

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lama hamil normal 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan di bagi dalam III triwulan yaitu triwulan I di mulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan II dari bulan ke 4 sampai 6 bulan, trieulan ke III dari bulan ke 7 sampai 9 bulan. (Saifudin, 2013)

Menurut Federasi Obstetry Ginekologi Internasional, kehamilan di definisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum kemudian dilanjutkan dengan nidasi atau inflantasi. (Prawirohardjo, 2013^a)

2.1.2 Tanda dan Gejala Presumptif

2.1.2.1 Tanda-tanda presumptif

a. Amenorea (tidak mendapatkan haid)

Wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan, yang dihitung dengan menggunakan rumus dari *Naegele*:

Tanggal persalinan = (hari pertama haid terkahir + 7)
dan (bulan hari pertama haid terakhir -3) dan (tahun pertama haid terakhir + 1)

b. Mual dan muntah

Biasanya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan I. Karena sering terjadi pada pagi hari. Apabila timbul mual dan muntah berlebihan karena berlebihan, disebut hiperemesis gravidarum

c. Mengidam

Ibu hamil sering meminta makanan atau minuman tertentu terutama pada bulan-bulan triwulan I, mereka juga tidak tahan suatu bau-bauan

d. Pingsan

Jika berada pada tempat-tempat ramai sesak dan padat, seorang wanita yang sedang hamil dapat pingsan

e. Tidak ada selera makan (anoreksia)

Hanya berlangsung pada triwulan I kehamilan, kemudian nafsu makan timbul kembali

f. Lelah (fatigue)

g. Payudara membesar, tegang, dan sedikit nyeri, disebabkan pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara. Kelenjar montgomery terlihat lebih membesar

h. Miksi sering, karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala itu akan menghilang pada triwulan ke II kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala tersebut muncul kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin

i. Konstipasi atau obstipasi karena tonus otot-otot usus menurun oleh pengaruh hormon steroid

j. Pigmentasi kulit oleh pengaruh hormon kortikosteroid plasenta, dijumpai dimuka (chloasma gravidarum), alveola payudara, leher, dan dinding perut (line nigra)

k. Epulis

l. Pemekaran vena-vena (varises) dapat terjadi pada kaki, betis, dan vulva biasanya dijumpai pada triwulan akhir (Sofian,2012)

2.1.2.2 Tanda-tanda kemungkinan hamil

- a. Perut membesar
 - b. Uterus membesar yaitu terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi rahim
 - c. Tanda hegar yaitu ditemukannya serviks dan isthmus uteri yang lunak pada pemeriksaan bimanual saat usia kehamilan 4 sampai 6 minggu
 - d. Tanda Chadwick yaitu perubahan warna menjadi kebiruan yang terlihat di porsio, vagina dan labia. Tanda tersebut timbul akibat pelebaran vena karena peningkatan kadar estrogen.
 - e. Tanda Piskacek yaitu pembesaran dan pelunakan rahim kesalah satu sisi rahim yang berdekatan dengan tuba uterina. Biasanya, tanda ini ditemukan di usia kehamilan 7 sampai 8 minggu.
 - f. Kontraksi-kontraksi kecil uterus jika dirangsang yaitu Braxton-Hicks
 - g. Teraba ballotement
 - h. Reaksi kehamilan positif
- (Bartini, 2012)

2.1.2.3 Tanda pasti (tanda positif)

- a. Gerakan janin dapat dilihat atau dirasa atau diraba, juga bagian-bagian janin
 - b. Denyut jantung janin
 - 1) didengar dengan stetoskop-monoaural Laennec
 - 2) dicata dan didengar denga alat doppler
 - 3) dicatat dengan fetu-electro kardiogram
 - 4) dilihat pada ultrasonografi
 - c. terlihat tulang-tulang janin dalam foto rontgen
- (Sofian, 2012)

2.1.2.4 Tujuan asuhan antenatal

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi
- c. Mengenali secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin
- e. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif
- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal

(Prawirohardjo, 2013^a)

2.1.2.5 Kebijakan program

Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan

- a. 1 kali pada triwulan I
- b. 1 kali pada triwulan II
- c. 1 kali pada triwulan III

Menurut Saifudin pelayanan atau asuhan standar minimal termasuk 14 T yaitu:

- a. Timbang berat badan ibu
- b. Memeriksa tekanan darah
- c. Mengukur tinggi fundus uteri
- d. Memberikan imunisasi TT sesuai jadwal

- e. Memberikan tablet Fe
 - f. Tes untuk PMS (penyakit menular seksual)
 - g. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan
 - h. Terapi kebugaran
 - i. Tes VDRL (Veneral Disease Research Lab)
 - j. Test reduksi urine
 - k. Test protein urine
 - l. Test Hb, terapi iodium, terapi malaria
- (Bartini, 2012)

2.1.2.6 Kebijakan teknis

- a. Pemberian vitamin zat besi

Dimulai dengan memberikan 1 tablet sehari sesegera mungkin setelah ras hilang. Tiap tablet mengandung FeS₄ 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500 µg, minimal masing-masing 90 tablet. Tablet besi sebaiknya tidak diminum bersama teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan .

- b. Imunisasi TT

Tabel 2.1 Jadwal dan Efektifitas Imunisasi TT untuk ibu

Antigen	Interval (selang waktu minimal)	Lama perlindungan	% Perlindungannya
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun	80
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99

TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup	99
-----	------------------------	--------------------------	----

(Bartini, 2012)

2.1.2.7 Ketidak nyamanan pada Kehamilan

a. Sering buang air kecil

Cara mengatasinya: Kurangi asupan karbohidrat murni dan makanan yang mengandung gula dan batasi minum kopi, teh serta soda (Romuli, 2011).

b. Striae gravidarum

Cara mengatasinya: Gunakan antipruritik jika ada indikasinya dan gunakan baju longgar yang dapat menopong payudara dan abdomen (Vivian, 2011).

c. Mudah lelah

Cara mengatasinya: Mencari waktu untuk beristirahat, jika merasa lelah pada siang hari maka segera tidurlah, hindari tugas rumah tangga yang terlalu berat, cukup mengonsumsi kalori, zat besi dan asam folat (Indriyani, 2011).

d. Hemoroid

Cara mengatasinya: Makan-makanan yang berserat, buah dan sayuran serta banyak minum air putih dan sari buah, lakukan senam hamil untuk mengatasi hemoroid dan jika hemoroid menonjol keluar (Romauli, 2011).

e. Keputihan

Cara mengatasinya: Mandi tiap hari, mengganti celana dalam ketika lembab, memakai pakaian dalam dari bahan katun dan mudah menyerap dan tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur.

Tanda bahaya keputihan sebagai berikut.

- a. Keluar cairan keputihan yang berlebihan seperti keluarnya darah saat menstruasi
- b. Cairannya keputihan yang keluar kental dan menimbulkan bau busuk
- c. Cairan keputihan terkadang menimbulkan rasa gatal dan rasa tidak nyaman di sekitar organewanitaan
- d. Warna cairan keputihan yang keluar hijau atau kuning
- e. Timbul rasa panas di sekitar vagina

(Vivian, 2011).

f. Keringat bertambah

Cara mengatasinya: Pakailah pakaian yang tipis dan longgar, tingkatkan asupan cairan dan mandi secara teratur (Romauli, 2011).

g. Sembelit

Cara mengatasinya: Minum 3 liter cairan tiap hari terutama air putih atau sari buah yang mengandung serat tinggi, dan juga vitamin C, lakukan senam hamil dan membiasakan buang air besar secara teratur (Bartini, 2012)

h. Napas sesak

Cara mengatasinya: Jelaskan sebab fisiologisnya, merentangkan tangan diatas kepala serta menarik napas panjang, mendorong postur tubuh yang baik, dapat juga dengan meninggikan bantal ketika berbaring (Romauli, 2011).

i. Nyeri Ligamentum Rotundum

Cara mengatasinya: Berikan penjelasan mengenai penyebab nyeri, tekuk lutut ke arag abdomen, mandi air hangat, gunakan sebuah bantal untuk menopang uterus dan bantal lainnya letakkan di antara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring (Bartini, 2012).

j. Perut kembung

Cara mengatasinya: Hindari makanan yang mengandung gas, kunyah makanan secara teratur dan lakukan senam secara teratur (Romauli, 2011).

k. Pusing/sakit kepala

Cara mengatasinya: Istirahat yang cukup dan jangan terlalu memikirkan hal-hal yang membuat ibu stress. Pusing dapat terjadi karena ibu kurang istirahat, jadi sebaiknya ibu istirahat dan tenangkan pikiran. Ketika ingin bangun dari tempat tidur ibu dapat miring dahulu untuk bangun, baru duduk dan berdiri, supaya ibu tidak pusing dan tegang jika langsung bangun dan berdiri, serta ibu dapat menghindari tempat yang ramai karena ibu hamil memerlukan oksigen yang lumayan banyak untuk bernafas. Kenali juga sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius yaitu sakit kepala yang hebat, yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari *preeklamsia* (Mochtar, 2012).

l. Sakit punggung atas dan bawah

Cara mengatasinya: Posisi/sikap tubuh yang baik selama melakukan aktifitas, hindari mengangkat barang berat, gunakan bantal ketika tidur dan meluruskan punggung (Vivian, 2011).

m. Nafsu makan berkurang

Cara mengatasinya: Dapat memilih menu makanan yang ibu sukai dan bervariasi, makanlah sedikit-sedikit tetapi sering, karena janin yang ada di perut ibu memerlukan

nutrisi dan vitamin untuk pertumbuhan janin (Vivian, 2011).

o. Varises pada kaki

Cara mengatasinya: Istirahat dengan menaikkan kaki setinggi mungkin untuk membalikkan efek gravitasi, jaga agar kaki tidak bersilang dan hindari berdiri atau duduk terlalu lama (Romauli, 2011).

2.1.2.8 Tanda bahaya kehamilan

a. Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12 % kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum. Penyebab yang sama dan menimbulkan gejala perdarahan pada kehamilan muda dan ukuran pembesaran uterus yang diatas normal, pada umumnya disebabkan oleh mola hidatisoda. Perdarahan pada kehamilan muda dengan uji kehamilan yang tidak jelas, pembesaran uterus yang tidak sesuai (lebih kecil) dari usia kehamilan, dan adanya masa adneksa biasanya disebabkan oleh kehamilan ektopik.

Perdarahan pada kehamilan lanjut atau diatas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa. Perdarahan yang terjadi sangat terkait dengan luas plasenta dan kondisi segmen bawah rahim yang menjadi tempat implementasi plasenta tersebut. Pada plasenta yang tipis dan menutupi sebagian jalan lahir,

maka umumnya terjadi perdarahan bercak berulang dan apabila segmen bawah rahim mulai terbentuk disertai dengan sedikit penurunan bagian terbawah janin, maka perdarahan mulai meningkat hingga tingkatan yang dapat membahayakan keselamatan ibu. Plasenta yang tebal yang menutupi seluruh jalan lahir dapat menimbulkan perdarahan hebat tanpa didahului oleh perdarahan bercak atau berulang sebelumnya. Plasenta previa menjadi penyebab dari 25% kasus perdarahan antepartum. Bila mendekati saat persalinan perdarahan dapat disebabkan oleh solusio plsentia (40%) vasa previa (5%) dari keseluruhan kasus perdarahan antepartum (Prawiroharjo, 2013^a).

b. Preeklamsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan diatas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah diatas normal sering diasosiasikan dengan preeklamsia. Data atau informasi awal terkait dengan tekanan darah sebelum hamil akan sangat membantu petugas kesehatan untuk membedakan hipertenis kronis (yang sudah ada sebelumnya) dengan preeklamsia. Gejala dan tanda lain dari preeklamsia sebagai berikut;

- 1) Hiperrefleksia (iritabilitas susunan saraf pusat)
- 2) Sakit kepala atau selfagia (frontal dan oksipital) yang tidak membaik dengan pengobatan umum
- 3) Gangguan penglihatan seperti pandangan kabur, sekotomata, silau atau berkunang-kunang
- 4) Nyeri epigastrik
- 5) Oliguria (luaran kurang dari 500 ml/24 jam)
- 6) Tekanan darah sistolik 20-30 mmhg dan diastolik 10-20 mmhg diatas normal

7) Protein urinaria (diatas +3)

8) Edema menyeluruh

(Bartini, 2012)

c. Nyeri hebat di daerah abdominopelvikum

Bila hal tersebut diatas terjadi pada kehamilan trimester ke II atau ke III dan disertai dengan riwayat dan tanda-tanda dibawah ini maka diagnosis nya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan (revealed) maupun tersembunyi (concealed):

- 1) Trauma abdomen
- 2) Preeklamsia
- 3) Tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan
- 4) Bagian-bagian janin sulit diraba
- 5) Uterus tegang dan nyeri
- 6) Janin mati dalam rahim

(Vivian, 2011)

d. Gejala dan tanda lain yang harus di waspadai

Beberapa gejala dan tanda lain yang terkait dengan gangguan serius elama amsa kehamilan adalah sebagai berikut.

- 1) Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan
- 2) Disuria
- 3) Menggigil atau demam
- 4) Ketuban pecah dini atau sebeleum waktunya
- 5) Uterus lebih besar atau lebih kecil dari usia kehamilan yang sesungguhnya.

(Bartini, 2011).

2.1.2.9 Tahap-Tahap Pemeriksaan pada Kehamilan

Mencatat hasil pemeriksaan data subjektif menurut Mandriwati (2008).

a. Informasi biodata

Identitas ibu dan suami (nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat)

b. Keluhan utama

Sadar/tidak akan kemungkinan hamil, apakah semata-mata ingin periksa hamil, atau ada keluhan/masalah lain yang dirasakan

c. Riwayat kehamilan sekarang meliputi :

- 1) HPHT (Hari pertama haid terakhir)
- 2) HPL (Hari perkiraan lahir)
- 3) Gerak janin (kapan mulai dirasakan dan apakah ada perubahan yang terjadi)
- 4) Masalah dan tanda bahaya
- 5) Keluhan-keluhan lazim pada kehamilan (seperti mual, pusing, sakit pinggang)
- 6) Penggunaan obat (termasuk jamu)
- 7) Kekhawatiran lain yang dirasakan

d. Riwayat obstetri menurut Bartini (2012) meliputi :

Menarche/pertama kali haid, siklus, lamanya, banyak/berapa kali dalam sehari ganti pembalut, bau, konsistensi dan dismenore

e. Riwayat kehamilan yang lalu

- 1) Jumlah kehamilan, anak lahir hidup, persalinan aterm, persalinan premature, keguguran atau kegagalan kehamilan, persalinan dengan tindakan, (dengan forcep, atau dengan SC (*seksio cesarea*))
 - 2) Riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan atau nifas sebelumnya
 - 3) Hipertensi disebabkan kehamilan sekarang atau kehamilan sebelumnya
 - 4) Berat bayi sebelumnya <2500 atau >4000 gram
 - 5) Masalah-masalah lain yang dialami
- (Mandriwati, 2008).
- f. Riwayat kesejahteraan termasuk penyakit-penyakit yang dapat dahulu dan sekarang.
- 1) Masalah kardiovaskular
 - 2) Hipertensi
 - 3) Diabetes
 - 4) Malaria
 - 5) PMS (penyakit menular seksual)
- Bartini (2012).
- g. Riwayat sosial ekonomi
- 1) Status perkawinan
 - 2) Respon orang tua dan keluarga terhadap kehamilan ini
 - 3) Riwayat KB (keluarga berencana)
 - 4) Dukungan keluarga
 - 5) Pengambilan keputusan dalam keluarga
 - 6) Kebiasaan makan dan gizi yang dikonsumsi
 - 7) Kebiasaan hidup sehat meliputi kebiasaan merokok, dan minum obat atau alkohol
 - 8) Beban kerja dan kegiatan sehari-hari

9) Tempat melahirkan dan penolong yang diinginkan (Romauli, 2011).

Mencatat hasil pemeriksaan data objektif/pemeriksaan fisik umum menurut Bartini (2012).

- a. Keadaan umum dan tingkat kesadaran
- b. TTV meliputi tekanan darah, suhu badan, frekuensi nadi, frekuensi nafas)
- c. Berat badan, tinggi badan , lingkaran lengan atas
- d. Inspeksi
 - 1) Kepala dan leher (edema diwajah, ikterik pada mata, bibir pucat, leher meliputi pembengkakan seluruh limfe atau pembengkakan kelenjar tiroid)
 - 2) Tangan dan kaki (edema pada jari tangan, kuku jari pucat, varises vena dan reflek-reflek)
 - 3) Payudara (ukuran, kesimetrisan, puting payudara : Menonjol atau masuk, keluarnya kolustrum atau cairan lain dan retraksi)
 - 4) Abdomen (Luka operasi, tinggi fundus uteri jika >12 minggu, letak, persentasi, posisi, dan penurunan kepala kalau >36 minggu)
 - 5) Genitalia luar (eksternal)
Varises, perdarahan, luka, cairan yang keluar, pengeluaran, kelenjar bartholin : Bengkak (massa) cairan yang keluar.
 - 6) Genitalia dalam (Interna)
serviks meliputi cairan : yang keluar, luka (lesi), kelunakan, posisi, mobilisasi, tertutup, atau membuka. Vagina meliputi cairan yang keluar, luka, dan darah serta ukuran, bentuk, posisi, mobilitas, kelunakan, massa (pada trimester pertama)
- e. Palpasi abdomen

Menggunakan cara Leopold dengan langkah sebagai berikut :

1) Leopold I

Leopold I bertujuan untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian janin yang ada di fundus, menurut Vivian (2011) cara pelaksanaan adalah sebagai berikut.

a) Pemeriksa menghadap pasien

Kedua tangan meraba bagian fundus dan mengukur berapa TFU (tinggi fundus uteri)

b) Meraba bagian apa yang ada di fundus, jika teraba benda bulat, melenting, mudah digerakkan, maka itu adalah kepala, namun jika teraba benda bulat, besar, lunak, tidak melenting, dan susah digerakkan, maka itu adalah bokong janin.

2) Leopold II

Leopold II bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada disebelah kanan atau kiri ibu, menurut Bartini (2012) cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut.

a) Kedua tangan pemeriksa berada disebelah kanan dan kiri perut ibu

b) Memeriksa sebelah kanan, maka tangan kanan menahan perut sebelah kiri kearah kanan

c) Raba perut sebelah kanan menggunakan tangan kiri, dan rasakan bagian apa yang ada disebelah kanan (jika teraba benda yang rata, tidak teraba bagian kecil, terasa ada tahanan, maka itu adalah punggung bayi, namun jika teraba bagian-bagian yang kecil dan menonjol, maka itu adalah bagian kecil janin).

3) Leopold III

Leopold III bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah uterus, menurut Mandriwati (2008) cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut.

- a) Tangan kiri menahan fundus uteri
- b) Tangan kanan meraba bagian yang ada dibagian bawah uterus. Teraba benda bulat, melenting, mudah digerakkan, maka itu adalah kepala, namun jika teraba benda bulat, besar, lunak, tidak melenting, dan susah digerakkan, maka itu adalah bokong janin, jika dibagian bawah tidak ditemukan kedua bagian seperti diatas, maka pertimbangan apakah janin dalam letak lintang
- c) Tangan kanan meraba bagian bawah (jika teraba kepala, goyangkan, jika masih mudah digoyangkan, berarti kepala belum masuk panggul, namun jika tidak dapat digoyangkan, berarti kepala sudah masuk panggul.

4) Leopold IV

Leopold IV bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah dan untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk panggul atau belum, menurut Bartini (2012) cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut.

- a) Pemeriksaan menghadap kaki pasien
- b) Kedua tangan meraba bagian janin yang ada dibawah
- c) Teraba kepala, tempatkan kedua tangan didua belah pihak yang berlawanan dibagian bawah
- d) Kedua tangan konvergen (dapat saling bertemu) berarti kepala belum masuk panggul

- e) Kedua tangan divergen (tidak saling bertemu) berarti kepala sudah masuk panggul
- f) Memungkinkan dalam palpasi diperkirakan juga taksiran berat janin (meskipun kemungkinan kesalahan juga masih cukup besar) pada kehamilan aterm.

Perkiraan berat janin dapat menggunakan rumus Johnson-Tossec yaitu :

Kepala sudah masuk PAP $(TFU - 11) \times 155 = \dots$
gram

Kepala belum masuk PAP $(TFU - 12) \times 155$
 $= \dots$ gram

- f. Auskultasi (bila >18 minggu)

Menggunakan linexatau alat doppler yang di tempelkan di daerah punggung janin, dihitung frekuensi 5 detik pertama, ketiga, dan ke lima, kemudian dijumlah dan dikalikan 4 untuk memperoleh frekuensi 1 menit. Batas frekuensi denyut jantung normal adalah 120-160/menit (Dewi, 2012).

- g. Pemeriksaan panggul

Pemeriksaan panggul menurut Suryati (2011) pada wanita hamil dilakukan jika ada indikasi dan pada anak pertama pemeriksaan ini sangat penting untuk mengidentifikasi ada tidaknya panggul sempit.

Alat pengukur yang sering digunakan adalah jangkar panggul dari martin ukuran-ukuran yang ditentukan adalah :

- 1) Distansia spinarum yaitu jaringan spina iliaca anterior superior kanan dan kiri dengan ukuran normal sekitar 23-25 cm

- 2) Distansia cristarum yaitu jarak terjauh antara crista iliaca terjauh kanan dan kiri antara ukuran normal 26-29 cm bila selisih antara distansia cristarum dan distansi spinarum < 16 cm, kemungkinan besar adanya kesempitan panggul
- 3) Konjugata eksterna yaitu jarak antara tepi atas simfisis dan prosesus lumbi lima, dengan ukuran normal 18-20 cm, bila diameter < 16 cm kemungkinan terdapat kesempitan panggul
- 4) Lingkar panggul normalnya 80-90 cm

2.2. Persalinan

2.2.1 Pengertian

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses di mana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Prawirohardjo, 2013a).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin + uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Mohtar, 2011)

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. (Prawirohardjo, 2013a).

2.2.2 Beberapa istilah yang berhubungan dengan partus

2.2.2.1 Menurut cara persalinan

- a. Partus biasa (normal), disebut juga partus spontan adalah proses lahirnya bayi dengan LBK dengan tenaga ibu sendiri tanpa bantuan alat-alat, serta tidak

melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam

- b. Partus lua biasa (abnormal) ialah saluran pervaginam dengan bantuan alat-alat atau melalui dinding perut dengan operasi kaesarea (Mochtar, 2012).

2.2.2.2 Menurut tua (umur) kehamilan

- a. Abortus (keguguran) adalah terhentinya kehamilan sebelum janin dapat hidup (viabel)-berat janin di bawah 1000 g-tua kehamilan di bawah 28 minggu
- b. Partus prematurus adalah persalinan (pengeluaran) hasil konsepsi pada kehamilan 28-36 minggu, janin dapat hidup tetapi prematur, berat janin antara 1000-2500 g.
- c. Partus maturus atau atrem (cukup bulan) adalah partus kehamilan 37- 40 minggu, janin, berat badan diatas 2500 g.
- d. Partus posmaturus (serotinus) adalah persalinan yang terjadi 2 minggu atau janin disebut postmatur.
- e. Partus presipitatus adalah partus yang berlangsung sangat cepat, mungkin di kamar mandi, diatas becak, dan sebagainya.
- f. Partus percobaan adalah suatu penilaian kemajuan persalinan kemajuan persalinan untuk memperoleh bukti tentang ada atau tidaknya disproporsi sefalpelvik (Mochtar, 2012).

2.2.2.3 Gravida dan Para :

- a. Gravida adalah seorang wanita yang sedang hamil.
- b. Primigravida adalah seorang wanita yang hamil untuk pertama kali.
- c. Para adalah seorang wanita yang pernah melahirkan bayi yang dapat hidup (viable).

- d. Nulipara adalah seorang wanita yang belum pernah melahirkan bayi viable.
- e. Primipara adalah seorang wanita yang melahirkan bayi viable berapa kali (sampai 5 kali).
- f. Grandemultipara adalah wanita yang pernah melahirkan bayi 6 kali atau lebih, hidup ataupun mati.

2.2.3 Sebab-sebab yang menimbulkan persalinan

Teori-teori yang dikemukakan antara lain faktor-faktor humoral, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi.

2.2.3.1 Teori penurunan hormon : 1-2 minggu sebelum partus, mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim.

2.2.3.2 Teori plasenta menjadi tua : penuaan plasenta akan menyebabkan turunya kadar estrogen dan progesteron sehingga terjadi kekejangan pembuluh darah. Hal tersebut akan menimbulkan kontraksi rahim.

2.2.3.3 Teori distensi rahim : rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenta.

2.2.3.4 Teori iritasi mekanik : dibelakan serviks, terletak ganglion servikale (pleksus frankenhauser). Apabila ganglion tersebut digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.

2.2.3.5 Induksi partus. Partus dapat pula ditimbulkan dengan :

- a. Gangang laminaria: beberapa laminaria dimasukan dilunbang dalam kanalis servisis dengan tujuan merangsang pleksus Franken-hauser,
- b. Amniotomi : pemecahan ketuban,

- c. Tetesan oksitosin: pemberian oksitosin melalui tetesan perinfus (Mochtar, 2011)

2.2.4 Tanda-tanda permulaan persalinan

Sebelum terjadi persalinan sebenarnya, beberapa minggu sebelumnya, wanita memasuki “bulanya” atau “minggunya” atau “harinya” yang disebut kala pendahuluan. Kala pendahuluan memberikan tanda-tanda sebagai berikut.

2.2.4.1 Lightening atau setting atau droping, yang kepala turun memasuki pintu atas panggul, terutama pada primigravida. Pada multipara hal tersebut tidak begitu jelas.

2.2.4.2 Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.

2.2.4.3 Sering buang air kecil atau sulit berkemih (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.

2.2.4.4 Perasaan nyeri diperut dan pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah uterus kadang-kadang tersebut “false labor pains”.

2.2.4.5 Serviks menjadi lembek; mulai mendatar, dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah.

(Prawirohardjo, 2013_a)

2.2.5 Tanda-tanda Inpartu

2.2.5.1 Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur.

2.2.5.2 Keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robek-robek kecil pada serviks.

2.2.5.3 Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.

2.2.5.4 Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan.

Seperti setelah dikemukakan terdahulu, faktor-faktor yang berperan dalam persalinan adalah:

- a. Kekuatan mendorong janin keluar (power)
 - b. His (kontraksi uterus),
 - c. Kontraksi otot-otot dinding perut,
 - d. Kontraksi diafragma, dan
 - e. Ligamentous action, terutama lig. rotundum.
- 1) Faktor janin
 - 2) Faktor jalan lahir
- (Eka & Kurnia, 2014).

2.2.6 Kala Persalinan

2.2.6.1 Proses persalinan terdiri dari 4 kala, yaitu :

- a. Kala I : waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadipembukaan lengkap 10 cm.
- b. Kala II : kala pengeluaran janin, sewaktu uterus dengankekuatan his ditambah kekuatan mengedanmendorong janin keluar hingga lahir.
- c. Kala III :waktu untuk pelepasan dan pengeluaran uri.
- d. Kala IV :mulai dari lahirnya uri, selama 1-2 jam.

(Prawioharjo, 2013_a)

2.2.6.2 Kala I (kala pembukaan)

Impartu (partus mulai) ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena servik mulai membuka (dilatasi) da mendatar(effacement).

Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servisis akibat pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka.

Kala pembukaan dibagi atas 2 fase.

- a. Fase laten : pembukaan serviks yang berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm, lamanya 7-8 jam.

- b. Fase aktif : berlangsung selama 6 jam dibagi atas 3 subfase.
- c. Periode akselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
- d. Periode dilatasi maksimal (steady): selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- e. Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap)
(Tresnawati, 2014).

2.2.6.3 Kala II (kala pengeluaran janin)

Pada kala pengeluaran janin, his terkoordinasi, kuat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun dan masuk ke ruang panggul terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang melalui lengkung refleks menimbulkan rasa mencedan. Karena tekanan pada rektum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka.

Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum meregang. Dengan his dan mencedan yang terpimpin, akan lahir kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II adaa primi berlangsung selama 1 ½-2 jam, pada multi 1 ½-1 jam (Prawirohardjo, 2013a).

2.2.6.4 Kala III (Kala pengeluaran uri)

Setelah bayi lahir, kontraksi rahim beristirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdrong ke dalam vagina, dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30

menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200cc (M0chtar, 2011).

2.2.6.5 Kala IV

Kala IV adalah kala pengawasan selama 1 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum (Prawirohardjo, 2013a).

2.2.7 Pimpinan persalinan

2.2.7.1 Posisi ibu dalam persalinan

- a. Posisi litotomi adalah posisi yang paling umum, wanita berbaring terlentang dengan lutut ditekuk, kedua paha diangkat kesamping kanan dan kiri.
- b. Posisi duduk (squatting position). Sekarang, posisi bersalin duduk telah dikembangkan di negara-negara latin. Untuk itu, dibuat meja bersalin khusus agar wanita dapat duduk sambil melahirkan.
- c. Cara berbaring
 - 1) Menurut *Walcher*: di tepi tempat tidur
 - 2) Menurut *Tjeeknk-Willink*: memakai bantal
 - 3) Menurut *Jonges*: untuk memperlebar pintu bawah panggul
 - 4) Menurut posisi *Sims*: posisi miring(Eka & Kurnia, 2014)

2.2.7.2 Pemeriksaan wanita yang hendak bersalin

Seperti telah dibicarakan di atas, pemeriksaan wanita hamil meliputi pemeriksaan seluruh tubuh, begitu pula pemeriksaan wanita yang akan melahirkan, yaitu sebagai berikut.

- a. Pemeriksaan umum

- 1) Tekanan darah, nadi, pernafasan, fleks, jantung, paru-paru, berat badan, tinggi badan, dan sebagainya
- b. Pemeriksaan status obstetrikus
- 1) letak dan posisis janin, taksiran berat badan janin
 - 2) denyut jantung janin
 - 3) his dan sfat-sifatnya, dsb
- c. pemeriksaan dalam (vagina atau rektal):
- 1) pembukaan serviks dalam cm atau jari
 - 2) turunnya kepala diukur menurut bidang hodge
 - 3) ketuban sudah pecah atau belum, menonjol atau tidak
- d. pemeriksaan laboratorium
- 1) pemeriksaan urin: protein dan gula
 - 2) pemeriksaan darah: Hb, golongan darah
- e. persiapan bagi ibu
- 1) bersihkan dan cukur daerah genitalia eksterna
 - 2) ibu hamil diminta buang air kecil atau dikateterisasi guna mengosongkan kandung kemih
 - 3) pemakaian klisma supaya rektum kosong
 - 4) pakaian di ganti dengan yang longgar
- f. persiapan semua alat untuk persalinan biasa
- 1) beberapa pasang sarung tangan steril
 - 2) gunting siebold, gunting tali pusat
 - 3) beberapa klem tali pusat dan klem lainnya
 - 4) benang atau plastik klem untuk tali pusat
 - 5) alat pengisap lendir bayi
 - 6) iodium linctur dengan kapas lidinya
 - 7) alat-alat untuk menjahit luka
 - 8) obat-obatan dan jarum suntiknya
 - 9) kain kassa steril, dan sebagainya
- (Prawiroharjo, 2013_a)

2.2.7.3 Menolong atau memimpin persalinan biasa

a. Kala I

Pekerjaan penolong (dokter, bidan, penolong lainnya) dalam kala I adalah mengawasi wanita inpartu sebaik-baiknya serta menanamkan semangat kepada wanita tersebut bahwa proses persalinan adalah fisiologis. Tanamkan rasa percaya diri dan percaya pada penolong. Pemberian obat atau tindakan hanya dilakukan apabila perlu dan ada indikasi. Apabila ketuban belum pecah. Wanita inpartu boleh duduk atau berjalan-jalan. Jika berbaring, sebaiknya ke sisi ter;letaknya punggung janin. Jika ketuban sudah pecah wanita tersebut dilarang berjalan-jalan, harus berbaring. Periksa dalam pervagina dilarang, kecuali ada indikasi, karena setiap pemeriksaan akan membawa infeksi, apalagi jika dilakukan tanpa memperhatikan sterilitas (asepsis). Pada kala pembukaan dilarang mengedan karena belum waktunya dan hanya akan menghabiskan tenaga ibu. Biasanya, kala I berakhir apabila pembukaan sudah lengkap sampai 10 cm (Rustam, 2011).

b. Kala II

Pada permulaan kala II, umumnya kepala janin telah masuk dalam ruang panggul, ketuban yang menonjol biasanya akan pecah sendiri. Apabila belum pecah, ketuban harus dipecahan. His datang lebih sering dan lebih kuat, lalu timbullah his mengedan. Penolong harus telah siap untuk memimpin persalinan.

Ada 2 cara ibu mengedan

1) Posisi berbaring sambil merangkul kedua pahanya dengan kedua lengan sampai batas siku. Kepala diangkat sedikit hingga dagu mengenai dada. Mulut dikatup

2) Dengan sikap seperti diatas, tetapi badan miring ke arah terdapatnya punggung janin dan hanya satu kaki yang dirangkul yaitu yang sebelah atas.

Apabila kepala janin telah sampai di dasar panggul vulva mulai terbuka (membuka pintu) rambut kepala kelihatan. Setiap kali his, kepala lebih maju, anus terbuka, perineum meregang. Penolong harus menahan perineum dengan tangan kanan beralaskan kain kasa atau kain duk steril supaya tidak terjadi robekan (rupture perineum). Pada primigravida, dianjurkan melakukan episiotomi.

a) Ekspresi kristeller

Mendorong fundus uteri sewaktu ibu mengedan tujuannya membantu tenaga ibu untuk melahirkan kepala. Cara ini kurang dibenarkan, jika akan dilakukan juga hanya boleh 2-3 kali saja. Bahayanya adalah rupture uteri, atonia uteri, trauma organ-organ dalam perut, dan solusio plasenta (Eka & Kurnia, 2014).

b) Perasat ritgen

Apabila perineum meregang dan menipis, tangan kiri penolong menekan bagian belakang kepala janin ke arah anus, tangan kanan di perineum. Dengan ujung-ujungjari tangan kanan, dicoba mengait dagu janin untuk di dorong pelan-pelan ke arah simfisis. Dengan pimpinan yang baik dan sabar, lahirlah kepala dengan ubun-ubun kecil

(suboksiput) di bawah simfisis sebagai hipomoklion, kemudian secara berturut-turut tampaklah bregma (ubun-ubun besar) dahi, muka, dan dagu. Perhatikan apakah tali pusat melilit leher, kalau ada, lepaskan. Kepala akan mengadakan putaran restitusi kearah terdapatnya punggung janin. Lahirkan bahu depan dengan menarik kepala ke arah anus (bawah), lalu bahu belakannng dengan menarik pelan-pelan ke arah simfisis (atas). Melahirkan badan, bokong, dan kaki lebih mudah, yaitu dengan mengait kedua ketiak janin(Tresnawati, 2014).

c) Bayi baru lahir

Bayi baru lahir yang seht dan normal akan segera menarik nafas dan menangis, menggerakkan tangan dan kakinya. Bayi diletakkan dengan kepala lebih rendah, kira-kira membuat sudut 30 derajat degan bidang datar. Mulut dan hidung dibersihkan, dan lendir diidap dengan pengisap lendir. Tali pusat diklem pada 2 tempat 5 dan 10 cm dari umbilikus, lalu digunting atau dipotng diantaranya. Ujung tali pusat pada bayi diikat kuat dengan pita atau benang atau klem plastik sehingga tidak ada perdarahan. Akhirnya, bayi diurus sebaik-baiknya.

Lakukanlah pemeriksaan ulang pada ibu: kontraksi atau palpasi rahim, kandung keih penuh atau tidak. Kalau penuh, kandung kemih harus dikosongkan sebab dapat menghalangi kontraksi rahim dan menyulitkan kelahiran uri (Prawirohardjo, 2013_a).

c. Kala III

Pengawasan pada kala pelepasan dan pengeluaran uri ini cukup penting karena kelalaian dapat menyebabkan risiko perdarahan yang dapat membawa kematian. Kala III berlangsung mulai dari bayi lahir sampai uri keluar lengkap. Biasanya, uri akan lahir spontan dalam 15-30 menit, dapat ditunggu sampai 1 jam, tetapi tidak boleh ditunggu jika terjadi banyak perdarahan.

Kala III terdiri dari 2 fases:

- 1) Fase pelepasan uri, dan
- 2) Fase pengeluaran uri.

Lokasi uri adalah

- a) Pada dinding depan dan belakang korpus uteri
- b) Kadang-kadang pada dinding lateral
- c) Jarang di fundus uteri
- d) Sesekali pada segmen bawah rahim (SBR), disebut plasenta previa

3) Mekanisme pelepasan uri

Kontraksi rahim akan mengurangi area uri karena rahim bertambah kecil dan dindingnya bertambah tebal beberapa sentimeter. Kontraksi-kontraksi tadi akan menyebabkan bagian uri yang longgar dan lemah pada dinding rahim terlepas, mula-mula sebagian, kemudian seluruhnya, dan terdapat bebas dalam kavum uteri, kadang-kadang, ada sebagian kecil uri yang masih melekat pada dinding rahim.

Selaput ketuban pun dikeluarkan, sebagian oleh kontraksi rahim, sebagian sewaktu keluarnya uri. Di tempat-tempat yang lepas, terjadi perdarahan antara

uri dan desidua basalis, disebut hematoma retroplasenta (Eka & Kurnia, 2014).

4) Fase pelepasan uri

Cara lepasnya uri ada beberapa macam:

a) Schultze

Cara ini yang paling sering terjadi (80%). Plasenta terlepas seperti jika kita menutup payung. Yang pertama terlepas adalah bagian tengah, lalu terjadi hematoma retroplasenta yang menolak uri, mula-mula bagian tengah, kemudian seluruhnya. Menurut cara Schultze, perdarahan biasanya tidak ada sebelum uri lahir dan banyak setelah uri lahir (Manuaba, 2012).

b) Duncan

(1) Lepasnya uri mulai dari pinggir. Jadi, bagian pinggir uri lahir lebih dahulu. Darah akan mengalir keluar diantara selaput ketuban. Cara ini terjadi pada 20% kasus

(2) Serempak dari tengah dan pinggir plasenta.

Untuk mengetahui cara lepasnya uri, dapat digunakan 2 cara:

(a) Memasukan zat kontras ke dalam uri melalui pembuluh darah tali pusat, lalu dibuat gambar rontgen atau

(b) Secara klinis, dengan meneliti sewaktu uri lahir melalui vagina dan vulva

(Rustam, 2011)

5) Fase pengeluaran uri

Uri yang sudah terlepas oleh kontraksi rahim akan didorong ke bawah karena sekarang dianggap sebagai benda asing. Pengeluaran uri dibantu pula oleh

tekanan abdominal atau mendedan. Uri akan dilahirkan secara spontan pada 20% pasien, dan selebihnyamemerlukan pertolongan.

6) Perasat-perasat untuk mengetahui lepasnya uri

a) Kustner

Dengn meletakkan tangan disertai tekanan pada atau di atas simfisis, tali pusat ditegangkan. Jika tali pusat masuk kembali, berarti uri belum lepas jika tali pusat diam atau maju, berarti uri sudah lepas.

b) Strassman

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus. Jika tali pusat bergetar, berarti uri belum lepas, sedangkan jika tidak bergetar artinya uri sudah lepas.

c) Klein

Sewaktu ada his, rahim kita dorong sedikit. Jika tali pusat tertarik masuk, berarti uri belum lepas, sedangkan jika tidak bergetar artinya uri sudah lepas.

(Tresnawati, 2014)

7) Tanda-tanda lain lepasnya uri

a) Rahim menonjol di atas simfisis

b) Tali pusat bertambah panjang

c) Rahim membesar dan keras

d) Keluar darah secara tiba-tiba

Normalnya, pengeluaran uri terjadi sekitar $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ jam sesudah anak lahir, tetapi kita dapat menunggu paling lama sampai 1 jam. Namun apabila terjadi banyak perdarahan atau jika pada persalinan-persalinan yang lalu ada riwayat

perdarahan postpartum, kita tidak boleh menunggu, sebaiknya plasenta langsung dikeluarkan dengan tangan. Sselainn itu, kalau perdarahan sudah lebih dari 500 cc atau satu nierbekken, sebaiknya uri langsung dikeluarkan secara manual dan diberikan uterotonika (Mochtar,2011).

8) Pimpinan kala uri

Segera sesudah anak lahir, anak diurus dan tali pusat diklem. Biasanya, rahim yng telah menyelesaikan tugas berat, yaitu mengeluarkan anak, akan beristirahat beberapa menit. Dalam masa istirahat keadaan ibu tentang hat ini, tugas kita adalah

a) Memeriksa keadaan ibu tentang

(1)Status lokalis obstetrik dengan cara palpasi fundus uteri dan konsistensinya

(2)Memeriksa keadaan vital ibu: tensi darah, nadi, suhu respirasi

b) Mengawasi perdarahan

c) Mencari tanda-tanda pelepasan uri, kalau sudah lepas segera melahirkannya. Kalau tidak ada perdarahan dan konsistensi uterus baik (keras), kita hanya menunggu dan mengawasi, jangan buru-buru melahirkan uri. Jika rahim memerlukan stimulasi setelah beberapa menit, lakukanlah pemijatan pelan-pelan. Apabila kita sabar menunggu, biasanya uri akan lahir spontan, dan jika sudah ada tanda-tanda lepasnya uri, plasenta segera dilahirkan dengan.

(1)Menyuruh ibu mengedan, dan

(2)Memberi tekanan pada fundus uteri

Dorongan pada fundus hanya boleh dikerjakan pada rahim yang kontraksinya baik sebab pada rahim yang lembek dapat menimbulkan inversio uteri. Jangan mendorong sampai serviks melewati introitus vagina karena akan menimbulkan bahaya infeksi (Prawirohardjo, 2013_a)

9) Pengeluaran selaput ketuban

Selaput janin biasanya lahir dengan mudah, tetapi kadang-kadang masih ada yang tertinggal. Selaput yang tertinggal tadi dapat dikeluarkan dengan jalan.

- a) Menarik pelan-pelan
- b) Memutar atau memilinnya seperti tali
- c) Memutar pada klem
- d) Manual atau digital

Uri dan selaput ketuban harus diperiksa sebaik-baiknya setelah dilahirkan, apakah lengkap atau tidak lengkap, yang diperiksa yaitu:

- a) Permukaan maternal 6-20 kotiledon
- b) Permukaan total
- c) Apakah ada tanda-tanda plasenta suksenturiata

Kalau tidak lengkap, disebut adanya sisa uri, dapat timbul perdarahan yang banyak dan infeksi (Elisabeth & Endang, 2015).

d. Kala IV

Darah yang keluar harus ditakar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada pelepasan uri dan robekan pada serviks dan perineum. Jumlah perdarahan rata-rata yang dianggap normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. Apabila perdarahan lebih dari 500 cc, hal tersebut

sudah dianggap abnormal dan harus dicari sebab-sebabnya. Penting untuk diingat, jangan meninggalkan wanita bersalin 1 jam sesudah bayi dan uri lahir. Sebelum pergi meninggalkan ibu yang baru melahirkan, periksa ulang dahulu dan perhatikanlah 7 pokok penting berikut.

- 1) Kontraksi rahim: baik atau tidaknya dapat diketahui dengan palpasi. Jika perlu, lakukanlah pembedahan dan berikan uterotanika: methergin, ergometrin dan pitosin
- 2) Perdarahan: ada atau tidak, banyak atau biasa
- 3) Kandung kemih: harus kosong. Kalau penuh ibu diminta berkemih dan jika tidak bisa, pasang kateter
- 4) Luka-luka: jahitannya baik atau tidak, ada perdarahan atau tidak
- 5) Uri dan selaput ketuban harus lengkap
- 6) Keadaan umum ibu: tensi darah, nadi, pernafasan, suhu
- 7) Bayi dalam keadaan baik

(Mochtar, 2011)

2.2.7.4 Rupture perineum

Robekan yang terjadi pada perineum sewaktu persalinan. Episiotomi adalah ruptur perineum yang artifisial.

Ruptur perineum dibagi menjadi 3 tingkat:

- a. Tingkat 1: robekan hanya mengenai kulit dan mukosa sekitar 1-1½ cm
- b. Tingkat 2: robekan lebih dalam, sudah mengenai m. levator ani
- c. Tingkat 3: robekan pada kulit, mukosa, sentrum tendineum perinei (badan perinial), m. Sphincter ani

Rupture perinei inkomplit: tingkat 1 sampai 2

Rupture perinei komplit: tingkat 3

Yang dapat menyebabkan ruptur perinei adalah

- 1) Partus presipitatus
- 2) Kepala janin yang besar dan janin yang besar
- 3) Presentasi defleksi (dahi muka)
- 4) Primigravida
- 5) Letak sungsang dan after coming head
- 6) Pimpinan persalinan yang salah
- 7) Tindakan obstetri operatif pervagina: ekstraksi vakum, ekstraksi forseps, versi dan ekstraksi, serta embriotomi. Kalau luka-luka tersebut tidak dijahit dengan baik, akan menyebabkan lapangnya perineum, dan pada ruptur perinei komplit, dapat terjadi inkontinensia alvi. Secara estetis, kemaluan menjadi tampak kurang baik (Prawirohardjo, 2013_a).

2.2.7.5 Penanganan

- a. Untuk mencegah luka yang jelek dan tepi luka yang tidak rata dan kurang bersih, pada beberapa keadaan dilakukan episiotomi pada keadaan lain, cukup dengan pimpinan persalinan yang baik.
- b. Apabila dijumpai robekan perineum, lakukan penjahitan luka dengan baik lapis demi lapis perhatikan jangan sampai terjadi ruang kosong yang terbuka ke arah vagina (dead space). Ruang tersebut dapat dimasuki bekuan-bekuan darah yang akan menyebabkan tidak baiknya penyembuhan luka
- c. Berikan antibiotik yang cukup

d. Pada luka perineum lama (old perineal tear), lakukan perineoplasti dengan membuat luka baru dan menjahitnya kembali sebaik-baiknya.

(Tresnawati, 2014)

2.2.8 Langkah-langkah Asuhan Persalinan Normal, standar 60 langkah asuhan persalian normal, berdasarkan buku acuan pelatihan Asuhan Persalinan Normal (2012) standar 60 langkah APN sebagai berikut :

Tabe 2.2 60 langkah asuhan persalihan

No	Kegiatan
1.	a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina c) Perineum menonjol d) Vulva-vagina dan springter ani membuka
2.	Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oxytocin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3.	Memakai alat perlindungan diri seperti memakai celemek plastic, topi, masker, kacamata, sepatu tertutup.
4.	Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali/pribadi yang bersih.
5.	Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk pemeriksaan dalam.
6.	Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (dengan menggunakan sarung tangan DTT atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah DTT atau steril tanpa mendekontaminasi tabung suntik.
7.	Membersihkan vulva dan perineum, menyeka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika

	mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan kebelakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar.
8	Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi
9.	Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit lalu mencuci tangan
10.	Memeriksa denyut Jantung Janin (DJJ). Setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-180x/menit).Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada patograf
11.	Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu dalam posisi yang nyaman sesuai keinginan. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
12.	Meminta bantuan kepada keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran
13.	Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran a. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran. b. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran c. Anjurkan ibu beristirahat di antara kontraksi d. Berikan asupan cairan peroral
14.	Menganjurkan ibu untuk berjalan, jongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit.
15.	Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih untuk menyambut bayi
16.	Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.

17.	Membuka partus set.
18.	Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
19.	<p>Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan</p> <p>yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir. Setelah itu dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain yang bersih</p>
20.	<p>Memeriksa lilitan tali pusat</p> <p>a. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.</p> <p>b. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.</p>
21.	Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22.	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas untuk melahirkan bahu posterior.
23.	Setelah kedua bahu dilahirkan, melusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum posisi tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
24.	Setelah tubuh dan lengan lahir, telusuri tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangga saat punggung dan kaki lahir. Pegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati dan bantu kelahiran kaki.

25.	Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, letakkan bayi ditempat yang memungkinkan)
26.	Segera mengeringkan badan bayi, dan membungkus kepala bayi serta menggunakan topi pada bayi agar terjaga kehangatan bayi serta dapat di selimuti bayi ketika diletakkan pada perut ibu
27.	Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua atau memastikan bahwa janin tunggal
28.	Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik disuntik oksitosin untuk merangsang rahim sehingga berkontraksi
29.	Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit, intra muskular di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu lalu suntikkan
30.	Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (kearah ibu)
31.	Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
32.	Memberikan bayi atau meletakkan bayi pada dada ibunya lalu menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan juga memulai untuk pemberian ASI (air susu ibu) pertama kalinya untuk bayi
33.	Memindahkan klem pada tali pusat 5-10 cm ke depan perineum untuk memudahkan peregangannya tali pusat
34.	Meletakkan satu tangan diatas perut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan gunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

35.	<p>Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan peregangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah atas dan belakang (Dorsokranial) dengan hati-hati</p> <p>untuk membantu mencegah terjadinya inversion uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30- 40 detik, hentikan peregangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsang puting susu.</p>
36.	<p>Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk menera sambil menarik tali pusat kearah bawah dan kemudian kearah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. Perhatikan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan peregangan tali pusat selama 15 menit. Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM, nilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jikaperlu.
37.	<p>Jika plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati, memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan lahirkan selaput ketuban</p>
38.	<p>Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan massase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras)</p>
39.	<p>Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh.</p>
40.	<p>Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.</p>

41.	Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
42.	Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit lalu mencuci tangan.
43.	Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan serta cek kandung kemih apakah kosong atau penuh
44.	Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan massase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
45.	Mengevaluasi kehilangan darah.
46.	Memeriksa tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi pada ibu, setiap 15 menit sekali selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit sekali selama sejam kedua pasca persalinan.
47.	Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih dan kering.
48.	Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas semua peralatan setelah dekontaminasi.
49.	Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
50.	Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan cairan ketuban, lender, darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
51.	Memastikan bahwa ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
52.	Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
53.	Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54.	Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

55.	Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi
56.	Dalam satu jam pertama, beri salep mata, vitamin K1 mg IM dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, cek pernafasan dan suhu tubuh bayi.
57.	Setelah satu jam pemberian vit K berikan suntikan immunisasi Hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
58.	Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
59.	Cuci kedua tangan dengan sabun dengan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering.
60.	Lengkapi partograf

(JNPK-KR, 2012)

2.2.8.15 Kebutuhan dasar dalam persalinan

a. Kebutuhan fisiologis

Kebutuhan dasar atau kebutuhan pokok/utama yang bial tidak terpenuhi akan terjadi ketidaksinambungan, contohnya kebutuhan O₂ (oksigen), makan, minumam, dan seks

b. Kebutuhan rasa aman

Kebutuhan rasa aman misalnya perlindungan hukum, perlindungan terhindar dari penyakit

c. Kebutuhan dicintai dan mencintai

Kebutuhan dicintai dan mencintai misalnya mendambakan kasih sayang dari orang-orang terdekat, ingin dicintai dan diterima oleh keluarga dan orang lain disekitarnya

d. Kebutuhan harga diri

Kebutuhan harga diri misalnya ingin dihargai menghargai, adanya respon dari orang lain, toleransi dalam hidup berdampingan

e. Kebutuhan aktualisasi

Kebutuhan aktualisasi misalnya ingin diakui dan dipuja, ingin berhasil, ingin menonjol, atau ingin lebih dari orang lain

(Elisabeth & Endang, 2015:67).

2.2.8.16 Patograf

Patograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dimulai dari fase aktif pembukaan 4-10 cm pada ibu hamil dan informasi untuk membuat keputusan klinik.

Tujuan utama dari penggunaan patograf adalah untuk :

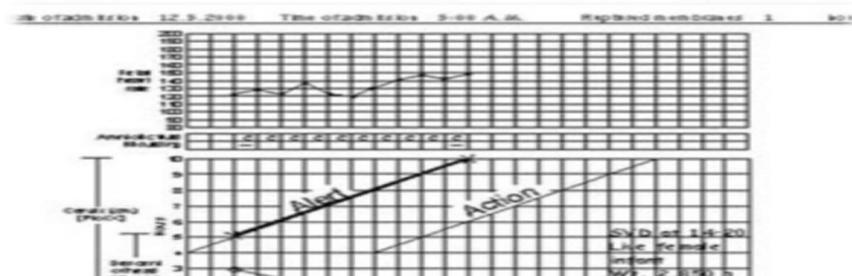
- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan servik melalui periksa dalam
- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal
- 3) Mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama. Dagrta lengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalian dan medikamento sayang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam ibu bersalin dan bayi baru lahir.

(Nurasiah, al, 2011)

Digunakan secara tepat dan konsisten , partograf akan membantu penolong persalinan untuk:

- a. Mencatat kemajuan persalinan
- b. Mencatat kondisi ibu dan janin
- c. Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran
- d. Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan
- e. Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat
- f. Partograf harus digunakan:
 - 1) Semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan dan melupakan elemen dalam asuhan persalinan, partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal namun patologis
 - 2) Selama persalinan kelahirandisemua tempat (rumah, puskesmas klinik bidan swast, rumah sakit dan lain-lain).
 - 3) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya.

(Eka & Karunia, 2014)



Gambar 1. Patograf

(Marmiet *al* , 2012)

2.3 Nifas

2.3.1 Pengertian

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. (Prawirohardjo, 2013)_a

Masa nifas (puerperium) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas yaitu 6-8 minggu.

Nifas dibagi dalam 3 periode:

2.3.1.1 Puerperium dini yaitu kepulihan saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari

2.3.1.2 Puerperium intermediat, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu

2.3.1.3 Puerperium lanjut, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan kembali sehat sempurna, terutama jika selama hamil atau sewaktu persalinan timbul komplikasi. Waktu untuk mencapai kondisi sehat sempurna dapat berminggu-minggu, bulanan, atau tahunan.

(Mochtar,2011)

2.3.2 Tujuan asuhan masa nifas

2.3.2.1 Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologik

2.3.2.2 Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya

2.3.2.3 Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat

2.3.2.4 Memberikan pelayanan keluarga berencana

(Moctar, 2012)

2.3.3 Involusi alat-alat kandungan

2.3.3.1 Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (berinvolusi) hingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil

2.3.3.2 Bekas implantasi uri: placentar bed mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. Sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu keenam 2,4 cm, dan akhirnya pulih.

2.3.3.3 Luka-luka pada jalan lahir jika tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari

2.3.3.4 Rasa nyeri, yang disebut after pains (meriang atau mulas-mulas) disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung

2-4 hari pascapersalinan. Perlu diberikan pengertian pada ibu mengenai hal tersebut dan jika terlalu mengganggu, dapat diberikan obat-obat anti nyeri dan anti mual

2.3.3.5 Lokia adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas

- a. Lokia rubra (cuenta) berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari pasca persalinan
- b. Lokia sanguinolenta berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir, hari ke 3-7 pascapersalinan
- c. Lokia serosa berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pascapersalinan
- d. Lokia alba cairan berwarna putih, setelah 2 minggu
- e. Lokia purulenta terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
- f. Lokostasis yaitu lokia tidak lancar keluarnya
- g. Serviks. Setelah persalinan, bentuk serviks agak menganga seperti corong, berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa dimasukkan ke rongga rahim, setelah 2 jam dapat dilalui 1 jari
- h. Ligamen-ligamen. Ligamen, fascia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Akibatnya, tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur. Setelah melahirkan, wanita Indonesia memiliki kebiasaan “berkusuk” atau “berurut”. Sewaktu dikusuk, tekanan intraabdomen bertambah tinggi. Karena ligamentum, fascia, dan jaringan penunjang menjadi

kendor setelah melahirkan, jika dilakukan kusuk/urut, banyak wanita akan mengeluh “kandungannya turun” atau “terbalik“. Untuk memulihkan kembali, sebaiknya dengan latihan-latihan dan senam pascapersalinan.

(Prawiroharjo, 2013)_a

2.3.4 Perawatan pasca persalinan

- 2.3.4.1 Mobilisasi. Karena lelah sehabis bersalin, ibu harus istirahat, tidur telentang selama 8 jam pascapersalinan. Setelahnya, ibu boleh miring-miring ke kanan dan ke kiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli. Pada hari ke 2, ibu diperbolehkan duduk, hari ke-3 berjalan-jalan, dan hari ke-4 atau hari ke-5 sudah diperbolehkan pulang. Mobilisasi tersebut memiliki variasi, bergantung pada komplikasi persalinan, nifas, dan sembuhnya luka-luka.
- 2.3.4.2 Diet. Makanan harus bermutu, bergizi, dan cukup kalori. Sebaiknya, makan makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan.
- 2.3.4.3 Miksi. Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang wanita mengalami kesulitan berkemih karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme akibat iritasi sfingter ani selama persalinan, juga karena adanya edema kandung kemih yang terjadi selama persalinan. Apabila kandung kemih penuh dan wanita sulit berkemih, sebaiknya dilakukan kateterisasi.
- 2.3.4.4 Deteksi buang air besar harus dilakukan 3-4 hari pascapersalinan. Apabila masih sulit buang air besar dan terjadi obstipasi apalagi buang air keras, dapat diberikan obat laksatif peroral atau per rektal. Jika masih belum bisa, dilajukan klisma

2.3.4.5 Perawatan payudara. Perawatan payudara telah dimulai sejak wanita hamil supaya puting susu lemas, tidak keras, dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayi. Apabila bayi meninggal, laktasi harus dihentikan dengan cara pembalutan mamma sampai tertekan, pemberian obat estrogen untuk supresi LH, seperti tablet lynoral dan parlodol. Sangat dianjurkan agar seorang ibu menyusui bayinya karena sangat baik untuk kesehatan bayi tersebut (Mochtar, 2012)

2.3.4.6 Laktasi. Untuk menghadapi masa laktasi sejak kehamilan telah terjadi perubahan-perubahan pada kelenjar mamma, yaitu:

- a. Proliferasi jaringan pada kelenjar-kelenjar, alveoli, dan bertambahnya jaringan lemak.
- b. Pengeluaran cairan susu jolong (kolostrum), yang berwarna kuning-putih susu dari duktus laktiferi, hipervaskularisasi pada permukaan dan bagian dalam, vena-vena berdilatasi sehingga tampak jelas.
- c. Setelah persalinan, pengaruh supresi estrogen dan progesteron hilang sehingga timbul pengaruh hormon laktogenik (LH) atau prolaktin yang akan merangsang air susu. Di samping itu, pengaruh oksitosin menyebabkan mio-epitel kelenjar susu berkontraksi sehingga air susu keluar. Produksi akan banyak sesudah 2-3 hari pascapersalinan.

Apabila bayi mulai disusui, isapan pada puting susu merupakan rangsangan psikis yang mencetuskan pengeluaran oksitosin oleh hipofisis. Produksi air susu ibu (ASI) akan lebih banyak. Sebagai efek positif, involusi uteri akan lebih sempurna. Disamping ASI merupakan makanan utama bayi yang tidak ada bandingannya, menyusui sangat

baik untuk menjemalkan rasa kasih sayang antara ibu dan anaknya. Air susu ibu adalah untuk anak ibu. Ibu dan bayi dapat ditempatkan dalam satu kamar (rooming in) atau pada tempat yang terpisah. Keuntungan room in adalah :

- a. Mudah menyusukan bayi
- b. Setiap saat selalu ada kontak antara ibu dan bayi
- c. Sedini mungkin ibu telah belajar mengurus bayinya

2.3.4.7 Cuti hamil dan bersalin. Menurut undang-undang , wanita pekerja berhak mengambil cuti hamil dan bersalin selama 3 bulan, yaitu 1 bulan sebelum bersalin ditambah 2 bulan setelah persalinan.

2.3.4.8 Pemeriksaan pasca persalinan. Di Indonesia, ada kebiasaan atau kepercayaan bahwa wanita bersalin baru boleh keluar rumah setelah selesai nifas, yaitu 40 hari. Bagi wanita dengan persalinan normal hal tersebut dapat diterima dan dilakukan pemeriksaan kembali 6 minggu setelah persalinan. Namun bagi wanita dengan persalinan luar biasa harus kembali untuk kontrol seminggu kemudian.

Pemeriksaan postnatal antara lain meliputi:

- a. Pemeriksaan umum : tekanan darah, nadi, keluhan, dan sebagainya
- b. Keadaan umum: suhu badan, selera makan dan lain-lain
- c. Payudara: ASI, puting susu
- d. Dinding perut, perineum, kandung kemih, rektum
- e. Sekret yang keluar, misalnya lochia fluor albus
- f. Keadaan alat-alat kandungan

2.3.4.9 Nasihat untuk ibu postnatal

- a. Fisioterapi postnatal sangat baik diberikan

- b. Sebaiknya, bayi disusui
- c. Lakukan senam pasca persalinan
- d. Untuk kesehatan ibu, bayi dan keluarga sebaiknya melakukan KB untuk menjarangkan anak
- e. Bawalah bayi untuk memperoleh imunisasi

2.3.5 Konsep dasar masa nifas

2.3.4.1 Pengertian nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan pada saat seorang ibu menjalani masa nifas atau masa melahirkan (Idamaryanti, 2009).

Senam nifas dapat dimulai 6 jam setelah melahirkan dan dalam pelaksanaannya harus dilakukan secara berhadapan (Alijahbana, 2008)

2.3.4.2 Tujuan senam nifas

Tujuan senam nifas diantaranya:

- a. Memperlancar terjadinya proses involusi uteri (kembali rahim ke bentuk semula).
- b. Mempercepat pemulihan kondisi tubuh ibu setelah melahirkan pada kondisi semula.
- c. Mencegah komplikasi yang mungkin timbul selama menjalani masa nifas.
- d. Memelihara dan memperkuat kekuatan otot perut, otot dasar panggul, serta otot pergerakan.
- e. Memperbaiki sirkulasi darah, sikap tubuh setelah hamil dan melahirkan, tonus otot pelvis, regangan otot tungkai bawah.
- f. Menghindari pembengkakan pada pergelangan kaki dan mencegah timbulnya varises (Ervinaby, 2008)

2.3.4.3 Manfaat senam nifas

- a. Membantu menyembuhkan rahim, perut, dan otot panggul yang mengalami trauma serta mempercepat kembalinya bagian-bagian tersebut ke bentuk normal
- b. Membantu memnormalkan sendi-sendi yang menjadi longgar diakibatkan kehamilan.
- c. Menghasilkan manfaat psikologis menambah kemampuan menghadapi stress dan bersantai sehingga mengurangi depresi pasca persalinan.

(Idamaryanti, 2009)

2.3.6 Program dan kebijakan teknis

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

Tabel 2.3 waktu dan tujuan kunjungan nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan; rujuk bila perdarahan berlanjut c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri d. Pemberian ASI awal e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia <p>Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.</p>
2	6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.

		<ul style="list-style-type: none"> c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. e. Memberikan konselin pada ibu ,engenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
3	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti diatas (6 hari setelah persalinan)
4	6 minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami. b. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

(JNPK-KR, 2012)

2.4 Asuhan Bayi Baru Lahir

2.4.1 Prinsip dasar

Bayi baru lahir dapat dibagi menjadi 2:

2.4.1.1 Bayi normal (sehat) memerlukan perawatan biasa

2.4.1.2 Bayi gawat (high risk baby) memerlukan penanggulangan khusus, misalnya bayi yang mengalami asfiksia dan perdarahan
 Pada umumnya, kelahiran bayi normal cukup ditolong oleh bidan yang bertanggung jawab penuh terhadap keselamatan ibu dan bayi. Pada kelahiran abnormal, yang memerlukan pertolongan spesialis, bayi baru lahir diurus oleh bidan atau jika di rumah sakit yang dilengkapi dengan unit kesehatan bayi, hendaknya ditangani oleh dokter anak.

2.4.2 Pertolongan pada waktu bayi lahir

2.4.2.1 Mulai melakukan pembersihan lendir saat kepala keluar, yaitu dengan membersihkan mulut, hidung, dan mata dengan kapas atau kassa steril.

2.4.2.2 Jam lahir dicatat dengan stop-watch

- 2.4.2.3 Lendir diisap sebersih mungkin sambil bayi ditidurkan dengan kepala lebih rendah dari kaki dalam posisi sedikit ekstensi, supaya lendir mudah keluar.
- 2.4.2.4 Tali pusat diikat dengan baik, dan bekas luka diberi antiseptik kemudian dijepit dengan klem jepit plastik atau diikat dengan pita atau benang tali pusat.
- 2.4.2.5 Segera setelah lahir, bayi yang sehat akan menangis kuat, bernafas, serta menggerakkan tangan dan kakinya, kulit akan berwarna kemerahan.
- 2.4.2.6 Bayi dimandikan dan dibersihkan dari lumuran darah, air ketuban, mekonium, dan verniks kaseosa dengan air suam-suam kuku. Adapula yang membersihkannya dengan minyak kepala atau minyak zaitun.
- 2.4.2.7 Jangan lupa mencatat nilai Apgar bayi
- 2.4.2.8 Bayi ditimbang berat badannya dan diukur panjang badan lahirnya, kemudian nilai-nilai tersebut dicatat dalam status.
- 2.4.2.9 Perawatan mata bayi: mata bayi dibersihkan kemudian diberikan obat untuk mencegah blenorea:
 - a. Metode crede: dengan tetesan nitras argenti 1-2% sebanyak 2 tetes pada masing-masing mata.
 - b. Salep penisilin atau salep mata gentamicin.
- 2.4.2.10 Diperiksa juga anus, genitalia eksterna, dan jenis kelamin bayi. Pada bayi laki-laki, periksa apakah ada fimosis dan apakah desensus testis telah lengkap. Di beberapa negara barat, pada bayi laki-laki segera dilakukan sirkumsisi, apalagi jika terdapat fimosis.

2.4.3 Klasifikasi nilai APGAR

- 2.4.3.1 Nilai 7-10 bayi normal
- 2.4.3.2 Nilai 4-6 bayi asfiksia ringan sedang
- 2.4.3.3 Nilai 0-3 bayi asfiksia berat

Tabel 2.4 Apgar Score

Skor	0''	1''	2''
A. Appearance color (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
P. Pulse (heart rate) (frekuensi denyut jantung)	Tidak ada	Kurang dari 100	Di atas 100
G. Grimace (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik	Menangis, batuk/bersih
A. Activity (tonus otot)	Lumpuh	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
R. Respiration (usaha bernafas)	Tidak ada	Lemah,, tidak teratur	Menangis kuat

(Mochtar, 2011)

2.4.4 Mekanisme kehilangan panas

2.4.4.1 Evaporasi adalah jalan utama bayi kehilangan panas.

Kehilangan panas dapat terjadi karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan. Kehilangan panas juga terjadi pada bayi yang terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

2.4.4.2 Konduksi adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Meja, tempat tidur atau timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi melalui mekanisme konduksi apabila bayi diletakkan diatas benda-benda tersebut.

2.4.4.3 Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan di dalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika

terjadi aliran udara dari kipas angin, hembusan udara melalui ventilasi atau pendingin ruangan.

2.4.4.4 Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Bayi bisa kehilangan panas dengan cara ini karena benda-benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).

2.4.5 Mencegah kehilangan panas

2.4.5.1 Keringkan tubuh bayi tanpa membersihkan verniks

Keringkan bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Verniks akan membantu menghangatkan tubuh bayi. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Biarkan bayi di atas perut ibu.

2.4.5.2 Letakkan bayi agar terjadi kontak kulit ibu ke kulit bayi

Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi sedikit lebih rendah dari puting payudara ibu. Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit ke kulit di dadaibu paling sedikit 1 jam.

2.4.5.3 Selimuti ibu dan bayi dan pakaikan topi di kepala bayi

Selimuti tubuh ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi. Bagian kepala bayi memiliki luas permukaan yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika bagian tersebut tidak tertutup.

2.4.5.4 Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir

Lakukan penimbangan setelah satu jam kontak kulit ibu ke kulit bayi dan bayi selesai menyusui. Karena BBL cepat dan mudah kehilangan panas tubuhnya (terutama jika tidak berpakaian), sebelum melakukan penimbangan, terlebih dulu selimuti bayi

dengan kain atau selimut bersih dan kering. Berat badan bayi dapat dinilai dari selisih berat bayi pada saat berpakaian/diselimuti dikurangi dengan berat pakaian/selimut. Bayi sebaiknya dimandikan enam jam setelah lahir. Memandikan bayi dalam beberapa jam pertama setelah lahir dapat menyebabkan hipotermia yang sangat membahayakan kesehatan bayi baru lahir.

2.4.6 Pemantauan bayi baru lahir

Tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktifitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan

2.4.6.1 Dua jam pertama sesudah lahir

Hal-hal yang dinilai waktu pemantauan bayi pada jam pertama sesudah lahir meliputi:

- a. Kemampuan menghisap kuat atau lemah
- b. Bayi tampak aktif atau lunglai
- c. Bayi kemerahan atau biru

2.4.6.2 Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayinya

Penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut, seperti:

- a. Bayi kecil untuk masa kehamilan atau bayi kurang bulan
- b. Gangguan pernafasan
- c. Hipotermia
- d. Infeksi
- e. Cacat bawaan dan trauma lahir

2.4.7 Penilaian bayi untuk tanda-tanda kegawatan

2.4.7.1 Bayi baru lahir dinyatakan sakit apabila mempunyai salah satu atau beberapa tanda-tanda berikut:

- a. Sesak nafas
- b. Frekuensi pernafasan 60 kali/menit
- c. Gerak retraksi di dada
- d. Malas minum
- e. Panas atau suhu badan bayi rendah
- f. Kurang aktif
- g. Berat lahir rendah (1500-2500 gram) dengan kesulitan minum

2.4.7.2 Tanda-tanda bayi sakit berat

- a. Sulit minum
- b. Sianosis sentral (lidah biru)
- c. Perut kembung
- d. Periode apneu
- e. Kejang/periode kejang-kejang kecil
- f. Merintih
- g. Perdarahan
- h. Sangat kuning
- i. Berat badan lahir < 1500 gram

(Prawirohardjo, 2013^a)

2.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Keluarga Berencana

Pengertian Program Keluarga Berencana menurut UU No 10 tahun 1992 (tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera) adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera. (Erna, 2014)

Memiliki anak sesuai dengan jumlah anak yang anda inginkan, kapan anda menginginkan mereka, disebut keluarga berencana (Susan Dkk, 2012).

2.5.2 Tujuan umum

Tujuan umum keluarga berencana adalah membentuk keluarga kecil yang sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara mengatur kelahiran anak. Dengan demikian, akan diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Jika ditilik lebih dalam sebenarnya keluarga berencana bertujuan untuk memerhatikan berbagai kepentingan manusia dan masyarakat. (Erna, 2014)

2.5.3 Sasaran Program KB

Adapun sasaran program KB nasional lima tahun kedepan seperti tercantum dalam RPP JM 2004-2009 adalah sebagai berikut :

- 2.5.3.1 Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk (LPP) secara nasional menjadi satu, 14 % per tahun
 - 2.5.3.2 Menurunkan angka kelahiran total FertilityRate (TFR) menjadi 2, 2 perperempuan.
 - 2.5.3.3 Meningkatnya peserta KB Pria menjadi 4, 5 %
 - 2.5.3.4 Meningkatnya pengguna metode Kontrasepsi yang efektif dan efisien
 - 2.5.3.5 Meningkatnya partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak.
 - 2.5.3.6 Meningkatnya jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera 1 yang aktif dalam usaha ekonomi produktif
 - 2.5.3.7 Meningkatnya jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi.
- (Erna, 2014)

2.5.4 Akseptor KB

Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim. (Siti2013)

Kontrasepsi atau antikonsepsi (*conception control*) adalah cara, alat, atau obat-obatan untuk mencegah terjadinya konsepsi (Rustam, 2011)

2.5.5 Cara kerja Kontrasepsi

Ada bermacam-macam tapi pada umumnya: mengusahakan agar tidak terjadi ovulasi, melumpuhkan sperma, menghalangi pertemuan sel telur dengan sperma (Erna, 2014).

2.5.6 Pembagian Alat Kontrasepsi

Metode Kontrasepsi dapat dibagi:

a. Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasa-ng pada penis saat berhubungan. Menghalangi masuk-nya *spermatozoa* kedalam *traktus genitalia* interna wanita.



Gambar 2.1. Kondom

1) Macam-macam kondom terbuat dari :

- 1) kulit
- 2) lateks
- 3) plastik

2) Cara kerja kondom :

Mencegah sperma masuk ke saluran reproduksi wanita, sebagai alat kontrasepsi wanita, sebagai pelindung terhadap infeksi atau transmisi *mikroorganisme* penyebab PMS.

3) Keuntungan :

Efektif bila pemakaian benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu kesehatan klien, murah dan tersedia di berbagai tempat, tidak memerlukan resep dan pemeriksaan khusus, metode kontrasepsi sementara. Keuntungan kondom secara non kontrasepsi antara lain peran serta suami untuk ber-KB, mencegah penularan PMS, mencegah ejakulasi dini, mengurangi insidensi kanker serviks, adanya interaksi sesama pasangan, mencegah *imu no infertilitas*.(Erna, 2014)

b. Pil KB

b. Pil kombinasi menurut Lauren and Meredith (2012).



Gambar 2.3 Pil mini dan Pil kombina

4) Jenis pil

a) *Monofasik* yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif *estrogen/progestin* (E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

b) *Bifasik* yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif *estrogen/progestin* (E/P) dengan 2 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

Trifasik yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif *estrogen/progestin* (E/P) dengan 3 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif (Erna, 2014).

5) Cara kerja pil kombinasi :

Menekan ovulasi, mencegah implantasi, lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula (Siti2013).

6) Manfaat pil kombinasi :

Memiliki efektivitas yang tinggi (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan), risiko terhadap kesehatan sangat kecil, tidak mengganggu hubungan seksual, siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid, dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan, dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause, mudah dihentikan setiap saat, kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan, membantu mencegah *kehamilan ektopik*, *kanker ovarium*, *kanker endometrium*, *kista ovarium*, penyakit radang panggul, kelainan jinak pada payudara, *dismenorea* atau *akne*.

7) Keterbatasan pil kombinasi :

Membosankan karena harus menggunakannya setiap hari, mual terutama 3 bulan pertama, perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama 3 bulan pertama, pusing, nyeri payudara, berat badan naik sedikit, amenorea, tidak boleh diberikan pada ibu menyusui, pada sebagian kecil perempuan dapat menimbulkan depresi dan perubahan suasana hati, berkurangnya *libido*, meningkatnya tekanan darah dan retensi cairan, sehingga risiko *stroke* dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat pada perempuan usia >35 tahun dan merokok perlu hati-hati, tidak mencegah IMS, HIV/AIDS.

5) Yang dapat menggunakan pil kombinasi :

Usia reproduksi, telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak, gemuk atau kurus, menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi, setelah melahirkan dan tidak menyusui, setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif, sedangkan semua cara kontrasepsi yang dianjurkan tidak cocok bagi ibu tersebut, pasca keguguran, anemia karena haid berlebihan, nyeri haid hebat, siklus haid tidak teratur, riwayat kehamilan *ektopik*, kelainan payudara jinak, kencing manis tanpa komplikasi pada ginjal, pembuluh darah, mata, dan saraf, penyakit *tiroid*, penyakit radang panggul, *endometriosis*, atau *tumor ovarium* jinak, menderita *tuberculosis*, *varises vena*.

6) Yang tidak boleh menggunakan pil kombinasi :

Hamil atau dicurigai hamil, menyusui eksklusif, perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya, penyakit hati akut (hepatitis), perokok dengan usia >35 tahun, riwayat penyakit jantung, *stroke*, atau tekanan darah >180/110 mmHg,

riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis >20 tahun, kangker payudara.

7) Waktu mulai menggunakan pil kombinasi :

Setiap selagi haid, hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, boleh menggunakan pada hari ke-8, tetapi perlu menggunakan kondom mulai hari ke-8 sampai hari ke-14 atau tidak melakukan hubungan seksual sampai anda telah menghabiskan paket pil tersebut, setelah melahirkan setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif, setelah 3 bulan dan tidak menyusui, pasca keguguran (setelah atau sebelum 7 hari), bila berhenti menggunakan kontrasepsi injeksi, dan ingin menggantinya dengan pil kombinasi, pil dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid. (KKb, 2011)

c. Suntik

KB suntik adalah salah satu metode mencegah kehamilan yang saat ini banyak digunakan di negara-negara berkembang. KB suntik bekerja mengentalkan lendir rahim sehingga sulit untuk ditembus oleh sperma untuk pembuahan



Gambar 2.4. Suntik

Jenis KB suntik dibagi menjadi 2 jenis Mulyan, 2014 yaitu :

- a) KB Suntik 3 bulan adalah jenis suntikan yang mengandung *hormon Medroxyprogesteron Acetate (hormon progestin)* dengan volume 150 mg. Alat kontrasepsi ini diberikan setiap 3 bulan atau 12 minggu (6 minggu setelah melahirkan).
- b) KB Suntik 1 bulan adalah jenis suntikan KB yang diberikan 1 bulan sekali. Dengan pemberian suntikan yang sama dengan suntik 3 bulan, yaitu setelah 7 hari pertama periode menstruasi. Alat kontrasepsi ini mengandung kombinasi (*hormon Estrogen*).

2) Kelebihan :

Adalah metode kontrasepsi hormonal efektif mencegah kehamilan hingga 99 %, memberikan kenyamanan kepada suami istri karena dengan satu kali suntikan tidak perlu memikirkan kontrasepsi selama 1 sampai 3 bulan, kehamilan bisa didapatkan kembali setelah meng-hentikan penggunaan KB suntik, kb suntik 3 bulan tidak mengganggu produksi ASI.

3) kekurangan :

Adalah siklus haid menjadi tidak teratur, terjadi penambahan berat badan, ibu mengalami jerawat, sakit kepala, nyeri payudara, perubahan suansana hati, penggunaan KB 3 bulan memicu terjadinya *osteoporosis*.

4) Indikasi dan Kontraindikasi :

Yang dapat menggunakan kontrasepsi suntikan *progestin* adalah Usia reproduksi, *Multipara* dan yang telah memiliki anak, Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektifitas tinggi, Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai, Setelah melahirkan, abortus, banyak anak.

Perokok, tekanan darah $< 180/110$ mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah, Mengguna-kan obat *Epilepsi*, *Tuberkulosis*, Sering lupa bila menggu-nakan pil, Anemia

defisiensi besi, Remaja (16 tahun) sampai wanita usia 40 tahunan dari *nuligravida* sampai *granda multipara*.

d. Implant

Implan adalah kontrasepsi bawah kulit menurut Endang & Elisabeth (2015).



Gambar 2.5 Implant

1) Efek samping utama :

Berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak dan amenorea. Aman dipakai pada masa laktasi.

2) Cara kerja implan :

Lendir serviks menjadi kental, mengganggu proses pembentukan *endometrium* sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma, menekan ovulasi

3) Keuntungan :

Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (3 tahun untuk jadenal), pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh *estrogen*, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak

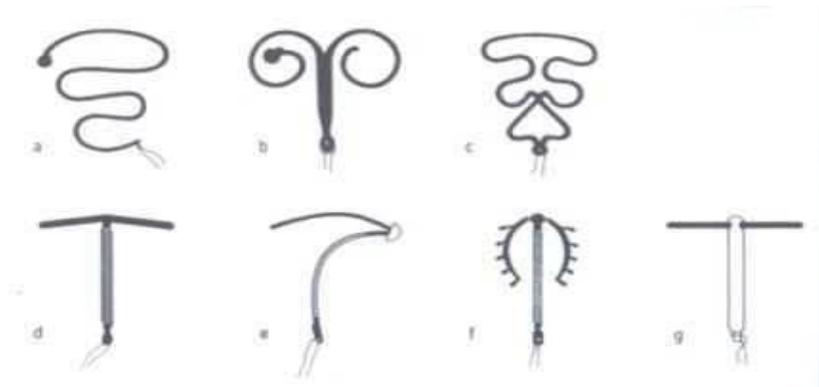
mengganggu ASI, klien hanya perlu kembali ke klinik jika ada keluhan, dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan. Mengurangi nyeri haid, mengurangi jumlah darah haid, mengurangi/memperbaiki anemia, melindungi terjadi-nya kanker *endometrium*, melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul, menurunkan angka kejadian *endometriosis*.

4) Kekurangan implan :

Nyeri kepala, peningkatan/penurunan berat badan, nyeri payudara, mual, pening/pusing kepala, peru-bahan perasaan (*mood*) atau kegelisahan, mem-butuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan, tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk AIDS, klien tidak menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai dengan keinginan, akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan, efek-tivitasnya menurun bila menggunakan obat *tuber-colusis* atau obat *epilepsi*, terjadinya kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi (1,3 per 100.000 wanita pertahun). (Erna, 2014)

e. AKDR

AKDR adalah bahan inert sintetis (dengan atau tanpa unsur tambahan untuk sinergi efektivitas) dengan berbagai bentuk yang dipasangkan dalam rahim untuk menghasilkan efek kontraseptif. Bentuk AKDR yang beredar dipasaran adalah spiral (lippes loop), huruf T (Tcu200C dan Nova T).



Gambar 2.6. AKDR

1) Indikasi :

Hati-hati jika ingin dipergunakan pada klien dengan: riwayat infeksi panggul, risiko tinggi PMS, riwayat tromboflebitis dalam, diabetes melitus yang tidak terkontrol. (Prawihardjo, 2006)

2) Kontraindikasi :

Sedang hamil atau diduga hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas diketahui penyebab-nya, sedang menderita infeksi genetalia, kanker alat genetalia.

3) Efek samping :

Amenorea, kejang, perdarahan vagina yang hebat dan tidak teratur, benang yang hilang, adanya penge-luaran cairan dari vagina/di curigai adanya PRP.

4) Waktu penggunaan :

Setiap waktu dalam siklus haid yang dapat dipastikan pasien tidak hamil, hari pertama sampai hari ke-7 silus haid, segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pasca persalinan, setelah 6 bulan apabila menggunakan metode *amenorea* laktasi, setelah abortus atau keguguran (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi, selama 1-5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi. (Kurnia, 2013)

5) Keuntungan :

Baik tembaga maupun hormonal memiliki keuntungan *nonkontraseptif*. Tekanan yang tercipta dari AKDR tembaga dan AKDR plastik tanpa obat kemungkinan memberi perlindungan terhadap kanker *endometrium*, AKDR hormonal. (Varney, 2007).

f. MOW (Metode Operatif Wanita)

Cara kontrasepsi ini dipersiapkan melalui tindakan operasi kecil dengan cara mengikat dan memotong saluran telur (Tuba) pada istri. Dengan demikian telur dari ovarium tidak dapat mencapai rongga rahim, sehingga tidak terjadi pembuahan. Indikasinya yaitu kelahiran *cesarean* yang berulang, multi peritas, penyakit kehamilan serius yang berulang, penyakit akut atau *kronis* dan *stressor* ekonomi atau emosional.

Caranya dengan:

1) *Ligasi tuba*

Yaitu operasi sterilisasi dengan memotong dan mengikat dengan *cauterisasi* dengan tuba.

2) *Histerektomi*

Yaitu prosedur mengikat uterus. Indikasi *Histerrektomi* setelah kehamilan dengan *rupture/inversion uteri*, *tumor fibroid* dan pendarahan tak terkontrol (Varney, 2007).

g. MOP (Metode Operatif Pria)

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi. Metode ini membuat sperma (yang disalurkan melalui *vas deferens*) tidak dapat mencapai *vesikula seminalis* yang pada saat ejakulasi dikeluarkan bersamaan dengan cairan semen. Untuk *oklusi vas deferens*, diperlukan tindakan insisi (minor) pada daerah *rafe skrotalis*. Penyesalan terhadap vasektomi, tidak segera memulihkan fungsi reproduksi karena memerlukan tindakan pembedahan ulang.

Vasektomi termasuk metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang (Lauren & Meredith, 2012).

1) Manfaat :

Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang, tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi.

2) Keterbatasan *vasektomi* :

Permanen (*non-reversible*) dan timbul masalah bila klien menikah lagi, bila tak siap ada kemungkinan penyesalan di kemudian hari, perlu pengosongan depot sperma di vesikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi, risiko dan efek samping pembedahan kecil, adanya nyeri/rasa tak nyaman pasca bedah, perlu tenaga pelaksana terlatih, tidak melindungi klien terhadap PMS (misalnya : HBV, HIV/AIDS) (Mulyan, 2014).

3) Efek samping, risiko, dan komplikasi :

Tidak ada efek samping jangka pendek dan jangka panjang. Karena area pembedahan termasuk *super-fisial*, jarang sekali menimbulkan risiko merugikan pada klien. Walaupun jarang sekali, dapat terjadi nyeri skrotal dan testikular berkepanjangan (bulanan atau tahunan). Komplikasi segera dapat berupa hematoma intraskrotal infeksi. Teknik vasektomi tanpa pisau (VTP) sangat mengurangi kejadian infeksi pascabedah (Lucky & Titik, 2015).

4) Indikasi *vasektomi* :

Vasektomi merupakan upaya untuk menghentikan *fertilitas* dimana fungsi reproduksi merupakan ancaman atau gangguan terhadap kesehatan pria dan pasangannya serta melemahkan ketahanan dan kualitas keluarga. (Kkb, 2011)

