

BAB II

TINJAUAN KASUS DAN TEORI

A. Tinjauan Kasus

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

a. Pertemuan I (24 Januari 2022) di Puskesmas Tempel I

Seorang ibu hamil datang ke Puskesmas Tempel 1 pada tanggal 24 Januari 2022 dengan alasan ingin memeriksakan kehamilannya dan mengeluh sejak satu minggu keputihan warna jernih, tidak berbau dan tidak gatal, serta nyeri perut bagian bawah. Dari anamnesa dengan ibu riwayat menarche usia 12 tahun, siklus haid 28 hari, lama 6-7 hari, darah cair dan tidak ada keluhan. Ibu mengatakan ini merupakan pernikahan dan kehamilan pertama, lama menikah 5 bulan dan menikah pada tanggal 5 Agustus 2021. Untuk riwayat penyakit yang pernah diderita dan ibu menjelaskan bahwa ibu tidak pernah atau sedang menderita penyakit apapun demikian juga dalam keluarganya tidak ada riwayat penyakit. Ibu juga mengatakan tidak ada riwayat alergi apapun. Riwayat kehamilan sekarang ibu mengatakan HPHT tanggal 4-5-2021, HPL 11-2-2022, pemeriksaan pertama yaitu pada saat mengurus pemeriksaan catin dengan usia kehamilan 11 mg sehingga pemberian imunisasi TT ditunda dan ibu ter skrining dengan status TT4.

Pada awal kehamilan ibu mengatakan mengeluh mual dan tidak nafsu makan. Selanjutnya ibu melakukan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas dan bidan praktek swasta. Ibu mengatakan pada usia kehamilan 29 minggu ibu pernah masuk IGD karena keluar darah dari jalan lahir dan hasil pemeriksaan plasenta berada di bagian bawah dan harus dirawat selama 1 hari. Selanjutnya ibu rutin USG dan hasil USG terakhir hasil plasenta tidak berada di bagian bawah rahim.

Pengkajian objektif meliputi pemeriksaan umum dan pemeriksaan fisik. Hasil pemeriksaan keadaan ibu normal, tekanan darah 105/82 mmHg, TB 156 cm, BB sebelum hamil 53 kg, BB sekarang 57 kg, Lila 25 cm dan IMT 21,81 kg/m². Setelah itu dilanjutkan pemeriksaan fisik mulai dari kepala sampai kaki. Pada pemeriksaan abdomen tidak ditemukan adanya bekas operasi, perabaan leopold I didapatkan tfu 26 cm dan teraba bulat, lunak tidak melenting yang berarti bokong, pada leopold II teraba punggung pada perut sebelah kiri, leopold III teraba bulat, keras dan tidak dapat digoyangkan yang artinya pada segmen bawah rahim teraba kepala dan pada leopold IV tangan pemeriksa divergen yang artinya kepala bayi sudah masuk PAP. Setelah, perabaan atau palpasi dilakukan pemeriksaan auskultasi denyut jantung janin sebanyak 138 x/menit. Ekstremitas bawah tidak ada pembengkakan, pemeriksaan penunjang dalam batas normal. Hasil laboratorium ANC terpadu tanggal 27-9-2021 yaitu Hb 11,2 gr/dl, PTC NR, Shyplis NR, Hepatitis NR, Protein urine negatif.

Analisis pada masalah ini Ny A usia 19 tahun G1P0A0 usia kehamilan 37 minggu 4 hari hamil intra uterin, janin tunggal, presentasi kepala, divergen.

Penatalaksanaan pada dilakukan oleh bidan adalah memberikan KIE ketidaknyamanan trimester III salah satunya nyeri perut bagian bawah ini disebabkan proses penurunan kepala kedalam rongga panggul. Memberikan support pada ibu dan suami dan keluarga untuk menghadapi dampak sosial KPD dengan cara bekerjasama dengan tokoh masyarakat, kader kesehatan, karena kehamilan KTD biasanya beresiko mendapat tanggapan kurang baik dari masyarakat. Memberikan KIE tentang personal hygiene dan keputihan dimana keadaan ini biasa dialami ibu hamil pada TM III karena pengaruh hormon estrogen menyebabkan keluar lendir lebih banyak, sehingga ibu harus melakukan personal hygiene yang baik

supaya tidak berubah menjadi keputihan yang abnormal. Memberikan KIE tentang persiapan persalinan yang meliputi kebutuhan ibu dan bayi antara lain baju ganti ibu, celana dalam, pembalut, peralatan mandi, handuk, jarik minimal dua, baju bayi, popok, bedong, minyak telon, topi, sarung tangan dan kaki, selimut, handuk bayi dan gendongan. Memberikan KIE tanda persalinan agar ibu segera ke fasilitas kesehatan begitu mengalami salah satu tanda persalinan yaitu mules yang teratur, bertambah sering atau keluar cairan dari jalan lahir segera untuk memeriksakan supaya karena mules yang teratur merupakan salah satu tanda awal persalinan. Memberikan terapi obat yaitu tablet tambah kombinasi darah dan vitamin C masing-masing 10 butir diminum 1 kali sehari saat malam menjelang tidur dan tablet kalsium 500 mg sebanyak 10 tablet diminum 1 kali sehari saat pagi setelah sarapan. Pertemuan II

b. Pertemuan II (7 Februari 2022) di PMB Widawati

Tanggal 7 Februari 2022 ibu melakukan pemeriksaan kembali di PMB Widawati saat kunjungan umur kehamilan sudah 38 minggu 5 hari dan mengatakan sudah mulai kenceng - kenceng. Ibu mengatakan bila malam sulit tidur karena merasakan perut kenceng-kenceng.

Hasil pengkajian objektif kondisi ibu dalam batas normal. Pemeriksaan palpasi Leopold I pada fundus teraba kepala dengan tfu 27 cm, palpasi Leopold II teraba punggung pada perut sebelah kiri, Leopold III teraba kepala dan tidak bisa digoyangkan, pada Leopold IV kepala sudah masuk PAP. Setelah palpasi, dilakukan auskultasi denyut jantung janin yaitu sebanyak 144 xmenit, teratur. Hasil USG 30 Januari 2022 janin tunggal, sehat dan normal.

Analisis diperoleh Ny. A usia 19 tahun G1P0A0 UK 39 minggu 4 hari janin tunggal, hidup, presentasi kepala dengan kehamilan normal. Masalah cemas, kebutuhan dukungan emosional ibu.

Penatalaksanaan yang diberikan KIE memantau gerakan janin dengan cara menilai gerakan janin dalam 12 jam lebih 10 kali, dengan gerakan yang normal bisa memberikan gambaran tentang kesejahteraan janin, KIE psikologis agar ibu tidak cemas dengan kondisinya ini secara teori kecemasan bisa menyebabkan istirahat terganggu dan KIE nutrisi selama hamil, menganjurkan melanjutkan obat yang masih tersisa. Menganjurkan kunjungan ulang seminggu lagi atau jika ada keluhan atau ada tanda persalinan.

c. Pertemuan III (10 Februari 2022) dengan kunjungan rumah.

Yaitu dengan kunjungan ke rumah ibu, ibu mengatakan kenceng-kenceng tetapi belum teratur dan keluar sedikit lendir. Hasil pemeriksaan tanda vital dalam batas normal, palpasi abdomen TFU pertengahan pusat-px, teraba bokong di fundus uteri, puka, presentasi kepala, divergen 4/5 (Mc. Donald = 27). Auskultasi 140x/menit teratur. His : belum teratur, VT: v/v tenang, d/v licin, portio belum ada pembukaan, AK (-), STLD (-).

Analisis pada masalah ini Ny A usia 19 tahun G1P0A0 UK 39 minggu janin tunggal, hidup, presentasi kepala dengan kehamilan normal.

Penatalaksanaan memberikan KIE tentang tanda persalinan memberikan penjelasan tentang his yang adekuat yaitu his yang teratur, durasinya semakin lama dan kuat, karena persalinan dimulai dengan adanya kontraksi yang teratur. Menganjurkan ibu untuk tetap makan dan minum sedikit-sedikit tapi sering dan ibu harus cukup istirahat supaya tidak terlalu kelelahan karena kelelahan pada ibu akan mengakibatkan his tidak adekuat. Memberitahu untuk melakukan jalan-jalan pada pagi hari, salah satu manfaat jalan pagi yaitu melenturkan otot-otot pada panggul sehingga mengurangi rasa nyeri dan memperpendek kala I persalinan.

Mengajari teknik relaksasi dengan teknik benson, dan relaksasi benson ini sangat bermanfaat untuk mengurangi kecemasan. Memberitahu untuk melakukan pemeriksaan swab antigen di Puskesmas besok pagi, karena salah satu syarat persiapan persalinan yaitu ibu sudah melakukan pemeriksaan antigen.

d. Pertemuan IV (11 Februari 2022) di Puskesmas Tempel I

Pasien datang ke Puskesmas Tempel 1 tanggal 11 Februari 2022 dengan keluhan ingin periksa hamil dan swab antigen. Ibu mengatakan semakin tidak nyaman di daerah perut karena sering kenceng dan sulit tidur.

Hasil pemeriksaan keadaan baik, tekanan darah 112/82, nadi 80 x/ menit, R 20 X/ menit, suhu 36.5. Palpasi abdomen: TFU= Pertengahan pusat-px, teraba bokong di fundus uteri, puka, presentasi kepala, divergen 4/5 (Mc. Donald = 27), auskultasi 140 x/ menit teratur, dan hasil rapid antigen non reaktif.

Analisa Ny. A usia 19 tahun G₁P₀A₀ uk 39⁺⁶ minggu janin tunggal, hidup, presentasi kepala dengan kehamilan normal .

Penatalaksanaan dari hasil pemeriksaan tersebut bidan melakukan kolaborasi dengan dokter untuk menentukan tindakan. Advis dokter ditunggu dua hari bila tidak ada tanda persalinan maka harus dilakukan rujukan ke RS, disarankan berkunjung dua hari lagi karena hasil pemeriksaan saat semua normal dan tidak ada tanda bahaya. Memberikan motivasi kepada ibu untuk tidak cemas dengan keadaannya sekarang dengan hasil pemeriksaan saat ini semua batas normal. Memberitahu ibu cara pemantauan gerakan janin, dengan gerakan janin yang normal menandakan bahwa janin dalam keadaan baik. Memberitahu ibu tentang proses penggunaan BPJS untuk rujukan, ini termasuk sebagai persiapan persalinan dan supaya ibu dan suami paham tentang prosedur rujukan. Memberitahu ibu untuk kembali kontrol 2 hari lagi bila belum melahirkan, bila ada keluhan atau tanda persalinan, disarankan berkunjung dua hari lagi karena

untuk memantau kesejahteraan janin dan keadaan baik serta bisa mendeteksi bila ditemukan kelainan. Melakukan kolaborasi dengan laboratorium untuk pemeriksaan rapid antigen sebagai skrining covid pada pasien sebelum persalinan, dan hasil dari rapid antigen non reaktif.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan

a. Kala I persalinan

a) Kala I fase laten

Pengkajian kasus ini dilakukan melalui data sekunder yaitu pengalaman bersalin ibu dan data sekunder berupa register dan rekam medik pasien. Pada tanggal 12/02/2022 jam 04.30 wib pasien datang ke PMB Widawati dengan keluhan kenceng-kenceng teratur sejak jam 01.00 dan ada pengeluaran lendir darah dari jalan lahir sejak jam 00.00 wib. HPHT tanggal 4-5-2021 dan HPL 11-2-2022 dan umur kehamilan 40 minggu 1 hari. Riwayat periksa kehamilan rutin di PMB dan Puskesmas. Kontraksi mulai dirasakan tanggal 12-2-2022 jam 01.00 wib dan pengeluaran lendir darah jam 00.00 wib. Gerakan janin dirasakan aktif >10 kali dalam 12 jam. Makan terakhir tgl 11-2-2022 jam 20.00 wib, BAK terakhir tgl 12-2-2022 jam 03.00 wib dan BAB terakhir tgl 11-2-2022 jam 08.00.

Pemeriksaan objektif didapatkan dari data sekunder dari laporan persalinan di PMB Widawati. Keadaan umum pasien baik dan kesadaran composmentis. Tekanan darah 125/80 mmHg, Nadi 78x/m, Respirasi 18x/menit, Suhu 36⁵C. Pemeriksaan abdomen palpasi leopold I teraba bokong dengan tfu 27 cm, leopold II teraba punggung pada perut kiri, leopold III teraba kepala pada segmen bawah rahim, dan tidak bisa digoyangkan, leopold IV posisi tangan divergen dan bagian terendah janin sudah masuk

PAP dengan penurunan kepala 4/5. Kontraksi dirasakan dengan durasi 30-35 detik frekuensi 3 x dalam 10 menit. Auskultasi titik punctum maksimum hipogastrik sebelah kiri dengan frekuensi 150x/m. Pemeriksaan genitalia ada pengeluaran lendir darah dan dilakukan periksa dalam oleh bidan. Periksa dalam dilakukan tgl 12-2-2022 jam 04.40 wib atas indikasi pengeluaran lendir darah dan adanya kontraksi. Tujuan periksa dalam untuk mengetahui kemajuan persalinan. Hasil periksa dalam yang telah dilakukan bidan adalah vagina licin, portio tebal, lunak, pembukaan 1 cm, selaput ketuban utuh, presentasi belakang kepala, hodge I, dan sarung tangan ada lendir dan darah.

Analisa pada kasus ini seorang Ny A usia 19 tahun G1P0A0 UK 38 mg 4 hari janin tunggal, intrauterine, hidup, presentasi belakang kepala, punggung kiri dalam persalinan kala 1 fase laten.

Penatalaksanaan yang diberikan oleh bidan dalam fase laten adalah menganjurkan ibu tetap makan minum disaat tidak ada HIS, dianjurkan untuk makanan yang lunak tidak padat atau keras, dalam salah satu penelitian menyimpulkan bahwa ibu bersalin dianjurkan untuk makan makanan yang lunak ataupun cair supaya mudah dicerna dan mencegah terjadinya hipoglikemi saat proses persalinan. Menganjurkan jalan-jalan disaat tidak ada HIS untuk membantu penurunan kepala dan memperpendek kala I dalam persalinan. Motivasi ibu untuk berdoa dan tidak cemas dalam menghadapi persalinan. Menganjurkan keluarga untuk mendampingi selama proses persalinan, pendampingan membuat ibu lebih tenang dan mengurangi rasa cemas sehingga membantu kelancaran proses

persalinan. Memberikan formulir persetujuan tindakan selama proses persalinan dan melakukan observasi kemajuan persalinan, persetujuan tindakan merupakan persetujuan dari suami ataupun keluarga yang bertanggung jawab dan memberikan persetujuan pada tindakan medis yang akan diberikan kepada ibu.

b) Kala I fase aktif

Setelah 4 jam dilakukan pemeriksaan kemajuan persalinan jam 08.30 wib pasien mengatakan ingin kenceng-kenceng semakin kuat. HIS dirasakan 3x10' selama 30" dan DJJ 139 x/menit. Hasil pemeriksaan dalam vulva uretra teraba tenang, dinding vagina licin, servik teraba menipis, pembukaan 4 cm, selaput ketuban utuh, presentasi belakang kepala, UUK arah jam 9, molase 0, Hodge II, air ketuban tidak ada, lendir darah bertambah banyak.

Analisa pada kasus ini seorang Ny A usia 19 tahun G1P0A0 UK 40 mg 1 hari janin tunggal, intrauterine, hidup, presentasi belakang kepala, punggung kiri dalam persalinan kala I fase aktif.

Penatalaksanaan dilakukan observasi dan manajemen nyeri dengan mengarahkan posisi ibu senyaman mungkin, dengan posisi yang nyaman diharapkan mengurangi rasa nyeri. Menganjurkan ibu makan minum supaya ibu tidak lemes dan mencegah hipoglikemi. Mengajari teknik relaksasi pada ibu dengan cara menarik napas melalui hidung dan mengeluarkan lewat mulut, dengan relaksasi ini bisa mengurangi rasa tidak nyaman ketika ada HIS. Melanjutkan observasi kemajuan persalinan, dengan melakukan pemantauan dengan benar bertujuan untuk mendeteksi secara cepat bila terjadi

kelainan.

b. Kala II persalinan

Pukul 12.00 WIB ibu mengatakan mules semakin bertambah dan ingin mengejan dan tampak ketuban pecah spontan keruh warna hijau. Pemeriksaan TTV dalam batas normal, HIS 4 x10'' 45' DJJ 150 x/menit. Pemeriksaan dalam vulva uretra teraba tenang, dinding vagina licin, servik teraba menipis, pembukaan 10 cm, selaput ketuban negatif, presentasi belakang kepala, UUK arah jam 12, molase 0, Hodge III, air ketuban hijau keruh.

Analisa kasus Ny A usia 19 tahun G1P0A0 UK 40 minggu 1 hari janin tunggal, intrauterine, hidup, presentasi belakang kepala dalam persalinan kala II.

Penatalaksanaan yang diberikan pada kala II yaitu mengajari cara meneran yang benar, posisi meneran yang benar akan membantu ibu untuk melahirkan bayi dengan benar. Mengatur posisi ibu dan memberi kesempatan ibu untuk memilih posisi yang disukai, dengan posisi yang nyaman menurut ibu akan mempermudah dan membantu ibu untuk mengejan dengan benar. Melibatkan suami dan keluarga dalam proses persalinan, dengan dukungan suami dan keluarga ibu akan merasa lebih tenang dan lebih semangat sehingga membantu motivasi ibu untuk tetap kuat dalam proses persalinan. Memimpin persalinan dan membantu kelahiran bayi dengan asuhan persalinan normal. Bayi lahir spontan pada jam 12.15 WIB tidak menangis, warna kulit kebiruan, tonus otot tidak ada, nafas megap-megap jenis kelamin perempuan. Penatalaksanaan untuk bayi yaitu dilakukan resusitasi. Kondisi bayi tidak membaik sehingga dilakukan rujukan ke RS.

c. Kala III persalinan

Pada jam 12.20 wib ibu mengatakan perutnya mules, TFU setinggi pusat, tampak semburan darah dari jalan lahir dan tali

pusat bertambah panjang.

Analisa kasus Ny. A usia 19 tahun P1A0AH1 dalam persalinan kala III.

Penatalaksanaan yang dilakukan bidan pada kasus ini memberitahu ibu bahwa bayinya sudah lahir dalam kondisi memerlukan penanganan yang lebih baik di Rumah Sakit. Melakukan manajemen aktif kala III yaitu memberikan injeksi oksitosin 1 ampul IM pada menit pertama setelah bayi lahir. Melakukan penegangan tali pusat terkendali, oksitosin ini diberikan segera setelah bayi lahir dengan tujuan rahim segera berkontraksi dan membantu pelepasan plasenta. Plasenta lahir spontan jam 12.25 WIB dengan berat 500 gram, insersi talipusat sentralis, kotiledon lengkap dan selaput ketuban utuh pada jam 12.25 wib. Melakukan masase fundus uteri secara lembut searah jarum jam, ini bertujuan untuk membantu rahim segera berkontraksi sehingga bisa segera menutup pembuluh darah yang terbuka dibekas implantasi plasenta. Memberikan injeksi oksitosin 1 ampul IM segera setelah lahir, penyuntikkan ini bertujuan untuk membantu pelepasan plasenta dan meningkatkan kontraksi di uterus.

d. Kala IV persalinan

Pukul 12.30 WIB ibu mengatakan perut mules dan cemas memikirkan keadaan bayinya. Hasil pemeriksaan keadaan umum sedang, kesadaran composmentis, tekanan darah 106/70, nadi 90 x/menit, suhu 36⁰ C, tfu 1 jari bawah pusat, kontraksi uterus keras, perdarahan normal, perineum tampak ruptur derajat II.

Analisa kasus Ny A usia 19 tahun P1A0 dengan kala IV. Penatalaksanaan yang diberikan menjelaskan kepada ibu tentang rasa mules yang dialami merupakan proses alami dari pengecilan uterus. Menjelaskan prosedur penjahitan kepada ibu, setiap akan melakukan tindakan hendaknya dijelaskan prosedur, efek samping

dari penjahitan. Memberikan injeksi lidokain sebelum penjahitan, pemberian injeksi lidocain merupakan asuhan sayang ibu, dengan diberikan injeksi lidocain ibu tidak akan merasa sakit ketika dilakukan penjahitan. Membersihkan ibu dan mengganti pakaian ibu. Memberikan terapi oral yaitu vitamin A 200.000 IU 1 X/hari, asam mefenamat 3 x/sehari, Tablet tambah darah 1 x/hari. Adapun tujuan pemberian vitamin A yaitu mencegah infeksi dan meningkatnya kandungan vit A dalam ASI sehingga bayi mendapat kecukupan Vit A. Asam mefenamat digunakan untuk mengurangi rasa nyeri pada luka perineum sehingga ibu bisa istirahat. Tablet tambah darah diberikan untuk mencegah anemia pada masa nifas, membantu penyembuhan luka perineum dan mencegah terjadinya infeksi. Melakukan penangawasan ketat pada 24 jam pertama karena 24 jam pertama lebih beresiko perdarahan..

3. Asuhan Bayi Baru Lahir

a. Pemantauan I (Di PMB Widawati)

Tanggal 12-2-2022 jam 12.15 WIB pengkajian kasus ini dilakukan berdasarkan pengkajian data sekunder. Riwayat antenatal ini adalah kehamilan pertama dengan umur kehamilan 40 minggu 1 hari. Riwayat bayi lahir pada tanggal 12/2/2022 jam 12.15 wib spontan ditolong oleh bidan. Lama persalinan kala I 7 jam 45 menit, kala II 15 menit, kala III 5 menit. Penilaian awal bayi baru lahir cukup bulan, ketuban warna hijau keruh, tidak langsung menangis, megap-megap, A/S 5/6/6, BB 2700 gram PB 48 cm.

Analisa By Ny A bayi lahir spontan dengan asfiksia sedang.

Penatalaksanaan pada bayi dilakukan HAIKAL dilanjutkan dengan VTP 2 x keadaan bayi belum ada perbaikan dilakukan rujukan ke Rumah Sakit. Dalam proses rujukan bayi tetap dijaga kehangatannya untuk mencegah terjadinya hipoglikemi, dan dalam rujukan bayi diberikan oksigen. Penanganan pada kasus asfiksia

sangat menentukan prognosis bayi selanjutnya. Memberitahu ibu, suami dan keluarga bahwa bayi dilakukan rujukan untuk mendapatkan penanganan yang lebih baik, melakukan komunikasi yang baik dengan ibu, suami dan keluarga sangat membantu dalam penanganan bayi yang lebih baik.

- b. Pemantauan II (1-12 hari di RSUD) pemantauan via *whatsapp* dengan ibu.

Ibu mengatakan bayinya masih di ruang NICU dengan terpasang infus dan alat bantu pernafasan. Pemberian ASI diberikan dengan cara melalui selang jadi ibu harus memerah ASI.

Analisa Hasil diagnosa di RS yaitu MAS (*Meconium Aspirasi Syndrome*) dan EOS (*Early Onset Sepsis*).

Penatalaksanaan pada ibu memberikan semangat dan dukungan untuk memerah ASI selama bayi di Rumah Sakit, ASI terbaik untuk bayi, dengan pemberian ASI yang optimal diharapkan bisa membantu bayi untuk segera sembuh.

- c. Pemantauan III (Kunjungan Rumah)

Tanggal 27-2-2022 petugas melakukan kunjungan rumah, bayi usia 15 hari. Ibu mengatakan bayi sehat, menetek kuat, tidak rewel dan tetapi setiap pagi bayi seperti flu dan berbunyi gruk-gruk. Hasil pemeriksaan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, nadi 132 x/menit, suhu 36,7°C, respirasi 40 x/menit. Berat badan: 2900 gram, panjang badan 48 cm, BAB +, BAK +, tali pusat sudah puput, kering tidak ada tanda infeksi, kulit tidak ada ikterik.

Analisa Bayi usia 15 hari normal, masalah tidak ada.

Penatalaksanaan yang diberikan memberitahu ibu tentang PHBS terutama mencuci tangan sebelum kontak dengan bayinya karena dengan cucitangan bisa memutus rantai penularan suatu penyakit. Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan bayi seperti sering mengganti popok untuk mencegah terjadinya ruam popok dan mencegah infeksi saluran kemih. Menjelaskan kepada ibu untuk

membawa bayinya kontrol sesuai waktu yang ditetapkan dari RS supaya keadaan bayi bisa dipantau.

d. Pemantauan IV (Di Puskesmas Tempel I)

Tanggal 26-3-2022 usia bayi 40 hari, ibu datang ingin memasang anting, ibu mengatakan bayi tidak ada keluhan. Hasil pemeriksaan keadaan umum baik, kesadaran : Composmentis nadi 128 x/menit suhu 36,6°C, respirasi 49x/menit, berat badan 3500 gram panjang badan 50 cm, menetek kuat. BAK dan BAB normal.

Analisa Bayi Ny A usia 40 hari normal. Masalah tidak ada.

Penatalaksanaan pada ibu, menjelaskan prosedur, efek samping pemasangan anting, perlu dijelaskan pada ibu bahwa pasca pemasangan anting ada resiko perdarahan. Memberitahu ibu untuk imunisasi dasar yang harus diberikan, pada saat ini bayi Ny. A mendapat imunisasi BCG, ibu mengatakan akan imunisasi di RS karena sudah dijadwalkan.

4. Asuhan Nifas

a. Kunjungan Nifas I (di PMB Widawati)

Tanggal 13 -2-2022 jam 12.15 WIB ibu mengatakan melahirkan 24 jam yang lalu dengan kondisi bayi lahir tidak segera menangis dan sekarang mendapat perawatan di Rumah Sakit. Ibu mengatakan masih lelah, perut mules dan belum bisa tidur memikirkan bayinya. Hasil pemeriksaan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tekanan darah 110/70 mmhg, respirasi 22 x/menit, nadi 80 x/menit, 36,5°C. Tfu dua jari bawah pusat, kontraksi keras, perdarahan normal, lochea rubra, luka perineum tidak ada pembengkakan, perdarahan dan tanda infeksi.

Analisis Ny A usia 19 tahun postpartum spontan 24 jam normal. Masalah : nyeri bekas luka perineum dan ibu cemas.

Penatalaksanaan pada ibu menjelaskan pentingnya mobilisasi yang diantaranya bermanfaat untuk mengurangi rasa nyeri pada

perineum dan untuk minum obat anti nyeri sesuai jadwal. Memberitahu ibu untuk berdoa untuk kesembuhan bayinya dan menjelaskan pentingnya istirahat pada masa nifas, istirahat diperlukan untuk pemulihan ibu dan menjaga kebugaran ibu. Menjelaskan personal hygiene dengan mengganti pembalut setiap 4 jam dan tidak boleh untuk menahan b.a.k supaya tidak terjadi infeksi saluran kemih. . Memberikan terapi oral yaitu vitamin A 200.000 IU 1 X/hari, asam mefenamat 3 x/sehari, Tablet tambah darah 1 x/hari. Adapun tujuan pemberian vitamin A yaitu mencegah infeksi dan meningkatnya kandungan vit A dalam ASI sehingga bayi mendapat kecukupan Vit A. Asam mefenamat digunakan untuk mengurangi rasa nyeri pada luka perineum sehingga ibu bisa istirahat. Tablet tambah darah diberikan untuk mencegah anemia pada masa nifas, membantu penyembuhan luka perineum dan mencegah terjadinya infeksi.

b. Kunjungan Nifas II (Kunjungan Rumah)

Pada kunjungan kedua dilakukan di rumah ibu pada tanggal 19/02/202 jam 10.00 WIB. Ibu mengatakan ingin menyusui bayinya secara langsung tetapi belum bisa karena bayinya masih dalam perawatan. Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Hasil pemeriksaan keadaan umum baik, kesadaran composmentis tekanan darah 120/80 mmHg, respirasi 22 x/menit, suhu : 36,6°C, tfu 3 jari atas simphisis, perdarahan normal, lochea sanguilenta, luka tampak kering. Puting susu tidak lecet dan bersih.

Analisis pada kasus ini Ny A umur 19 tahun P1A0Ah1 dengan post partum hari ke 7. Masalah ibu belum menyusui secara langsung.

Penatalaksanaan pada ibu memberitahu cara memerah ASI dengan benar, dengan teknik memerah yang benar akan menghasilkan ASI lebih banyak. Menganjurkan ibu untuk makan makanan bergizi, makanan yang mengandung protein, vitamin dan

mineral, seperti telur, ikan laut, sayur dan sebagainya serta minum air mineral setiap selesai memerah ASI. 5. Menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup dan bergantian dengan suami untuk menunggu di RS.

c. Kunjungan Nifas III (Kunjungan Rumah)

Pada kunjungan ketiga post partum hari ke 15 pada tanggal 27/02/2022 di rumah ibu, ibu mengatakan sangat senang bayinya sudah bisa pulang dalam keadaan sehat. Dari hasil pemeriksaan keadaan umum, kesadaran composmentis, tekanan darah 115/76 mmHg, respirasi 18 x/menit, nadi 80 x/menit, suhu 36,8°C. Tfu tidak teraba, lochea alba, luka perineum tampak kering. Puting susu sedikit lecet.

Analisa Ny. Ny.A usia 19 tahun P1A0 post partum spontan hari ke 15 normal. Masalah puting susu lecet. Penatalaksanaan memberitahu ibu tentang teknik menyusui yang benar, penyebab puting susu lecet karena posisi menyusui sehingga ibu perlu diberitahu teknik menyusui yang benar. Memberitahu ibu untuk memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan, ASI merupakan makanan terbaik bagi bayi dan sangat banyak manfaatnya. Memberikan KIE tentang jenis-jenis KB yang bisa digunakan untuk menyusui.

d. Kunjungan Nifas IV (Di Puskesmas Tempel I)

Kunjungan nifas terakhir tanggal 25/3/2022 saat ini ibu post partum hari ke 42, kunjungan dilakukan di Puskesmas Tempel 1. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, pengeluaran ASI lancar, TFU tidak teraba, jahitan kering dan sudah tidak ada pengeluaran dari jalan lahir. Ibu mengatakan kesepakatan dengan suami memilih KB suntik 3 bulanan. Perineum tampak sedikit luka kecil seperti luka lecet.

Analisis Ny.A usia 19 tahun P1A0 post partum spontan hari ke 42, masalah tidak ada.

Penatalaksanaan yang dilakukan pada kasus ini adalah memberikan KIE tentang suntik keuntungan dan kerugian efek samping KB suntik 3 bulanan. Konseling menjadi kunci utama dalam keberhasilan penggunaan kontrasepsi. Memberikan injeksi KB suntik 3 bulanan, suntik KB 3 bulanan terbukti tidak mengganggu ASI dan aman diberikan pada ibu menyusui. Memberitahu ibu dan suami untuk tidak berhubungan dulu atau menggunakan kondom selama 7 hari pasca diberikan suntik 3 bulanan, ini hanya saat penggunaan pertama kali. Memberikan jadwal kunjungan suntikkan ulang selanjutnya, kunjungan ulang pada waktu yang tepat maka akan meningkatkan efektifitas suntik KB 3 bulanan dan meminimalkan kegagalan.

B. Tinjauan Teori

1. Kehamilan

A. Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan adalah mata rantai yang berkesinambungan yang mana terdiri dari ovulasi, migrasi, spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.⁽¹⁴⁾ Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40)

b. Tanda Kehamilan

1) Tanda Tidak Pasti (*Presumptive Sign*)

Tanda tidak pasti adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat dikenali dari pengakuan atau yang dirasakan oleh wanita hamil. Tanda tidak pasti ini terdiri atas hal-hal berikut ini.

- a) *Amenorea* (Berhentinya Menstruasi): Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya pembentukan folikel de Graaf dan ovulasi sehingga tidak terjadi menstruasi. Lamanya amenorea dapat dikonfirmasi dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT), dan digunakan untuk menentukan usia kehamilan dan taksiran kehamilan. Namun kondisi ini dapat juga menunjukkan akibat dari penyakit kronik tertentu, tumor pituitari, perubahan dan faktor lingkungan, malnutrisi dan biasanya gangguan emosional seperti ketakutan akan kehamilan.
- b) Mual (Nausea) dan Muntah (Emesis) :Keadaan ini dapat disebabkan oleh estrogen dan progesterone yang menyebabkan peningkatan asam lambung sehingga menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut *Morning Sickness*. Dalam Batasan tertentu hal ini masih fisiologi, tetapi bila terlampau sering dapat menimbulkan gangguan kesehatan yang disebut dengan *Hiperemesis Gravidarum*.
- c) Ngidam (Pengingin makanan tertentu): Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam. Ngidam sering terjadi pada bulan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan.
- d) Kelelahan Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (*basal metabolism rate-BMR*) pada kehamilan, yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi

e) Payudara tegang: Estrogen meningkatkan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesteron menstimulasi perkembangan sistem alveolar payudara. Bersama somatomammotropin hormone-hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama 2 bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu, serta pengeluaran kolostrum.

f) Pigmentasi kulit: Terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit. Pigmentasi ini meliputi tempat-tempat berikut ini.

(1) Sekitar pipi (*cloasma gravidarum*): Penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi, dan leher .

(2) Sekitar leher: Tampak lebih hitam

(3) Dinding perut (*striae livide/gravidarum*): Terdapat pada seorang primigravida , warnanya membiru), *striae nigra, linea alba* menjadi lebih hitam (*linea grisea/nigra*)

(4) Sekitar payudara: Hiperpigmentasi areola mammae sehingga terbentuk areola sekunder. Pigmentasi areola ini berbeda pada tiap wanita, ada yang merah muda pada wanita kulit putih. Selain itu, kelenjar Montgomery menonjol dan pembuluh darah menifesa sekitar payudara.

(5) Sekitar pantat dan paha atas: Terdapat *striae* akibat pembesaran bagian tersebut.

2) Tanda kemungkinan (*probability sign*)

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

a) Pembesaran perut: Terjadi akibat pembesaran perut. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.

- b) Tanda *Hegar*: Tanda Hegar adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uteri.
- c) Tanda *Goodel*: Adalah pelunakan serviks. Pada wanita yang tidak hamil serviks seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil melunak seperti bibir.
- d) Tanda *Chadwicks*: Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.
- e) Tanda *Piscaseck*: Merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat kornum sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.
- f) Kontraksi *Braxton Hicks*: Merupakan peregangan sel-sel uterus, akibat meningkatnya actomysin dalam otot uterus. Kontraksi ini tidak ber ritmik, sporadic, tidak nyeri , biasanya timbul pada kehamilan 8 minggu, tetapi baru dapat diamati dari pemeriksaan abdominal pada trimester ketiga. Kontraksi ini akan terus meningkatkan frekuensinya, lamanya, dan kekuatannya sampai mendekati persalinan.
- g) Teraba *Ballotement*: Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa. Hal ini ada pada pemeriksaan kehamilan karena perabaan bagian seperti bentuk janin saja tidak cukup karena dapat saja merupakan mioma uteri.
- h) Pemeriksaan Tes Biologis kehamilan (plano test) positif : Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya *Human Chorionic Gonadotropin (hCG)* yang diproduksi oleh sinsiotropoblast sel selama kehamilan. Hormon ini disekrei di peredaran darah ibu (pada plasma darah), dan disekresi

pada urine ibu. Hormon ini dapat mulai dideteksi pada 26 Hari setelah konsepsi dan meningkat dengan cepat pada hari ke 30-60. Tingkat tertinggi pada hari 60-70 usia gestasi, kemudian menurun pada hari ke 100-130.

3) Tanda pasti (*positive sign*)

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksaan. Tanda pasti kehamilan terdiri dari hal-hal berikut ini.

- a) Gerakan janin dalam rahim: Gerakan janin ini harus dapat diraba oleh pemeriksa. Gerakan janin dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu
 - b) Denyut Jantung Janin: Dapat didengar usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal elektokardioraf (misalnya *Doppler*). Dengan stetoskop laenec, DJJ baru dapat didengar usia 18-20 minggu.
 - c) Bagian-bagian janin: Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada kehamilan lebih tua (trimester terakhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi dengan menggunakan USG.
 - d) Kerangka Janin: Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG. (Umi Hani, 2010 Hal 71-74)
- c. Perubahan Fisiologis ibu Hamil
- Perubahan anatomi dan fisiologi pada perempuan hamil sebagian besar sudah terjadi segera setelah fertilisasi dan terus berlanjut selama kehamilan. Kebanyakan perubahan ini merupakan respons terhadap janin. Satu hal yang menakjubkan adalah bahwa hampir semua perubahan ini akan kembali seperti keadaan sebelum hamil setelah proses persalinan dan menyusui selesai.

1) Uterus: Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali seperti keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 gram dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion rata-rata pada akhir kehamilan volume totalnya mencapai 5 liter bahkan dapat mencapai 20 liter atau lebih dengan berat rata-rata 1100 gram.

Tabel 1. TFU Tinggi Fundus Uteri Leopold 1

Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)	Centimeter (cm)
<12	Belum Teraba	
12	1/3 jari diatas simfisis	
16	1/2 simfisis-pusat	
20	2/3 diatas simfisis atau 3 jari dibawah pusat	20 cm
24	Setinggi pusat	23 cm
28	1/3 di atas pusat atau 3 jari diatas pusat	26 cm
32	1/2 pusat-prosesus xiphoideus (Px)	30 cm
36	Setinggi prosesus xiphoideus (Px)	33 cm
40	2 jari (4 cm) dibawah prosesus xiphoideus (Px)	

Sumber : (Kemenkes RI,2016)⁽¹⁵⁾

- 2) Serviks: Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersamaan dengan terjadinya hipertrofi dan hiperplasia pada kelenjar-kelenjar serviks.
- 3) Ovarium: Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6 -7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan

berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal.

- 4) Vagina dan Perineum: Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda Chadwick.
- 5) Kulit: Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama striae gravidarum
- 6) Payudara: Payudara membesar disebabkan oleh meningkatnya produksi *hormon estrogen dan progesteron*. Payudara juga akan terasa makin lembut, hal ini menimbulkan rasa sensitif yang lebih tinggi, hingga payudara akan terasa sakit atau nyeri saat dipegang. Puting susu membesar dan warnanya semakin gelap, kadang juga terasa gatal. Pembuluh vena pada payudara akan terlihat akibat penegangan payudara. Selain itu, terjadi aktivitas hormon HPL (*Human Placenta Lactogen*). Hormon tersebut diproduksi oleh tubuh saat ibu mengalami kehamilan untuk persiapan ASI bagi bayi
- 7) Sistem Kardiovaskuler: Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan vena cava inferior dan aorta bawah ketika berada dalam posisi terlentang. Penekanan ini akan mengurangi darah balik vena ke jantung. Akibatnya, terjadinya penurunan preload dan cardiac output sehingga menyebabkan terjadinya hipotensi arterial yang dikenal dengan sindrom hipotensi supine dan pada keadaan yang cukup berat sehingga mengakibatkan ibu kehilangan kesadaran. Penekanan pada aorta ini juga dapat mengurangi aliran darah uteroplasenta ke ginjal. Selama trimester terakhir posisi terlentang dapat membuat fungsi ginjal menurun jika dibandingkan posisi miring. Karena alasan inilah tidak dianjurkan ibu hamil dalam posisi terlentang pada akhir kehamilan

- 8) Sistem Respirasi: Frekuensi pernapasan hanya mengalami sedikit perubahan selama kehamilan, tetapi volume tidak, volume ventilasi per menit dan pengambilan oksigen per menit akan bertambah secara signifikan pada kehamilan lanjut. Perubahan ini mencapai puncaknya pada minggu ke 37 dan akan kembali hampir seperti sedia kala dalam 24 minggu setelah persalinan
- 9) Traktus Digestivus: Seiring dengan semakin besarnya uterus, lambung dan usus akan tergeser. Demikian juga dengan yang lainnya seperti apendiks yang akan bergeser ke arah atas dan lateral. Perubahan yang nyata akan terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus dan penurunan sekresi asam hidroklorida dan petindi lambung sehingga akan menimbulkan gejala berupa pyrosis (heartburn) yang disebabkan oleh refluks asam lambung ke esofagus bawah sebagai akibat perubahan posisi lambung dan menurunnya tonus sfingter esofagus bagian bawah. Mual terjadi akibat penurunan asam hidroklorida dan penurunan motilitas, serta konstipasi sebagai akibat penurunan motilitas usus besar.
- 10) Traktus Urinarius: Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Keadaan ini akan menghilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan itu akan timbul kembali.
- 11) Sistem Hematologi: Volume plasma meningkat 30-50%, sebanyak 1200-1300 ml selama kehamilan. Peningkatan ini lebih tinggi pada multigravida dibandingkan dengan primigravida. Pada wanita dengan anak kembar, peningkatan volume plasma merata lebih besar dan bisa setinggi 70%. Kadar air tubuh total meningkat sekitar 6,5 sampai 8 liter. Volume darah mulai meningkat sejak usia gestasi 7 minggu sebesar 10–15% dan mencapai puncaknya pada 30-34

minggu. Peningkatan 1–2 liter volume darah penting untuk mengimbangi peningkatan aliran darah dalam organ seperti rahim dan ginjal. Peningkatan volume plasma 30-50%, menyebabkan anemia. Semakin diperberat dengan adanya transfer simpanan zat besi dari ibu ke janin. Oleh karena itu, hemoglobin turun saat kehamilan berlanjut, dan anemia paling terlihat pada usia kehamilan 30-34 minggu. Hematokrit turun sampai akhir trimester kedua tetapi mungkin stabil di kemudian hari dalam kehamilan atau bahkan meningkat dalam waktu dekat saat peningkatan sel darah merah menjadi sebanding dengan peningkatan volume plasma. Namun, hematokrit (32-34%) pada wanita hamil selalu lebih rendah dibandingkan dengan wanita tidak hamil, dan penurunan viskositas darah ini mungkin penting untuk meningkatkan aliran darah di organ. Zat besi ibu kebutuhan meningkat dari 5 menjadi 6 mg per hari. Kebutuhan besi secara keseluruhan diperkirakan 1000 mg (300 mg untuk fetus dan plasenta, 500 mg untuk produksi Hb, dan 200 mg hilang melalui saluran cerna). Anemia akibat suplementasi zat besi yang tidak adekuat dapat menyebabkan komplikasi kebidanan seperti kelahiran prematur dan keguguran.⁽¹⁶⁾

12) Sistem Endokrin: Selama kehamilan normal kelenjar hipofisis membesar. Pada perempuan yang mengalami hipofisektomi dapat berjalan dengan lancar. Hormon prolaktin akan meningkat 10 x lipat pada saat kehamilan aterm. Sebaliknya, setelah persalinan konsentrasinya pada plasenta akan menurun. Hal ini juga ditemukan pada ibu-ibu yang menyusui.

13) Sistem Muskuloskeletal: Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi sakroiliaka, sakro koksigis dan pubis akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan

perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan (Prawirohardjo, 2016 hal 174-186).

d. Perubahan Psikologis pada Ibu Hamil

Menurut Yuli (2017)⁽¹⁷⁾, Kehamilan merupakan saat terjadinya krisis bila keseimbangan hidup terganggu.

a) Teori krisis.

Tahap syok dan menyangkal, bingung dan *preoccupation*, tindakan dan belajar dari pengalaman, intervensi memudahkan kembali keadaan keseimbangan.

b) Awal penyesuaian terhadap kehamilan baik ibu maupun bapak mengalami syok.

(1) Persepsi terhadap peristiwa bervariasi menurut individu.

(2) Dukungan situasional penting untuk memberikan bantuan dan perhatian.

(3) Mekanisme koping; kekuatan dan keterampilan dipelajari untuk mengatasi stress.

c) Lanjutan penyesuaian terhadap kehamilan

(1) Trimester pertama (bulan 1-3)

Ditandai dengan adanya penyesuaian terhadap ide-ide menjadi orang tua, tingkat hormon yang tinggi, mual dan muntah serta lebih.

(2) Trimester kedua (bulan 4-6)

Waktu yang menyenangkan, respons seksual meningkat, *quickenning* memberikan dorongan psikologis.

(3) Trimester ketiga (bulan 7-9)

Letih, tubuh menjadi besar dan terlihat aneh, kegembiraan yang menyusut dengan kelahiran bayi.

d. Ketidaknyamanan Kehamilan

1) Sering buang air kecil Trimester I dan III

Cara mengatasi :

- a) Jelaskan kepada pasien tentang sebab terjadinya keadaan ini.
- b) Kosongkan kandung kemih saat ada dorongan untuk berkemih.
- c) Perbanyak minum pada siang hari.
- d) Jangan kurangi minum di malam hari untuk mencegah nokturia, kecuali jika nokturia sangat mengganggu tidur di malam hari.
- e) Batasi minum kopi, teh, dan soda.
- f) Jelaskan tentang bahaya infeksi saluran kemih dengan menjaga posisi tidur.

2) Sakit punggung atas dan bawah

Cara mengatasi :

- a) Gunakan posisi tubuh yang baik.
- b) Gunakan bra yang menopang dengan ukuran yang tepat.
- c) Gunakan kasur yang keras.
- d) Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung

3) Keputihan. Terjadi di trimester I, II, dan III

Cara mengatasi :

- a) Tingkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari.
- b) Memakai pakaian dalam dari bahan katun dan mudah menyerap.
- c) Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur.

4) Varises pada kaki. Trimester II dan III

Cara mengatasi :

- a) Tinggikan kaki sewaktu berbaring.
- b) Jaga agar kaki tidak bersilangan.

- c) Hindari berdiri atau duduk terlalu Lama
 - d) Dilakukan senam
 - e) Istirahat dalam posisi miring ke kiri
- 5) Pusing/sinkop. Trimester II dan III
- Cara mengatasi :
- a) Bangun secara perlahan dari posisi istirahat.
 - b) Hindari berdiri lama dalam lingkungan yang hangat dan sesak.
 - c) Hindari berbaring terlalu dalam posisi terlentang
- 6) Perut kembung. Trimester II dan III
- Cara mengatasi :
- a) Hindari makanan yang mengandung gas.
 - b) Mengunyah makanan secara sempurna.
 - c) Lakukan senam secara teratur.
 - d) Pertahankan saat buang air besar yang teratur.
- 7) Nyeri ligamentum rotundum. Trimester II dan III
- Cara mengatasi :
- a) Berikan penjelasan mengenai penyebab nyeri.
 - b) Tekuk lutut ke arah abdomen.
 - c) Mandi air hangat.
 - d) Gunakan bantal pemanas pada area yang terasa sakit hanya jika terdapat kontraindikasi.
 - e) Gunakan sebuah bantal untuk menopang uterus di antara lutut pada waktu berbaring miring.
- 8) Napas sesak. Trimester II dan III
- Cara mengatasi :
- a) Jelaskan penyebab fisiologinya.
 - b) Merentangkan tangan diatas kepala serta menarik napas panjang.

- c) Dorong agar sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal ketika terjadi hiperventilasi.

9) Sembelit. Trimester II dan III

Cara mengatasi :

- a) Tingkatkan diet asupan cairan
- b) Minuman cairan dingin atau hangat, terutama saat perut kosong.
- c) Istirahat cukup.
- d) Senam hamil.
- e) Membiasakan buang air besar secara teratur.
- f) Buang air besar segera setelah ada dorongan

10) Keringat bertambah. Secara perlahan terus meningkat sampai akhir kehamilan

Cara mengatasi :

- a) Pakailah pakaian yang tipis dan longgar.
- b) Tingkatkan asupan cairan.
- c) Mandi secara teratur

e. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

1) Gizi Seimbang Untuk Ibu Hamil

- a) Biasakan mengkonsumsi aneka ragam pangan yang lebih banyak, Ibu hamil perlu mengkonsumsi aneka ragam pangan yang lebih banyak untuk memenuhi kebutuhan energy, protein dan zat gizi mikro (vitamin dan mineral) karena digunakan untuk pemeliharaan, pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan, serta cadangan selama masa menyusui. Zat gizi mikro penting yang diperlukan selama hamil adalah *zat besi, asam folat, kalsium, iodium dan zinc*. (Kementerian Kesehatan RI :2015 Hal : 48)

- b) Membatasi mengkonsumsi makanan yang mengandung garam. Pembatasan konsumsi garam dapat mencegah hipertensi selama kehamilan. Selama ibu hamil diusahakan agar tidak menderita hipertensi. Hal ini disebabkan karena hipertensi selama kehamilan akan meningkatkan resiko kematian janin, terlepasnya plasenta, serta gangguan pertumbuhan. (Kementerian Kesehatan RI : 2015 Hal : 48)
- c) Minumlah air putih yang banyak: Air merupakan cairan yang paling baik untuk hidrasi tubuh secara optimal. Air berfungsi membantu pencernaan, membuang racun, sebagai penyusun sel dan darah, mengatur keseimbangan asam basa tubuh dan mengatur suhu tubuh. Kebutuhan air selama kehamilan meningkat agar dapat mendukung sirkulasi janin, produksi cairan amnion dan meningkatnya volume darah. Ibu hamil memerlukan asupan air minum sekitar 2-3 liter perhari (8-12 gelas sehari). (Kementerian Kesehatan RI :2015 Hal : 48)
- d) Membatasi minum kopi: Kafein apabila dikonsumsi oleh ibu hamil akan mempunyai efek diuretic pada kehamilan dan stimulasi. Oleh karenanya bila ibu hamil minum kopi sebagai sumber utama kafein yang tidak terkontrol, akan mengalami peningkatan buang air kecil (BAK) yang akan berakibat dehidrasi, tekanan darah meningkat dan detak jantung juga akan meningkat. Pangan sumber kafein lainnya adalah coklat, teh, dan minuman suplemen energy. Satu botol minuman suplemen energy mengandung kafein setara dengan 1-2 cangkir kopi. Disamping mengandung kafein, kopi juga mengandung inhibitor (zat yang mengganggu penyerapan zat besi). Konsumsi kafein pada ibu hamil juga akan berpengaruh pada pertumbuhan dan perkembangan janin, karena metabolisme janin belum

sempurna. Menurut *british Medical Journal* (2008) mengkonsumsi kafein bagi ibu hamil tidak melebihi 100 mg/hari atau 1-2 cangkir/hari. Oleh karenanya dianjurkan kepada ibu hamil, selama kehamilan ibu harus bijak dalam mengkonsumsi kopi sebagai sumber utama kafein, batasi dalam batas aman yaitu paling banyak 2 cangkir kopi/hari atau hindari sama sekali.

e) Pemenuhan Nutrisi yang Baik

(1) Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan bagi ibu hamil untuk setiap harinya adalah 2500 kalori. Pengetahuan tentang berbagai jenis makanan yang dapat memberikan kecukupan kalori tersebut sebaiknya dapat dijelaskan secara rinci dan bahasa yang dimengerti oleh para ibu hamil dan keluarganya. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas dan hal ini merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya preeclampsia. Jumlah pertambahan berat badan menurut rekomendasi pedoman IOM (kenaikan 12,5-18 kg untuk wanita kurus [BMI <18,5]; 11,5-16 kg untuk normal- berat wanita [BMI 18,5-24,9]; 7-11 kg untuk wanita kelebihan berat badan [BMI 25-29,9], dan 5-9 kg untuk wanita obesitas [BMI ≥ 30]).⁽¹⁸⁾

(2) Protein

Jumlah protein yang diperlukan oleh ibu hamil adalah 85 gram per hari. Sumber protein tersebut dapat diperoleh dari tumbuh-tumbuhan (kacang-kacangan) atau hewan (ikan, ayam, keju, susu dan telur). Defisiensi protein dapat menyebabkan kelahiran prematur, anemia dan edema . Protein bagi ibu hamil

digunakan untuk membangun laju pertumbuhan badan calon bayi, dimulai dari pembentukan sel sampai menjadi tubuh utuh berat 3,5 kg. Jika protein tidak mencukupi maka pembentukan ari-ari, dan akan mempengaruhi perkembangan organ-organ tubuh lainnya. ⁽¹⁹⁾

(3) Kalsium

Kebutuhan kalsium meningkat pada saat hamil karena digunakan untuk mengganti cadangan kalsium ibu guna pembentukan jaringan baru pada janin. Apabila konsumsi kalsium tidak mencukupi maka akan berakibat meningkatkan risiko ibu mengalami komplikasi yang disebut keracunan kehamilan (pre eklampsia). Selain itu ibu akan mengalami pengeroposan tulang dan gigi. ⁽²⁰⁾ Kebutuhan kalsium ibu hamil adalah 1,5 gram per hari. Kalsium dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, terutama bagi pengembangan otot dan rangka. Sumber kalsium yang mudah diperoleh adalah susu, keju, yogurt dan kalsium karbonat. Defisiensi kalsium dapat menyebabkan riketsia pada bayi atau osteomalasia pada ibu. ⁽¹⁹⁾

(4) Zat besi

Metabolisme yang tinggi pada ibu hamil memerlukan kecukupan oksigenasi jaringan yang diperoleh dari pengikatan dan pengantaran oksigen melalui hemoglobin didalam sel-sel darah merah. Untuk menjaga konsentrasi haemoglobin yang normal, diperlukan asupan zat besi bagi ibu hamil dengan jumlah 30 mg/hari terutama setelah trimester kedua. Bila tidak ditemukan anemia pemberian besi

per minggu cukup adekuat. Zat besi yang diberikan dapat berupa *ferrous gluconate*, *ferrous fumarate* atau *ferrous sulphate*. Kekurangan zat besi pada ibu hamil dapat menyebabkan anemia defisiensi zat besi (Prawirohardjo 2016 : 286). Tablet Besi atau tablet tambah darah (TTD) diberikan pada ibu hamil sebanyak 1 tablet setiap hari berturut-turut selama 90 hari selama 90 hari selama masa kehamilan. Tablet tambah darah mengandung 200 mg ferro sulfat setara dengan 60 mg besi elemental dan 0,25 mg asam folat. Tablet tersebut wajib dikonsumsi oleh ibu hamil sebanyak 10 tablet setiap bulannya untuk mengurangi gejala-gejala sakit saat masa-masa kehamilan.⁽²¹⁾ Kekurangan hemoglobin disebut Anemia atau penyakit kurang darah dapat membahayakan kesehatan ibu dan bayi seperti Berat Bayi Lahir Rendah kurang dari 2500 gr (BBLR), perdarahan dan peningkatan risiko kematian.⁽²²⁾

(5) Asam folat

Selain zat besi, sel-sel darah merah juga memerlukan asam folat bagi pematangan sel. Jumlah asam folat yang dibutuhkan oleh ibu hamil adalah 400 mikrogram per hari. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik pada ibu hamil (Prawirohardjo 2016 : 286). Sumber asam Folat antara lain ragi, hati, brokoli, susu, sayur berdaun hijau (bayam, asparagus), kacang-kacangan, ikan, daging, jeruk, avocado, gandum, stroberi, pisang, dan putih telur. (Muchtar,2014 .Hal :43). Asam folat diberikan minimal 3 bulan sebelum kehamilan hingga 12 minggu kehamilan dilanjutkan selama 4-6 minggu

post partum atau selama menyusui berlanjut (Level A).⁽²³⁾

(6) Iodium

Iodium merupakan bagian hormone tiroksin (T4) dan triiodotironin (T3) yang berfungsi untuk mengatur pertumbuhan dan perkembangan bayi. Iodium berperan dalam sintesis protein, absorpsi karbohidrat dan saluran cerna serta sintesis kolesterol darah. Zat Iodium memegang peranan yang sangat besar bagi ibu dan janin. Kekurangan iodium akan berakibat terhambatnya perkembangan otak dan sistem saraf terutama menurunkan IQ dan meningkatkan resiko kematian bayi. Disamping itu kekurangan iodium dapat menyebabkan pertumbuhan fisik anak yang dilahirkan terganggu (kretin). Dampak pada perkembangan otak dan sistem saraf ini biasanya menetap. Sumber iodium yang baik adalah makanan laut seperti ikan, udang, kerang, rumput laut. Setiap memasak diharuskan menggunakan garam beriodium.⁽²⁰⁾

(7) Vitamin

Buah berwarna merupakan sumber vitamin yang baik bagi tubuh dan buah yang berserat karena dapat melancarkan buang air besar sehingga mengurangi resiko sembelit (susah buang air besar).

1) Edukasi kesehatan bagi ibu hamil

Tidak semua ibu hamil dan keluarganya mendapat pendidikan dan konseling kesehatan yang memadai tentang kesehatan reproduksi, terutama tentang kehamilan dan upaya untuk menjaga agar kehamilan tetap sehat dan berkualitas. Kunjungan antenatal member kesempatan bagi petugas kesehatan untuk

memberikan informasi kesehatan esensial bagi ibu hamil dan keluarganya termasuk rencana persalinan dan cara merawat bayi. Beberapa informasi penting tersebut adalah sebagai berikut (Prawirohardjo 2016 : 285).

2) Perawatan Payudara

Basuhan lembut setiap hari pada areola dan puting susu akan mengurangi retak dan lecet pada area tersebut. Untuk sekresi yang mengering pada puting susu, lakukan pembersihan dengan menggunakan campuran gliserin dan alkohol. Karena payudara menegang, sensitive dan menjadi lebih berat, maka sebaiknya menggunakan penopang payudara yang sesuai.⁽¹⁹⁾

3) Perawatan Gigi

Paling tidak dibutuhkan 2 kali pemeriksaan gigi selama kehamilan, yaitu pada trimester pertama dan ketiga. Penjadwalan untuk trimester pertama terkait dengan hiperemesis dan ptialisme (produksi liur yang berlebihan) sehingga kebersihan rongga mulut harus selalu terjaga. Sementara itu pada trimester ketiga, terkait dengan adanya kebutuhan kalsium untuk pertumbuhan janin sehingga perlu diketahui apakah terdapat pengaruh yang merugikan pada gigi ibu hamil. Dianjurkan untuk selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya karies dan *gingivitis*.⁽¹⁹⁾

4) Kebersihan Tubuh dan Pakaian

Kebersihan harus terjaga selama kehamilan. Perubahan anatomis pada perut, area genital/lipat paha dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lebih lembab dan mudah terinventasi oleh mikroorganisme. Sebaiknya gunakan pancuran atau gayung pada mandi, tidak dianjurkan berendam dalam *bathtub* dan melakukan *vaginal douche*. Gunakan pakaian yang longgar, bersih dan nyaman dan hindarkan sepatu

bertongkat tinggi (high heels) dan alas kaki yang keras (tidak elastis) serta korset penahan perut. Lakukan gerakan tubuh ringan, misalnya berjalan kaki, terutama pada pagi hari, jangan melakukan pekerjaan rumah tangga yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan. Beristirahat cukup, minimal 8 jam pada malam hari dan 2 jam di siang hari. Ibu tidak dianjurkan untuk melakukan kebiasaan merokok selama hamil karena dapat menimbulkan vasospasme yang berakibat anoksia janin, berat janin lahir rendah (BBLR), prematuritas, kelainan kongenital dan solusio plasenta.⁽¹⁹⁾

5) Kebutuhan Istirahat

Adanya aktivitas yang dilakukan setiap hari otomatis ibu hamil akan sering merasa lelah dari pada waktu sebelum hamil. Ini salah satunya disebabkan oleh faktor beban berat janin yang semakin terasa oleh sang ibu. Oleh karena itu pengaturan aktifitas yang tidak terlalu berlebihan sangatlah perlu diterapkan oleh setiap ibu hamil. Setiap wanita hamil menemukan cara yang berbeda mengatasi keletihannya. Salah satunya adalah dengan cara beristirahat atau tidur sebentar di siang hari. Dapat seperti biasa (tingkat aktivitas ringan hingga sedang), istirahat minimal 15 menit tiap 2 jam. Jika duduk atau berbaring dianjurkan kaki agak ditinggikan.⁽²⁴⁾

6) Kebutuhan seks

Jika kehamilan calon ibu normal serta tidak mempunyai kecenderungan melahirkan prematur dan aborsi ulang maka senggama dapat dilanjutkan dengan frekuensi yang normal untuk pasangan tersebut. Beberapa wanita lebih menginginkan senggama yang sering selama hamil, sementara yang lain justru ingin mengurangi. Alasannya berkurang minat seksual yang dialami banyak wanita hamil khususnya dalam minggu-minggu terakhir kehamilan, tidak jelas. Beberapa wanita merasa takut

senggama akan merusak bayi atau menyebabkan kelahiran prematur. Yang lain merasa takut bahwa orgasme dengan cara apapun akan menyebabkan hal yang sama. Jika ada riwayat Abortus sebelumnya, koitus ditunda sampai usia kehamilan diatas 16 Minggu, dimana diharapkan plasenta sudah terbentuk, dengan implantasi dan fungsi yang baik. Beberapa pustaka menganjurkan agar koitus mulai dihentikan pada 3-4 minggu terakhir menjelang perkiraan tanggal persalinan. Pada beberapa keadaan seperti kontraksi /tanda-tanda persalinan awal, keluar cairan pervaginam, abortus imminens, atau abortus habitualis, kehamilan kembar, dan penyakit menular seksual.⁽²⁴⁾

B. Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD)

a. Pengertian

Menurut kamus istilah program keluarga berencana, kehamilan tidak diinginkan adalah kehamilan yang dialami oleh seorang perempuan yang sebenarnya belum menginginkan atau sudah tidak menginginkan hamil (BKKBN, 2007). Sedangkan menurut PKBI, kehamilan tidak diinginkan merupakan suatu kondisi dimana pasangan tidak menghendaki adanya proses kelahiran akibat dari kehamilan. Kehamilan juga merupakan akibat dari suatu perilaku seksual yang bisa disengaja maupun tidak disengaja. Kehamilan tidak diinginkan (KTD) adalah kehamilan yang terjadi pada saat salah satu pihak atau kedua belah pihak tidak menginginkan kehamilan sama sekali atau kehamilan yang diinginkan namun terjadi pada waktu yang tidak tepat (Kisara, 2016).

b. Penyebab

KTD terutama pada remaja merupakan dampak dari perilaku seksual pranikah (Amalia & Azinar, 2017). Hubungan seksual pranikah merupakan hasil dari kegagalan sistem kontrol diri terhadap impuls-impuls kuat dan dorongan-dorongan destruktif (Kurniawan, 2009).

Maka dari itu, dapat dikatakan bahwa kegagalan sistem kontrol diri dalam mengendalikan dorongan seksual menjadi salah satu faktor yang secara tidak langsung menyebabkan terjadinya KTD. Seperti dalam penelitian yang dilakukan oleh Karniyanti (2017) yang menjelaskan bahwa remaja yang tidak memiliki kontrol diri yang tinggi akan mudah terjerumus pada perilaku seksual pranikah. Bahwa remaja belum mampu untuk melakukan dan menjalani pernikahan. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan Adham (dalam Purnawati, 2015) bahwa pasangan yang melangsungkan pernikahan pada usia remaja tidak bisa memenuhi atau tidak mengetahui apa yang menjadi hak dan kewajiban sebagai suami dan istri. Hal tersebut disebabkan karena remaja belum matang baik secara fisik maupun mental serta masih memiliki keegoisan yang tinggi. Dari pemaparan tersebut, dapat dilihat bahwa remaja yang masih berada dalam periode pencarian jati diri, emosi yang cenderung labil dan ego yang tinggi, belum siap untuk menjalankan sebuah hubungan pernikahan yang menuntut kedewasaan, siap berkomitmen untuk mempertahankan pernikahan, dapat mengendalikan emosi, dan bertanggung jawab atas keputusan yang diambil.

Seperti yang dijelaskan dalam penelitian Mawardi (2012), bahwa remaja yang telah menikah belum bisa mandiri dan masih tergantung dengan orang tua terutama dalam hal pengasuhan anak dan kebutuhan ekonomi. Secara psikologis, remaja masih memiliki keinginan yang kuat untuk bebas tanpa adanya beban tanggung jawab terhadap keluarganya. Remaja yang masih berada dalam kondisi labil juga menyebabkan mereka merasa resah dan marah tanpa alasan yang jelas. Ditambah lagi, masing-masing masih memiliki keinginan untuk diperhatikan dan dimanja. Keinginan untuk tetap bebas, kondisi yang labil serta keinginan untuk tetap diperhatikan dan dimanja dapat menimbulkan kesalahpahaman.

Menurut Karwati, dkk (2011) faktor-faktor penyebab kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) adalah⁽²⁵⁾

1. Penundaan dan peningkatan usia kehamilan, serta semakin dininya usia menstruasi pertama (menarche)
2. Ketidaktahuan atau minimnya pengetahuan tentang perilaku seksual yang dapat menyebabkan kehamilan
3. Kehamilan yang diakibatkan oleh pemerkosaan,
4. Persoalan ekonomi (biaya untuk melahirkan dan membesarkan anak),
5. Alasan karir atau masih sekolah (karena kehamilan atau konsekuensinya lainnya yang dianggap dapat menghambat karir atau kegiatan belajar) dan
6. Kehamilan karena incest.

c. Dampak

Pada dasarnya, kehamilan tidak diinginkan memiliki banyak konsekuensi bagi ibu dan bayi, bagi orang tua, bagi masyarakat, dan juga bagi lingkungan. Dampak yang timbul akibat kehamilan yang tidak diinginkan adalah diantaranya adalah

1. Resiko medis, misalnya, gangguan kesehatan dan aborsi tidak aman akan berkontribusi pada kematian dan kesakitan ibu. Rahim belum siap untuk menerima hasil konsepsi, karena rahim seorang perempuan akan benar-benar kuat dan siap menerima hasil konsepsi setelah usia 20 tahun, oleh karena itu kehamilan dini dan tidak diinginkan sangat berbahaya bagi remaja perempuan. Rahim yang tidak kuat akan menyebabkan keguguran, perdarahan, komplikasi kehamilan, dan bisa menyebabkan kematian;
2. Psikologis, rasa bersalah, depresi, marah dan agresi, remaja atau calon ibu merasa tidak ingin dan tidak siap untuk hamil; dan
3. Psikososial, ketegangan mental dan kebingungan akan

peran sosial yang tiba-tiba berubah, tekanan dari masyarakat yang mencela dan menolak keadaan tersebut, dikucilkan dari masyarakat dan hilang kepercayaan diri, serta diberhentikan dari sekolah.

2. Teori Persalinan

a. Pengertian

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, 2002).

a. Macam Persalinan

- 1) Persalinan Spontan Yaitu persalinan yang 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.

b. Faktor Penyebab Persalinan

1) Penurunan Kadar Progesteron

Progesterone menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oxytosin. Akibatnya otot rahim

mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

2) Teori Oxytosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesterone dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oxytocin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.

3) Keregangan Otot-otot.

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan Bladder dan Lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan \cong Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir \cong 5 majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan. Contoh, pada kehamilan ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan.

4) Pengaruh Janin Hipofisis dan kelenjar suprarenal janin rupanya juga memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan.

5) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab

permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena, intra dan extra amnial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.

c. Penyebab Terjadinya Persalinan

- 1) *Passage* (Jalan Lahir) Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.
- 2) *Power*: Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu. Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim.

Kekuatan yang mendorong janin keluar (*power*) terdiri dari:

- a) His (kontraksi otot uterus) Adalah kontraksi uterus karena otot – otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Pada waktu kontraksi otot – otot rahim menguncup sehingga menjadi tebal dan lebih pendek. Kavum uteri menjadi lebih kecil serta mendorong janin dan kantung amnion ke arah segmen bawah rahim dan serviks.
- b) Kontraksi otot-otot dinding perut
- c) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan
- d) Ketegangan dan ligamentous action terutama ligamentum rotundum.

- 3) *Passanger*: Passanger terdiri dari janin dan plasenta. Janin merupakan passage utama dan bagian janin yang paling penting adalah kepala karena bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan. Kelainan – kelainan yang sering menghambat dari pihak passanger adalah kelainan ukuran dan bentuk kepala anak seperti hydrocephalus ataupun anencephaly, kelainan letak seperti letak muka atau pun letak dahi, kelainan kedudukan anak seperti kedudukan lintang atau letak sungsang.
 - 4) *Psikis* (Psikologis) Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar benar terjadi realitas “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anaknya. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu “keadaan yang belum pasti“ sekarang menjadi hal yang nyata.
 - 5) Penolong Peran dari penolong persalinan dalam hal ini Bidan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Proses tergantung dari kemampuan skill dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.
- d. Tanda dan Gejala Persalinan
- 1) Tanda Persalinan Sudah dekat
 - a) *Lightening*: Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih enteng. Ia merasa kurang sesak, tetapi sebaliknya ia merasa bahwa berjalan sedikit lebih sukar, dan sering diganggu oleh perasaan nyeri pada anggota bawah.
 - b) *Polikisuria* Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendor, fundus uteri lebih rendah dari pada 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 Polakisuria.

- 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 servik
- d) Perubahan servik Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan cervix menunjukkan bahwa cervix 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 Beberapa 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.

2) Tanda- tanda pasti dari persalinan adalah :

a) Timbulnya kontraksi uterus Biasa juga disebut dengan his persalinan yaitu his pembukaan yang mempunyai sifat sebagai berikut :

i. Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan.

ii. Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan

iii. Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya semakin besar

iv. Mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan servik.

v. Makin beraktifitas ibu 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 servik 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 kanalis cervicalis 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* Adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong 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, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar.

e. Mekanisme Persalinan

- 1) Masuknya kepala janin dalam PAP
- 2) 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)
- 3) Putaran paksi dalam: Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis
- 4) Ekstensi: Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan di atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk dapat melewati pintu bawah panggul.
- 5) Putar Paksi Luar: gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung janin.

ii. Proses Persalinan

Terbagi Menjadi 4 Fase yaitu:

- 1) Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servik hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I berlangsung 18 – 24 jam dan terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.

Fase laten persalinan Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servik secara bertahap

Fase aktif persalinan Fase ini terbagi menjadi 3 fase yaitu akselerasi, dilatasi maksimal, dan deselerasi

- 2) KALA II: dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi
- 3) KALA III: dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban, berlangsung tidak lebih dari 30 menit, Disebut dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta, peregangan Tali pusat Terkendali (PTT) dilanjutkan pemberian oksitosin untuk kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan
- 4) KALA IV: dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah Persalinan merupakan masa paling kritis karena proses perdarahan yang berlangsung, Masa 1 jam setelah plasenta lahir Pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering. Observasi intensif karena perdarahan yang terjadi pada masa ini, Observasi yang dilakukan :
 - a) Tingkat kesadaran penderita.
 - b) Pemeriksaan tanda vital.
 - c) Kontraksi uterus.
 - d) Perdarahan, dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400- 500cc.

3. Teori Bayi Baru Lahir

A. Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi baru lahir (Neonatus) menurut Marmi (2012) bahwa adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ektrauterin) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik.⁽²⁶⁾

b. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan⁽²⁷⁾ Bayi baru lahir normal memiliki panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, refleks-refleks sudah terbentuk dengan baik (rooting, sucking, moro, grasping), organ genitalia pada bayi laki-laki testis sudah berada pada skrotum dan penis berlubang, pada bayi perempuan vagina dan uretra berlubang serta 7 adanya labia minora dan mayora, mekonium sudah keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan.⁽²⁸⁾

c. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir atau neonatus dibagi dalam beberapa klasifikasi yaitu :⁽²⁹⁾

1) Neonatus menurut masa gestasinya:

- a) Kurang bulan (preterm infant) : < 259 hari (37 minggu)
- b) Cukup bulan (term infant) : 259-294 hari (37-42 minggu)
- c) Lebih bulan (post term infant) : > 294 hari (42 minggu atau lebih)

2) Neonatus menurut berat badan lahir:

- a) Berat lahir rendah : < 2500 gram
- b) Berat lahir cukup : 2500-4000 gram

- c) Berat lahir lebih : > 4000 gram
- 3) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan):
 - a) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

d. Asuhan Bayi Baru Lahir

Semua bayi diperiksa segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterine berjalan dengan lancar dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan. Pemeriksaan rutin pada bayi baru lahir harus dilakukan dengan tujuan mendeteksi kelainan atau anomali kongenital yang muncul pada setiap kelahiran. Kelainan anomali kongenital dapat terjadi pada 10-20 per 1000 kelahiran. Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah untuk membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi, identifikasi, dan pencegahan infeksi. Asuhan bayi baru lahir meliputi:

- 1) Pencegahan Infeksi (PI)
- 2) Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi Untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepiantas setelah seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan :
- 3) Pemotongan dan perawatan tali pusat
- 4) Setelah penilaian sepiantas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi. Perawatan tali pusat adalah dengan tidak

membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat. Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilikus.

5) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusu. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara.

6) Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi

7) Pemberian salep mata/tetes mata: Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau 11 antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran

8) Pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri. Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (*Phytomenadione*) 1 mg intramuskular di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir. Pemberian vitamin K sebagai profilaksis melawan *hemorrhagic disease of the newborn* dapat diberikan dalam suntikan yang memberikan pencegahan lebih terpercaya, atau secara oral yang membutuhkan beberapa dosis

untuk mengatasi absorpsi yang bervariasi dan proteksi yang kurang pasti pada bayi. Vitamin K dapat diberikan dalam waktu 6 jam setelah lahir

- 9) Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan
Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati
- 10) Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena resiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari
- 11) Pemberian ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun. Pemberian ASI eksklusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Setiap bayi mempunyai hak untuk dipenuhi kebutuhan dasarnya seperti Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif, dan imunisasi serta pengamanan dan perlindungan bayi baru lahir dari upaya penculikan dan perdagangan bayi.

B. Asfiksia Neonatorum

a. Pengertian

Asfiksia neonatorum adalah keadaan gawat bayi yang tidak dapat bernafas spontan dan teratur, sehingga dapat menurunkan oksigen dan makin meningkatkan karbon dioksida yang menimbulkan akibat buruk dalam kehidupan lebih lanjut (Manuaba, 2007).

Asfiksia neonatorum adalah kegagalan bernapas yang terjadi secara spontan dan teratur pada saat lahir atau beberapa saat setelah lahir. Hal ini disebabkan oleh hipoksia janin dalam uterus dan hipoksia ini berhubungan dengan faktor-faktor yang timbul dalam kehamilan, persalinan, atau segera setelah bayi lahir. Akibat-akibat asfiksia akan bertambah buruk apabila penanganan bayi tidak dilakukan secara sempurna. Tindakan yang akan dikerjakan pada bayi bertujuan mempertahankan kelangsungan hidupnya dan membatasi gejala-gejala lanjut yang mungkin timbul (Manuaba, 2007).

b. Etiologi

1. Faktor ibu

Oksigenasi darah ibu yang tidak mencukupi akibat hipoventilasi selama anestesi, penyakit jantung, sianosis, gagal pernafasan, keracunan karbon monoksida, dan tekanan darah ibu yang rendah akan menyebabkan asfiksia pada janin. Gangguan aliran darah uterus dapat menyebabkan berkurangnya pengaliran oksigen ke plasenta dan ke janin. Hal ini sering ditemukan pada gangguan kontraksi uterus, misalnya hipertoni, hipotoni atau tetani uterus akibat penyakit atau obat, hipotensi mendadak pada ibu karena perdarahan, hipertensi pada penyakit eklamsia dan lain-lain.

2. Faktor plasenta

Pertukaran gas antara ibu dan janin dipengaruhi oleh luas dan kondisi plasenta. Asfiksia janin dapat terjadi bila terdapat gangguan mendadak pada plasenta, misalnya: plasenta tipis, plasenta kecil, plasenta tak menempel, dan perdarahan plasenta.

3. Faktor fetus

Kompresi umbilikus dapat mengakibatkan terganggunya aliran darah dalam pembuluh darah umbilikus dan

menghambat pertukaran gas antara ibu dan janin. Gangguan aliran darah ini dapat ditemukan pada keadaan: kompresi tali pusat, dan lain-lain.

4. Faktor neonatus

Depresi pusat pernapasan pada bayi baru lahir dapat terjadi oleh karena pemakaian obat anestesi/analgetik yang berlebihan pada ibu secara langsung dapat menimbulkan depresi pusat pernapasan janin, maupun karena trauma yang terjadi pada persalinan, misalnya perdarahan intrakranial. Kelainan kongenital pada bayi, misalnya hernia diafragmatika, atresia atau stenosis saluran pernafasan, hipoplasia paru dan lain-lain.

5. Faktor persalinan

Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 1-2 jam pada primi, dan lebih dari 1 jam pada multi. Partus lama masih merupakan suatu masalah di Indonesia karena seperti kita ketahui, bahwa 80% dari persalinan masih ditolong oleh dukun. Baru sedikit sekali dari dukun beranak yang telah di tatar sekedar mendapat kursus dukun. Seksio sesarea adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan sayatan rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Prawirohardjo, 2005)

c. Tanda dan Gejala

1. Asfiksia berat (nilai APGAR 0-3)

Pada kasus asfiksia berat, bayi akan mengalami asidosis sehingga memerlukan perbaikan dan resusitasi aktif dengan segera. Tanda dan gejala yang muncul pada asfiksia berat antara lain: frekuensi jantung < 40 kali per menit, tidak ada usaha panas, tonus otot lemah bahkan hampir tidak ada, bayi tidak dapat memberikan reaksi jika diberikan rangsangan,

bayi tampak pucat bahkan sampai berwarna kelabu, terjadi kekurangan oksigen yang berlanjut sebelum atau sesudah persalinan.

2. Asfiksia sedang (nilai APGAR 4-6)

Pada asfiksia sedang, tanda dan gejala yang muncul antara lain: frekuensi jantung menurun menjadi 60–80 kali per menit, usaha napas lambat, tonus otot biasanya dalam keadaan baik, bayi masih bisa bereaksi terhadap rangsangan yang diberikan, bayi tampak sianosis, tidak terjadi kekurangan oksigen yang bermakna selama proses persalinan.

3. Asfiksia ringan (nilai APGAR 7-10)

Pada asfiksia ringan, tanda dan gejala yang sering muncul antara lain: napas lebih dari 100 kali per menit, warna kulit bayi tampak kemerah-merahan, gerak/tonus otot baik, bayi menangis kuat (Yuliana, 2012).

d. Klasifikasi

Menurut Abdoerrachman et al (2005) asfiksia neonatorum dibagi menjadi :

- 1) “*Vigorous baby*” Skor Apgar 7-10 dalam hal ini bayi dianggap sehat dan tidak memerlukan tindakan istimewa.
- 2) “*Mild moderate asphyxia*” asfiksia sedang dengan nilai Apgar skor 4-6.pada pemeriksaan jantung akan terlihat frekuensi jantung >100x/menit, tonus otot kurang baik atau baik, sianosis, reflek iritabilitas tidak ada.
- 3) Asfiksia berat dengan Apgar skor 0-3. Pada pemeriksaan fisik ditemukan frekuensi jantung

e. Patofisiologi

Pernafasan spontan bayi baru lahir bergantung pada kondisi janin pada masa kehamilan dan persalinan. Pada saat lahir dan bayi mengambil napas pertama, udara memasuki alveoli paru dan cairan paru diabsorpsi oleh jaringan paru. Pada napas kedua dan

berikutnya, udara yang masuk ke alveoli bertambah banyak dan cairan paru diabsorpsi sehingga seluruh alveoli berisi udara yang mengandung oksigen. Aliran darah ke paru meningkat secara dramatis. Hal ini disebabkan ekspansi paru yang membutuhkan tekanan puncak inspirasi dan tekanan ekspirasi lebih tinggi. Ekspansi paru dan peningkatan tekanan oksigen alveoli menyebabkan penurunan resistensi vaskular paru dan peningkatan aliran darah paru setelah lahir.

Aliran intrakardial dan ekstrakardial mulai beralih arah yang kemudian diikuti penutupan duktus arteriosus. Kegagalan penurunan resistensi vaskular paru menyebabkan hipertensi pulmonal persisten pada BBL, dengan aliran darah paru yang inadkuat dan hipoksemia relatif. Ekspansi paru yang inadkuat menyebabkan gagal napas. Proses kelahiran sendiri selalu menimbulkan asfiksia ringan yang bersifat sementara pada bayi atau asfiksia transient.

Proses ini dianggap sangat perlu untuk merangsang kemoreseptor pusat pernafasan agar terjadi "primary gasping" yang kemudian akan berlanjut dengan pernafasan teratur. Bila terdapat gangguan pertukaran gas dan pengangkutan O₂ selama kehamilan persalinan, akan terjadi asfiksia yang lebih berat. Keadaan ini akan mempengaruhi fungsi sel tubuh dan bila tidak teratasi akan menyebabkan kematian. Kerusakan dan gangguan fungsi ini dapat reversibel/tidak tergantung kepada berat dan lamanya asfiksia. Secara klinis asfiksia terjadi dimulai dengan suatu periode apnea atau primary apnea disertai dengan penurunan frekuensi jantung.

Selanjutnya bayi akan memperlihatkan usaha bernafas atau gasping yang kemudian diikuti oleh pernafasan teratur. Pada penderita asfiksia berat, usaha bernafas ini tidak tampak dan bayi selanjutnya berada dalam periode apnea kedua atau secondary apnea. Pada tingkat ini selain bradikardi ditemukan pula penurunan

tekanan darah. Disamping terjadi perubahan klinis, akan terjadi gangguan metabolisme dan perubahan keseimbangan asam basa pada tubuh bayi. Pada tingkat pertama gangguan pertukaran gas mungkin hanya menimbulkan asidosis respiratorik. Bila gangguan berlanjut, dalam tubuh bayi akan terjadi proses metabolisme anaerobik yang berupa glikolisis glikogen tubuh, sehingga sumber glikogen tubuh terutama pada jantung dan hati akan berkurang. Asam organik yang terjadi akibat metabolisme ini akan menyebabkan timbulnya asidosis metabolik. Pada tingkat selanjutnya akan terjadi perubahan kardiovaskuler yang disebabkan oleh beberapa keadaan diantaranya:

- a) Hilangnya sumber glikogen dalam jantung akan mempengaruhi fungsi jantung.
- b) Terjadinya asidosis metabolik akan mengakibatkan menurunnya sel jaringan, termasuk otot jantung, sehingga menimbulkan kelemahan jantung.
- c) Pengisian udara alveolus yang kurang adekuat akan menyebabkan tetap tingginya resistensi pembuluh darah paru sehingga sirkulasi darah ke paru dan sistem sirkulasi tubuh lain akan mengalami gangguan. Keadaan ini akan berakibat buruk terhadap sel otak dan otak akan mengalami kerusakan dan dapat menimbulkan kematian atau gejala sisa pada kehidupan bayi (Abdoerrachman et al., 2005; Kosim, S. et al., 2012)

f. Faktor Resiko

Beberapa kondisi tertentu pada ibu hamil dapat menyebabkan gangguan sirkulasi darah uteroplasenter sehingga oksigen ke bayi menjadi berkurang. Hipoksia bayi di dalam rahim ditunjukkan dengan gawat janin yang dapat berlanjut menjadi asfiksia bayi baru lahir (Prawirohardjo, 2005). Beberapa faktor tertentu diketahui dapat menjadi penyebab terjadinya asfiksia pada bayi baru lahir,

diantaranya faktor ibu, faktor plasenta, faktor bayi, faktor persalinan.

2.2.1 Faktor Ibu

a. Umur Ibu

Bagian komponen dari status reproduksi adalah umur ibu dan jumlah paritas atau jumlah persalinan. Wanita yang berumur 35 tahun atau lebih meningkat risikonya dalam masalah-masalah seperti tekanan darah tinggi, gestasional diabetes dan komplikasi selama kehamilan (Bobak, 2005)

b. Hipertensi pada kehamilan

Hipertensi adalah tekanan darah lebih tinggi dari tekanan darah normal yang berlangsung dalam jangka waktu yang lama. Hipertensi pada kehamilan merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas ibu dan fetus. Preeklampsia dan eklampsia dapat mengakibatkan keterlambatan pertumbuhan janin dalam kandungan atau Intrauterine Growth Restriction (IUGR) dan kelahiran mati. Hal ini disebabkan karena preeklampsia dan eklampsia pada ibu akan menyebabkan perkapuran di daerah plasenta, sedangkan bayi memperoleh makanan dan oksigen dari plasenta dengan adanya perkapuran di daerah plasenta suplai makanan dan oksigen yang masuk ke janin berkurang (Wiknjastro, 2005).

c. Perdarahan antepartum

Perdarahan antepartum merupakan perdarahan pada kehamilan diatas 22 minggu hingga menjelang persalinan yaitu sebelum bayi dilahirkan. Komplikasi utama dari perdarahan antepartum adalah perdarahan yang menyebabkan anemia dan syok sehingga keadaan ibu semakin jelek. Keadaan ini yang menyebabkan gangguan ke plasenta mengalami anemia pada janin bahkan terjadi syok intrauterine yang mengakibatkan kematian janin intrauterine. Bila janin dapat diselamatkan dapat

terjadi berat badan lahir rendah, sindrom gagal napas dan komplikasi asfiksia.

d. Kehamilan post date

Kehamilan yang melampaui usia 42 minggu dengan gejala kemungkinan komplikasinya.

e. Amnionitis

Amnionitis adalah keadaan pada perempuan hamil dimana korion, amnion dan cairan ketuban terkena infeksi bakteri. Amnionitis merupakan komplikasi paling serius bagi ibu dan janin, bahkan dapat berlanjut menjadi sepsis.

f. Anemia

Anemia merupakan suatu keadaan dimana jumlah eritrosit yang beredar atau konsentrasi hemoglobin menurun. Sebagai akibatnya, ada penurunan transportasi oksigen dari paru ke jaringan perifer. Kemampuan transportasi oksigen semakin menurun sehingga konsumsi oksigen ke janin tidak terpenuhi. Selama kehamilan, anemia lazim terjadi dan biasanya disebabkan oleh defisiensi besi sekunder terhadap kehilangan darah sebelumnya atau masukan zat besi yang tidak adekuat (Manuaba, 2007)

g. Paritas

Paritas adalah jumlah kehamilan yang menghasilkan janin yang mampu hidup diluar rahim (28 minggu).

Klasifikasi paritas antara lain :

- a. Primipara Primipara adalah wanita yang telah melahirkan seorang anak
- b. Multipara Multipara adalah wanita yang telah melahirkan dua kali atau lebih
- c. Grandemultipara Grandemultipara adalah wanita yang telah melahirkan 5 orang anak atau lebih

2.2.2 Faktor Plasenta

Plasenta merupakan akar janin untuk menghisap nutrisi dari ibu dalam bentuk O₂, asam amino, vitamin, mineral dan membuang sisa metabolisme janin dan O₂. Pertukaran gas antara ibu dan janin dipengaruhi oleh luas kondisi plasenta. Gangguan pertukaran gas di plasenta yang akan menyebabkan asfiksia janin. Fungsi plasenta akan berkurang sehingga tidak mampu memenuhi kebutuhan O₂ dan memberikan nutrisi pada metabolisme janin. Asfiksia janin terjadi bila terdapat gangguan mendadak pada plasenta. Kemampuan untuk transportasi O₂ dan membuang CO₂ tidak cukup sehingga metabolisme janin berubah menjadi anaerob dan akhirnya asidosis dan PH darah turun. Hal ini dapat terjadi pada situasi seperti lilitan tali pusat, tali pusat pendek, simpul tali pusat, prolaps tali pusat.

2.2.3 Faktor Bayi a. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada neonatus dengan asfiksia meliputi:

1. Nilai APGAR: memberikan pengkajian yang cepat mengenai kebutuhan untuk resusitasi neonatus.
2. Rontgen thoraks dan abdomen: untuk menyingkirkan abnormalitas/cedera struktural dan penyebab masalah ventilasi.
3. Pemeriksaan ultrasonografi kepala: untuk mendeteksi abnormalitas/cedera kranial atau otak atau adanya malformasi kongenital.
4. Kultur darah: untuk menyingkirkan atau memastikan adanya bakteremia.
5. Skrining toksikologi: untuk menemukan adanya toksisitas obat atau kemungkinan sindrom alkohol janin atau *fetal alcohol syndrome*.
6. Skrining metabolisme: untuk menyingkirkan adanya gangguan endokrin atau metabolisme.

g. Penatalaksanaan

Menurut Kosim, S. et al (2008) penatalaksanaan resusitasi pada bayi asfiksia adalah:

a. Persiapan peralatan dan obat-obatan

Kebutuhan resusitasi tidak selalu dapat diprediksi, tetapi dapat diantisipasi. Karena itu, peralatan dan obat untuk resusitasi yang lengkap harus tersedia pada setiap persalinan. Peralatan dan obat tersebut harus diperiksa secara reguler. Pada setiap akan berlangsung persalinan, peralatan untuk resusitasi BBL harus diperiksa, diuji, dan diyakinkan baik fungsinya. Demikian pula obat untuk resusitasi BBL harus disiapkan dengan baik.

b. Persiapan keluarga

Komunikasi dengan keluarga merupakan hal penting. Pada setiap persalinan resiko tinggi diperlukan komunikasi antara petugas yang merawat dan bertanggung jawab terhadap ibu dan bayinya dengan ibu bayi, suami atau keluarga.

c. Persetujuan tindakan medik

Petugas seharusnya mendiskusikan rencana tatalaksana bayi dan memberikan informasi kepada keluarga. Apabila keluarga sudah menyetujui tatalaksana atau tindakan yang akan dilakukan, petugas meminta persetujuan tindakan medis secara tertulis.

d. Persiapan dan antisipasi untuk menjaga bayi tetap hangat

Bayi baru lahir mempunyai resiko mengalami hipotermia yang menyebabkan peningkatan konsumsi oksigen dan keputusan resusitasi. Karena itu, pencegahan kehilangan panas pada BBL merupakan hal penting, bahkan pada bayi kurang bulan memerlukan upaya tambahan. Lingkungan/ruangan tempat melahirkan harus dijaga suhunya supaya tidak menyebabkan bayi menderita hipotermia. Bila resusitasi tidak diperlukan, bayi dapat diletakkan di tubuh ibunya, di dada atau perut dengan cara

kontak kulit ibu dengan kulit bayi. Bayi akan tetap hangat karena sumber panas dari tubuh ibunya.

4. Teori Nifas

a. Pengertian

Nifas merupakan (*puerperium*) merupakan kondisi pemulihan, mulai dari persalinan selesai sampai alat – alat kandungan kembali seperti pra kehamilan. Lama masa nifas adalah 6 – 8 minggu. Masa nifas (*puerperium*) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. masa nifas berlangsung kira kira 6 minggu, akan tetapi, seluruh alat genital baru pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil dalam waktu 3 bulan (Prawirohardjo, 2009; Saifuddin, 2002). 2. Masa nifas adalah masa segera setelah kelahiran sampai 6 minggu. Selama masa ini, fisiologi saluran reproduktif kembali pada keadaan yang normal (Cunningham, 2007)

a. Tahapan masa nifas menurut Sulistyawati (2015: 5) adalah sebagai berikut:

- 1) Puerperium dini Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan
- 2) Puerperium intermedial Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu
- 3) Remote puerperium Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

b. Perubahan fisiologis masa Nifas

Dalam masa nifas, alat-alat genitalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil.

Perubahan-perubahan ini dalam keseluruhannya disebut *involutio*. Adaptasi perubahan fisik masa nifas,⁽³⁰⁾ yaitu:

1. Involutio uteri

Involutio uteri atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Tabel 2. Perubahan normal uterus selama post partum

Involutio uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 Gram
Plasenta lahir	Dua jari dibawah pusat	750 Gram
1 minggu	Pertengahan pusat dan simpisis	500 Gram
2 minggu	tak teraba	350 Gram
6 minggu	Berukuran normal seperti semula	50 gram

Sumber: Prawirohardjo (2014)

2. Lochea

Akibat *involutio uteri*, lapisan *desidua* yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Percampuran antara desidua dan darah inilah yang dinamakan *lochea*. *Lochea* adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai sifat basa/ alkali yang membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal.⁽³¹⁾ Jenis-jenis lochea :

Tabel 3. Perubahan Lochea.

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah
Sanguinolenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/ Kecoklatan	Lendir bercampur darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati
Lochia purulenta			Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
Lochiastasis			Tidak lancar keluarnya

Sumber: Anggraini (2010)

b. Ligamen-ligamen

Ligamen, fasia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan setelah bayi lahir secara berangsur-angsur menjadi menciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamentum menjadi kendur.

c. Vulva, vagina dan perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan *rugae* dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

Rugae kembali timbul pada minggu ketiga. *Hymen* tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karankulae mitiformis yang khas pada wanita *multipara*. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan sebelum saat persalinan pertama.

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan maupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Kondisi vagina setelah persalinan akan tetap terbuka lebar, ada kecenderungan vagina mengalami bengkak dan memar serta nampak ada celah antara introitus vagina. Tonus otot vagina akan kembali pada keadaan semula dengan tidak ada pembengkakan dan celah vagina tidak lebar pada minggu 1-

2 hari pertama post partum. Pada minggu ketiga post partum rugae vagina mulai pulih menyebabkan ukuran vagina menjadi lebih kecil. Dinding vagina menjadi lebih lunak serta lebih besar dari biasanya sehingga ruang vagina akan sedikit lebih besar dari keadaan sebelum melahirkan.⁽³²⁾

Perineum pada saat proses persalinan ditekan oleh kepala janin, sehingga perineum menjadi kendur dan teregang. Tonus otot perineum akan pulih pada hari kelima post partum meskipun masih kendur dibandingkan keadaan sebelum hamil.⁽³³⁾

d. Serviks

Perubahan yang terjadi pada serviks uteri setelah persalinan adalah menjadi sangat lunak, kendur dan terbuka seperti corong. Korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks uteri tidak berkontraksi sehingga seolah-olah terbentuk seperti cincin pada perbatasan antara korpus uteri dan serviks uteri.⁽³²⁾

Tepi luar serviks yang berhubungan dengan *ostium uteri eksternum* (OUE) biasanya mengalami laserasi pada bagian lateral. Ostium serviks berkontraksi perlahan, dan beberapa hari setelah persalinan ostium uteri hanya dapat dilalui oleh 2 jari. Pada akhir minggu pertama, ostium uteri telah menyempit, serviks menebal dan kanalis servikalis kembali terbentuk. Meskipun proses involusi uterus telah selesai, OUE tidak dapat kembali pada bentuknya semula saat nullipara. Ostium ini akan melebar, dan depresi bilateral pada lokasi laserasi menetap sebagai perubahan yang permanen dan menjadi ciri khas servis pada wanita yang pernah melahirkan.⁽³⁴⁾

e. Sistem pencernaan

Pasca melahirkan, kadar progesteron menurun dan faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Selain itu hal ini disebabkan pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, hemoroid, laserasi jalan lahir. Supaya buang air besar kembali teratur dapat diberikan diet/ makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam waktu 2 atau 3 hari dapat ditolong dengan pemberian gliserin spuit atau diberikan terapi pencahar lainnya.

f. Sistem perkemihan

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar *steroid* menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air saat kehamilan.

g. Sistem hematologi

Leukositosis akan meningkat pada beberapa hari post partum, sehingga dianjurkan untuk mengajarkan pada ibu cara menjaga kebersihan genetalia. Jumlah hemoglobin dan hematokrit serta eritrosit akan bervariasi pada awal masa nifas sebagai akibat dari volume darah, volume plasma, dan volume sel darah yang berubah-ubah.

h. Sistem Kardiovaskular

Persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Bila kelahiran melalui *sectio caesarea*, maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah (*blood volume*) dan hematokrit (*haemoconcentration*). Bila persalinan pervaginam, hematokrit akan naik dan pada *sectio caesaria* hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

Setelah persalinan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung, dapat menimbulkan *decompensation cordia* pada penderita *vitum cordia*. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala, umumnya hal ini terjadi pada hari ke-3 sampai ke-5 post partum.

i. Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi, karena ligamen rotundum menjadi kendor. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusannya serat-serat elastin kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Pemulihan dibantu dengan latihan.

j. Sistem endokrin

- 1) *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG): *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG) menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG menurun dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan

sebagai onset pemenuhan *mammae* pada hari ke-3 post partum.(35)

- 2) Hormon *pituitary*: Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu.

k. Payudara

Perubahan pada payudara dapat meliputi :

- a) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
- b) Kolostrum sudah ada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan.
- c) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

l. Pembentukan air susu

Ada dua refleks dalam pembentukan air susu ibu yaitu :

1. Refleks prolaktin

Pada akhir kehamilan hormon prolaktin memegang peranan untuk membuat kolostrum, namun jumlah kolostrum terbatas karena aktivitas prolaktin dihambat oleh estrogen dan progesterone yang kadarnya memang tinggi. Saat bayi menyusui, isapan bayi akan merangsang ujung-ujung saraf sensoris yang sebagai reseptor mekanik.

Rangsangan dilanjutkan ke hipotalamus melalui medulla spinalis hipotalamus akan menekan pengeluaran faktor-faktor yang menghambat sekresi prolaktin dan sebaliknya merangsang pengeluaran faktor-faktor yang memicu sekresi prolaktin. Sekresi prolaktin akan merangsang hipofisis anterior sehingga keluar prolaktin. Hormon ini merangsang sel-sel alveoli yang berfungsi untuk membuat air susu.

2. Refleksi *letdown*

Bersama dengan pembentukan prolaktin oleh hipofisis anterior, rangsangan yang berasal dari isapan bayi ada yang dilanjutkan ke hipofisis posterior (*neurohipofisis*) yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Melalui aliran darah, hormon ini diangkat menuju uterus yang dapat menimbulkan kontraksi uterus sehingga terjadi involusi. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat keluar dari alveoli dan masuk ke sistem duktus dan selanjutnya mengalir melalui duktus laktiferus masuk ke mulut bayi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi peningkatan dan penghambat refleksi *let down*.⁽³⁰⁾

Peningkatan refleksi let down:

1. Melihat bayi
2. Mendengarkan bayi
3. Mencium bayi
4. Memikirkan untuk menyusui bayi

ii. Perubahan Psikologis Ibu

Menurut Herawati Mansur (2014: 134-135), adaptasi psikologis post partum oleh rubin dibagi dalam 3 (tiga) periode yaitu sebagai berikut:

- 1) *Taking In*: Periode ini berlangsung 1-2 hari setelah melahirkan. Ibu pasif terhadap lingkungan. Oleh karena itu, perlu menjaga komunikasi yang baik. Ibu menjadi sangat tergantung pada orang lain, mengharapkan segala sesuatu kebutuhan dapat dipenuhi orang lain. Perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan perubahan tubuhnya. Ibu mungkin akan bercerita tentang pengalamannya ketika melahirkan secara berulang-ulang. Diperlukan lingkungan yang kondusif agar ibu dapat tidur dengan tenang untuk memulihkan keadaan

tubuhnya seperti sedia kala. Nafsu makan bertambah sehingga dibutuhkan peningkatan nutrisi, dan kurangnya nafsu makan menandakan ketidaknormalan proses pemulihan

2) *Taking Hold*: Periode ini berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dalam merawat bayi. Ibu menjadi sangat sensitif, sehingga mudah tersinggung. Oleh karena itu, ibu membutuhkan sekali dukungan dari orang-orang terdekat. Saat ini merupakan saat yang baik bagi ibu untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya. Dengan begitu ibu dapat menumbuhkan rasa percaya dirinya. Pada periode ini ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, misalkan buang air kecil atau buang air besar, mulai belajar untuk mengubah posisi seperti duduk atau jalan, serta belajar tentang perawatan bagi diri dan bayinya

3) *Let it go*: Periode ini berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dalam merawat bayi. Ibu menjadi sangat sensitif, sehingga mudah tersinggung. Oleh karena itu, ibu membutuhkan sekali dukungan dari orang-orang terdekat. Saat ini merupakan saat yang baik bagi ibu untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya. Dengan begitu ibu dapat menumbuhkan rasa percaya dirinya. Pada periode ini ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, misalkan buang air kecil atau buang air besar, mulai belajar untuk mengubah posisi seperti duduk atau jalan, serta belajar tentang perawatan bagi diri dan bayinya.

iii. Kebutuhan Dasar Ibu nifas

1) Nutrisi dan cairan

Nutrisi dan gizi merupakan zat yang diperlukan tubuh untuk metabolisme tubuh, pada ibu nifas kebutuhan nutrisi akan

meningkat 25 % dimana peningkatan tersebut bertujuan dalam proses penyembuhan pasca bersalin dan pemenuhan produksi ASI untuk memenuhi kebutuhan bayi. Pada wanita normal kebutuhan kalori adalah sebanyak 2000 – 2500 Kkal, sedangkan pada ibu nifas dan menyusui kebutuhan meningkat menjadi 3000 – 3500 Kkal. Pada 6 bulan pertama peningkatan kalori ibu adalah 700 Kkal, sedangkan pada 6 bulan ke dua meningkat sekitar 500 Kkal. Jenis makanan ibu harus mengandung sumber energi terdiri dari karbohidrat dan lemak. Sumber energi ini berguna untuk pembakaran tubuh, pembentukan jaringan baru, penghematan protein (jika sumber tenaga kurang).

2) Eliminasi

Kebutuhan miksi ibu nifas dan menyusui normalnya akan melakukan buang air kecil secara spontan setiap 3 -4 jam. Kemudian kebutuhan lain yaitu buang air besar ibu nifas dapat terjadi secara teratur ibu nifas diharapkan dapat melakukan diet teratur dan konsumsi air yang cukup, makan makanan yang berserat dan olahraga.

3) Mobilisasi

Early ambulation, yaitu upaya sesegera mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbing berjalan. Ibu nifas diperbolehkan berdiri dari tempat tidur 24 – 48 jam post partum.

4) Senam nifas

Senam nifas memiliki banyak manfaat untuk ibu nifas yaitu memulihkan kesehatan ibu, meningkatkan kebugaran dan mendukung kenyamanan ibu.

iv. Tanda-tanda bahaya masa nifas menurut Siti Saleha (2009) adalah sebagai berikut:

- 1) Perdarahan pervaginam yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa atau bila memerlukan

penggantian pembalut-pembalut 2 kali dalam setengah jam).

- 2) Pengeluaran cairan vagina yang berbau busuk.
- 3) Rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung.
- 4) Sakit kepala yang terus menerus, nyeri ulu hati, atau masalah penglihatan.
- 5) Pembengkakan diwajah atau di tangan.
- 6) Demam, muntah, rasa sakit sewaktu BAK atau jika merasa tidak enak badan.
- 7) Payudara yang bertambah atau berubah menjadi merah panas dan atau terasa sakit
- 8) Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama
- 9) Rasa sakit merah, lunak dan atau pembengkakan di kaki.

v. Komplikasi masa nifas

- 1) Perdarahan Post partum terbagi menjadi dua jenis perdarahan, yaitu:
 - a. Perdarahan post partum primer (*Early Post partum hemorrhage*): perdarahan yang lebih dari 500 – 600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir, atau perdarahan dengan volume seberapa pun yang mengakibatkan perubahan keadaan umum ibu dan tanda vital ibu. Paling sering terjadi pada 2 jam pertama pasca bersalin atau anak lahir.
 - b. Perdarahan Post partum sekunder (*Late Post partum Hemorrhage*): perdarahan yang terjadi setelah 24 jam post partum hingga masa nifas selesai, perdarahan ini terjadi antara hari ke 5 sampai dengan hari ke 15 post partum.
 - c. Infeksi post partum
Infeksi post partum merupakan komplikasi masa nifas, tanda gejala infeksi adalah perubahan suhu yang meningkat, malaise, denyut nadi cepat. Gejala lokal uterus lembek, adanya kemerahan dan nyeri pada payudara atau adanya disuria.
 - d. Nyeri perut dan pelvis

Peritonitis adalah peradangan pada peritoneum, peritonitis umum dapat menyebabkan kematian 33% dari seluruh kematian karena infeksi. Menurut Mochtar (2002), gejala klinis peritonitis dibagi menjadi dua, yaitu sebagai berikut: Peritonitis pelvis terbatas 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.

e. Bendungan ASI.

Selama 24 hingga 48 jam pertama sesudah terlihatnya sekresi lacteal, payudara sering mengalami distensi menjadi keras dan berbenjol-benjol. Keadaan ini yang disebut dengan bendungan air susu, sering merasakan nyeri yang cukup hebat dan bisa disertai dengan kenaikan suhu tubuh. Kelainan tersebut menggambarkan aliran darah vena normal yang berlebihan dan pembengkakan limfatik dalam payudara, yang merupakan prekursor regular untuk terjadinya laktasi. Keadaan ini bukan merupakan overdistensi sistem lacteal oleh air susu.

f. Mastitis

Mastitis adalah infeksi payudara. Mastitis terjadi akibat invasi jaringan payudara oleh organisme infeksius atau adanya cedera payudara. Gejala - gejala mastitis antara lain:

- a) Peningkatan suhu yang cepat hingga 39,50C-400C.
- b) Peningkatan kecepatan nadi
- c) Menggigil
- d) Malaise umum, sakit kepala
- e) Nyeri hebat, bengkak, inflamasi, serta area payudara keras.

g. *Post partum Blues*

Post partum blues adalah suasana hati yang dirasakan oleh wanita setelah melahirkan yang berlangsung selama 3-6 hari dalam 14 hari pertama pasca melahirkan yang perasaan ini berkaitan dengan

bayinya (Mansur, 2014: 136). Adapun gejala post partum blues menurut Ambarwati (2010: 90).

- a) Menangis
- b) Mengalami perubahan perasaan
- c) Cemas
- d) Khawatir mengenai sang bayi
- e) Kesepian
- f) Penurunan gairah seksual
- g) Kurang percaya diri terhadap kemampuannya menjadi seorang ibu

5. Teori Keluarga Berencana

A. Keluarga Berencana

Keluarga berencana merupakan tindakan membantu individu atau pasangan dalam mengatur kelahiran yang diinginkan dan mengatur interval kelahiran. Kb juga dapat diartikan sebagai proses yang disadari oleh pasangan dalam rangka mengatur jumlah dan jarak kelahiran anak. Tujuan keluarga berencana adalah meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera, melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia.⁽³⁶⁾

B. Kontrasepsi

Merupakan kata yang terdiri dari kata Kontra yang berarti melawan atau mencegah, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur matang dan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Sehingga kontrasepsi merupakan menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat adanya pertemuan sperma dan sel telur. Menurut Prawirohardjo, 2008 kontrasepsi merupakan usaha – usaha yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya kehamilan yang bersifat sementara maupun permanen.

C. Syarat – syarat kontrasepsi⁽³⁷⁾

- a. Aman pemakaiannya dan dapat dipercaya.

- b. Efek samping tidak merugikan
- c. Kerjanya dapat diatur menurut keinginan,
- d. Tidak mengganggu hubungan persetubuhan,
- e. Tidak memerlukan bantuan medik, atau kontrol ketat selama pemakaian
- f. Harganya murah agar terjangkau oleh masyarakat,
- g. Cara penggunaan sederhana,
- h. Dapat diterima oleh pasangan suami istri.

D. Akseptor KB menurut sasarannya⁽³⁶⁾

Akseptor KB merupakan proses yang didasari oleh pasangan dalam memutuskan jumlah dan jarak kelahiran anak, berikut merupakan jenis akseptor kontrasepsi:

- a. Akseptor KB aktif adalah akseptor yang pada saat ini menggunakan salah satu cara atau alat kontrasepsi yang bertujuan untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kehamilan,
- b. Akseptor kembali aktif merupakan pasangan usia subur yang menggunakan kontrasepsi selama 3 bulan atau lebih yang tidak diselingi suatu kehamilan, dan kembali menggunakan cara alat kontrasepsi yang baik dengan cara sama maupun berganti cara setelah berhenti atau istirahat kurang lebih 3 bulan berturut – turut dan bukan karena hamil.
- c. Akseptor KB baru merupakan akseptor yang baru pertama kali menggunakan alat kontrasepsi setelah terjadinya persalinan maupun abortus.
- d. Akseptor KB dini merupakan ibu yang menerima salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan atau abortus.
- e. Akseptor KB langsung merupakan para istri yang memakai salah satu kontrasepsi dalam waktu 40 hari pertama setelah melahirkan atau abortus.

- f. Akseptor KB drop out adalah akseptor kb yang menghentikan pemakaian kontrasepsi lebih dari 3 bulan.

E. Ruang Lingkup Program KB

Menurut Handayani 2010, ruang lingkup KB terdiri sebagai berikut⁽³⁸⁾:

- a. Komunikasi dan edukasi
- b. Pelayanan infertilitas
- c. Pendidikan seks
- d. Konsultasi pra- perkawinan dan konsultasi perkawinan
- e. Konsultasi genetik.

F. Jenis Alat kontrasepsi

1. KB Non Hormonal

Kontrasepsi non hormonal merupakan alat kontrasepsi yang tidak mengandung hormonal. Kontrasepsi ini memiliki beberapa jenis yaitu metode kontrasepsi sederhana, kontrasepsi dalam kandungan, serta kontrasepsi Mantap.

a. MAL

1) Pengertian

Kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan maupun minuman lain.

2) Syarat

Menyusui full (breastfeeding) lebih efektif pemberian ASI lebih dari 8 kali sehari.

3) Cara kerja: Penundaan atau penekanan ovulasi.

4) Keuntungan

- a) Efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca bersalin)
- b) Segera efektif.
- c) Tidak mengganggu senggama
- d) Tidak ada efek samping
- e) Tidak perlu pengawasan medis

- f) Tidak perlu obat
 - g) Tanpa biaya
- 5) Keterbatasan
- a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca bersalin.
 - b) Efektivitas tinggi sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.
 - c) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial.
- b. Kondom
- 1) Pengertian

Alat kontrasepsi yang penggunaannya adalah disarungkan pada kelamin laki – laki. Kondom dibuat dari karet tipis, kulit, lateks dan plastik. Tujuan kondom adalah mencegah pertemuan sel telur wanita dan sel mani sehingga tidak terjadi kehamilan. Kondom juga dapat digunakan sebagai pencegah IMS termasuk HIV/AIDS. Standar ketebalan kondom adalah 0,02 mm.
 - 2) Tipe kondom
 - (1) kondom biasa
 - (2) kondom berkontur,
 - (3) kondom beraroma
 - (4) dan kondom tidak beraroma
 - 3) Cara pemakaian
 - (1) gunakan kondom saat akan melakukan hubungan seksual
 - (2) agar efek kontrasepsi maksimal dapat ditambahkan spermisida ke dalam kondom
 - (3) membuka kondom jangan menggunakan benda tajam
 - (4) pasang kondom saat penis sedang ereksi, tempelkan pada ujung glans penis dan tempatkan bagian penampung sperma pada uretra , lepaskan gulungan karet dengan jalan menggulung ke arah pangkal penis.

- (5) Bila kondom tidak memiliki penampung, maka kondom dapat dilonggarkan sedikit pada ujungnya.
- (6) Pelepasan kondom dilakukan sebelum penis melembek.
- (7) Pegang bagian pangkal kondom agar kondom tidak terlepas saat keluar dari vagina. gunakan kondom hanya sekali pemakaian.

4) Keuntungan

- (1) Mencegah kehamilan
- (2) Dapat dipakai sendiri
- (3) Mudah didapatkan
- (4) Praktis
- (5) Murah
- (6) Memberi perlindungan terhadap penyakit menular seksual
- (7) Dapat diandalkan karena cukup efektif
- (8) Sederhana, ringan dan disposable
- (9) Tidak mempunyai efek samping
- (10) Pria ikut kb secara aktif

1) Kerugian

- (1) Ada kemungkinan bocor, sobek, dan tumpah yang menyebabkan kondom gagal dipakai sebagai alat kontrasepsi.
- (2) Perlu menghentikan sementara aktivitas dan spontanitas hubungan seks guna menggunakan kondom
- (3) Perlu dipakai secara konsisten, hati-hati dan terus menerus pada setiap senggama.

c. AKDR

a) Pengertian

Kontrasepsi yang dipasang didalam rahim, yang menjepit kedua saluran yang menghasilkan indung telur sehingga tidak ada pembuahan, terdiri dari bahan plastik polietilena, ada yang dililit tembaga dan ada yang tidak.

- b) Cara kerja: Mencegah terjadinya fertilisasi, tembaga AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril, toksik untuk sperma sehingga sperma tidak mampu untuk fertilisasi.
- c) Waktu pemasangan
 - (1) Pasca salin: dipasang 10 menit setelah plasenta lahir pada persalinan normal dan Pasca SC, dipasang saat sesar.
 - (2) Pasca persalinan dipasang antara 10 menit – 48 jam pasca salin, atau dipasang antara 4 minggu – 6 minggu setelah melahirkan (perpanjang interval pasca salin).
- d) Keuntungan
 - (1) Efektivitas tinggi 99,2 – 99,4% (0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama)
 - (2) Dapat efektif segera setelah pemasangan
 - (3) Metode jangka Panjang
 - (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
 - (8) Tidak mempengaruhi produksi ASI
 - (9) Dapat dipasang segera setelah melahirkan.dapat digunakan sampai menopause
 - (10) Tidak ada interaksi obat-obat
 - (11) Membantu mencegah kehamilan ektopik.
- e) Keterbatasan
 - (1) Tidak mencegah IMS
 - (2) Tidak baik digunakan pada wanita IMS atau wanita yang berganti pasangan.
 - (3) Perlu Tindakan medis
 - (4) Tidak dapat dilepas sendiri
 - (5) Dapat terjadi ekspulsi alat sendiri

(6) Harus dilakukan pemeriksaan benang dari waktu ke waktu.

f) Efek samping

2) Perubahan siklus menstruasi

3) Haid lebih lama

4) Perdarahan spotting

5) Saat haid nyeri lebih sakit

6) Perforasi dinding Rahim

2. KB MANTAP

a. MOW atau tubektomi

1) Metode kontrasepsi dengan cara mengokulasi tuba falopi (mengikat atau memasang cincin) yang bertujuan sperma tidak bertemu dengan ovum.

2) Jenis mini laparotomi dan laparoskopi.

3) Waktu penggunaan adalah dalam waktu 48 jam pasca bersalin normal, dapat dilakukan setelah persalinan normal ataupun sesar

4) Keuntungan: efektifitas tinggi, tidak mempengaruhi proses menyusui, tidak bergantung pada faktor sengama.

5) Keterbatasan: harus dipertimbangkan karena sifatnya permanen, ketidaknyamanan dalam jangka pendek, harus dilakukan oleh dokter, tidak melindungi IMS.

6) Efek samping: risiko komplikasi, ketidaknyamanan pada jangka pendek.

b. Vasektomi

(1) Menghentikan kapasitas produksi pria, dengan cara mengokulasi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi tidak terjadi.

(2) Jenis atau caranya dengan insisi, dan VTP.

(3) Keuntungan: efektivitas tinggi, sangat aman, morbiditas dan mortalitas jarang, hanya sekali tindakan;

(4) Keterbatasan: tidak efektif segera, komplikasi minor, teknik tanpa pisau merupakan pilihan mengurangi perdarahan.

3. KB Hormonal

Kontrasepsi hormonal menurut Manuaba 2010 merupakan kontrasepsi dimana estrogen dan progesteron memberikan umpan balik terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus, sehingga terjadi hambatan folikel dan proses ovulasi.

Mekanisme kerja kontrasepsi hormon adalah hipotalamus dan hipofisis menghambat pengeluaran *Follicle Stimulating Hormone* (FSH) sehingga perkembangan dan kematangan folikel de graff tidak terjadi, selain itu progesteron menghambat pengeluaran *hormon luteinizing* (LH). Estrogen bekerja secara primer untuk membantu pengaturan *hormon releasing factors of hipotalamus*, membantu pertumbuhan dan pematangan dari ovum di dalam ovarium dan merangsang perkembangan endometrium. Progesteron bekerja secara primer menekan atau depresi dan melawan isyarat-isyarat dari hipotalamus dan mencegah pelepasan ovum yang terlalu dini atau prematur dari ovarium, serta juga merangsang perkembangan dari endometrium.

Adapun macam – macam kontrasepsi hormonal adalah sebagai berikut:

a. PIL

1) Pengertian

Salah satu jenis alat kontrasepsi oral hormonal yang diminum secara rutin setiap hari untuk mencegah kehamilan. Kandungan hormon dalam kb pil adalah hormon progesteron dan estrogen yang mana merupakan hormon yang sama dengan yang diproduksi dalam tubuh wanita. Konsumsi KB pil dapat menstabilkan kedua hormon didalam tubuh sehingga dapat membantu dalam pencegahan kehamilan. Pil kb berisi zat yang dapat mencegah lepasnya sel telur dari indung telur wanita.

2) Cara pemakaian: Pil kb diminum secara teratur satu tablet sehari, tidak boleh sampai lupa. Manfaat pil akan maksimal apabila diminum teratur.

3) Jenis kb pil

- a) Pil kombinasi: jenis pil kb yang umum ditemui dipasaran, kb ini mengandung hormon estrogen dan progesterone.
 - b) Pil kb laktasi: jenis kb yang cocok untuk wanita menyusui atau wanita yang memiliki alergi terhadap hormon estrogen.
- 4) Indikasi: Kb pil dapat dikonsumsi oleh semua wanita, namun dalam penggunaannya memerlukan konsultasi terlebih dahulu dengan bidan atau dokter terlebih dahulu.
- 5) Kontra indikasi
- (1) Wanita berusia lebih dari 35 tahun dan atau merokok
 - (2) Wanita hamil.
 - (3) Wanita menyusui.
 - (4) Wanita dengan riwayat penyakit jantung.
 - (5) Mempunyai risiko darah tinggi
 - (6) Diabetes
 - (7) Mempunyai sejarah depresi.
- 6) Keuntungan
- (1) Pil KB efektifitas tinggi apabila dikonsumsi secara teratur sesuai anjuran.
 - (2) Apabila ingin hamil ibu dapat menghentikan pemakaian kb.
 - (3) Siklus haid teratur, banyaknya darah haid akan berkurang, dapat mencegah anemia,
 - (4) Tidak menimbulkan nyeri haid.
 - (5) Mudah dihentikan
- 7) Kerugian
- (1) Mahal dan membosankan karena harus digunakan setiap hari.
 - (2) Pusing
 - (3) Menimbulkan nyeri payudara.
 - (4) Mual terutama muncul 3 bulan pertama.
 - (5) Berat badan naik
 - (6) Tidak melindungi IMS
- 8) Yang harus diingat

- (1) Bila sudah hampir habis segera ke tempat pelayanan kesehatan agar tidak tertunda.
- (2) Jangan lupa pil kb harus diminum setiap hari.
- (3) Apabila lupa minumlah saat itu juga pada waktu ingat 1 tablet dan malam 1 tablet.
- (4) Apabila 2 hari lupa minum pil, pergilah ke klinik beritahukan kepada dokter atau bidan.
- (5) Apabila mual atau pusing pil kb tetap diminum.
- (6) Apabila tidak cocok memakai pil KB perlu dikonsultasikan dengan bidan atau dokter.

b. Suntik

1) Pengertian

Metode kontrasepsi pencegahan kehamilan yang sering digunakan di Indonesia. Suntik KB berfungsi untuk mengentalkan lendir Rahim sehingga sulit untuk ditembus oleh sperma. Suntik ini juga dapat mencegah sel telur menempel dalam dinding rahim, sehingga kehamilan dapat dihindari.

2) Jenis kb suntik

- (1) Suntik 3 bulan. Kontrasepsi suntik DMPA berisi hormon progesteron saja dan tidak mengandung hormone estrogen. Dosis yang diberikan 150 mg/ml *depo medroksiprogesteron asetat* yang disuntikkan secara intramuskular (IM) setiap 12 minggu (Varney, 2006)⁽³⁹⁾ Kandungan dalam kb ini adalah hormon *depo medroxyprogesterone acetate* (hormon progestin) 150 mg. Pemberian suntikan diberikan setiap 3 bulan (12 minggu), suntikan pertama biasanya diberikan 7 hari pertama periode menstruasi atau 6 minggu setelah melahirkan. Kb ini terdapat 2 jenis kemasan yaitu 1 ml, dan 3 ml.

1. Mekanisme Kerja

Mekanisme Kerja kontrasepsi DMPA menurut Hartanto (2014)⁽⁴⁰⁾:

a. Primer

Mencegah ovulasi Kadar *Folikel Stimulating Hormone* (FSH) dan *Luteinizing Hormone* (LH) menurun serta tidak terjadi lonjakan LH. Pada pemakaian DMPA, endometrium menjadi dangkal dan atrofis dengan kelenjar-kelenjar yang tidak aktif. Dengan pemakaian jangka lama endometrium bisa menjadi semakin sedikit sehingga hampir tidak didapatkan jaringan bila dilakukan biopsi, tetapi perubahan tersebut akan kembali normal dalam waktu 90 hari setelah suntikan DMPA berakhir.

b. Sekunder

- 1). Lendir servik menjadi kental dan sedikit sehingga merupakan barrier terhadap spermatozoa.
- 2). Membuat endometrium menjadi kurang baik untuk implantasi dari ovum yang telah dibuahi.
- 3). Mungkin mempengaruhi kecepatan transportasi ovum di dalam tuba falopi.

2. Efektivitas

DMPA memiliki efektivitas yang tinggi dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan dalam satu tahun pemakaian (BKKBN, 2014)(41),. Kegagalan yang terjadi pada umumnya dikarenakan oleh ketidakpatuhan akseptor untuk datang pada jadwal yang telah ditetapkan atau teknik penyuntikan yang salah, injeksi harus benar-benar intragluteal (Baziad, 2002), seperti yang tercantum dalam penelitian Widyawati yang berjudul Determinan Kejadian Berhenti KB (*Drop Out*) Alat Kontrasepsi⁽⁴²⁾

1. Kelebihan

Kelebihan penggunaan suntik DMPA menurut BKKBN (2003)

- a. Sangat efektif.
- b. Pencegahan kehamilan jangka panjang.

- c. Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- d. Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
- e. Tidak mempengaruhi ASI.
- f. Sedikit efek samping.
- g. Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- h. Dapat digunakan oleh perempuan usia lebih dari 35 tahun sampai perimenopause.
- i. Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
- j. Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- k. Mencegah beberapa penyakit radang panggul.

2. Keterbatasan

Keterbatasan penggunaan suntik DMPA menurut BKKBN (2014)(41):

- a. Sering ditemukan gangguan haid.
- b. Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- c. Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan.
- d. Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.
- e. Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B dan virus HIV.
- f. Pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi perubahan lipid serum.

3. Indikasi

Indikasi pada pengguna suntik DMPA menurut BKKBN (2003) :

- a. Wanita usia reproduktif.
- b. Wanita yang telah memiliki anak.

- c. Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan memiliki efektifitas tinggi.
- d. Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- e. Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- f. Setelah abortus dan keguguran.
- g. Memiliki banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi.
- h. Masalah gangguan pembekuan darah.
- i. Menggunakan obat epilepsi dan tuberkulosis.

4. Kontra Indikasi

Menurut BKKBN (2014), kontra indikasi pada pengguna suntik DMPA yaitu :

- a. Hamil atau dicurigai hamil.
- b. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- c. Wanita yang tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
- d. Penderita kanker payudara atau ada riwayat kanker payudara.
- e. Penderita diabetes melitus disertai komplikasi.

5. Waktu Mulai Menggunakan

Menurut Saifuddin (2014), waktu mulai menggunakan kontrasepsi DMPA yaitu⁽⁴³⁾ :

- a. Setiap saat selama siklus haid, asal tidak hamil.
- b. Mulai hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid.
- c. Pada ibu yang tidak haid atau dengan perdarahan tidak teratur, injeksi dapat diberikan setiap saat, asal tidak hamil. Selama 7 hari setelah penyuntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.
- d. Ibu yang telah menggunakan kontrasepsi hormonal lain secara benar dan tidak hamil kemudian ingin mengganti dengan kontrasepsi DMPA, suntikan

pertama dapat segera diberikan tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya.

- e. Ibu yang menggunakan kontrasepsi non hormonal dan ingin mengganti dengan kontrasepsi hormonal, suntikan pertama dapat segera diberikan, asal ibu tidak hamil dan pemberiannya tidak perlu menunggu haid berikutnya. Bila ibu disuntik setelah hari ke-7 haid, selama 7 hari penyuntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

6. Cara Penggunaan

Cara penggunaan kontrasepsi DMPA menurut Saifuddin (2014):

- a. Kontrasepsi suntikan DMPA diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular (IM) dalam daerah pantat. Apabila suntikan diberikan terlalu dangkal penyerapan kontrasepsi suntikan akan lambat dan tidak bekerja segera dan efektif. Suntikan diberikan tiap 90 hari.
- b. Bersihkan kulit yang akan disuntik dengan kapas alkohol yang dibasahi etil/isopropil alkohol 60-90%. Biarkan kulit kering sebelum disuntik, setelah kering baru disuntik.
- c. Kocok dengan baik dan hindarkan terjadinya gelembung-gelembung udara. Kontrasepsi suntik tidak perlu didinginkan. Bila terjadi endapan putih pada dasar ampul, upayakan menghilangkannya dan dengan menghangatkannya.

7. Efek Samping

Efek samping yang sering ditemukan menurut Bazia (2002)

- a. Mengalami gangguan haid seperti amenore, spotting, *menoragia*..
- b. *menoragia*.
- c. Penambahan berat badan.
- d. Mual.
- e. Kunang-kunang.
- f. Sakit kepala.
- g. Nervositas.
- h. Penurunan libido.
- i. Vagina kering.

Efek samping gangguan haid

1. Gejala Gangguan Haid

- a. Tidak mengalami haid (*amenore*)

Amenore dibedakan menjadi dua yaitu amenore primer merupakan masa remaja kurang dari 16 tahun belum pernah mengalami mens atau belum menampakkan tanda-tanda fisik seksual sekunder, sedangkan amenore sekunder bila wanita sudah mengalami menstruasi namun kemudian tidak mengalami menstruasi dalam waktu 3-6 bulan (Varney, 2015)⁽³²⁾.

- b. Perdarahan berupa tetesan atau bercak-bercak (*spotting*)

Perdarahan bercak merupakan keluhan atau gejala yang akan menurun dengan semakin lamanya pemakaian (Siswosudarmo, 2008)⁽⁴⁴⁾

- c. Perdarahan diluar siklus haid (*metrorrhagia*)

Bila menstruasi terjadi dengan interval tidak teratur atau jika terdapat insiden bercak darah atau perdarahan diantara menstruasi, istilah metroragia digunakan untuk menggambarkan keadaan tersebut

(Varney, 2015).

- d. Perdarahan haid yang lebih lama dan atau lebih banyak daripada biasanya (*menorrhagia*) Persepsi yang umum mengenai perdarahan berlebihan adalah apabila tiga sampai empat pembalut sudah penuh selama empat jam. Jumlah kehilangan darah yang dipertimbangkan normal selama mens adalah 30 cc sejak penelitian yang dilakukan pada tahun 1960-an dan setiap perdarahan yang lebih dari 80 cc dinyatakan perdarahan abnormal, seperti yang dikatakan oleh Engstrom, bahwa batas 8 cc merupakan ukuran standar untuk menetapkan menoragia (Varney, 2015)⁽³²⁾.

2. Penyebab Gangguan Haid

Secara umum semua gangguan haid disebabkan karena adanya ketidakseimbangan hormon sehingga endometrium mengalami perubahan. Keadaan *amenore* disebabkan atrofi endometrium (Depkes, 1999). Penyebab *amenore* primer umumnya lebih berat dan lebih sulit untuk diketahui, seperti kelainan kongenital dan kelainan genetik sedangkan *amenore* sekunder lebih menunjuk pada sebab-sebab yang timbul dalam kehidupan wanita seperti gangguan gizi, gangguan metabolisme, penyakit infeksi dan lain-lain. *Metrorragia* dapat disebabkan oleh kelainan organik pada alat genitalia atau kelainan fungsional. Bila penyebab *menoragia* dan *metroragia* adalah neoplasma, gangguan pembekuan darah, penyakit kronis atau kelainan ginekologi, klien perlu dirujuk ke spesialis (Varney, 2015).

8. Penatalaksanaan

a. Komunikasi Informasi Edukasi (KIE)

1). Jelaskan sebab terjadinya.

2). Jelaskan bahwa gejala atau keluhan tersebut dalam rangka penyesuaian diri, bersifat sementara dan individu :

a). *Amenore*

Amenore bila tidak hamil tidak perlu dilakukan tindakan apapun, cukup konseling dengan menjelaskan bahwa haid terkumpul dalam rahim dan beri nasihat untuk kembali ke klinik (Saifuddin, 2014)⁽⁴³⁾.

b). *Spotting*

Perdarahan bercak merupakan keluhan atau gejala yang akan menurun dengan semakin lamanya pemakaian (Siswosudarmo, 2008). Sebagian wanita yang mengalami perdarahan bercak menemukan bahwa keluhan ini membaik dengan sendirinya, biasanya pada suntikan keempat (Everett, 2007)⁽⁴⁵⁾.

c). *Metrorrhagia*

Memberikan konseling pada akseptor bahwa perdarahan diluar siklus haid merupakan efek samping kontrasepsi suntik yang dipakai dan jenis perdarahan ini tidak berbahaya meskipun berlangsung sampai beberapa minggu (Saifuddin, 2014).⁽⁴³⁾

d). *Menorrhagia*

Perdarahan banyak atau memanjang lebih dari 8 hari atau 2 kali lebih banyak dari haid biasanya, jelaskan hal itu biasa ditemukan pada bulan pertama suntikan (Saifuddin, 2014)⁽⁴³⁾.

3). Motivasi agar tetap memakai suntikan

b. Tindakan Medis

1). *Amenore*

Jangan berikan terapi hormonal untuk menimbulkan perdarahan karena tidak akan berhasil. Tunggu 3-6 bulan, bila tidak terjadi perdarahan juga rujuk ke klinik. Bila klien tidak menerima gangguan tersebut, suntikan jangan dilanjutkan. Anjurkan pemakaian kontrasepsi yang lain. Bila terjadi kehamilan, rujuk klien dan jelaskan bahwa hormone progestin tidak akan menimbulkan kelainan.

2). *Spotting dan metroragia*

Bila ringan atau tidak terlalu mengganggu tidak perlu diberi obat. Bila cukup mengganggu dapat diberikan pil KB 3x1 tablet selama 7 hari (Depkes 1999). 1 siklus pil kontrasepsi kombinasi (30-35 µg etinilestradiol), ibuprofen (sampai 800mg, 3x/hari untuk 5 hari) atau obat sejenis lain (Saifuddin, 2003).

3). *Menorrhagia*

Bila terjadi perdarahan banyak selama penyuntikan ditangani dengan pemberian 2 tablet pil kontrasepsi kombinasi/hari selama 3-7 hari dilanjutkan dengan 1 siklus pil kontrasepsi hormonal, atau diberi 50 µgetinilestradiol atau 1,25 mg estrogen equin konjugasi untuk 14-21 hari. Untuk mencegah anemia perlu preparat besi atau makanan yang mengandung banyak zat besi (Saifuddin, 2003). Diberi tablet sulfas ferosus (Fe) 3x1 tablet antara 5-7 hari sampai keadaan membaik (Depkes, 1999)

(2) Suntik kb 1 bulan.

Kandungan kb ini adalah hormon *medroxyprogesterone acetate* (hormon progestin) dan *estradiol cypionate* (hormon estrogen). Cara kerja kb ini sama dengan kb pil kombinasi. Pemberian pertama diberikan 7 hari

pertama periode menstruasi atau 6 minggu setelah melahirkan bila tidak menyusui.

Keuntungan

- a) Efektifitas kb suntik adalah 99% bila digunakan sesuai anjuran.
- b) Pasangan dapat lebih spontan dalam berhubungan seksual.
- c) Praktis tidak mengingat-ingat setiap hari.
- d) Mencegah kehamilan jangka Panjang.
- e) Tidak mempengaruhi hubungan suami istri.
- f) Tidak perlu menyetok obat.

Kerugian.

Sering ditemukan gangguan haid, siklus haid memanjang atau memendek, perdarahan banyak atau sedikit.

c. Implan

1. Pengertian kontrasepsi Implan

Implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun.⁽⁴⁶⁾

2. Jenis-jenis implan

Menurut Affandi dkk, jenis- jenis alat kontrasepsi hormonal implan dibagi atas tiga antara lain:⁽³⁶⁾

a) Norplant

Norplant terdiri dari 6 kapsul yang secara total mengandung 216 mg levonorgestrel, panjang kapsul adalah 34 mm dengan diameter 2,4 mm. Kapsul terbuat dari bahan silastik medik yang fleksibel dimana kedua ujungnya terdapat penyumbat sintetik yang tidak mengganggu kesehatan Pasien, enam kapsul yang dipasang menurut konfigurasi kipas di lapisan subdermal lengan atas.

b) Implanon

Terdiri dari satu batang putih yang lentur memiliki panjang kira kira 40 mm dan diameter 20 mm, yang diisi dengan 68 mg 3-keto desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun.

c) Jadena atau *Norplant II*

Jadena terdiri dari 2 batang yang berisi levonorgestrel dan memiliki daya kerja 3 tahun. Alat tersebut telah dikembangkan sejak 20 tahun yang lalu dan setelah diproduksi dan penggunaannya disetujui oleh badan pengawasan obat internasional, implan ini banyak digunakan di banyak negara, cara kerja jadena ini adalah sama dengan Norplant yaitu dengan melepaskan secara perlahan kandungan hormon levonorgestrel.

3. Cara Kerja

Cara kerja implan adalah menekan ovulasi, mengganggu proses pembentukan *endometrium* sehingga sulit terjadi implantasi, mengentalkan lendir servik sehingga sulit dilalui sperma, mengurangi transportasi sperma. Menurut Yen dan Jaff, hormon pada implan dapat bekerja setelah 8 jam pemasangan implan dan setiap harinya hormone LNG ini dilepaskan sebanyak 60-70 $\mu\text{g}/\text{hari}$. Dan akan menurun menjadi 25 -30 $\mu\text{g}/\text{hari}$ pada tiga tahun terakhir. Hormon pada implan dapat tetap bekerja setelah 3 – 4 minggu pasca pelepasan.⁽⁴⁷⁾

Menurut Affandi, mekanisme kerja implan yaitu implan mencegah terjadinya kehamilan melalui berbagai cara sama halnya dengan mekanisme kerja kontrasepsi yang mengandung progestin pada umumnya, mekanisme utamanya adalah menebalkan lendir serviks sehingga tidak bisa dilewati oleh sperma, perubahan terjadi setelah pemasangan implan progestin menekan pengeluaran FSH dan LH dari hipotalamus dan hipofisis, levonorgestrel yang terkandung pada kapsul implan menekan lonjakan LH agar tidak terjadi ovulasi, penggunaan progestin dalam jangka panjang dapat menyebabkan hipotropisme pada endometrium sehingga dapat mengganggu proses implantasi.

4. Efektivitas

Menurut *The NSW Ministry of Health* (2013), implan adalah metode yang sangat efektif untuk mencegah kehamilan lebih dari 99,9% efektif. Menekan ovulasi, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma, lendir serviks menjadi kental.

5. Keuntungan

Saifuddin (2010), menyatakan bahwa keuntungan implan dibagi atas dua yaitu keuntungan sebagai kontrasepsi dan non kontrasepsi. Adapun keuntungan implan sebagai kontrasepsi yaitu daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun), pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh estrogen, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu ASI, Pasien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan, dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan. Keuntungan non kontrasepsi yaitu mengurangi rasa nyeri dan jumlah darah haid serta menurunkan angka kejadian endometriosis.⁽⁴³⁾

6. Kerugian

Kerugian implan menurut Tresnawati (2013), yaitu tidak memberikan efek protektif terhadap penyakit menular seksual, termasuk AIDS, membutuhkan tindak pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan, akseptor tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai keinginan akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan, memiliki semua risiko sebagai layaknya setiap tindak bedah minor (infeksi, hematoma dan perdarahan), pada kebanyakan Pasien dapat menyebabkan terjadinya perubahan pola haid. Keluhan-keluhan yang mungkin berhubungan dengan pemakaian susuk Norplant seperti peningkatan/penurunan berat badan, dermatitis atau jerawat.

7. Indikasi

Indikasi implan, adalah wanita usia reproduksi, wanita nulipara atau yang sudah mempunyai anak atau yang belum mempunyai anak, wanita yang menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas yang tinggi, wanita yang setelah keguguran dan setelah melahirkan, yang menyusui atau tidak menyusui, wanita yang tidak menginginkan anak lagi tapi menolak untuk sterilisasi, wanita yang tekanan darahnya kurang dari 180/110 mmHg, wanita yang sering lupa minum pil kontrasepsi.

8. Kontraindikasi

Kontra indikasi menurut Tresnawati (2013), yaitu hamil atau diduga hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, kanker payudara atau riwayat kanker payudara, tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi, menderita mioma uteri, penyakit jantung, hipertensi, diabetes melitus, penyakit *tromboemboli*, gangguan toleransi glukosa.

9. Waktu mulai menggunakan implan

Menurut Affandi (2012: MK-67), adapun waktu yang tepat untuk memulai menggunakan implan antara lain:

- a) Setiap saat selama siklus haid hari ke- 2 sampai hari ke- 7 tidak diperlukan metode kontrasepsi tambahan.
- b) Insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini tidak terjadi kehamilan. Bila diinsersi setelah hari ke- 7 siklus haid, Pasien jangan melakukan hubungan seksual, atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja.
- c) Bila Pasien tidak haid, insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini
- d) tidak terjadi kehamilan, jangan melakukan hubungan seksual atau gunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja.
- e) Bila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pasca persalinan. Insersi
- f) Dapat dilakukan setiap saat. Bila menyusui penuh, Pasien tidak perlu memakai metode kontrasepsi lain.
- g) Bila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, insersi dapat dilakukan setiap saat, tetapi jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau gunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari.
- h) Bila Pasien menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin menggantinya dengan implan, insersi dapat dilakukan setiap saat, asal saja diyakini Pasien tersebut tidak hamil, atau Pasien menggunakan kontrasepsi terdahulu dengan benar.

- i) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi non hormonal (kecuali IUD) dan Pasien ingin menggantinya dengan implan, insersi implan dapat dilakukan setiap saat, asal saja yakini Pasien tidak hamil. Tidak perlu menunggu sampai datangnya haid berikutnya.
- j) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah IUD dan Pasien ingin menggantinya dengan implan, implan dapat diinsersikan pada saat haid hari ke-7 dan Pasien jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau gunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja. IUD segera dicabut.
- k) Pasca keguguran implan dapat diinsersikan.