstremitas bagian bawah (hatini erina eka, 2018)

f. Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakral. Nyeri ini merupakan akibat pergeseran pusat gravitasi dan terjadi perubahan yang disebabkan karena berat uterus yang semakin membesar (hatini erina eka, 2018).

4. Menanyakan riwayat menstruasi

a. Menarche (usia pertama menstruasi)

b. Siklus: terhitung mulai hari pertama haid hingga hari pertama haid berikutnya, siklus haid perlu ditanyakan untuk mengetahui apakah klien mempunyai kelainan siklus haid atau tidak.

c. Lamanya: Lamanya haid yang normal adalah ± 7 hari. Apabila sudah mencapai 15 hari berarti sudah abnormal dan kemungkinan adanya gangguan maupun penyakit yang mempengaruhinya

d. Banyaknya: Normalnya yaitu 2 kali ganti pembalut dalam sehari.

Apabila darahnya terlalu berlebih, itu berarti telah menunjukkan gejala kelainan banyaknya darah haid

b. Dismenorea (nyeri haid): Nyeri haid perlu ditanyakan untuk mengetahui apakah klien menderita atau tidak di tiap haidnya.

Nyeri haid juga menjadi tanda bahwa kontraksi uterus klien begitu hebat sehingga menimbulkan nyeri haid.

5. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu
 - a. Kehamilan: Informasi esensial tentang kehamilan terdahulu mencakup bulan dan tahun kehamilan tersebut berakhir, usia gestasi pada saat itu. Adakah gangguan seperti perdarahan, muntah yang sangat sering, toxemia gravidarum.
 - b. Persalinan: Riwayat persalinan pasien tersebut spontan atau buatan, aterm atau prematur, perdarahan, penolong persalinan
 - c. Nifas: apakah panas atau perdarahan, bagaimana laktasi yang diberikan
 - d. Anak: untuk mengetahui jenis kelamin, hidup atau tidak, kalau meninggal berapa dan sebab meninggal, berat badan waktu lahir
6. Riwayat kehamilan sekarang
 - a. HPHT: untuk mengetahui tanggal hari pertama dari menstruasi terakhir klien untuk memperkirakan kapan kira-kira sang bayi akan dilahirkan.
 - b. HPL: Taksiran persalinan atau perkiraan kelahiran
 - c. Masalah-masalah: Tanyakan pada klien apakah ada masalah pada kehamilan trimester I, II, maupun III
 - d. ANC: Tanyakan pada klien asuhan kehamilan apa saja yang pernah ia dapatkan selama kehamilan trimester I, II, dan III

- e. Tempat ANC: Tanyakan pada klien dimana tempat ia mendapatkan asuhan kehamilan tersebut
- f. Pemberian obat-obatan: Pengobatan penyakit saat hamil harus selalu memperhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbang janin.
- g. Imunisasi TT: Tanyakan kepada klien apakah sudah pernah mendapatkan imunisasi TT

7. Riwayat KB

Perlu dikaji dalam riwayat KB diantaranya metode KB apa yang selama ini ia gunakan, berapa lama ia telah menggunakan alat kontrasepsi tersebut, dan apakah ia mempunyai masalah saat menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

8. Pola kebiasaan sehari-hari

- a. Kebiasaan Merokok/Minuman Keras/Obat Terlarang: Hal ini perlu ditanyakan karena ketiga kebiasaan tersebut secara langsung dapat memengaruhi pertumbuhan, perkembangan janin.
- b. Pola nutrisi: jenis makanan, porsi, frekuensi
- c. Pola eliminasi: pola BAB (Buang Air Besar) dan BAK (Buang Air Kecil), poin yang perlu ditanyakan yaitu frekuensi, warna, dan masalah dalam pola eliminasi
- d. Pola seksual: berapa kali selama kehamilan melakukan hubungan seksual

- e. Personal hygiene: frekuensi mandi, gosok gigi, dan ganti pakaian
- f. Pola istirahat dan tidur: lama waktu untuk tidur siang dan tidur malam
- g. Pola aktivitas: Tanyakan bagaimana aktivitas klien. Beri anjuran kepada klien untuk menghindari mengangkat beban berat, kelelahan, latihan yang berlebihan, dan olahraga berat.

9. Riwayat kesehatan

- a. Riwayat kesehatan ibu: penyakit apa yang pernah diderita klien dan yang sedang diderita klien. Hal ini diperlukan untuk menentukan bagaimana asuhan berikutnya
- b. Riwayat kesehatan keluarga: apakah keluarga saat ini sedang menderita penyakit menular. Apabila klien mempunyai keluarga yang menderita penyakit menular sebaiknya bidan menyarankan kepada klien untuk menghindari secara langsung atau tidak langsung bersentuhan fisik atau mendekati keluarga tersebut agar tidak menular pada ibu dan janinnya. Tanyakan juga kepada klien apakah mempunyai penyakit keturunan. Hal ini diperlukan untuk mendiagnosa apakah janin berkemungkinan akan menderita penyakit tersebut atau tidak.

10. Menanyakan data psikologis

- a. Respon ibu terhadap kehamilan: Respon ibu hamil pada kehamilan yang diharapkan diantaranya siap untuk hamil dan

siap menjadi ibu, lama didambakan, salah satu tujuan perkawinan.

- b. Respon suami terhadap kehamilan: Respon suami terhadap kehamilan perlu diketahui untuk lebih memperlancar asuhan kehamilan
- c. Dukungan keluarga lain terhadap kehamilan: Tanyakan bagaimana respon dan dukungan keluarga lain misalnya anak (apabila telah mempunyai anak), orang tua, mertua klien

11. Status pernikahan

- a. Menikah: Untuk mengetahui sudah menikah atau belum, hal ini penting untuk mengetahui status kehamilan tersebut apakah dari hasil pernikahan resmi atau dari kehamilan yang tidak diinginkan. Status pernikahan bisa berpengaruh terhadap psikologis ibu pada saat hamil.
- b. Usia saat menikah
- c. Lama menikah
- d. Berapa kali menikah

B. Data subjektif

1. Pemeriksaan umum

- a. Keadaan umum: mengamati keadaan umum pasien secara keseluruhan

- b. Kesadaran: melakukan pengkajian tingkat kesadaran mulai dari keadaan composmentis (kesadaran baik), sampai gangguan kesadaran (apatis, somnolen, sopor, koma)
- c. Tinggi badan: Tinggi badan diukur dalam cm, tanpa sepatu. Tinggi badan kurang dari 145 cm ada kemungkinan terjadi Cephalopelvic Disproportion (CPD).
- d. Berat badan: Berat badan yang bertambah terlalu besar atau kurang, perlu mendapat perhatian khusus karena kemungkinan terjadi penyulit kehamilan. Penilaian berat badan berdasarkan tinggi badan (BB/TB) dilakukan dengan pengukuran indeks masa tubuh (IMT) yaitu berat badan dibagi tinggi badan kuadrat dengan rumus:
- $$\text{Indeks masa tubuh (IMT)} = \frac{\text{berat badan (Kg)}}{\text{tinggi badan (m)}^2}$$
- BB: berat badan (dalam satuan kilogram)
TB: tinggi badan (dalam satuan meter)

Tabel 2. 2

Tabel Indeks Masa Tubuh

IMT	Status gizi	Pertambahan BB yang direkomendasikan (kg)
< 19,8	kurang	12,5-18
19,8-26,0	normal	11,5-16
>26,0-29,0	lebih	7-11,5

Sumber: Aritonang, 2010

IMT adalah indikator status gizi yang paling baik yang berhubungan dengan morfologi tubuh yaitu berat badan dan tinggi badan. IMT sering digunakan sebagai indikator akurat tentang komposisi tubuh ibu seperti kadar lemak tubuh dan masa otot tubuh. Ibu hamil yang mempunyai IMT lebih dari 26 tidak perlu mempunyai simpanan lemak tubuh yang banyak. Berat badan berlebih dapat berkontribusi pada banyaknya masa otot atau jaringan otot (Aritonang, 2010).

e. LILA: Standar minimal untuk lingkaran lengan atas pada wanita dewasa atau usia reproduksi adalah 23,5 cm. Jika ukuran LILA kurang dari 23,5 cm maka interpretasinya adalah kurang energi kronik (KEK).

f. Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah: Tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg sampai 140/90 mmHg. Bila >140/90 mmHg, hati-hati adanya hipertensi/ preeklamsi

2) Nadi: Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut permenit

3) Pernafasan: Normalnya 16-24 kali/menit

4) Suhu: Suhu badan normal adalah 36,5°C sampai 37,5°C.

Bila suhu lebih dari 37,5°C kemungkinan ada infeksi

2. Pemeriksaan fisik

- a) Muka: Dalam pemeriksaan muka tampak cloasma gravidarum sebagai akibat deposit pigmen yang berlebihan
- b) Mata: Periksa palpebra untuk memperkirakan gejala edema umum. Periksa konjungtiva dan sklera untuk memperkirakan adanya anemia dan ikterus
- c) Hidung: Hidung yang normal tidak ada polip, kelainan bentuk, kebersihan cukup
- d) Telinga: Telinga yang normal tidak ada serumen berlebih dan tidak berbau, bentuk simetris
- e) Mulut: apakah ada sariawan, bagaimana kebersihannya. Dalam kehamilan sering timbul stomatitis dan gingivitis yang mengandung pembuluh darah dan mudah berdarah, maka perlu perawatan mulut agar selalu bersih. Adakah karies, atau keropos yang menandakan ibu kekurangan kalsium. Saat hamil sering terjadi caries yang berkaitan dengan emesis, hiperemesis gravidarum. Adanya kerusakan gigi dapat menjadi sumber infeksi.
- f) Leher: apakah vena terbendung di leher (misalnya pada penyakit jantung), apakah kelenjar gondok membesar atau kelenjar limfa membengkak
- g) Dada: inspeksi bentuk payudara, benjolan, pigmentasi puting susu. Palpasi adanya benjolan (tumor mammae) dan colostrum

h) Abdomen: inspeksi pembesaran perut (bila pembesaran perut itu berlebihan kemungkinan ascites, tumor, ileum, dan lain-lain), pigmentasi di linea alba, gerakan anak atau kontraksi rahim, adakah striae gravidarum atau luka bekas operasi.

Palpasi uterus :

1) Leopold I: Lengkungkan jari-jari kedua tangan anda mengelilingi puncak fundus. Normal tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan. Pada fundus teraba bagian lunak dan tidak melenting (bokong). Tujuan: untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang ada di fundus. Untuk menilai umur kehamilan dapat diperhitungkan dengan melakukan pengukuran jarak simfisis pubis ke fundus uteri. Teknik pengukuran yang paling tepat adalah dengan cara menempatkan titik nol pada pinggir atas simfisis dan titik tertinggi pada fundus uteri, dengan meminimalkan menekan fundus terlalu kuat, tetapi mengupayakan memfiksasi titik tertinggi fundus. Dilakukan dengan cara ketika melakukan pengukuran menggunakan metlin, maka metlin dibalik tidak pada ukuran satuan cm tetapi pada ukuran inchi. Tujuan pengukuran TFU Mc. Donald adalah:

a. untuk mengetahui usia kehamilan,

- b. untuk menentukan taksiran berat janin (TBJ) berdasarkan TFU.

Menentukan usia kehamilan berdasarkan TFU dapat menggunakan 2 jenis rumus sebagai berikut:

- a) Rumus Bartholomew: Antara simfisis pubis dan pusat dibagi menjadi 4 bagian yang sama, maka tiap bagian menunjukkan penambahan 1 bulan. Fundus uteri teraba tepat di simpisis umur kehamilan 2 bulan (8 minggu). Antara pusat sampai prosesus xifoideus dibagi menjadi 4 bagian dan tiap bagian menunjukkan kenaikan 1 bulan. Tinggi fundus uteri pada umur kehamilan 40 minggu (bulan ke-10) kurang lebih sama dengan umur kehamilan 32 minggu (bulan ke-8).
- b) Rumus Mc Donald: Tinggi Fundus uteri diukur dengan metlin. Tinggi fundus uteri dikalikan 2 dan dibagi 7 diperoleh umur kehamilan dalam bulan obstetri dan bila Tinggi Fundus Uteri dikalikan 8 dan dibagi 7 memberikan umur kehamilan dalam minggu.

Hal ini dapat dilihat pada gambaran rumus sebagai berikut:

1. $TFU \text{ (cm)} \times \frac{2}{7}$ (atau $+ 3,5$) = umur kehamilan dalam bulan

2. $\text{TFU (cm)} \times 8/7 = \text{umur kehamilan dalam minggu}$

Hasil pengukuran TFU dalam cm juga dipergunakan untuk menghitung taksiran berat janin. Taksiran ini hanya berlaku untuk janin dengan presentasi kepala.

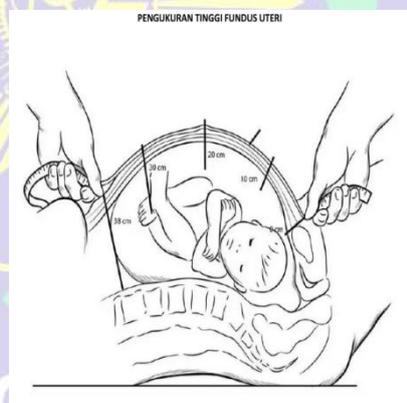
Rumusnya perhitungan taksiran berat janin menurut Rumus Lohson adalah sebagai berikut: Tinggi fundus uteri (dalam cm-n) $\times 155 = \text{berat (gram)}$. Bila kepala belum masuk panggul maka $n = 12$, jika kepala sudah masuk panggul maka $n = 11$. Cara mengukur tinggi fundus uteri dalam cm:

a. Mengukur alat ukur caliper

Caliper digunakan dengan meletakkan satu ujung pada tepi atas simfisis pubis dan ujung yang lain pada puncak fundus. Kedua ujung diletakkan pada garis tengah abdominal, melewati garis tengah abdomen. Ukuran kemudian dibaca pada skala cm (centimeter) yang terletak ketika 2 ujung caliper bertemu. Ukuran diperkirakan sama dengan minggu kehamilan atau ± 2 cm dari umur kehamilan dalam minggu, setelah umur kehamilan 20-24 minggu.

b. Menggunakan pita ukur

Pita ukur merupakan metode akurat kedua dalam pengukuran TFU setelah 20-24 minggu kehamilan. Titik nol pita pengukur diletakkan pada tepi atas simfisis pubis dan pita pengukur ditarik melewati garis tengah abdomen sampai puncak. Hasil dibaca dalam skala cm, estimasi ukuran yang terukur diperkirakan sama dengan jumlah minggu kehamilan atau ± 2 cm dari umur kehamilan, setelah umur kehamilan 20-24 minggu kehamilan. Pelaksanaan pengukuran TFU dapat dilihat pada gambar berikut ini (Wahyuningsih, 2016):



Gambar 2.8 pengukuran TFU

Sumber: https://www.academia.edu/34890723/PENGUKURAN_TINGGI_FUNDUS_UTERI

Berikut ini merupakan tabel nilai normal TFU sesuai umur kehamilan, untuk memantau pertumbuhan janin:

Tabel 2. 3

Tabel TFU

Umur kehamilan	TFU (CM)	TFU Leopold I
12 minggu	-	1-2 jari di atas simfisis
16 minggu	-	Pertengahan simfisis – pusat
20 minggu	20 cm (\pm 2 cm)	2-3 jari di bawah pusat
22 –27 minggu	Umur kehamilan dalam minggu = cm (\pm 2 cm)	Setinggi umbilikus
28 minggu	28 cm (\pm 2 cm)	Pertengahan pusat –PX
29 -35 minggu	Umur kehamilan dalam minggu = cm (\pm 2 cm)	3 jari di bawah PX
36 –40 minggu	36 cm (\pm 2 cm)	Pada PX atau pertengahan pusat –PX

Sumber: <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Praktikum-Asuhan-Kebidanan-Kehamilan-Komprehensif.pdf>

- 2) Leopold II: Tempatkan kedua tangan anda dimasing-masing sisi uterus. Normal teraba bagian panjang, keras seperti papan (punggung) pada satu sisi uterus, dan pada sisi lain teraba bagian kecil janin. Tujuan: untuk mengetahui batas kiri atau kanan pada uterus ibu, yaitu punggung pada letak bujur dan kepala pada letak lintang
- 3) Leopold III: Dengan ibu jari dan jari tengah satu tangan, berikan tekanan lembut, tetapi dalam pada abdomen ibu, di atas simpisis pubis, dan pegang bagian presentasi.

Normal pada bagian bawah janin teraba bagian yang bulat, keras dan melenting (kepala janin). Tujuan: mengetahui presentasi/bagian terbawah janin yang ada di simpisis ibu

4) Leopold IV: Tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi uterus bagian bawah beri tekanan yang dalam dan gerakan ujung-ujung jari ke arah pintu atas panggul. Posisi tangan masih bertemu, dan belum masuk PAP (konvergen), posisi tangan tidak bertemu dan sudah masuk PAP (divergen). Tujuan: untuk mengetahui seberapa jauh masuknya bagian terendah janin ke dalam PAP.

5) Auskultasi: untuk menentukan Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah umur kehamilan 18 minggu, yang meliputi frekuensi, keteraturan, dan kekuatan DJJ. DJJ normal adalah 120-160/menit. Bila DJJ > 160/menit, maka kemungkinan ada kelainan janin atau plasenta. Pada presentasi biasa (letak kepala), tempat kiri atau kanan dibawah pusat. Jika bagian-bagian anak belum dapat ditentukan, maka bunyi jantung harus dicari pada garis tengah di atas simpisis. Cara menghitung bunyi jantung adalah dengan mendengarkan 3x5 detik kemudian jumlah bunyi jantung dalam 3x5 detik dikalikan dengan 4 kali.

i) Pemeriksaan genitalia: Pemeriksaan anus dan vulva. Vulva diinspeksi untuk mengetahui adanya edema, varises,

keputihan, perdarahan, luka, cairan yang keluar, dan sebagainya. pada pemeriksaan anus normalnya tidak ada benjolan atau pengeluaran darah dari anus

j) Ekstremitas: palpasi adanya edema dan varises pada kaki

3. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan darah: golongan darah ibu dan kadar hemoglobin.

Pemeriksaan hemoglobin dilakukan untuk mendeteksi faktor risiko kehamilan yang adanya anemia

b. Pemeriksaan urine: reduksi urin dan kadar albumin dalam urin sehingga diketahui apakah ibu menderita preeklamsi atau tidak

4. Analisis Diagnosis atau Masalah Potensial

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi. Jika memungkinkan, dilakukan pencegahan. Sambil mengamati kondisi klien, bidan diharapkan dapat bersiap jika diagnosis atau masalah potensial benar-benar terjadi. Langkah ini menentukan cara bidan melakukan asuhan yang aman.

Contoh Diagnosis: Ny. A. G P A P I A H, kehamilan (minggu), janin hidup, tunggal, intrauterin.

5. Perencanaan asuhan menyeluruh

Merencanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan

manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini, informasi atau data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap ibu tentang apa yang akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan untuk masalah sosial-ekonomi, budaya, atau psikologi.

a. Diagnosakebidanan

G...P...A...P...I...A...H..., usia kehamilan 28-40 minggu, janin hidup, tunggal, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, posisi puka/puki, presentasi kepala/bokong, kesan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik. (S. R. Handayani & Mulyati, 2017).

Tujuan : Ibu dan janin sehat, sejahtera sampaimelahirkan.

Kriteria:

1. Keadaan umum baik.
2. Kesadaran compos mentis.
3. Tanda-tanda vital normal (TD:100/70-130/90mmHg, N:76-88 /menit, S:36,5 – 37,5°C, RR:16-24x/menit).
4. Pemeriksaan laboratorium
5. Hb \geq 11 gr , protein urine (-), reduksi urine(-).
6. DJJ 120-160 x/menit, kuat, iramatur

7. TFU sesuai dengan usia kehamilan

8. Situs bujur dan presentasi kepala

6. Implementasi / intervensi:

a. Jelaskan pada ibu hasil pemeriksaan yang telah dilakukan

R/ ibu mengerti tentang kondisinya

b. Jelaskan kepada ibu tentang ketidaknyamanan dan masalah yang mungkin akan terjadi pada trimester III

R/ ibu dapat mengerti dengan keadaan dirinya dan diskusikan dengan ibu terkait kebutuhan dasar ibu hamil meliputi kebutuhan nutrisi, personal hygiene, aktivitas, seksualitas, perawatan payudara, istirahat dan tidur serta senam hamil.

c. Jelaskan kepada ibu tentang tanda bahaya kehamilan trimester III yang mengindikasikan pentingnya menghubungi tenaga kesehatan dengan segera.

R/ mengidentifikasi tanda bahaya dalam kehamilan, supaya ibu mengetahui kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk menghadapi kemungkinan keadaan darurat (S. R. Handayani & Mulyati, 2017).

d. Jelaskan pada ibu terkait persiapan persalinan

R/merencanakan persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan serta meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu. (S. R. Handayani & Mulyati, 2017)

e. Jelaskan tanda bahaya persalinan

R/kebutuhan yang harus dipersiapkan untuk mempersiapkan persalinan dan kemungkinan keadaandarurat (Magasari et al., 2015).

f. Anjurkan ibu untuk control ulang sesuai jadwal atau apabila ada keluhan

R/ memantau keadaan ibu dan janin, serta mendeteksi dini adanya komplikasi (Magasari et al., 2015).

7. Masalah 1 : nokturia

1) Tujuan: ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis yang dialami (nokturia)

2) Kriteria:

a) ibu BAK 7-8x/hari terutama siang hari

b) Infeksi saluran kemih tidak terjadi

3) Intervensi menurut Hatini, 2018:

a) Jelaskan penyebab terjadinya seringkencing

R/Ibu mengerti penyebab sering kencing karena tekanan bagian bawah janin pada kandung kemih.

b) Anjurkan ibu untuk menghindari minum-minuman bahan diuretik alami seperti kopi, teh, *softdrink*.

R/Bahan diuretik akan menambah frekuensi berkemih.

c) Anjurkan ibu untuk tidak menahanBAK

R/Menahan BAK akan mempermudah timbulnya infeksi saluran kemih.

- d) Anjurkan minum 8-10 gelas/hari tetapi banyak minum pada siang hari dan menguranginya setelah makan sore, serta sebelum tidur buangair kencingdahulu.

R/Mengurangi frekuensi berkemih pada malam hari.

Masalah 2:sesak nafas

- 1) Tujuan: ibu mampu beradaptasidengan ketidaknyamanan yang dialami dan ibu dapat memenuhi kebutuhan Oksigen

2) Kriteria:

- a. frekuensi pernapasan 16-24x/menit
- b. Ibu menggunakan pernapasan perut

3) Intervensi menurut megasari, 2015:

- a) Jelaskan penyebab sesak napas kepada ibu

R/ ibu mengerti penyebab sesak napas yaitu karena membesarnya uterus

- b) Anjurkan ibu untuk tidur dengan posisi yang nyaman dengan bantal tinggi

R/menghindari penekanan diafragma

- c) Anjurkan ibu mengikuti senam hamil atau olahraga lain secara teratur

R/merelaksasikan otot-otot

- d) Anjurkan ibu menghindari kerja keras

R/aktivitas berat menyebabkan energy yang digunakan banyak dan membutuhkan oksigen yang lebih banyak

e) Anjurkan ibu berdiri meregangkannya diatas kepala

R/peregangan tulang meringankan penarikan nafas.

Masalah 3: kram pada kaki

1) Tujuan: ibu dapat beradaptasi dengan keadaan fisiologis (kram tungkai) atau terjadi kram tungkai

2) Kriteria:

- a. Kram pada kaki berkurang
- b. Ibu mampu mengatasi bila kram tungkai berkurang

3) Intervensi:

a) Jelaskan penyebab kram kaki

R/ ibu mengerti penyebab kram kaki yaitu ketidakseimbangan kalsium

b) Anjurkan ibu untuk berolahraga secara teratur

R/senam hamil memperlancar peredaran darah serta dapat mensuplai oksigen ke seluruh jaringan.

c) Anjurkan ibu untuk menghangatkan kaki dan betis dengan massage

R/sirkulasi darah ke jaringan lancar

d) Minta ibu untuk menghindari berdiri terlalu lama

R/mengurangi penekanan yang lama pada kaki sehingga aliran darah lancar

e) Anjurkan ibu untuk menghindari aktivitas berat dan cukup istirahat

R/merelaksasikan otot- otot sehingga kram berkurang

f) Anjurkan ibu diet kalsium dan fosfor

R/konsumsi kalsium dan fosfor untuk kesehatan tulang

Masalah 4: Edema dependen

1) Tujuan: ibu dapat beradaptasi terhadap perubahan yang fisiologis (edema dependen)

2) Kriteria: setelah tidur /istirahat edema berkurang

3) Intervensi menurut hatini,2018:

a) Jelaskan penyebab dari edemadependen

R/ ibu mengerti penyebab edema dependen yaitu karena tekanan pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring.

b) Anjurkan ibu untuk tidur miring ke kiri dan kaki sedikit ditinggikan

R/mengurangi penekanan pada vena cava inferior oleh pembesaran uterus yang akan memperberat edema.

c) Anjurkan ibu menghindari berdiri terlalu lama

R/ meringankan penekanan pada vena dalam panggul.

d) Anjurkan pada ibu menghindari pakaian yang ketat

R/ pakaian yang ketat dapat menekan vena sehingga menghambat sirkulasi darah pada ekstremitas bawah.

e) Anjurkan ibu menggunakan penyokong atau korset ibu hamil

R/ Penggunaan penyokong atau korset pada abdomen maternal yang dapat melonggarkan tekanan pada vena-vena panggul.

Masalah 5: konstipasi akibat peningkatan hormon progesterone

- 1) Tujuan: tidak terjadi konstipasi
- 2) Kriteria: ibu bisa BAB 1-2x/hari, konsistensi lunak.
- 3) Intervensi:
 - a) Anjurkan ibu untuk membiasakan BAB teratur
R/berperan besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari pembekuan feses.
 - b) Anjurkan ibu meningkatkan intake cairan, serat dalam diet
R/ makanan tinggi serat menjadikan feses lunak, tidak padat
 - c) Anjurkan ibu besar dalam menentukan waktu defekasi, tidak mengukur dapat menghindari
R/Dengan minum panas/dingin sehingga dapat merangsang BAB
 - d) Anjurkan ibu melakukan latihan secara umum, berjalansetiap hari, pertahankan postur tubuh, latihan kontraksi otot abdomen bagian bawah secara teratur.
R/Memfasilitasi sirkulasi vena sehingga mencegah kongesti pada usus besar.

8. Evaluasi

Evaluasi merupakan tindakan untuk mengukur pelaksanaan berdasarkan tujuan dan kriteria. Tujuan evaluasi adalah menilai pemberian dan efektifitas asuhan kebidanan, memberi umpan balik untuk memperbaiki asuhan kebidanan, menyusun langkah baru dan tanggung jawab dan tanggung gugat dalam asuhan kebidanan.

Dalam evaluasi, gunakan format SOAP, yaitu:

- a) S: Data yang diperoleh dari wawancara langsung
- b) O: Data yang diperoleh dari observasi dan pemeriksaan
- c) A: Pernyataan yang terjadi atas data subyektif dan data objektif
- d) P: Perencanaan yang ditentukan berdasarkan sesuai dengan masalah.

2.6.2 Konsep dasar asuhan persalinan

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien, meliputi:

- a) Identitas
 - 1) Nama: nama ibu dan suami sebagai identitas, upayakan agar bidan memanggil dengan nama panggilan sehingga hubungan komunikasi antara bidan dan pasien menjadi lebih akrab (Widhiyastini, 2018)
 - 2) Umur: semakin tua usia ibu akan berpengaruh terhadap kekuatan mengejan. usia di bawah 20 tahun dan diatas 35 tahun sangat rentan terhadap terjadinya komplikasi. Usia di bawah 20 tahun dapat

meningkatkan preeklampsia dan usia diatas 35 tahun meningkatkan *diabetes mellitus tipe II*, *hipertensikronis*, persalinan yang lama pada *nulipara*, *seksio sesarea*, persalinan *preterm*, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin.

- 3) Suku/bangsa: Asal daerah dan bangsa ibu berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan dan adat istiadat yang dianut
- 4) Agama: Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya.
- 5) Pendidikan: untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya.
- 6) Pekerjaan: Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya. Hal ini dikaitkan dengan berat janin saat lahir. Jika tingkat sosial ekonominya rendah, kemungkinan bayi lahir dengan berat badan rendah
- 7) Alamat: Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan follow up terhadap perkembangan ibu

b) Riwayat pasien

1. Keluhan utama: Rasa sakit pada perut dan pinggang akibat kontraksi yang datang lebih kuat, sering dan teratur, keluarnya lendir darah dan keluarnya air ketuban dari jalan lahir merupakan

tanda dan gejala persalinan yang akan dikeluarkan oleh ibu menjelang akan bersalin

2. Riwayat kebidanan Data ini penting untuk diketahui oleh bidan sebagai data acuanmemprediksi jalannya proses persalinan dan untuk mendeteksi apakah ada kemungkinan penyulit selama proses persalinan.
3. Riwayat menstruasi:
 - a) Menarche adalah usia pertama kali mengalami menstruasi. Untuk wanita indonesia pada usia sekitar 12-16tahun.
 - b) Siklus menstruasi adalah jarak antara menstruasi yang dialami dengan menstruasi berikutnya dalam hitungan hari, biasanya 23-32 hari.
 - c) Volume menjelaskan berapa banyak darah menstruasi yang dikeluarkan
 - d) Keluhan: Beberapa wanita menyampaikan keluhan yang dirasakan ketika menstruasi biasanya rasa nyeri pada perut, pusing sampai pingsan, atau jumlah darah yang banyak. Keluhan yang disampaikan pasien dapat menunjuk kepada diagnosis tertentu
4. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas dan KB yang lalu.
 - a. Riwayat kehamilan sekarang

- b. Riwayat kesehatan: Data dari riwayat kesehatan ini dapat kita gunakan sebagai “warning” akan adanya penyulit saat persalinan(Hidayat, 2018).
- c. Status perkawinan: Data ini penting untuk kita kaji karena dari data ini kita akan mendapatkan gambaran mengenai suasana rumah tangga pasangan serta kepastian mengenai siapa yang akan mendampingi persalinan(Hidayat, 2018).
- d. Pola makan: Data ini penting untuk diketahui agar bisa mendapatkangambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil sampai dengan masa awalpersalinan (Hidayat, 2018).
- e. Pola minum: Pada masa persalinan, data mengenai intake cairan sangat penting karena akan menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi (Hidayat, 2018)
- f. Pola istirahat: Istirahat sangat diperlukan oleh pasien untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinan(Hidayat, 2018).
- g. Personal hygiene: Istirahat sangat diperlukan oleh pasien untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinan(Hidayat, 2018).
- h. Aktivitas seksual: data yang diperlukan berkaitan dengan keluhan, frekuensi, dan kapan terakhir melakukan hubungan seksual

i. Riwayat psikososial dan budaya

1. Berapa kali pasien menikah
2. Sudah berapa lama pasien menikah
3. Respon ibu, suami serta keluarga terhadap kehamilan
4. Jumlah keluarga yang tinggal serumah
5. Adat istiadat setempat yang berkaitan dengan persalinan

b. Data objektif

1. Pemeriksaan umum

- a) Keadaan umum: baik
- b) Kesadaran: Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu. Composmentis adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan
- c) Keadaan emosional: stabil
- d) Berat badan: bertujuan untuk menghitung penambahan berat badan ibu
- e) Tanda-tanda vital: Secara garis besar, pada saat persalinan tanda-tanda vital ibu mengalami peningkatan karena terjadi peningkatan metabolisme selama persalinan. Tekanan darah meningkat selama kontraksi yaitu peningkatan tekanan sistolik 10-20 mmHg dan diastolik 5-10 mmHg dan saat diantara waktu kontraksi tekanan darah akan kembali ke tingkat sebelum persalinan. Rasa nyeri,

takut dan khawatir dapat semakin meningkatkan tekanan darah. Peningkatan suhu normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari $0,5^{\circ}\text{C}$ sampai 1°C . Frekuensi denyut nadi di antara waktu kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Sedikit peningkatan frekuensi nadi dianggap normal. Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan.

2. Pemeriksaan fisik

- a) Muka: Muncul bintik-bintik dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher (*Chloasma Gravidarum*) akibat Melanocyte Stimulating Hormon. Selain itu, penilaian pada muka juga ditujukan untuk melihat ada tidaknya pembengkakan pada daerah wajah serta mengkaji kesimetrisan bentuk wajah. Saat menjelang persalinan, ibu akan nampak gelisah ketakutan dan menahan rasa sakit akibat his.
- b) Mata: Pemeriksaan sklera bertujuan untuk menilai warna, yang dalam keadaan normal berwarna putih. Sedangkan pemeriksaan konjungtiva dilakukan untuk mengkaji munculnya anemia. Konjungtiva yang normal berwarna merah muda. Selain itu, perlu dilakukan pengkajian terhadap pandangan mata yang kabur terhadap suatu benda untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya pre-eklampsia.

- c) Mulut dan gigi: Ibu bersalin biasanya akan mengeluarkan bau napas yang tidak sedap, mulut kering, bibir kering dan pecah-pecah, tenggorokan nyeri dan gigi terlihat kotor. Terutama jika ibu bersalin selama berjam-jam tanpa mendapat makanan, minuman serta perawatan mulut (Widhiyastini, 2018).
- d) Leher: Kelenjar tiroid: mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi. Kelenjar limfe: kelenjar yang membengkak merupakan salah satu gejala klinis infeksi toksoplasmosis pada ibu hamil, pengaruhnya terhadap kehamilan dapat menimbulkan keguguran, persalinan prematuritas dan cacat bawaan.
- e) Payudara: akibat pengaruh hormon kehamilan, payudara menjadi lunak, membesar, vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat, puting payudara membesar, kehitaman dan tegak, areola meluas dan kehitamanserta muncul stretch mark pada permukaan kulit payudara. Selain itu, menilai kesimetrisan payudara, mendeteksi kemungkinan adanya benjolan dan mengecek pengeluaran ASI.
- f) Abdomen: Pada ibu bersalin perlu dilakukan pemeriksaan TFU, yaitu pada saat tidak sedang kontraksi dengan menggunakan pita ukur. Kontraksi uterus perlu dipantau mengenai jumlah kontraksi selama 10 menit, dan lama kontraksi. Pemeriksaan DJJ dilakukan selama atau sebelum puncak kontraksi pada lebih dari satu

kontraksi. Presentasi janin, dan penurunan bagian terendah janin juga perlu dilakukan pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan abdomen, anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemih. Kandung kemih harus sering diperiksa setiap 2 jam untuk mengetahui adanya distensi juga harus dikosongkan untuk mencegah obstruksi persalinan akibat kandung kemih yang penuh, yang akan mencegah penurunan bagian presentasi janin dan trauma pada kandung kemih akibat penekanan yang lama yang akan menyebabkan hipotonia kandung kemih dan retensi urine selama periode pascapartum awal. (Widhiyastini, 2018).

Perlu dikaji juga jaringan parut pada abdomen untuk memastikan integritas uterus. (S. R. Handayani & Mulyati, 2017)

- g) Genetalia: Tanda-tanda inpartu pada vagina terdapat pengeluaran pervaginam berupa *blood slym*, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka sebagai tanda gejala kala II. (Manuaba, 2012). Pada genetalia dilakukan pemeriksaan adanya luka atau massa termasuk kondilomata, varikosis vulva atau rektum, adanya perdarahan pervaginam, cairan ketuban dan adanya luka parut di vagina. Luka parut di vagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya (S. R. Handayani & Mulyati, 2017).

- h) Anus: Perineum mulai menonjol dan anus mulai membuka. Tanda ini akan tampak bila betul-betul kepala sudah di dasar panggul

dan mulai membuka pintu (Widhiyastini, 2018). Kemajuan kepala janin menjelang persalinan akan menyebabkan penonjolan pada rektum. (S. R. Handayani & Mulyati, 2017)

- i) Ekstremitas: Tidak ada edema, tidak ada varises dan refleksi patella menunjukkan respons positif.

3. Pemeriksaan khusus

a) Obstetri

a. Abdomen

Inspeksi: Muncul garis-garis pada permukaan kulit perut (Striae Gravidarum) dan garis pertengahan pada perut (Linea Gravidarum) akibat Melanocyte Stimulating Hormon

Palpasi: perabaan untuk menentukan seberapa besar bagian kepala janin yang terpalpasi di atas pintu panggul untuk menentukan seberapa jauh terjadinya *engagement*, mengidentifikasi punggung janin untuk menentukan posisi, dan menentukan letak bokong dan kepala dan presentasi janin

Leopold I: pemeriksa menghadap ke arah muka ibu hamil, menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terdapat pada fundus. perkiraan tinggi fundus uteri sesuai umur kehamilan dalam minggu adalah seperti pada tabel berikut

Tabel 2. 4

Tabel pengukuran TFU sesuai usia

No	Umur kehamilan	Tinggi fundus uteri
1	Sebelum 12	Fundus uteri belum teraba

	minggu	
2	Akhir bulan ke-3 (12 minggu)	Fundus uteri berada pada 1-2 jari di atas simfisis
3	Akhir bulan ke-4 (16 minggu)	Fundus uteri berada pada pertengahan simfisis-pusat
4	Akhir bulan ke-5 (20 minggu)	Fundus uteri berada pada 3 jari dibawah pusat
5	Akhir bulan ke-6 (24 minggu)	Fundus uteri berada setinggi pusat
6	Akhir bulan ke-7 (28 minggu)	Fundus uteri berada pada 3-4 jari diatas pusat
7	Akhir bulan ke-8 (32 minggu)	Fundus uteri berada pada pertengahan pusat-PX
8	Akhir bulan ke-9 (36 minggu)	Fundus uteri berada atau 3-4 jari di bawah PX
9	Akhir bulan ke-10 (40 minggu)	Fundus uteri berada pada pertengahan pusat-PX

Sumber: (Tyastuti & heni puji wahyuningsih, 2016)

Menentukan TBJ (Tafsiran BeratJanin) Menurut Jannah, 2012, untuk mengukur TBJ dalam gram, perlu diketahui kepala sudah masuk pintu atas panggul atau belum. Rumusnya:

$$TBJ = (TFU \text{ dalam cm} - n) \times 155 = \text{gram}$$

n = posisi kepala masih di atas spina ischiadika atau dibawah.

Bila diatas (-12) dan bila di bawah (-11)

Leopold II: menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, menentukan letak punggung janin dan pada letak lintang, menentukan letak kepala janin.

Leopold III: menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk ke pintu atas panggul atau masih dapat digerakkan.

Leopold IV: pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil dan

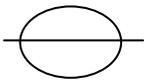
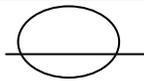
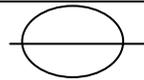
menentukan bagian terbawah janin dan berapa jauh bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul. Penurunan kepala janin dilakukan dengan menghitung proporsi bagian yang masih berada di atas tepi atas simfisis dan dapat diukur dengan lima jari tangan(perlimaanan).

- a) 5/5 jika bagian terbawah janin seluruhnya teraba diatas simfisis pubis
- b) 4/5 jika sebagian 1/5 bagian terbawah janin telah memasuki pintu ataspanggul
- c) 3/5 jika sebagian 2/5 bagian terbawah janin telah memasuki rongga panggul
- d) 2/5 jika hanya sebagian dari bagian terbawah janin masih berada di atas simfisis dan 3/5 bagian telah turun melewati bidang tengah rongga panggul (tidak dapatdigerakkan)
- e) 1/5 jika hanya 1 dari 5 jari masih dapat meraba bagian terbawah janin yang berada di atas simfisis dan 4/5 bagian telah masuk kedalam ronggapanggul
- f) 0/5 jika bagian terbawah janin sudah tidak dapat diraba dari pemeriksaan luar dan seluruh bagian terbawah janin sudah masuk ke dalam ronggapanggul.

Tabel 2. 5

Penurunan kepala janin menurut sistem perlimaanan

Periksa luar	Periksa luar	Keterangan
 =5/5		Kepala diatas PAP mudah digerakkan

 =4/5	H I-II	Sulit digerakkan bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 =3/5	H II-III	Bagian terbesar kepala belum masuk panggul
 = 2/5	H III+	Bagian terbesar kepala sudah masuk panggul
 =1/5	H III-IV	Kepala didasar panggul
 =0/5	H IV	Di perineum

Sumber : (Saleha, 2009)

Auskultasi: Denyut jantung janin normal adalah antara 120-160 ×/menit. Dengarkan DJJ selama minimal 60 detik, dengarkan sampai sedikitnya 30 detik setelah kontraksi berakhir. Lakukan penilaian DJJ tersebut pada lebih dari satu kontraksi.

Kontraksi: Durasi kontraksi uterus sangat bervariasi, tergantung pada kala persalinan ibu tersebut. Kontraksi pada awal persalinan mungkin hanya berlangsung 15 sampai 20 detik sedangkan pada persalinan kala I fase aktif berlangsung dari 45 sampai 90 detik dengan durasi rata-rata 60 detik. Informasi mengenai kontraksi ini membantu untuk membedakan antara kontraksi persalinan sejati dan persalinan palsu.

b) Ginekologi

a. Genitalia

Inspeksi: Pengaruh hormon estrogen dan progesterone menyebabkan pelebaran pembuluh darah sehingga terjadi varises pada sekitar genitalia. Namun tidak semua ibu hamil akan mengalami varises pada daerah tersebut. Pada keadaan normal, tidak terdapat hemoroid pada anus serta pembengkakan pada kelenjar bartholini dan kelenjar *skene*. Pengeluaran pervaginam seperti *bloody show* dan air ketuban juga harus dikaji untuk memastikan adanya tanda dan gejala persalinan.

Vaginal toucher: Pemeriksaan vaginal toucher bertujuan untuk mengkaji penipisan dan pembukaan serviks, bagian terendah, dan status ketuban. Pembukaan serviks pada fase laten berlangsung selama 7-8 jam. Sedangkan pada fase aktif dibagi menjadi 3 fase yaitu fase akselerasi, fase dilatasi maksimal dan fase deselerasi yang masing-masing fase berlangsung selama 2 jam.

Pemeriksaan panggul: untuk mengkaji keadekuatan panggul ibu selama proses persalinan, Panggul paling baik untuk perempuan adalah jenis ginekoid dengan bentuk pintu atas panggul hampir bulat sehingga membantu kelancaran proses persalinan.

4. Pemeriksaan penunjan

- 1) Pemeriksaan darah HB: selama proses bersalin, kadar hemoglobin akan mengalami peningkatan 1,2 gr/100 ml dan akan kembali ke

kadar sebelum persalinan pada hari pertama setelah persalinan jika tidak kehilangan darah yang abnormal

2) Pemeriksaan urine: mengetahui kadar protein urine dan glukosa urine negatif.

5. Perumusan diagnosa dan masalah kebidanan

Perumusan diagnosa persalinan disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti G2P1A0 usia 22 tahun usia kehamilan 39 minggu inpartu kala I fase aktif dan janin tunggal hidup intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik,. Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu. Rasa takut, cemas, khawatir dan rasa nyeri merupakan permasalahan yang dapat muncul pada proses persalinan. Inpartu:

- a. Kala I fase laten dengan kemungkinan masalah cemas menghadapi proses persalinan
- b. Kala I fase aktif akselerasi/dilatasi maksimal/deselerasi dengan ketidaknyamanan menghadapi persalinan
- c. Kala II dengan kemungkinan masalah:
 - a) Kekurangan cairan
 - b) Infeksi
 - c) Kram tungkai

Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, KU baik

P...kala III persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosis baik dengan kemungkinan masalah menurut manuaba, 2012:

- a. Retensio plasenta
- b. Avulsi tali pusat

p... kala IV persalinan, KU ibu dan bayi baik, prognosis baik dengan kemungkinan masalah yang terjadi menurut manuaba, 2012:

- a. Atonia uteri
- b. Robekan vagina, perineum atau serviks.
- c. Subinvolusi dengan kandung kemih penuh

6. Intervensi

Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi ibu, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif. Penilaian dan intervensi yang akan dilakukan saat persalinan adalah sebagai berikut:

G...p...A... 39 minggu, tunggal, hidup, intrauterin, situs bujur, habitus fleksi, puka/puki, preskep, H..., kepala sudah masuk PAP keadaan jalan lahir normal, KU ibu dan janin baik, inpartu kala I fase laten/faseaktif.

Tujuan: Proses persalinan berjalan dengan normal ibu dan bayi sehat

Kriteria :

- a) KU baik, kesadaran composmentis
- b) TTV dalam batas normal TD: 100/60-130/90 mmHg, S:36-37 °C, N: 80-100x/menit, R: 16-24x/menit

- c) His minimal 2x tiap 10 menit dan berlangsung sedikitnya 40 detik
- d) Kala I pada primigravida <13 jam sedangkan multigravida <7 jam.
- e) Kala II pada primigravida <2 jam sedangkan pada multigravida <1jam.
- f) Bayi lahir spontan, menangis kuat, gerak aktif.
- g) Kala III pada primigravida <30 menit sedangkan multigravida <15menit.
- h) Plasenta lahir spontan,lengkap.
- i) Perdarahan <500cc.

7. Penatalaksanaan/implementasi

Pelaksanaan asuhan pada ibu bersalin disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien, dan aman berdasarkan asuhan yang telah ditetapkan.

- a) Kala I
 - a. Melakukan pengawasan menggunakan partograf, mengukur tanda vital, menghitung denyut jantung janin, menghitung kontraksi uterus, melakukan pemeriksaan dalam, serta mencatat produksi urine.

R/memantau kemajuan persalinan
 - b. Memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi ibu

R/ mencukupi kebutuhan cairan dan nutrisi ibu sebagai sumber tenaga dalam proses bersalin

- c. Mengatur aktivitas dan posisi ibu se nyaman mungkin
R/membantu proses pembukaan dan memposisikan ibu miring kiri atau duduk
 - d. Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAK
R/mencegah kandung kemih penuh supaya tidak mempengaruhi proses kontraksi
 - e. Menghadirkan pendamping ibu
R/ suami atau keluarga untuk mensupport ibu
 - f. Mengajarkan ibu teknik relaksasi yang benar
R/mengambil nafas panjang ketika ada kontraksi his untuk meredakan rasa sakit
 - g. Memberi sentuhan, pijatan pada punggung
R/ mengurangi rasa sakit akibat kontraksi HIS
 - h. Menginformasikan tentang perkembangan dan kemajuan persalinan pada ibu maupun keluarga
R/keluarga mengetahui kemajuan dan perkembangan dari proses persalinan yang akan segera berlangsung
- b) Kala II
- a) Menganjurkan ibu memilih posisi yang nyaman saat bersalin
R/ posisi dorsal recumbent, duduk, atau jongkok sesuai dengan kenyamanan ibu dalam proses melahirkan
 - b) Mengajari ibu cara meneran yang benar
R/ meneran seperti ingin BAB, tidak mengeluarkan suara,

dagu menempel pada dada

- c) Melakukan pertolongan persalinan dengan standar asuhan persalinan normal

R/menolong persalinan dengan standar APN yang ditetapkan

- c) Kala III

Melakukan pertolongan kelahiran plasenta sesuai dengan manajemen aktif kala III yang tercantum dalam asuhan persalinan normal.

R/ melahirkan plasenta dengan manajemen aktif kala III

- d) Kala IV

1. Melakukan penjahitan luka jika ada luka pada jalan lahir

R/ mengurangi terjadinya perdarahan yang mungkin akan terjadi

2. Membersihkan ibu dan berikan istirahat serta nutrisi yang cukup

R/mencegah adanya infeksi serta memulihkan keadaan ibu ke keadaan semula

3. Melakukan observasi kala IV sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.

R/melakukan observasi pemeriksaan TTV, kontraksi uterus, kandung kemih, serta adanya perdarahan.

8. Evaluasi

Penilaian atau evaluasi dilakukan segera setelah selesai melakukan

asuhan sesuai dengan kondisi ibu kemudian dicatat, dikomunikasikan dengan ibu atau keluarga serta tindak lanjut sesuai kondisi ibu.

1) Kala I

- a) Telah dilakukan pengawasan menggunakan partograf, pengukuran tanda vital, menghitung denyut jantung janin, menghitung kontraksi uterus, melakukan pemeriksaan dalam, serta mencatat produksi urine.
- b) Ibu bersedia untuk makan dan minum sebagai upaya persiapan kelahiran bayi.
- c) Ibu memilih untuk jalan-jalan terlebih dahulu lalu berbaring dengan posisi miring ke kiri.
- d) Ibu bersedia untuk buang air kecil secara mandiri.
- e) Suami ibu dan atau anggota keluarga ibu telah mendampingi ibu selama proses persalinan.
- f) Ibu mengerti dan dapat melakukan teknik relaksasi dengan benar.
- g) Telah diberikan sentuhan, pijatan, serta ibu dapat melakukan teknik relaksasi dengan menarik napas panjang dengan baik dan benar serta ibu merasa nyaman.
- h) Ibu maupun keluarga telah mendapatkan informasi mengenai perkembangan dan kemajuan persalinan.

2) Kala II

- a) Ibu memilih posisi setengah duduk untuk melahirkan bayinya.

- b) Ibu mengerti dan dapat meneran dengan benar.
- c) Bayi lahir jam 10.00 WIB menangis kuat dengan jenis kelamin laki-laki

3) Kala III

Plasenta lahir spontan dan lengkap pada jam 10.10 WIB dengan luka pada jalan lahir.

4) Kala IV

- a) Luka pada jalan lahir telah didekatkan dengan teknik penjahitan jelujur dan benang chromic.
- b) Ibu bersedia untuk disibin, istirahat, makan dan minum.
- c) Observasi kala IV telah dilakukan sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.

9. Dokumentasi

Pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam pemberian asuhan kebidanan sesuai dengan SOAP.

- a. S: data subyektif, mencatat hasil anamnesa dengan klien
- b. O: data obyektif, mencatat hasil-hasil pemeriksaan terhadap klien
- c. A: analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- d. P: penatalaksanaan yaitu mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang telah dilakukan (sih rini Handayani, 2017).

2.6.3 Konsep dasar asuhan nifas

1. Data subjektif

Pengumpulan data dasar untuk mengevaluasi keadaan pasien. Merupakan langkah pertama untuk mengumpulkan semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien.

- a. Biodata yang mencakup identitas pasien
- b. Keluhan utama untuk mengetahui masalah yang dihadapi dalam masa nifas, misalnya mules, sakit pada jalan lahir karena adanya luka jahitan.
- c. Riwayat menstruasi
- d. Riwayat obstetri, meliputi:
 - 1) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas, yang lalu yaitu berapakah ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, riwayat persalinan, penolong, keadaan nifas.
 - 2) Riwayat persalinan sekarang: tanggal persalinan, jenis persalinan, penolong, hal ini dikaji untuk mengetahui kelainan yang dapat berpengaruh pada masa nifas.
 - 3) Riwayat KB: mengetahui apakah sebelumnya pasien pernah menggunakan kontrasepsi, jenis kontrasepsi, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi, serta rencana KB setelah masa nifas.
- e. Riwayat kesehatan klien
 - 1) Riwayat kesehatan klien

Diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat penyakit menahun, menular, atau menurun pada ibu nifas

2) Riwayat penyakit sekarang

diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang berhubungan dengan masa nifas dan bayinya.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Diketahui untuk kemungkinan adanya penyakit keluarga yang dapat menyertai kondisi pasien dan bayinya (Itang, 2019).

f. Pola kebutuhan sehari-hari

1) Pola nutrisi terkait makanan dan minuman, jenis makanan yang dikonsumsi, frekuensi, pola makan, jumlah minum dalam sehari

2) Pola eliminasi

a. BAB: frekuensi, konsistensi lunak, padat atau keras, warna kuning kecoklatan atau kuning kehitaman

b. BAK: frekuensi, warna dari urin, bau urin

3) Pola hygiene: frekuensi mandi, gosok gigi, ganti pakaian, serta mencuci rambut.

4) Aktivitas yang dilakukan sehari-hari

5) Tidur dan istirahat: tidur siang berapa jam, dan tidur malam berapa jam, serta masalah yang mungkin dapat mengganggu pola istirahat

- 6) Pola seksual: kapan ibu dan suami berencana memulai hubungan seksual dan bagaimana kenyamanan fisik dan psikologis ibu saat berhubungan
- 7) Pemberian ASI: kapan mulai memberikan ASI, frekuensi menyusui, dan masalah yang mungkin dirasakan oleh ibu

g. Data psikososial dan spiritual

- 1) Tanggapan ibu dan keluarga terhadap kelahiran bayinya
- 2) Tanggapan ibu terhadap perubahan fisiknya
- 3) Tanggapan ibu terhadap peristiwa persalinan yang telah dialaminya
- 4) Pengetahuan ibu tentang perawatan bayi
- 5) Hubungan sosial ibu dengan mertua, orang tua, keluarga
- 6) Pengambilan keputusan dalam keluarga (Simanullang, 2017).

2. Data objektif

- a) Pemeriksaan umum: terdiri dari keadaan umum, kesadaran, dan pemeriksaan tanda-tanda vital yang meliputi tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan.
- b) Pemeriksaan fisik

Pitriani & Andriyani, 2016 menjelaskan pemeriksaan fisik yang meliputi:

- 1) Kepala
 - a. Rambut: Warna, kebersihan, mudah rontok atau tidak.
 - b. Telinga: Kebersihan, gangguan pendengaran.

- c. Mata : Konjungtiva, sklera, kebersihan, kelainan, gangguan pengelihatan
- d. Hidung : Kebersihan, ada polip atau tidak, alergi debu atau tidak.
- e. Mulut Bibir, warna, integritas jaringan (lembab, kering, atau pecah-pecah), gangguan mulut (baumulut).
- f. Lidah Warna, kebersihan.
- g. Gigi Kebersihan, karies.

2) Leher: pembesaran kelenjar limfe, parotitis

3) Dada:

- a. Payudara dan puting susu: Simetris / tidak, konsistensi, ada pembengkakan / tidak, puting menonjol / tidak, lecet / tidak
- b. Keadaan abdomen uterus:
 1. Normal: Kokoh, berkontraksi baik, tidak berada di atas ketinggian fundus saat masa nifas segera
 2. Abnormal: Lembek, di atas ketinggian fundus saat masa post partum segera.
 3. Kandung kemih: bisa buang air / tak bisa buang air.
- c. Keadaan genitalia

a. Lochea

1. Normal : Merah hitam (lochea rubra), bau biasa, tidak ada bekuan darah atau butir-butir darah beku (ukuran jeruk kecil), jumlah perdarahan yang ringan atau

sedikit (hanya perlu mengganti pembalut setiap 3-5jam)

2. Abnormal : Merah terang, bau busuk, mengeluarkan darah beku, perdarahan berat (memerlukan penggantian pembalut setiap 0-2jam)
3. Keadaan perineum : oedema, hematoma, bekas luka episiotomi / robekan,hecting
4. Keadaan anus :hemoroid/tidak
5. Keadaan ekstremitas: Varises/tidak, edema/tidak, reflek ekstremitas(+/-)

c) Data penunjang: Laboratorium : Kadar HB, Hct (Hematokrit), kadar leukosit, golongan darah.

3. Analisa data

Diagnosa kebidanan: mengidentifikasi diagnosa kebidanan berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Dalam langkah ini data yang dikumpulkan di interpretasikan menjadi diagnosa kebidanan (Itang, 2019).

Contoh: P..., A..., post partum normal/SC, hari/jam ke..., dengam...

Kondisi yang menyertai masa nifas ibu, dan yang tercakup dalam standar nomenklatur kebidanan misalnya: anemia, mastitis, infeksi mammae, pembengkakan payudara, peritonitis, hipertensi, infeksi.

Masalah: merupakan masalah yang menyertai masa nifas dan tidak tercakup dalam diagnosa kebidanan, misalnya post partum blues (Simanullang, 2017).

A. Nyeri

Masalah ini biasanya muncul atau dirasakan pasien selama hari-hari awal *post partum*.

Data dasar subjektif : Keluhan pasien tentang rasanyeri.

Data dasar objektif :

- a. *Post partum* hari pertama sampai hariketiga.
- b. Inspeksi: adanya luka jahitan perineum pada persalinan spontan.

B. Infeksi luka (jahitan atau operasi)

Data dasar subjektif:

- a. Luka semakinnyeri.
- b. Badanpanas-dingin.

Data dasar objektif :

- a. *Vital sign* (adanya peningkatan suhu, frekuensi nadi, dan pernapasan).
- b. Inspeksi : adanya tanda-tanda infeksi pada lukajahitan
 - 1) Dolor : perubahan bentuk
 - 2) Kalor : perubahan suhu(meningkat)
 - 3) Rubor : perubahan warna kulit(memerah)
 - 4) Functio Laesa : gangguan fungsi tubuh

C. Cemas

Data dasar subjektif: Pasien mengeluh atau mengatakan cemas, takut, selalu menanyakan keadaannya. Data dasar objektif :Ekspresi wajah pasien kelihatan cemas, sedih, dan bingung (Risa Pitriani, S.S.T. & Rika Andriyani, S.S.T., 2014).

D. Perawatan perineum

Penentuan adanya masalah ini pada pasien didasarkan pada belum mampunya pasien untuk melakukan perawatan perineumnya secara mandiri (Risa Pitriani, S.S.T. & Rika Andriyani, S.S.T., 2014).

4. Intervensi

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah sebelumnya yang merupakan lanjutan dari masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah dilihat dari kondisi pasien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga berkaitan dengan kerangka pedoman antisipasi bagi wanita tersebut yaitu apa yang akan terjadi berikutnya. pemberian konseling dari rujukan untuk masalah-masalah sosial, ekonomi atau masalah psikososial, adapun hal –hal yang perlu dilakukan pada kasus ini adalah:

- 1) Tentukan tujuan tindakan yang akan dilakukan, meliputi sasaran dan target hasil yang akandicapai
- 2) Tentukan rencana tindakan sesuai dengan masalah dan tujuan yang akan dicapai.

Contoh:

(1) Evaluasi secara terus menerus

- a. Waspada pendarahan *postpartum* karena atonia uteri dengan melakukan observasi melekat pada kontraksi uterus selama 4 jam pertama *post partum* dengan melakukan palpasi uterus.
- b. Pengukuran *vital sign*.
- c. Pengeluaran per vagina (waspada pendarahan).
- d. Proses adaptasi psikologis pasien dan suami.
- e. Kemajuan proses laktasi.
- f. Masalah pada payudara.
- g. *Intake* cairan dan makanan.
- h. Perkembangan keterikatan pasien dengan bayinya.
- i. Kemampuan dan kemauan pasien untuk berperan dalam perawatan bayinya

(2) Gangguan rasa nyeri

- a. Nyeri perineum
 - 1) Berikan analgesic oral (Paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu).
 - 2) Mandi dengan air hangat (walaupun hanya akan mengurangi sedikit rasa nyeri).
- b. Nyeri berhubungan seksual pertama kali setelah melahirkan: melakukan pendekatan kepada pasangan bahwa saat hubungan seksual di awal *post partum* akan menimbulkan rasa nyeri. Oleh karena itu, sangat dipertimbangkan mengenai teknik hubungan

seksual yang nyaman.

5. Penatalaksanaan

Pada langkah ini, terdapat perencanaan dan implementasi serta evaluasi. Asuhan yang diberikan harus berdasarkan pertimbangan yang tepat, meliputi pengetahuan, teori yang ter up to date serta tervalidasi dengan asumsi mengenai apa yang dibutuhkan dan tidak dibutuhkan oleh pasien (Itang, 2019)

2.6.4 Konsep dasar asuhan bayi baru lahir

1. Pengkajian

Dilakukan untuk mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan obyektif.

a) Data subyektif

1. Identitas bayi

a. Nama: untuk mengenal bayi

b. Jenis kelamin: memberikan informasi pada ibu dan keluarga serta memfokuskan saat pemeriksaan genetalia

c. Anak ke-: untuk mengkaji adanya kemungkinan *sibling rivalry*

2. Identitas orangtua:

a. Nama: mengenal ibu dan suami

b. Umur: usia orang tua mempengaruhi kemampuannya dalam mengasuh dan merawat bayinya.

- c. Suku/bangsa: asal daerah atau bangsa berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi, dan adat istiadat yang dianut
- d. Agama: Untuk mengetahui keyakinan orangtua sehingga dapat menuntun anaknya sesuai dengan keyakinannya sejak lahir.
- e. Pendidikan: Untuk mengetahui tingkat intelektual orangtua yang dapat mempengaruhi kemampuan dan kebiasaan orangtua dalam mengasuh, merawat dan memenuhi kebutuhan bayinya.
- f. Pekerjaan: Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizi. Hal ini dapat dikaitkan dengan pemenuhan nutrisi bagi bayinya. Orangtua dengan tingkat sosial ekonomi yang tinggi cenderung akan memberikan susu formula pada bayinya.
- g. Alamat: Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan follow up terhadap perkembangan bayi.

3. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kehamilan:

Mengetahui beberapa kejadian atau komplikasi yang terjadi saat mengandung bayi yang baru saja dilahirkan. Sehingga dapat dilakukan skrining test dengan tepat dan segera

- #### b. Riwayat persalinan:
- Menentukan tindakan segera yang dilakukan pada bayi baru lahir.

b) Data objektif

1. Pemeriksaan fisik

- (a) Keadaan umum: baik
- (b) Tanda-tanda vital: pernapasan normal adalah antara 30-50 kali per menit, dihitung ketika bayi dalam posisi tenang dan tidak ada tanda-tanda distress pernapasan. Bayi baru lahir memiliki frekuensi denyut jantung 110-160 denyut per menit dengan rata-rata 130 kali per menit. Angka normal pengukuran suhu tubuh bayi adalah 36,5-37,5°C.
- (c) Antropometri: kisaran berat badan bayi baru lahir adalah 2500-4000 gram, panjang badan sekitar 48-52 cm, lingkar kepala sekitar 32-37 cm, 2 cm lebih besar dari lingkar dada. Bayi biasanya mengalami penurunan berat badan dalam beberapa hari pertama, dan kembali normal pada hari ke-10.
- (d) *Apgar score*: skor Apgar merupakan alat untuk mengkaji kondisi bayi sesaat setelah lahir dalam hubungannya dengan 5 variabel. Penilaian ini dilakukan pada menit pertama, menit ke-5 dan menit ke-10. Nilai 7-10 pada menit pertama menunjukkan bahwa bayi berada dalam keadaan baik.

2. Pemeriksaan fisik khusus

- a. Kulit: Seluruh tubuh bayi harus tampak merah muda, mengindikasikan perfusi perifer yang baik. Bila bayi berpigmen gelap, tanda-tanda perfusi perifer baik dapat dikaji dengan mengobservasi membran mukosa, telapak tangan dan kaki. Bila

bayi tampak pucat atau sianosis dengan atau tanpa tanda-tanda distress pernapasan harus segera dilaporkan pada dokter anak karena dapat mengindikasikan adanya penyakit. Selain itu, kulit bayi juga harus bersih dari ruam, bercak, memar, tanda-tanda infeksi dan trauma.

- b.* Kepala: Fontanel anterior harus teraba datar. Bila cembung, terjadi akibat peningkatan tekanan intrakranial sedangkan fontanel yang cekung dapat mengindikasikan adanya dehidrasi. Moulding harus sudah menghilang dalam 24 jam kelahiran. Sefalhematoma pertama kali muncul pada 12 sampai 36 jam setelah kelahiran dan cenderung semakin besar ukurannya, diperlukan waktu sampai 6 minggu untuk dapat hilang. Adanya memar atau trauma sejak lahir harus diperiksa untuk memastikan bahwa proses penyembuhan sedang terjadi dan tidak ada tanda-tanda infeksi.
- c.* Mata: Inspeksi pada mata bertujuan untuk memastikan bahwa keduanya bersih.
- d.* Telinga: Periksa telinga untuk memastikan jumlah, bentuk dan posisinya. Telinga bayi cukup bulan harus memiliki tulang rawan yang cukup agar dapat kembali ke posisi semula ketika digerakkan ke depan secara perlahan. Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan-lengkungan yang jelas pada bagian atas.

- e. Hidung: Tidak ada kelainan bawaan atau cacat lahir.
- f. Mulut: Pemeriksaan pada mulut memerlukan pencahayaan yang baik dan harus terlihat bersih, lembab dan tidak ada kelainan seperti palatoskisis maupun labiopalatoskisis (Bibir sumbing) (sih rini Handayani, 2017).
- g. Leher: Amati apakah ada pembengkakan atau benjolan serta amati juga pergerakan leher (Itang, 2019).
- h. Klavikula: bertujuan untuk memastikan keutuhannya, terutama pada presentasi bokong atau distosia bahu, karena keduanya berisiko menyebabkan fraktur klavikula, yang menyebabkan hanya mampu sedikit bergerak atau bahkan tidak bergerak sama sekali
- i. Dada: Tidak ada retraksi dinding dada bawah yang dalam
- j. Umbilikus: Tali pusat dan umbilikus harus diperiksa setiap hari untuk mendeteksi adanya perdarahan tali pusat, tanda-tanda pelepasan dan infeksi. Biasanya tali pusat lepas dalam 5-16 hari. Potongan kecil tali pusat dapat tertinggal di umbilikus sehingga harus diperiksa setiap hari. Tanda awal terjadinya infeksi di sekitar umbilikus dapat diketahui dengan adanya kemerahan disekitar umbilikus, tali pusat berbau busuk dan menjadi lengket.
- k. Ekstremitas: mengkaji kesimetrisan, ukuran, bentuk dan posturnya. Panjang kedua kaki juga harus dilakukan dengan meluruskan keduanya. Posisi kaki dalam kaitannya dengan

tungkai juga harus diperiksa untuk mengkaji adanya kelainan posisi, seperti *deformitas* anatomi yang menyebabkan tungkai berputar ke dalam, keluar, ke atas atau ke bawah. Jumlah jari kaki dan tangan harus lengkap. Bila bayi aktif, keempat ekstremitas harus dapat bergerak bebas, kurangnya gerakan dapat berkaitan dengan trauma.

l. Punggung: Tanda-tanda *abnormalitas* pada bagian punggung yaitu spina bifida, adanya pembengkakan, dan lesung atau bercak kecil berambut

m. Genitalia: Pada perempuan vagina berlubang, uretra berlubang dan labia minora telah menutupi labia mayora. Sedangkan pada laki-laki, testis berada dalam skrotum dan penis berlubang pada ujungnya.

n. Anus: Secara perlahan membuka lipatan bokong lalu memastikan tidak ada lesung atau *sinus* dan memiliki *sfincter ani*

o. Eliminasi: Keluarnya urine dan mekonium harus dicatat karena merupakan indikasi kerja ginjal dan saluran gastrointestinal bagian bawah.

3. Pemeriksaan refleks

a) Moro: Respon bayi baru lahir akan menghentakkan tangan dan kaki lurus ke arah luar sedangkan lutut fleksi kemudian tangan akan kembali ke arah dada seperti posisi dalam pelukan, jari-jari nampak terpisah membentuk huruf C dan bayi mungkin

menangis. Refleksi ini akan menghilang pada umur 3-4 bulan. Refleksi yang menetap lebih dari 4 bulan menunjukkan adanya kerusakan otak. Refleksi tidak simetris menunjukkan adanya *hemiparesis*, *fraktur klavikula* atau cedera *pleksus brakhialis*. Sedangkan tidak adanya respons pada ekstremitas bawah menunjukkan adanya dislokasi panggul atau cedera *medulla spinalis*

- b) Rooting: Sentuhan pada pipi atau bibir menyebabkan kepala menoleh ke arah sentuhan. Refleksi ini menghilang pada 3-4 bulan, tetapi bisa menetap sampai umur 12 bulan khususnya selama tidur. Tidak adanya refleksi menunjukkan adanya gangguan neurologi berat
- c) Sucking: Bayi menghisap dengan kuat dalam merespon terhadap stimulasi. Refleksi ini menetap selama masa bayi dan mungkin terjadi selama tidur tanpa stimulasi. Refleksi yang lemah atau tidak ada menunjukkan kelambatan perkembangan atau keadaan neurologi yang abnormal.
- d) Grasping: Respons bayi terhadap stimulasi pada telapak tangan bayi dengan sebuah objek atau jari pemeriksa akan mengenggam (jari-jari bayi melengkung) dan memegang objek tersebut dengan erat. Refleksi ini ≅v Dokumentasi Kebidanan ≅v 183 menghilang pada 3-4 bulan. Fleksi yang tidak simetris menunjukkan adanya

paralisis. Refleks menggenggam yang menetap menunjukkan gangguan cerebra

e) Tonic Neck: Bayi melakukan perubahan posisi bila kepala diputar ke satu sisi, lengan dan tungkai ekstensi ke arah sisi putaran kepala dan fleksi pada sisi yang berlawanan. Normalnya refleks ini tidak terjadi pada setiap kali kepala diputar. Tampak kira-kira pada umur 2 bulan dan menghilang pada umur 6 bulan

f) Babinski: Jari kaki mengembang dan ibu jari kaki *dorsofleksi*, sampai umur 2 tahun. Bila pengembangan jari kaki *dorsofleksi* setelah umur 2 tahun menunjukkan adanya tanda *lesi ekstrapiramidal*.

c) Perumusan diagnosa dan masalah kebidanan

Perumusan diagnosa pada bayi baru lahir disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti Normal Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan. Masalah yang dapat terjadi pada bayi baru lahir adalah bayi kedinginan, kulit kebiruan dll. Kebutuhan BBL adalah kehangatan, ASI, pencegahan infeksi dan komplikasi.

d) Perencanaan

penanganan bayi baru lahir antara lain bersihkan jalan nafas, potong dan merawat tali pusat, pertahankan suhu tubuh bayi dengan cara mengeringkan bayi dengan handuk kering dan lakukan IMD, berikan vitamin K 1 mg, lakukan pencegahan infeksi pada tali pusat, kulit dan

mata serta berikan imunisasi Hb-0. Monitoring TTV setiap jam sekali terdiri dari suhu, nadi, dan respirasi.

e) Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based pada bayi, meliputi membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi dengan cara mengeringkan bayi dengan handuk kering dan melakukan IMD, memberikan vitamin K 1 mg, melakukan pencegahan infeksi pada tali pusat, kulit dan mata serta memberikan imunisasi Hb-0.

f) Evaluasi

Penilaian atau evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi bayi kemudian dicatat, dikomunikasikan dengan ibu atau keluarga serta ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi bayi. Bayi dapat menangis dengan kuat dan bergerak aktif

- a) Bayi telah dikeringkan dengan handuk dan telah dilakukan IMD selama 1 jam.
- b) Tali pusat bayi telah dirawat dengan benar.
- c) Bayi telah dijaga kehangatannya dengan cara dibedong.
- d) Bayi telah mendapatkan injeksi vitamin K 1 mg, salep mata dan imunisasi Hb-0.

g) Dokumentasi

Pencatatan atau pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia dan ditulis dalam bentuk SOAP.

S: data subyektif, mencatat hasil anamnesa

O: data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A: data analisa: mencatat diagnosa dan masalah kebidanan

P: penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, kolaborasi, evaluasi dan rujukan (sih rini Handayani, 2017).

2.6.5 Konsep dasar asuhan keluarga berencana

1. Pengkajian data

a) Data subyektif

1) Biodata pasien

2) Kunjungan saat ini: kunjungan pertama/kunjungan ulang

3) Keluhan utama: Keluhan utama dikaji untuk mengetahui keluhan yang dirasakan pasien saat ini.

4) Riwayat perkawinan: Untuk mengetahui status perkawinan, lama perkawinan, sah atau tidak, berapa kali menikah, berapa umur pasien dan suami saat menikah sehingga dapat diketahui pasien masuk dalam infertilitas sekunder atau bukan.

- 5) Riwayat menstruasi: Untuk mengetahui menarche, siklus haid, lamanya, jumlah darah yang dikeluarkan, dan pernahkan dismenore
- 6) Riwayat kehamilan: Persalinan dan nifas yang lalu Jika ibu pernah melahirkan apakah memiliki riwayat kelahiran normal atau patologis, berapa kali ibu hamil, apakah pernah abortus, jumlah anak, cara persalinan yang lalu, penolong persalinan, keadaan nifas yang lalu

- 7) Riwayat kesehatan

- a. Riwayat penyakit yang pernah/sedang diderita

Untuk mengetahui apakah pasien pernah menderita penyakit yang memungkinkan bisa menggunakan metode KB yang dipilihnya.

- b. Riwayat penyakit yang pernah diderita keluarga

Untuk mengetahui apakah keluarga pasien ada yang menderita penyakit menurun

- c. Riwayat penyakit ginekologi

Untuk mengetahui apakah pasien pernah menderita penyakit yang berhubungan dengan alat reproduksi

- 8) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

- a. Pola nutrisi: menggambarkan tentang pola makan dan minum, frekuensi, banyaknya, jenis makanan, dan makanan pantangan, atau terdapatnya alergi

- b. Pola eliminasi: dikaji untuk mengetahui tentang BAB dan BAK, baik frekuensi dan pola sehari-hari
 - c. Pola aktivitas: untuk menggambarkan pola aktivitas pasien sehari-hari. Yang perlu dikaji pola aktivitas pasien terhadap kesehatannya
 - d. Istirahat/tidur : untuk mengetahui pola tidur serta lamanya tidur
 - e. Seksualitas: dikaji apakah ada keluhan atau gangguan dalam melakukan hubungan seksual
 - f. Personal hygiene: yang perlu dikaji mandi berapa kali dalam sehari, gosok gigi, keramas, bagaimana kebersihan lingkungan apakah memenuhi syarat kesehatan
- 9) Keadaan psikososial dan spiritual
- a. Psikologi: Bagaimana pandangan suami dengan alat kontrasepsi yang dipilih, apakah mendapat dukungan atau tidak
 - b. Sosial: bagaimana pandangan masyarakat terhadap alat kontrasepsi
 - c. Spiritual: terkait dengan kepercayaan yang melarang penggunaan alat kontrasepsi tertentu.
- b) Data obyektif
- a. Pemeriksaan fisik
 - 1) Keadaan umum: mengetahui keadaan umum kesehatan klien

- 2) Tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan.
- 3) Berat badan: mengetahui berat badan pasien sebelum dan sesudah menggunakan alat kontrasepsi
- 4) Kepala: dilakukan secara inspeksi dan palpasi, dilakukan dengan memperhatikan bentuk kepala yang abnormal, warna rambut, kulit kepala dikaji dari adanya peradangan, luka maupun tumor.
- 5) Mata: mengetahui bentuk dan fungsi mata, teknik yang digunakan inspeksi dan palpasi, mata yang diperiksa simetris atau tidak, kelopak mata cekung atau tidak, konjungtiva anemis atau tidak, sklera ikterik atau tidak.
- 6) Hidung: diperiksa untuk mengetahui ada polip atau tidak
- 7) Mulut: untuk mengetahui apakah ada stomatitis atau tidak, ada karies dentis atau tidak
- 8) Telinga: diperiksa untuk mengetahui tanda infeksi telinga ada atau tidak
- 9) Leher: apakah ada pembesaran kelenjar limfe dan kelenjar thyroid
- 10) Ketiak: apakah ada pembesaran kelenjar limfe atau tidak
- 11) Dada : dikaji untuk mengetahui dada simetris atau tidak, ada retraksi dinding dada saat respirasi atau tidak
- 12) Payudara : dikaji untuk mengetahui apakah ada kelainan pada bentuk payudara seperti benjolan normal atau tidak

13) Abdomen: untuk mengkaji adanya distensi, nyeri tekan dan adanya massa, apakah ada pembesaran dan konsistensi, apakah ada bekas luka operasi pada daerah abdomen atau tidak.

14) Pinggang : untuk mengetahui adanya nyeri tekan waktu diperiksa atau tidak

15) Genetalia: dikaji apakah ada kondiloma akuminata, dan diraba adanya infeksi kelenjar bartholini dan skene atau tidak

16) Anus : apakah pada saat inspeksi terdapat hemoroid atau tidak

17) Ekstremitas : diperiksa apakah ada varises atau tidak, ada oedema atau tidak

b. Pemeriksaan penunjang: untuk menegakkan diagnosa.

2. Interpretasi data dasar, diagnosa dan masalah

Langkah pertama menentukan data dasar, menginterpretasi data kemudian diproses menjadi masalah atau diagnosis serta kebutuhan perawatan kesehatan yang diidentifikasi secara khusus.

a) Diagnosa kebidanan: diagnosa yang dapat ditegakkan berhubungan dengan usia ibu, riwayat persalinan dan kehamilan, jumlah anak yang dilahirkan serta kebutuhan

b) Masalah

c) Kebutuhan: tindakan segera berdasarkan kondisi pasien yaitu: mandiri, kolaborasi, merujuk.

3. Identifikasi masalah potensial: identifikasi tindakan segera

4. Perencanaan

Lakukan komunikasi terapeutik pada pasien dan merencanakan asuhan kebidanan sesuai dengan kasus yang ada yang didukung dengan pendekatan yang rasional sebagai dasar untuk mengambil keputusan sesuai langkah selanjutnya. Perencanaan berkaitan dengan diagnosa, masalah dan kebutuhan

a. Berkaitan dengan diagnosa kebidanan

1. Pemberian informasi tentang hasil pemeriksaan keadaan pasien
2. Pemberian informasi tentang indikasi, kontraindikasi
3. Pemberian informasi tentang keuntungan dan kerugian
4. Pemberian informasi tentang cara penggunaan
5. Pemberian informasi tentang efek samping

b. Berkaitan dengan masalah pemberian informasi mengenai proses atau cara kerja alat kontrasepsi.

5. Pelaksanaan/implementasi

Pelaksanaan bertujuan mengatasi diagnosa kebidanan, masalah pasien, sesuai rencana yang telah dibuat. Pelaksanaan tersebut hendaknya dibuat secara sistematis agar asuhan dapat dilakukan dengan baik dan melakukan follow up.

6. Evaluasi

Langkah ini merupakan langkah terakhir dari semua tindakan guna mengetahui apa yang telah dilakukan bidan, apakah implementasi sesuai dengan perencanaan dan harapan dari asuhan kebidanan yang diberikan (Itang, 2019).