

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

a. Pengkajian tanggal 10 Januari 2022

Asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. S yang pertama, dilakukan pada tanggal 10 Januari 2022 di Puskesmas Berbah. Ny. S datang ke puskesmas ingin memeriksakan kehamilannya dan mengatakan sesak. Ny. S berusia 30 tahun, pendidikan terakhir SMU sebagai ibu rumah tangga. Suami Ny. S bernama Tn. J usia 38 tahun pendidikan terakhir SMA bekerja sebagai karyawan swasta. Ny. S tinggal bersama suami dan orang tua di dusun Kadisono, Tegaltirto, Berbah, Sleman. Ny. S menikah satu kali dan dengan suami sekarang sudah menikah satu tahun.

Berdasarkan riwayat menstruasi, menarche 12 tahun, siklus 28 hari, teratur, lama menstruasi 6 hari, tidak mengalami dismenore, ganti pembalut 2-3 kali/hari serta mengalami keputihan. Ny. S dan suami sudah menikah selama 1 tahun. HPHT: 5 Mei 2021, HPL: 12 Februari 2022, saat ini umur kehamilan 35 minggu 1 hari. Kehamilan ini merupakan kehamilan pertama bagi Ny. S.

Ny. S mulai memeriksakan kehamilannya saat umur kehamilan 5 minggu 3 hari (ANC Terpadu). Selama hamil Ny. S pernah mengeluh mual, muntah dan sesak. Ny. S hanya mengkonsumsi obat yang diberikan oleh bidan/dokter yaitu asam folat, B6, tablet tambah darah dan kalsium. Ny. S belum pernah menggunakan kontrasepsi sebelumnya karena ingin memiliki anak. Berdasarkan riwayat kesehatan, Ny. S tidak pernah dan tidak sedang menderita penyakit hipertensi, DM, asma, jantung, HIV dan Hepatitis B. Keluarga Ny. S juga tidak pernah atau tidak sedang menderita penyakit hipertensi, DM, asma, jantung, TBC, HIV, hepatitis B, dan tidak ada keturunan kembar.

Hasil pemeriksaan laboratorium pada saat ANC Terpadu Ny.S pada kunjungan K1 pada tanggal 12 Juni 2021 diperoleh hasil HB 12,5 gr%, HBSAG : NR, PITC: NR, Sipilis; NR, Urin Protein negative, GDS: 89/dl. Berdasarkan pengkajian data objektif, keadaan umum ibu baik, TD: 110/70 mmHg, Nadi: 78 kali/menit, Respirasi: 20 kali/menit, Suhu 36,6°C, BB sebelum hamil: 65 kg, BB saat ini: 77 kg, TB: 155 cm, Lila: 25 cm, HB 11,5gr%, IMT: 27,08 kg/m² termasuk dalam kategori normal. Berdasarkan palpasi Leopold TFU 31 cm, punggung kanan, presentasi kepala, dan sudah masuk panggul. DJJ: 146 kali/menit, teratur. TBJ: 3100 gram, tidak ada edema ekstremitas

b. Pengkajian tanggal 23 Januari 2022

Ibu datang ke Puskesmas Berbah ingin melakukan pemeriksaan kehamilan dan saat ini mengeluh kadang merasa kenceng-kenceng dan pegel menjalar sampai kepingung. Obat yang diberikan masih ada. Ibu mengatakan gerakan janin aktif >10 kali dalam 12 jam. Saat ini umur kehamilan 39 minggu 4 hari. Berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan umum baik, BB: 78 kg TD: 110/70 mmHg, N: 80 kali/menit, RR: 20 kali/menit, S: 36,7°C. Berdasarkan palpasi Leopold TFU 28 cm, punggung kiri, presentasi kepala, dan sudah masuk panggul. DJJ: 144 kali/menit. Bidan memberikan KIE kepada ibu untuk memantau gerakan janin dan tanda-tanda persalinan seperti kenceng kenceng teratur, keluar lendir darah atau cairan dari jalan lahir, jika ibu mengalami tanda-tanda tersebut ibu bisa segera datang ke fasilitas kesehatan dan membawa barang persalinan.

2. Asuhan Persalinan Tanggal 3 Februari 2022

Ibu datang ke Puskesmas Berbah tanggal 3 Februari 2022 jam 02.00 WIB dengan keluhan kenceng-kenceng teratur dan keluar lendir darah. Saat ini umur kehamilan 38 minggu 3 hari. Berdasarkan pengkajian data objektif, keadaan umum ibu baik, TD: 110/70 mmHg, N: 82 kali/menit, RR: 20 kali/menit, S: 36,7°C. Berdasarkan palpasi Leopold: TFU 30 cm, punggung kiri, presentasi kepala, sudah masuk panggul. DJJ: 147 kali/menit, teratur. Kontraksi uterus keras 3-4 kali dalam 10 menit lamanya 30-45 detik.

Pemeriksaan dalam: vulva tenang, dinding vagina licin, pembukaan 3 cm, porsio lunak, selaput ketuban utuh, tidak ada penumbungan tali pusat, penurunan kepala 3/5 (hodge III), presentasi kepala, lendir darah +, SLTD +. HIS: 2x10 menit 30”.

Pada tanggal 3 Februari 2022, 22.00 WIB ketuban ibu pecah dan dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva/uretra tenang, vagina licin, porsio tidak teraba, pembukaan 10 cm, air ketuban (+), presentasi kepala, hodge IV, penunjuk UUK jam 11, selket (-), STLD (+).

Dilakukan pertolongan persalinan sesuai APN, bayi lahir jam 22.30 WIB menangis kuat, warna kulit kemerahan, tonus otot kuat. Jenis kelamin laki-laki. Bayi dilakukan jepit potong tali pusat dan dikeringkan kemudian dilakukan IMD. Setelah mengecek bahwa janin tunggal dilakukan penyuntikan oksitosin di paha kiri ibu. Terdapat semburan darah kemudian dilakukan PTT dan melahirkan plasenta. Plasenta lahir lengkap pada jam 22.45. Setelah plasenta lahir dilakukan massase uterus, dan dilakukan pemeriksaan jalan lahir dengan hasil perineum ibu utuh, perdarahan dalam batas normal, ibu merasa perutnya mulas. Membantu merapikan ibu dan mengobservasi tanda- tanda vital ibu

3. Asuhan Bayi Baru Lahir

a. Pengkajian tanggal 3 Februari 2022 (KN I)

Bayi Ny. S lahir tanggal 3 Februari 2022 jam 22.30 WIB secara spontan di Puskesmas Berbah. Bayi Ny. S lahir menangis kuat, tonus otot dan gerakan aktif, kulit kemerahan, APGAR 1 menit/5 menit/10 menit: 8/9/10. Jenis kelamin perempuan. Bayi dilakukan IMD kurang lebih selama satu jam. Kemudian bayi diberikan salep mata, injeksi vit K1, dan imunisasi HB 0 satu jam setelah pemberian injeksi vitamin K1. KU bayi baik dan tidak mengalami tanda bahaya. Dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital HR: 112 kali/menit, RR: 45 kali/menit, S: 36,7°C. Dilakukan pemeriksaan antropometri BB: 3400 gram PB: 48 cm LK: 35 cm LD: 34 cm LLA: 12 cm. Berdasarkan pemeriksaan fisik tidak ada kelainan. Bayi sudah BAK dan BAB

b. Pengkajian tanggal 6 Februari 2022 (KN II)

Bayi Ny. S usia 6 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan lahir secara spontan. Bayi dalam keadaan sehat dan tidak ada keluhan. Bayi menyusu kuat. Tali pusat bersih, belum puput, dan tidak kuning dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Tidak ada masalah BAK dan BAB. Dilakukan pemeriksaan antropometri BB: 3600 gram PB: 48 cm

c. Pengkajian tanggal 11 Februari 2022 (KN III)

Bayi Ny. S usia 11 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan, lahir secara spontan. BB bayi 3800 gram. Pemenuhan nutrisi: ASI on demand, BAK 6-8 kali/hari, BAK 2 kali/hari, tekstur lunak warna kekuningan. Berdasarkan pengkajian data objektif. HR: 134 kali/menit, RR: 42 kali/menit, S: 36,6°C. Mata: sklera mata tidak ikterik, tali pusat telah puput pada hari ke-5, tidak ada tanda-tanda infeksi.

4. Asuhan Nifas dan KB

a. Pengkajian tanggal 4 Februari 2022 (KF I)

Pengkajian dilakukan saat ibu masih di Puskesmas, Ny. S usia 30 tahun P1A0 nifas 1 hari. Ibu sudah bisa melakukan aktivitas kamar mandi. Kontraksi uterus keras dan ASI masih sedikit yang keluar (Kolustrum). Berdasarkan hasil pemeriksaan TD: 110/70 mmHg, N: 84 kali/menit, R: 20 kali/menit, S: 36,6°C Perdarahan yang keluar berwarna merah (lokhea rubra) dalam batas normal. Luka jahid perineum masih terasa kemeng

b. Pengkajian tanggal 14 Februari 2022 (KF II)

Berdasarkan chat dari Ny S, mengeluh putingnya sakit jika menetek, pengkajian dilakukan di rumah Ny S, saat kunjungan rumah. Ny. S usia 30 tahun P1A0 nifas hari ke 11 normal. Ibu mengatakan merasa nyeri saat menyusui, ASI keluar lancar. Setelah meminta ibu mempraktikkan teknik menyusui yang biasanya dilakukan ternyata teknik menyusui tidak benar. Ibu mengatakan pola tidur berkurang karena saat malam hari bayi sering rewel. Pada malam hari ibu tidur selama 4-5 jam dan siang hari 1 jam. Ibu sudah bisa berjalan dan melakukan aktivitas

normal. Ibu makan 3 kali sehari dengan porsi cukup dan ibu tidak berpantang makanan dan minuman apapun. BAK dan BAB tidak ada keluhan. Berdasarkan hasil pemeriksaan TD: 120/80 mmHg, N: 82 kali/menit, R: 20 kali/menit, S: 36,6°C, puting susu sebelah kanan lecet, TFU tidak teraba. Pengeluaran darah kuning kecoklatan (lokhea serosa).

c. Pengkajian tanggal 5 Maret 2022 (KF III)

Pengkajian dilakukan saat ibu ke Puskesmas untuk imunisasi BCG bayinya. Ny. S usia 30 tahun P1A0 nifas normal hari ke-30. Ibu mengatakan tidak ada keluhan dan saat menyusui sudah tidak nyeri lagi. ASI keluar lancar. Ibu sudah bisa melakukan aktivitas normal. Pemenuhan nutrisi tidak ada keluhan. BAB dan BAK tidak ada keluhan. Berdasarkan hasil pemeriksaan TD: 120/80 mmHg, N: 82 kali/menit, R: 20 kali/menit, S: 36,3°C, Ibu mengatakan masih bingung dalam memilih alat kontrasepsi dan masih ingin berdiskusi dengan suami.

d. Asuhan Keluarga Berencana pengkajian tanggal 17 Maret 2022

Ny. S datang ke Puskesmas Berbah, setelah berdiskusi dengan suami Ny. S memilih untuk menggunakan alat kontrasepsi suntik progesterin, supaya tidak mengganggu produksi ASI, Ibu memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. Ibu belum mendapatkan haid kembali. Ibu tidak pernah menderita atau sedang menderita penyakit hipertensi, jantung, DM, kanker payudara, tumor payudara, miom. Berdasarkan hasil pemeriksaan TD: 110/70 mmHg, N: 80 kali/menit, R: 20 kali/menit, S: 36,6°C. Berat badan 66 kg, Tinggi badan 155 cm, IMT: 27,50 kg/m² termasuk dalam kategori normal.

B. Kajian Teori

1. Konsep Dasar Teori Kehamilan

a. Konsep Dasar Teori *Antenatal Care* (ANC)

1) Pengertian ANC

Antenatal Care adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan selama kehamilan.¹

2) Tujuan ANC

- a) Mempromosikan dan menjaga kesehatan fisik maupun mental ibu dan bayi dengan pendidikan, nutrisi, kebersihan diri, serta proses kelahiran bayi.
- b) Mendeteksi dan menatalaksanaan komplikasi medis, bedah, atau obstetri selama kehamilan.
- c) Memantau kemajuan kehamilan, memastikan kesejahteraan ibu, dan tumbuh kembang janin.
- d) Mengembangkan persiapan persalinan serta kesiapan menghadapi komplikasi.
- e) Membantu menyiapkan ibu untuk menyusui dengan sukses, menjalankan nifas normal, serta merawat anak secara fisik, psikologis, dan sosial.
- f) Mempersiapkan ibu dan keluarga dapat berperan dengan baik dalam memelihara bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara normal.⁶

3) Frekuensi kunjungan ANC

- a) Minimal 2 kali pada trimester I
- b) Minimal 1 kali pada trimester II
- c) Minimal 3 kali pada trimester III

4) Tempat pelayanan ANC

Ibu hamil dapat melaksanakan pemeriksaan kehamilan di sarana kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, posyandu, praktek mandiri bidan dan dokter praktik.

5) Standar ANC yang diprogramkan

Standar pelayanan ANC meliputi standar 10T, sehingga ibu hamil yang datang memperoleh pelayanan komprehensif dengan harapan *antenatal care* dengan standar 10T dapat sebagai daya ungkit pelayanan kehamilan dan diharapkan ikut andil dalam menurunkan angka kematian ibu.

6) Pelayanan sesuai standart, yaitu 10 T

Sesuai dengan kebijakan Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (PPIBI), ada sepuluh standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10 T. Pelayanan atau asuhan standar minimal 10 T adalah sebagai berikut:

a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan (T1)

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk deteksi faktor risiko terhadap kehamilan. Jika kurang dari 145 cm meningkatkan risiko terjadinya *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD) atau panggul sempit

b) Nilai status gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas /LILA) (T2)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko Kekurangan Energi Kronik (KEK). KEK disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

c) Ukur tekanan darah (T3)

Tekanan darah yang normal 100/70 – 140/90 mmHg, pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya *hipertensi* (tekanan darah melebihi 140/90 mmHg) perlu diwaspadai pada kehamilan dan terjadinya pre eklampsia (hipertensi disertai odema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria.

d) Ukur tinggi fundus uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

e) Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ) (T5)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120/menit atau DJJ cepat lebih dari 160/menit menunjukkan adanya gawat janin.

f) Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT) (T6)

Pada kunjungan pertama ANC, dilakukan skrining status imunisasi TT ibu hamil, apabila diperlukan, diberikan imunisasi pada saat pelayanan antenatal. Tujuan dari imunisasi TT ini yaitu untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi baru lahir serta melengkapi status imunisasi TT.

Tabel 1. Skrining Imunisasi TT

Riwayat imunisasi ibu hamil	Imunisasi yang didapat	Status yang diberikan
Imunisasi Dasar Lengkap	DPT-Hb 1 DPT-Hb 2 DPT-Hb 3	T1 dan T2
Anak Sekolah Kelas 1 SD	DT	T3
Kelas 2 SD	Td	T4

Kelas 3 SD	Td	T5
Calon Pengantin, Masa Hamil	TT	1. Jika ada status T diatas yang tidak terpenuhi 2. Lanjutkan urutan T yang belum terpenuhi 3. Perhatikan interval pemberian

Sumber: PPIBI, 2016: 60.

Tabel 2 Interval dalam Perlindungan TT Imuniisasi

Imunisasi	Pemberian Imunisasi	Selang waktu pemberian minimal	Masa Perlindungan
TT WUS	T1	-	-
	T2	4 minggu setelah T1	3 tahun
	T3	6 bulan setelah T2	5 tahun
	T4	1 tahun setelah T3	10 tahun
	T5	3 tahun setelah T4	25 tahun

Sumber: PPIBI, 2016: 60.

g. Beri tablet tambah darah (tablet besi) (T7)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan Asam Folat minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

h. Periksa laboratorium (rutin dan khusus) (T8)

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal, pemeriksaan dibagi menjadi pemeriksaan laboratorium wajib dan atas indikasi sebagai berikut:

1) Pemeriksaan rutin

a) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

b) Pemeriksaan kadar haemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar haemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan.

c) Pemeriksaan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)

Pemeriksaan HIV terutama untuk daerah dengan risiko tinggi kasus HIV dan ibu hamil yang dicurigai menderita HIV. Ibu hamil setelah menjalani konseling kemudian diberi kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV.

Pemeriksaan protein dalam *urine* pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsia pada ibu hamil.

d) Pemeriksaan Hbsag

Semua Ibu hamil secara rutin harus menjalani pemeriksaan HBsAg pada kunjungan awal / trimester I dalam setiap kehamilan, ibu hamil yang berstatus HBsAg positif, bayinya harus dijamin mendapatkan vaksinasi atau imonoglobulin sesuai kebutuhan

1) Pemeriksaan dengan indikasi

a) Pemeriksaan kadar gula darah (bila ada indikasi)

b) Pemeriksaan darah malaria (untuk daerah endemis malaria)

c) Pemeriksaan tes Sifilis (bila ada indikasi)

d) Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita penyakit *tuberculosis* sebagai pencegahan agar infeksi *tuberculosis* tidak mempengaruhi kesehatan janin.

e) Pemeriksaan protein dalam urin (Bila ada indikasi)

Pemeriksaan protein dalam *urine* pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsia pada ibu hamil.

i. Tatalaksana atau penanganan Kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

j. Temu wicara (Konseling) (T10)

Temu wicara dan konseling dilakukan setiap kunjungan antenatal yang meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup sehat, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan test dan konseling HIV, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif, KB paska persalinan, imunisasi dan peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan.⁶

7) Pelayanan Antenatal Terintegrasi

Merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan menanyakan tanda-tanda penting yang terkait dengan kehamilan dan penyakit yang kemungkinan diderita ibu hamil:

a) Muntah berlebihan

Rasa mual dan muntah bisa muncul pada kehamilan muda terutama pada pagi hari namun kondisi ibu biasanya hilang setelah kehamilan berumur 3 bulan. Keadaan ini tidak perlu dikhawatirkan, kecuali kalau memang cukup berat, hingga tidak dapat makan dan berat badan menurun terus.

b) Pusing

Pusing biasa muncul pada kehamilan muda. Apabila pusing sampai mengganggu aktifitas sehari-hari maka perlu diwaspadai.

c) Sakit Kepala

Sakit kepala yang hebat atau yang menetap timbul pada ibu hamil mungkin dapat membahayakan kesehatan ibu dan janin.

d) Perdarahan

Perdarahan waktu hamil, walaupun hanya sedikit sudah merupakan tanda bahaya sehingga ibu hamil harus waspada.

e) Sakit perut hebat

Nyeri perut yang hebat dapat membahayakan kesehatan ibu dan janin.

f) Demam

Demam tinggi lebih dari 2 hari atau keluarnya cairan berlebihan dari liang rahim dan kadang-kadang berbau merupakan salah satu tanda bahaya pada kehamilan.

g) Batuk lama

Batuk lama lebih dari 2 minggu, perlu ada pemeriksaan lanjut dan dapat dicurigai ibu hamil menderita TB

h) Berdebar-debar

Jantung berdebar-debar pada ibu hamil merupakan salah satu masalah pada kehamilan yang harus diwaspadai

i) Cepat lelah

Dalam dua atau tiga bulan pertama kehamilan, biasanya timbul rasa lelah, mengantuk yang berlebihan dan pusing, yang biasanya terjadi pada sore hari. Kemungkinan ibu menderita kurang darah

j) Sesak nafas atau sukar bernafas

Pada akhir bulan ke delapan ibu hamil sering merasa sedikit sesak bila bernafas karena bayi menekan paru-paru ibu. Namun apabila hal ini terjadi berlebihan maka perlu diwaspadai.

k) Keputihan yang berbau

Keputihan yang berbau merupakan salah satu tanda bahaya pada ibu hamil.

l) Gerakan janin

Gerakan bayi mulai dirasakan ibu pada kehamilan akhir bulan keempat. Apabila gerakan janin belum muncul pada usia kehamilan ini, gerakan yang semakin berkurang atau tidak ada gerakan janin maka ibu hamil harus waspada

m) Perilaku berubah selama hamil

Perilaku berubah selama hamil seperti gaduh gelisah, menarik diri, bicara sendiri, tidak mandi dan sebagainya. Selama kehamilan, ibu bisa mengalami perubahan perilaku. Hal ini disebabkan karena perubahan hormonal. Pada kondisi yang mengganggu kesehatan ibu dan janinnya maka akan dikonsulkan ke psikiater.

n) Riwayat Kekerasan terhadap Perempuan (KtP) selama kehamilan

Informasi mengenai kekerasan terhadap perempuan terutama ibu hamil seringkali sulit untuk digali. Korban kekerasan selalu mau berterus terang pada kunjungan pertama, yang mungkin disebabkan oleh rasa takut atau belum mampu mengemukakan masalahnya kepada orang lain, termasuk petugas kesehatan. Dalam keadaan ini, petugas kesehatan diharapkan dapat mengenali korban dan memberikan dukungan agar mau membuka diri.⁶

b. Pedoman Program Perencanaan Pencegahan Komplikasi (P4K)

1) Pengertian

P4K dengan stiker adalah kepanjangan dari Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi, yang merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga, dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan

menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir.

2) Tujuan umum adanya program P4K

Meningkatnya cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi dan tanda bahaya kebidanan bagi ibu sehingga melahirkan bayi yang sehat.

3) Tujuan khusus adanya program P4K antara lain

- a) Terdatanya status ibu hamil dan terpasangnya stiker P4K di setiap rumah ibu hamil yang memuat informasi tentang lokasi tempat tinggal ibu hamil, identitas ibu hamil, taksiran persalinan, penolong persalinan, pendamping persalinan, fasilitas tempat persalinan, calon pendonor darah, transportasi yang akan digunakan serta pembiayaan.
- b) Adanya perencanaan persalinan termasuk pemakaian metode KB pasca persalinan yang sesuai dan disepakati ibu hamil, suami, keluarga dan bidan.
- c) Terlaksananya pengambilan keputusan yang cepat dan tepat bila terjadi komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan nifas.
- d) Meningkatkan keterlibatan tokoh masyarakat baik formal maupun non formal, dukun atau pendamping persalinan dan kelompok masyarakat dalam perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi dengan stiker, dan KB pasca salin sesuai dengan perannya masing-masing.

4) Manfaat P4K antara lain:

- a) Mempercepat berfungsinya desa siaga.
- b) Meningkatkan cakupan pelayanan *Ante Natal Care* (ANC) sesuai standart.
- c) Meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil.
- d) Meningkatkan kemitraan bidan dan dukun.
- e) Tertanganinya kejadian komplikasi secara dini.
- f) Meningkatnya peserta KB pasca salin.
- g) Terpantaunya kesakitan dan kematian ibu dan bayi.
- h) Menurunnya kejadian kesakitan dan kematian ibu serta bayi.

2. Konsep Dasar Teori Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks.⁶

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses di mana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir.¹

b. Tanda-tanda Persalinan

Tanda dan gejala persalinan antara lain sebagai berikut:

- 1) Rasa sakit karena *his* datang lebih kuat, sering dan teratur.
- 2) Keluarnya lendir bercampur darah (*blood show*) karena robekan-robekan kecil pada *serviks*.
- 3) Terkadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- 4) Pada pemeriksaan dalam didapati *serviks* mendatar dan pembukaan telah ada.

c. Penapisan awal pada kala I Asuhan Persalinan normal

Ibu yang akan melahirkan harus memenuhi beberapa persyaratan yang disebut penapisan awal. Tujuan dari penapisan awal adalah untuk menentukan apakah ibu tersebut boleh bersalin di Praktek Mandiri Bidan (PMB) atau harus dirujuk. Apabila didapati atau salah satu/ lebih penyulit seperti di bawah ini maka ibu harus dirujuk ke rumah sakit:

- 1) Riwayat bedah Caesar
- 2) Perdarahan pervaginam
- 3) Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
- 4) Ketuban Pecah dengan Mekoneum Kental
- 5) Ketuban Pecah Lama (>24 jam)

- 6) Ketuban Pecah pada Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
- 7) Ikterus
- 8) Anemia berat
- 9) Tanda/gejala infeksi
- 10) Pre-eklamsi/ Hipertensi dalam kehamilan
- 11) Tinggi Fundus Uteri 40 cm atau lebih
- 12) Gawat Janin
- 13) Primipara dalam fase aktif kala satu persalinan dengan palpasi kepala masih 5/5
- 14) Presentasi bukan belakang kepala
- 15) Presentasi majemuk
- 16) Kehamilan Gemeli
- 17) Tali Pusat Menumbung
- 18) Syok
- 19) Penyakit penyakit yang menyertai.

d. Pengisian pada Partograf

Observasi yang ketat harus dilakukan selama kala satu persalinan untuk keselamatan ibu, hasil observasi dicatat didalam partograf. Partograf membantu bidan mengenali apakah ibu masih dalam kondisi normal atau mulai ada penyulit. Partograf membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik baik persalinan normal maupun yang disertai dengan penyulit. Pencatatan pada partograf dimulai pada saat proses persalinan masuk dalam “fase aktif”. Untuk menyatakan ibu sudah masuk dalam fase aktif harus ditandai dengan :

- 1) Kontraksi yang teratur minimal 3 x selama 10 menit
- 2) Lama kontraksi minimal 40 detik
- 3) Pembukaan 4 cm disertai penipisan
- 4) Bagian terendah sudah masuk pintu atas panggul.

Bila pembukaan sudah mencapai > 4 cm tetapi kualitas kontraksi masih kurang 3 x dalam 10 menit atau lamanya kurang dari 40 detik, pikirkan diagnosa inertia uteri.

Komponen yang harus diobservasi :

- 1) Denyut jantung janin setiap ½ jam
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap ½ jam
- 3) Nadi setiap ½ jam
- 4) Pembukaan serviks setiap 4 jam
- 5) Penurunan setiap 4 jam
- 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam
- 7) Produksi urin, aseton aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam

Lembar partograf halaman depan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, termasuk:

- 1) Informasi tentang ibu:
 - a) Nama, umur.
 - b) Gravida, para, abortus (keguguran).
 - c) Nomor catatan medis atau nomor puskesmas.
 - d) Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah, tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu.
 - e) Waktu pecahnya selaput ketuban.
- 2) Kondisi janin:
 - a) DJJ;
 - b) Warna dan adanya air ketuban
 - c) Penyusupan (*molase*) kepala janin
- 3) Kemajuan persalinan:
 - a) Pembukaan serviks
 - b) Penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin
 - c) Garis waspada dan garis bertindak
- 4) Jam dan waktu:
 - a) Waktu mulainya fase aktif persalinan
 - b) Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian

- 5) Kontraksi uterus:
 - a) Frekuensi dan lamanya
- 6) Obat-obatan dan cairan yang diberikan:
 - a) Oksitosin
 - b) Obat-obatan lainnya dan cairan intra Vena IV yang diberikan
- 7) Kondisi ibu:
 - a) Nadi, tekanan darah dan temperatur tubuh
 - b) Urine (volume, aseton atau protein)
 - c) Asupan cairan dan nutrisi
- 8) Asuhan, pengamatan dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom yang tersedia disisi partograf atau dicatatan kemajuan persalinan). Halaman belakang partograf diisi setelah kelahiran berlangsung, semua proses, tindakan dan obat-obatan serta observasi yang dilakukan dicatat dilembar ini. Data ini penting jika tiba-tiba ibu mengalami penyulit di klinik atau setelah di rumah.

2. Persalinan Spontan

a. Persalinan

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah periode dari awitan kontraksi uterus yang regular sampai ekspulsi plasenta secara normal.¹⁰ Persalinan dapat didefinisikan secara medis sebagai kontraksi uterus yang teratur dan semakin kuat, menciptakan penipisan dan dilatasi serviks di sepanjang waktu, yang menimbulkan dorongan kuat untuk melahirkan janin melalui jalan lahir melawan resistansi jaringan lunak, otot, dan struktur tulang panggul.¹¹

2. Etiologi

Selama kehamilan, didalam tubuh perempuan terdapat dua hormon yang dominan yaitu esterogen dan progesteron. Hormon esterogen berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis. Sedangkan, hormon progesteron berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari

luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.¹²

Sampai saat ini hal yang menyebabkan mulainya proses persalinan belum diketahui sehingga hanya ada teori-teori antara lain disebabkan oleh hormon, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi. Dengan demikian dapat disebutkan beberapa teori yang dapat menyebabkan persalinan, sebagai berikut¹³ :

b. Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Keadaan uterus terus membesar dan menjadi tegang yang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus.

c. Teori Penurunan Progesteron

Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat sehingga pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya, otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

d. Teori Oksitosin Internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktifitas sehingga persalinan dimulai.

e. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan.

3. Tanda-Tanda Persalinan

Menjelang minggu ke 36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam pintu atas panggul (PAP). Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara power (his) ; passage (jalan lahir) ; passenger (penumpang). Pada multipara gambarannya menjadi tidak jelas seperti primigravida, karena masuknya kepala janin ke dalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan (Sulistyawati, 2013). Berikut adalah tanda-tanda dimulainya persalinan menurut:

- a. Terjadinya his persalinan. Saat terjadi his ini pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval lebih pendek, dan kekuatan makin besar, serta semakin beraktivitas (jalan) kekuatan akan makin bertambah
- b. Pengeluaran lendir dengan darah. Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan pendataran dan pembukaan. Hal tersebut menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas dan pembuluh darah pecah sehingga terjadi perdarahan
- c. Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam
- d. Hasil-hasil yang didapatkan dari pemeriksaan dalam yakni pelunakan serviks, pendataran serviks, dan pembukaan serviks.

4. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Sulistyawati (2013) faktor yang mempengaruhi persalinan adalah yaitu:

a. *Power* (Kekuatan Ibu)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his,

sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu. His atau kontraksi uterus adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. His dibedakan menjadi dua yakni his pendahuluan dan his persalinan. His pendahuluan atau his palsu (false labor pains), yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi braxton hicks. His ini bersifat tidak teratur dan menyebabkan nyeri di perut bagian bawah dan lipat paha, tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang ke perut bagian bawah. His pendahuluan tidak mempunyai pengaruh terhadap serviks. His persalinan merupakan suatu kontraksi dari otot-otot rahim yang fisiologis, akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya dan bersifat nyeri. Kontraksi rahim bersifat otonom yang artinya tidak dipengaruhi oleh kemauan, namun dapat dipengaruhi dari luar misalnya rangsangan oleh jari-jari tangan (Rohani, 2013). Tenaga meneran ini serupa dengan tenaga meneran saat buang air besar, tetapi jauh lebih kuat lagi. Ketika kepala sampai pada dasar panggul, timbul suatu reflek yang mengakibatkan pasien menekan diafragmanya kebawah. Tenaga meneran pasien akan menambah kekuatan kontraksi uterus. Pada saat pasien meneran, diafragma dan otototot dinding abdomen akan berkontraksi. Kombinasi antara his dan tenaga meneran pasien akan meningkatkan tekanan intrauterus sehingga janin akan semakin terdorong keluar.

Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting untuk mendorong janin keluar. Apabila dalam persalinan melakukan valsava maneuver (meneran) terlalu dini, dilatasi serviks akan terhambat. Meneran akan menyebabkan ibu lelah dan menimbulkan trauma serviks

b. *Passenger* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang vagina). Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya dengan jalan lahir yang relatif kaku.

Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Tulang panggul dibentuk oleh gabungan tulang ilium, tulang iskiium, tulang pubis, dan tulang-tulang sakrum.

Tulang ilium atau tulang usus merupakan tulang terbesar dari panggul yang membentuk bagian atas dan belakang panggul. Bagian atas merupakan penebalan tulang yang disebut krista iliaka. Ujung depan dan belakang krista iliaka yang menonjol yakni spina iliaka anterosuperior dan spina iliaka postesuperior. Terdapat benjolan tulang memanjang di bagian dalam tulang ilium yang membagi pelvis mayor dan minor. disebut linea inominata atau linea terminalis yang merupakan bagian dari pintu atas panggul. Tulang iskiium atau tulang duduk terdapat di sebelah bawah tulang usus, sebelah samping belakang menonjol yang disebut spina ichiadika. Pinggir bawah tulang duduk sangat tebal (tuber ichiadika) yang berfungsi menopang badan saat duduk. Tulang pubis atau tulang kemaluan terdapat di sebelah bawah dan depan tulang ilium dengan tulang duduk dibatasi oleh foramen obturatorium. Tangkai tulang kemaluan yang berhubungan dengan tulang usus disebut ramus superior tulang pubis. Di depan kedua tulang ini berhubungan melalui artikulasi atau sambungan yang disebut simfisis.

Tulang sakrum atau tulang kelangkangan yang terletak diantara kedua tulang pangkal paha. Tulang ini berbentuk segitiga dengan lebar di bagian atas dan mengecil di bagian bawah. Tulang sakrum terdiri dari 5 ruas tulang yang berhubungan erat. Permukaan depan licin dengan lengkungan dari atas ke bawah dan dari kanan ke kiri. Pada sisi kanan dan kiri di garis tengah terdapat lubang yang dilalui oleh saraf yang disebut foramen sakralia anterior. Tulang kelangkang yang paling atas mempunyai tonjolan besar ke depan yang disebut promontorium. Bagian samping tulang kelangkang berhubungan dengan tulang pangkal paha melalui artikulasi sarco-illiaca. Ke bawah tulang kelangkang berhubungan dengan tulang tungging atau tulang koksigis.

Tulang koksigis atau tulang tungging merupakan tulang yang berbentuk segitiga dengan ruas 3 sampai 5 buah yang menyatu. Pada tulang ini terdapat hubungan antara tulang sakrum dengan tulang koksigis yang disebut artikulasi sarco-koksigis. Diluar kehamilan artikulasi hanya memungkinkan mengalami sedikit pergeseran, tetapi pada kehamilan dan persalinan dapat mengalami pergeseran yang cukup longgar bahkan ujung tulang koksigis dapat bergerak ke belakang sampai sejauh 2,5 cm pada proses persalinan.

Panggul memiliki empat bidang yang menjadi ciri khas dari jalan lahir yakni pintu atas panggul (PAP), bidang terluas panggul, bidang tersempit panggul, dan pintu bawah panggul. Jalan lahir merupakan corong yang melengkung ke depan panjangnya 4,5 cm dan belakang 12,5 cm. Pintu atas panggul menjadi pintu bawah panggul seolah-olah berputar 90 derajat terjadi pada bidang tersempit panggul. Pintu bawah panggul bukan merupakan satu bidang tetapi dua bidang segitiga.

Pintu atas panggul (PAP) merupakan bagian dari pelvis minor yang terbentuk dari promontorium, tulang sakrii, linea terminalis, dan pinggir atas simfisis. Jarak antara simfisis dan promontorium sekitar 11 cm. Yang disebut konjungata vera. Jarak terjauh garis melintang pada PAP adalah 12,5 sampai 13 cm yang disebut diameter transversa. Bidang dengan ukuran terbesar atau bidang terluas panggul merupakan bagian yang terluas dan berbentuk seperti lingkaran.

Bidang ini memiliki batas anterior yakni pada titik tengah permukaan belakang tulang pubis. Pada lateral sepertiga bagian atas dan tengah foramen obturatorium, sedangkan batas posterior pada hubungan antara vertebra sakralis kedua dan ketiga.

Bidang dengan ukuran terkecil atau bidang tersempit panggul merupakan bidang terpenting dalam panggul yang memiliki ruang yang paling sempit dan di tempat ini paling sering terjadi macetnya persalinan. Bidang ini terbentang dari apeks sampai arkus subpubis melalui spina ichiadica ke sakrum, biasanya dekat dengan

perhubungan antara vertebra sakralis ke 4 dan ke 5. Bidang tersempit panggul memiliki batas-batas yakni pada tepi bawah simfisis pubis, garis putih pada fasia yang menutupi foramen obturatorium, spina ischiadika, ligamentum sacrospinosum, dan tulang sakrum.

Pintu bawah panggul ialah batas bawah panggul sejati. Dilihat dari bawah, struktur ini berbentuk lonjong, seperti intan, di bagian anterior dibatasi oleh lengkung pubis, di bagian lateral dibatasi oleh tuberositas isikum, dan dibagian posterior dibatasi oleh ujung koksigeum. Bidang hodge berfungsi untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang hodge tersebut antara lain:

- 1) Hodge I merupakan bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium
- 2) Hodge II yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi bagian bawah simfisis
- 3) Hodge III yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi spina ischiadika
- 4) Hodge IV merupakan bidang yang sejajar Hodge I setinggi tulang koksigis

c. *Passage* (Janin dan Plasenta)

Perubahan mengenai janin sebagai passenger sebagian besar dalah mengenai ukuran kepala janin, karena kepala merupakan bagian terbesar dari janin dan paling sulit untuk dilahirkan. Adanya celah antara bagianbagian tulang kepala janin memungkinkan adanya penyisipan antara bagian tulang sehingga kepala janin dapat mengalami perubahan bentuk dan ukuran, proses ini disebut molase (Sulistyawati, 2013).

Menurut Sulistyawati (2013), Plasenta dan tali pusat memiliki struktur berbentuk bundar atau hampir bundar dengan diameter 15 cm sampai 20 cm dan tebal 2 cm sampai 2 sampai 2,5 cm, berat rata-rata 500 gram, terletak di depan atau di belakang dinding uterus ke atas

arah fundus. Bagian plasenta yang menempel pada desidua terdapat kotiledon disebut pers maternal, dan dibagian ini tempat terjadinya pertukaran darah ibu dan janin. Tali pusat merupakan bagian yang sangat penting untuk kelangsungan hidup janin meskipun tidak menutup kemungkinan bahwa tali pusat juga menyebabkan penyulit persalinan misalnya pada kasus lilitan tali pusat.

Air ketuban atau amnion merupakan elemen yang penting dalam proses persalinan. Air ketuban ini dapat dijadikan acuan dalam menentukan diagnosa kesejahteraan janin. Amnion melindungi janin dari trauma atau benturan, memungkinkan janin bergerak bebas, menstabilkan suhu tubuh janin agar tetap hangat, menahan tekanan uterus, dan pembersih jalan lahir.¹⁴

d. Psikologis

Faktor psikologis yakni :

- 1) Melibatkan psikologi ibu, emosi dan persiapan intelektual.
- 2) Kebiasaan adat
- 3) Pengalaman melahirkan bayi sebelumnya
- 4) Dukungan orang terdekat pada kehidupan ibu

e. Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin.

5. Tahapan Persalinan

Beberapa jam terakhir kehamilan ditandai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan penipisan, dilatasi serviks, dan mendorong janin keluar melalui jalan lahir. Persalinan dibagi menjadi 4 tahap. Pada kala I serviks membuka dari 0 sampai 10 cm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan. Kala II dinamakan dengan kala pengeluaran karena kekuatan his dan kekuatan mengejan, janin di dorong keluar sampai lahir. Dalam kala III atau disebut juga kala urie, plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan. Kala IV mulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam kemudian. Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks

mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka.¹⁵

a. Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm atau pembukaan lengkap. Kala I dibagi menjadi dua fase yang umum terjadi pada persalinan normal, yaitu:

- 1) Fase Laten : Dimulai dengan kontraksi yang hampir teratur hingga dilatasi serviks yang cepat mulai terjadi. Biasanya fase ini berlangsung 8 jam, dimana serviks membuka sampai 3 cm.
- 2) Fase Aktif : Dimulai dengan dilatasi serviks cepat dan berlangsung hingga dilatasi serviks lengkap. Fase aktif selama 7 jam dimana serviks membuka dari 3-10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering terjadi selama fase aktif.

b. Kala II

Kala II merupakan kala pengeluaran bayi dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Diagnosis persalinan ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm. Gejala utama kala II yakni :

- 1) His semakin kuat dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik
- 2) Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan untuk mengejan akibat tertekannya pleksus frankenhauser

- 4) Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga kepala membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipoglobin kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya
- 5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung
- 6) Setelah putar paksi luar berlangsung maka persalinan bayi ditolong dengan dengan cara memegang kepala pada os occiput dan di bawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunakan cunam ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan ke atas untuk melahirkan bahu belakang. Setelah kedua bahu lahir ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi, kemudian bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.

c. Kala III

Kala III adalah waktu untuk pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus, maka plasenta lepas dari lapisan nitabusch. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tandatanda sebagai berikut :

- 1) Uterus menjadi berbentuk bundar
- 2) Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah Rahim
- 3) Tali pusat bertambah panjang
- 4) Terjadi perdarahan

Plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan, bagian plasenta lengkap atau tidak. Bagian permukaan maternal yang normal memiliki 6 sampai 20 kotiledon. Jika plasenta tidak lengkap maka disebut ada sisa plasenta serta dapat mengakibatkan perdarahan yang banyak dan infeksi.¹⁶

d. Kala IV

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta selama 1 sampai 2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pascapersalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut :

- 1) Tingkat kesadaran pasien.
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital yakni tekanan darah, nadi, dan pernafasan
- 3) Kontraksi uterus
- 4) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500 cc.

Tabel 3. Lama Persalinan Pada Primigravida Dan Multigravida

Kala persalinan	Primigravida	Multigravida
Kala I	10-12 jam	6-8 jam
Kala II	1-1,5 jam	0,5-1 jam
Kala III	10 menit	10 menit
Kala IV	2 jam	2 jam
Jumlah	10-12 jam	8-10 jam

Sumber: Manuaba, 2010:175

6. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan normal terbagi dalam beberapa tahap gerakan kepala janin didasar panggul yang diikuti dengan lahirnya seluruh anggota badan bayi.

a. Engagement

Bila diameter biparietal kepala (diameter lebar yang paling panjang berkisar 8,5-9,5 cm) melewati pintu atas panggul, kepala dikatakan telah menancap pada pintu atas panggul

b. Penurunan

Terjadi selama proses persalinan larna adanya daya dorong dari kontraksi uterus yang efektif, posisi, serta kekuatan meneran dari pasien

c. Fleksi

Dalam proses masuknya kepala janin kedalam panggul fleksi menjadi hal yang sangat penting karna dengan adanya fleksi diameter kepala janin terkecil dapat bergerak melalui panggul dan terus menuju dasar panggul

d. Putaran paksi dalam

Dalam proses masuknya kepala janin kedalam panggul fleksi menjadi hal yang sangat penting karna dengan adanya fleksi diameter kepala janin terkecil dapat bergerak melalui panggul dan terus menuju dasar panggul

e. Ekstensi

Sesudah kepala janin sampai didasar panggul dan UUK berada dibawah simfisis, maka terjadilah ekstensi dari kepala janin. Hal ini disebabkan karna sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan keatas sehingga kepala harus mengadakan fleksi untuk melewatinya. Jika kepala yang fleksi penuh pada waktu mencapai dasar panggul tidak melakukan ekstensi, maka kepala akan tertekan pada perineum dan dapat menembusnya. Suboksiput yang tertahan pada pinggir bawah simfisis akan menjadi pusat pemutaran, sehingga lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum UUB, dahi, hidung, dan dagu bayi dengan gerakan ekstensi.

f. Restitusi dan putaran paksi luar

Restitusi adalah gerakan berputar kepala bayi lahir hingga mencapai posisi yang sama dengan saat ia memasuki pintu atas. Putaran paksi luar terjadi saat bahu engaged dan turun dengan gerakan mirip dengan gerakan kepala

g. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan dibawah simfisis menjadi hipomoklion untuk kelahiran bahu belakang, bahu depan menyusul lahir, diikuti seluruh badan bayi (toraks, abdomen), dan lengan,

pinggul/trokanter depan dan belakang, tungkai dan kaki yang searah dengan sumbu jalan lahir.

7. Persalinan dengan Robekan Jalan Lahir

Pada umumnya robekan jalan lahir terjadi pada persalinan dengan trauma. Pertolongan persalinan yang semakin manipulatif dan traumatik akan memudahkan robekan jalan lahir dan karena itu dihindarkan memimpin persalinan pada saat pembukaan serviks belum lengkap. Robekan jalan lahir biasanya akibat episiotomi, robekan spontan perineum, trauma forseps atau vakum ekstraksi, atau karena versi ekstraksi. Penyebab terjadinya rupture perineum adalah partus presipitatus: kepala janin besar, presentasi defleksi (dahi, muka), primipara, letak sungsang, dan pimpinan persalinan yang salah.

Robekan yang terjadi bisa ringan (lecet, laserasi), luka episiotomi, robekan perineum spontan derajat ringan sampai ruptur perenei totalis (sfingter ani terputus), robekan pada dinding vagina, forniks uteri, serviks, daerah sekitar klitoris dan uretra dan bahkan yang terberat ruptur uteri. Oleh karena itu, pada setiap persalinan hendaklah dilakukan inspeksi yang teliti untuk mencari kemungkinan adanya robekan ini. Perdarahan yang terjadi saat kontraksi uterus baik, biasanya karena ada robekan atau sisa plasenta. Pemeriksaan dapat dilakukan dengan cara melakukan inspeksi pada vulva, vagina, dan serviks dengan memakai spekulum untuk mencari sumber perdarahan dengan ciri warna darah merah segar dan pulsatif sesuai denyut nadi.

Teknik penjahitan memerlukan asisten, anatesi lokal, penerangan lampu yang cukup serta spekulum dan memperhatikan kedalaman luka.

8. Asuhan Persalinan

Asuhan persalinan normal adalah asuhan bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pascapersalinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir. Sementara itu, fokus utamanya adalah mencegah terjadinya komplikasi.

9. Asuhan Sayang Ibu dan Sayang Bayi

Menurut Prawirohardjo (2014), asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak hasil penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberikan dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi maka proses persalinan yang meraka akan terima mendapatkan rasa aman dan keluaran yang lebih baik. Antara lain asuhan tersebut mengurangi jumlah persalinan dengan tindakan, seperti Ekstraksi Vakum, Forcept, dan Seksio sesar. Asuhan Sayang Ibu dalam Proses Persalinan :

- a. Panggil ibu sesuai namanya, dan perlakukan ibu sesuai martabatnya
- b. Jelaskan asuhan dan perawatan yang akan diberikan pada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- c. Jelaskan proses persalinan pada ibu dan keluarganya.
- d. Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- e. Dengarkan dan tanggapi pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- f. Berikan dukungan, besarkan hatinya, dan tenteramkan perasaan ibu beserta anggota keluarga lainnya.
- g. Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan anggota keluarga yang lain.
- h. Ajarkan kepada suami dan anggota keluarga mengenai cara-cara bagaimana memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- i. Lakukan prakti-praktik pencegahan infeksi yang baik dan konsisten.
- j. Hargai privasi ibu.
- k. Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi.
- l. Anjurkan ibu untuk minum cairan dan makan makanan ringan bila ia menginginkannya.

- m. Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak memberikan pengaruh merugikan.
- n. Hindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan seperti episiotomi, pencukuran.
- o. Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya segera setelah lahir.
- p. Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah kelahiran bayi.
- q. Siapkan rencana rujukan.
- r. Mempersiapkan Persalinan dan kelahiran bayi dengan baik serta bahan- bahan, perlengkapan, dan obat-obatan yang diperlukan.

10. Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

Selama proses persalinan, pasien sangat membutuhkan pemenuhan kebutuhan dasar, yang dimaksud kebutuhan dasar adalah kebutuhan yang sangat penting dan mutlak untuk dipenuhi selama proses persalinan antara lain:

a. Makan dan minum per oral

Pemberian makanan pada pasien yang kemungkinan sewaktu-waktu memerlukan tindakan anestesi tidak disetujui, karena makanan yang tertinggal di lambung akan menyebabkan aspirasi pneumoni. Dikarenakan pada proses persalinan, motilitas lambung; absorpsi lambung; dan sekresi asam lambung menurun. Sedangkan cairan tidak

terpengaruh dan akan meninggalkan lambung dengan durasi waktu yang biasa, oleh karena itu pada pasien sangat dianjurkan untuk minum cairan yang manis dan berenergi sehingga kebutuhan kalornya akan tetap terpenuhi.

b. Akses intravena

Akses intravena adalah tindakan pemasangan infus pada pasien. Kebijakan ini diambil dengan pertimbangan sebagai jalur obat, cairan, darah untuk mempertahankan keselamatan jiwa sewaktu-waktu terjadi keadaan darurat dan untuk mempertahankan suplai cairan bagi pasien

c. Posisi dan ambulasi

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

(selama tidak ada kontra indikasi dari keadaan pasien). Beberapa posisi yang dapat diambil antara lain rekumben lateral (miring), lutut-dada, tangan-lutut, duduk, berdiri, berjalan, dan jongkok

d. Eliminasi selama persalinan (BAB atau BAK)

1) Buang Air Kecil (BAK)

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

2) Buang Air Besar (BAB)

Pasien akan merasa sangat tidak nyaman ketika merasakan dorongan untuk BAB. Namun rasa khawatir akan lebih mendominasi daripada perasaan tidak nyaman, hal ini terjadi karena pasien tidak tau mengenai caranya serta khawatir akan respon orang lain terhadap kebutuhannya ini. Dalam kondisi ini penting bagi keluarga dan bidan untuk menunjukkan respon yang positif dalam hal kesiapan untuk memberikan bantuan dan meyakinkan pasien bahwa ia tidak perlu merasa risih atau sungkan untuk melakukannya.¹⁷

Menurut Rohani (2013) kebutuhan dasar selama persalinan yaitu :

a. Asuhan Tubuh dan Fisik

- 1) Menjaga kebersihan diri. Menganjurkan ibu untuk membersihkan kemaluannya setelah buang air kecil atau buang air besar dan menjaga agar tetap bersih dan kering.
- 2) Berendam dapat menjadi tindakan pendukung dan kenyamanan yang paling menenangkan
- 3) Perawatan mulut untuk mencegah bau mulut
- 4) Pengipasan untuk mengurangi rasa ketidaknyamanan ibu yang disebabkan oleh keringat

b. Kehadiran Seorang Pendamping

Fungsi hadirnya seorang pendamping pada saat persalinan yakni mengurangi rasa sakit, membuat waktu persalinan lebih singkat, dan menurunkan kemungkinan persalinan dengan operasi. Pendamping persalinan bisa ditemani oleh suami, anggota keluarga, atau teman yang ibu inginkan selama proses persalinan.

c. Pengurangan Rasa Nyeri

Pengendalian rasa nyeri dapat dilakukan dengan memberikan kompres panas dan dingin. Kompres panas meningkatkan suhu kulit lokal, mengurangi spasme otot, dan meningkatkan ambang nyeri. Sedangkan kompres dingin, berguna untuk mengurangi ketegangan nyeri sendi dan otot, mengurangi pembengkakan, dan menyejukkan kulit.

d. Penerimaan Terhadap Kelakuan dan Tingkah Lakunya

Persalinan dan kelahiran merupakan hal yang fisiologis namun banyak wanita yang tidak siap untuk menghadapi persalinannya. Wanita biasanya membutuhkan perhatian dari suami atau keluarganya, bahkan bidan sebagai penolong persalinan

e. Informasi dan Kepastian Tentang Hasil Persalinan Yang Aman

Setiap ibu membutuhkan informasi tentang kemajuan persalinannya, sehingga ia mampu mengambil keputusan dan juga perlu diyakinkan bahwa kemajuan persalinannya normal.

b. Robekan Perinium

1. Pengertian Perinium

Perineum adalah jaringan yang terletak disebelah distal diafragma pelvis. Perinium mengandung sejumlah otot superficial, saat persalinan, otot ini sering kali mengalami kerusakan ketika janin lahir.

Perineum terletak antara vulva dan anus panjangnya rata-rata 4 cm . Batas-batasnya adalah:

- a. Superior: Dasar panggul yang terdiri dari Musculus Levator dan Musculus Coccygeus
- b. Lateral: tulang dan ligament yang membentuk pintu bawah pinggul (exitus pelvis):yakni dari depan kebelakang angulus subpubius, ramus ischiopubicus, tuber ischiadicum, ligamentum Sacrotuberosum, os coccyges
- c. Inferior: kulit dan fascia.

Saat persalinan, tidak hanya ditentukan oleh organ-organ genitalia interna saja seperti uterus dan vagina, tetapi bagian seperti otot-otot, jaringan-jaringan ikat dan ligamen- ligamen juga mempengaruhi jalan lahir. Otot-otot yang menahan dasar panggul dibagian luar adalah musculus sphincter ani externus, musculus bulbocavernosus yang melingkari vagina, dan musculus perinei transversus superfisialis. Lebih ke dalam lagi ditemukan otot dalam yang paling kuat, disebut diafragma pelvis, terutama musculus levator ani yang berfungsi menahan dasar panggul. Letak musculus levator ani ini sedemikian rupa dan membentuk sebuah segitiga di bagian depan, disebut trigonum urogenitalis. Di dalam trigonum ini terdapat uretra, vagina dan rectum.

2. Pengertian Robekan Perineum

Ruptur perineum adalah robekan yang terjadi pada saat bayi lahir baik secara spontan maupun dengan menggunakan alat atau tindakan.

Robekan terjadi hampir pada semua primipara. Robekan perineum adalah robekan obstetric yang terjadi pada daerah perineum akibat ketidakmampuan otot dan jaringan lunak pelvic untuk menakomodasi kelahiran fetus. Pada dasarnya robekan perineum dapat dikurangi dengan menjaga jangan sampai dasar panggul dilewati kepala janin terlalu cepat.¹⁸

Robekan perineum terjadi hampir pada semua persalinan pertama dan tidak jarang pada persalinan berikutnya. Luka perineum setelah persalinan ada 2 macam yaitu terdiri dari:

a. Rupture

Rupture adalah luka pada perineum yang diakibatkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karena proses desakan kepada janin atau bahu pada saat proses persalinan. Bentuk rupture biasanya tidak teratur sehingga jaringan yang robek sulit dilakukan penjahitan.

b. Episiotomy

Adalah suatu tindakan insisi pada perineum yang menyebabkan terpotongnya selaput lendir vagina, cincin sekaput darah, jaringan pada septum rektovaginal, otot-otot dan fascia perineum dan kulit sebelah depan perineum

3. Klasifikasi Derajat Laserasi Jalan Lahir:

a. Derajat I

Laserasi mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum. Tidak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan dan posisi luka baik

b. Derajat II

Laserasi mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum. Jahit menggunakan teknik yang sesuai kondisi pasien

c. Derajat III

Laserasi mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot spingter ani

d. Derajat IV

Lacerasi mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot spingter ani, rektum

4. Factor Yang Mempengaruhi Ruptur Perinium

a. Paritas

Adalah jumlah janin dengan berat badan lebih dari 500 gr yang pernah dilahirkan hidup maupun mati bila berat badan tidak diketahui maka dipakai umur kehamilan lebih dari 24 minggu. Robekan perineum hampir terjadi pada semua persalinan pertama (primipara) dan tidak jarang pada persalinan berikutnya (multipara)

b. Berat Bayi Lahir

Semakin besar berat bayi dilahirkan meningkatkan risiko terjadinya ruptur perineum. Bayi besar adalah bayi yang begitu lahir memiliki berat lebih dari 4000 gr. Hal ini terjadi karena semakin besar bayi berat badan bayi yang dilahirkan akan meningkatkan risiko terjadinya ruptur perineum karna perineum tidak cukup menahan regangan kepala bayi dengan berat badan. Kelebihan berat badan dapat disebabkan oleh beberapa hal diantaranya ibu menderita DM, ibu yang memiliki riwayat melahirkan bayi besar, factor genetic, dan pengaruh kecukupan gizi. Berat bayi lahir normal adalah sekitar 2500-4000 gram

c. Cara Mengejan

Kekuatan kontraksi rahim dibantu tenaga ibu yang kuat waktu mengejan, akan mendorong kepala bayi berada pada dasar otot panggul. Pelahiran kepala bayi dilakukan diantara kontraksi, alasannya adalah bahwa kombinasi kontraksi dan upaya mendorong ibu memberikan kekuatan pada saat melahirkan. Hal ini membuat pelahiran kepala lebih cepat dan melepaskan tekanan secara mendadak, yang keduanya meningkatkan risiko kerusakan intracranial bayi dan lacerasi pada jalan lahir .

d. Elastisitas Perinium

Perineum yang kaku dan tidak elastis akan menghambat persalinan kala II dan dapat meningkatkan resiko terhadap janin. Juga menyebabkan robekan perineum yang luas sampai tingkat 3. Hal ini sering ditemui pada primigravida berumur diatas 35 .

e. Umur Ibu <20 Tahun dan > 35 Tahun

Pada umur < 20 tahun, organ-organ reproduksi belum berfungsi dengan sempurna, sehingga bila terjadi kehamilan dan persalinan akan lebih mudah mengalami komplikasi. Selain itu, otot-otot perineum dan otot-otot perut belum bekerja secara optimal, sehingga sering terjadi persalinan lama atau macet yang memerlukan tindakan.

5. Tanda-Tanda dan Gejala Robekan Jalan Lahir

Tanda dan gejala robekan jalan lahir diantaranya adalah perdarahan, darah segar yang mengalir setelah bayi lahir, uterus berkontraksi dengan baik, dan plasenta normal. Gejala yang sering terjadi antara lain pucat, lemah, pasien dalam keadaan menggigil.

6. Ciri dan Khas Robekan Jalan Lahir

a. Kontraksi uterus kuat, keras, dan mengecil

b. Perdarahan terjadi langsung setelah anak lahir. Perdarahan ini terus menerus setelah massage atau pemberian uterotonika langsung mengeras tapi perdarahan tidak berkurang. Dalam hal apapun, robekan jalan lahir harus dapat diminimalkan karena tak jarang perdarahan terjadi karena robekan dan ini menimbulkan yang fatal seperti terjadi syok

c. Bila perdarahan berlangsung meski kontraksi uterus baik dan tidak didapatkan adanya retensi plasenta maupun sisa plasenta, kemungkinan telah terjadi perlukaan jalan lahir

7. Komplikasi Robekan Jalan Lahir

a. Perdarahan

Seorang wanita dapat meninggal karena perdarahan pasca persalinan dalam waktu 1 jam setelah melahirkan. Penilaian dan penatalaksanaan yang cermat selama kala I dan kala II persalinan sangat

penting. Menilai kehilangan darah yaitu dengan cara memantau tanda vital, mengevaluasi asal perdarahan, serta memperkirakan jumlah perdarahan dan menilai tonus otot.

b. Fistula

Fistula dapat terjadi tanda diketahui penyebabnya karna perlukaan pada vagina menembus kandung kencing atau rectum. Jika kandung kencing luka, maka air kencing akan segera keluar melalui vagina. Fistula dapat menekan kandung kemih atau rectum yang lama antara janin dan panggul sehingga terjadi iskemia

c. Hematoma

Hematoma dapat terjadi akibat trauma partus pada persalinan karna adanya penekanan kepala janin serta tindakan persalinan yang ditandai dengan rasa nyeri pada perineum dan vulva berwarna biru dan merah

d. Infeksi

Infeksi masa nifas adalah peradangan disekitar alat genitalia pada kala nifas. Perlukaan pada persalinan merupakan tempat masuknya kuman kedalam tubuh sehingga dapat menimbulkan infeksi

8. Pencegahan Robekan Perinium

Perineum massage adalah teknik menjahit perineum disaat hamil atau beberapa minggu sebelum melahirkan guna meningkatkan perubahan hormonal yang melembutkan jaringan ikat, sehingga jaringan perineum lebih elastic dan lebih mudah merenggang. Teknik ini dapat dilakukan satu kali sehari selama beberapa minggu terakhir kehamilan didaerah perineum.

Teknik pijat perineum

- a. Cucilah tangan ibu terlebih dahulu dan pastikan kuku ibu tidak panjang. pijatan ini dapat dilakukan sendiri atau sama pasangan
- b. Berbaringlah dalam posisi yang nyaman. Beberapa wanita ada yang berbaring miring dan menggunakan bantal untuk menyangga kaki mereka, ada yang menggunakan posisi semilitotomi atau posisi

mengangkang. jika pemijatan dilakukan saat berdiri letakkan kaki satu dikursi dan kaki yang lain berada sekitar 60-90 cm dari kursi

- c. Ibu dapat menggunakan cermin untuk pertama kali mengetahui daerah perineum tersebut
- d. Gunakan minyak kelapa, atau sweet almond. Lakukan pemijatan sebelum mandi pagi dan sore.
- e. Letakkan satu atau dua ibu jari (atau jari lainnya bila ibu tidak sampai) sekitar 2-3cm di dalam vagina. Tekan ke bawah dan kemudian menyamping pada saat bersamaan. Perlahan-lahan coba regangkan daerah tersebut sampai ibu merasakan sensasi seperti terbakar, perih, atau tersengat.
- f. Tahan ibu jari dalam posisi seperti di atas selama 2 menit sampai daerah tersebut menjadi tidak terlalu berasa dan ibu tidak terlalu merasakan perih lagi.
- g. Tetap tekan daerah tersebut dengan ibu jari. Perlahan-lahan pijat ke depan dan ke belakang melewati separuh terbawah vagina
- h. Lakukan ini selama 3-5 menit. Hindari pembukaan saluran kemih karna dapat mengakibatkan infeksi dan iritasi dan ibu dapat memulai dengan pijatan ringan dan semakin ditingkatkan tekanannya seiring dengan sensitivitas yang berkurang.
- i. Ketika sedang memijat, tarik perlahan bagian terbawah dari vagina dengan ibu jari tetap berada di dalam. Hal ini akan membantu meregangkan kulit di mana kepala bayi saat melahirkan nanti akan meregangkan perineum itu sendiri.
- j. Setelah ibu selesai melakukan, kompres hangat jaringan perineum selama 10 menit. Lakukan secara perlahan dan hati-hati. Kompres hangat ini akan sangat meningkatkan sirkulasi darah, sehingga otot diperineum kendur

9. Penjahitan Robekan Perinium

Penjahitan luka adalah suatu tindakan untuk mendekatkan tepi luka dengan benang sampai sembuh. Tujuannya adalah :

- a. Untuk mendekatkan jaringan-jaringan perlukaan sehingga proses penyembuhan bisa terjadi, proses penyembuhan itu bukanlah hasil dari penjahitan tersebut tetapi hasil dari pertumbuhan jaringan
- b. Untuk menghentikan perdarahan

10. Langkah – Langkah Penjahitan Perinium

Siapkan jarum,benang cat gut,dan gunting

- a. Robekan perineum derajat 1, pada umumnya dapat sembuh sendiri dan tidak perlu dijahit, tetapi harus dilihat juga apakah meluas dan terus berdarah.Jika perdarahannya banyak dapat digunakan jahitan angka 8 karena jahita ini kurang menimbulkan tegangan dan lebih menyenangkan bagi pasiennya
- b. Robekan perineum derajat 2
 - 1) Buat jahitan pertama kurang lebih 1 cm diatas ujung laserasi di mukosa vagina.Setelah itu buat ikatan dan potong pendek benang dari yang lebih pendek.sisakan benang kira-kira 1cm
 - 2) Tutup mukosa vagina dengan jahitan jelujur, jahit kebawah kearah cincin hymen
 - 3) Tepat sebelum cincin hymen, masukkan jarum kedalam mukosa vagina lalu kebelakang cincin hymen sampai jarum ada dibawah laserasi kemudian ditarik keluar pada luka
 - 4) Gunakan teknik jelujur saat menjahit lapisan otot.Lihat kedalam luka untuk mengetahui letak ototnya
 - 5) Setelah dijahit sampai ujung luka putarlah jarum dan mulailah menjahit kearah vagina dengan menggunakan jahitan subkutikuler
 - 6) Pindahkan jahitan dari bagian luka perineum ke vagina dibelakang cincin hymen untuk diikat dengan simpul dan dipotong benangnya.
 - 7) Ulangi pemeriksaan vagina dengan lembut untuk memastikan bahwa tidak ada kassa atau peralatan yang tertinggal idalam vagina.

- 8) Dengan lembut memasukkan jari yang paling kecil kedalam anus. Raba apakah ada jahitan pada rectum. Pastikan anus tidak terjahit
 - 9) Cuci area genital dengan lembut dengan air DTT dan sabun, kemudian keringkan. Bantu pasien mencari posisi yang nyaman
- c. Robekan perineum derajat III dan IV
- Dilakukan penjahitan dengan teliti. Mula-mula dinding depan rectum yang robek dijahit, kemudian fasea praketal ditutup, dan muskulu sfingter ani yang robek dijahit. Selanjutnya dilakukan penutupan robekan seperti pada robekan perineum derajat II.
- 1) Apex dari mukosa rectum dan sfingter anus diidentifikasi, kemudian dijahit dengan menggunakan benang vicryl 4-0 secara terputus, hati-hati agar jahitannya tidak terlalu dalam sehingga tidak menembus saluran anal untuk mencegah fistula. Anus bagian internal berwarna putih yang mengkilap, dengan struktur fibrosa antara mukosa rektal dan sfingter anus eksternal.
 - 2) Sfingter ditarik secara lateral, tempatkan allys klem pada ujung otot agar mudah diperbaiki.
 - 3) Sfingter anus diakhiri dengan jahitan kontinyu dengan menggunakan benang vicryl 2-0.
 - 4) Sfingter ani eksternal terlihat seperti berkas otot skeletal dengan kapsul fibrous. Allis klem ditempatkan pada setiap ujung spincter anus, kemudian jahitan dilakukan pada pukul 12,3,6 dan 9 dengan menggunakan benang polydiaxanone 2-0 (absorbi yang agak lambat) untuk memungkinkan kedua ujung sfingter membentuk scar secara bersamaan.
 - 5) Teknik lain adalah sambungan secara tumpang tindih pada sfingter anal eksternal. Teknik ini menjadikan lebih banyak lipatan pada perineal dan fungsi spincter yang lebih baik. Para ahli lebih banyak yang memilih teknik ini.

11. Pengobatan Robekan Jalan Lahir

Nasehati ibu untuk

- a. Menjaga periniumnya untuk selalu tetap bersih dan kering
- b. Hindari penggunaan obat-obatan tradisional pada perineum
- c. Cuci periniumnya dengan sabun dan air bersih yang mengalir tiga sampai empat kali sehari
- d. Kembali dalam seminggu untuk memeriksa penyembuhan lukanya. Ibu harus kembali lebih awal jika ia mengalami demam atau mengeluarkan cairan busuk dari daerah lukanya jika daerah tersebut menjadi lebih nyeri

3. Konsep Dasar Teori Nifas

a. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas dibagi menjadi 3 periode, yaitu⁷:

1) Puerperium Dini

Puerperium dini merupakan masa pulihnya ibu di perbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2) Puerperium Intermedial

Adalah pulihnya secara menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

3) Remote Puerperium

Merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

b. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

Perubahan fisiologis masa nifas yaitu sebagai berikut⁸:

1) Involusi alat-alat kandungan

a) Perubahan Sistem Reproduksi

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

Tabel 4 Tinggi Fundus Uteri dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat sympisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba di atas sympisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber: Mochtar, 2011

b) Bekas implantasi uri

Bekas implantasi uri atau *placental bed* mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu keenam 2,4 cm, dan akhirnya pulih.

c) Luka pada jalan lahir

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

d) Rasa nyeri

Rasa nyeri yang disebut *after pains*, (merasa mulas-mulas) disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pasca persalinan. Perlu diberikan pengertian pada ibu mengenai hal tersebut dan jika terlalu mengganggu, dapat diberikan obat-obatan anti nyeri dan anti mulas.

e) Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas:

1. *Lochea rubra (cruenta)* berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, *verniks caseosa*, *lanugo*, dan mekonium, selama 2 hari pasca persalinan.
2. *Lochea sanguinolenta* berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir pada hari ke 3-7 pasca persalinan.

3. *Lochea serosa* berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pasca persalinan
4. *Lochea alba* cairan putih, setelah 2 minggu
5. *Lochea purulenta* terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
6. *Lochea stasis*, lochea tidak lancar keluaranya.

f) Serviks

Setelah persalinan, bentuk serviks agak menganga seperti corong, berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa dimasukkan ke rongga rahim, setelah 2 jam, dapat dilalui oleh 2-3 jari, dan setelah 7 hari, hanya dapat dilalui 1 jari.

g) Diastasis *Recti* (otot perut)

Diastasis recti adalah pemisahan otot rectus abdominalis lebih dari 2,5 cm pada tepat setinggi umbilikus sebagai akibat pengaruh hormon terhadap linea alba serta akibat perenggangan mekanis dinding abdomen, kasus ini sering terjadi pada multi paritas bayi besar poli hidramin selain itu juga disebabkan gangguan kolagen yang lebih ke arah keturunan sehingga ibu dan anak mengalami diastasis penangannya yaitu melakukan pemeriksaan rektus untuk mengkaji lebar celah antara otot rectus.⁹

2) Perubahan Psikologi Masa Nifas

Perubahan psikologis pada masa nifas dibagi menjadi tiga periode antara lain⁷:

a) Taking In

1. Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
2. Ia mungkin akan mengulang-ulang, menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.

3. Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat.
4. Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi.
5. Dalam memberikan asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu. Pada tahap ini, bidan dapat menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya.

b) Taking Hold

1. Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum.
2. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
3. Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya.
4. Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya.
5. Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut.
6. Pada tahap ini, bidan harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi.
7. Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi, namun harus selalu diperhatikan teknik bimbingan, jangan sampai menyinggung perasaan atau membuat perasaan tidak nyaman karena ia sangat sensitif.

c) Letting Go

1. Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
2. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung

padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan dan hubungan sosial.

3. Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini.

Faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada masa postpartum adalah:

1. Respon dari dukungan keluarga dan teman.
2. Hubungan dari pengalaman melahirkan terhadap harapan dan aspirasi.
3. Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu.
4. Pengaruh budaya

3) Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas/ Kunjungan Nifas

Kunjungan pada masa nifas dilakukan minimal 4 kali antara lain:

- a) Kunjungan pertama (6-8 jam post partum)
- b) Kunjungan kedua (6 hari post partum)
- c) Kunjungan ketiga (2 minggu post partum)
- d) Kinjungan keempat (6 minggu post partum)

Tablel 5 Kunjungan Pada Ibu Nifas Kunjungan

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	Kunjungan 1 (pertama) 6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 2. Mendeteksi penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut 3. Melakukan konseling pada ibu dan keluarga jika terjadi masalah 4. Memfasilitasi ibu untuk pemberian ASI awal. 5. Memfasilitasi, mengajarkan cara hubungan ibu dan bayi (Bouding Attachmant). 6. Menjaga bayi tetap sehat dan hangat dengan cara mencegah hipotermia 7. Memastikan ibu merawat bayi dengan baik (perawatan tali pusat, memandikan bayi).
2	Kunjungan II (kedua) 6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi baik, tinggi fundus uteri dibawah pusat (<i>umbilicus</i>), tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau. 2. Mendeteksi tanda-tanda: demam, perdarahan abnormal seperti sakit kepala hebat dll. 3. Memastikan ibu mendapatkan asupan nutrisi, hidrasi dan istirahat yang cukup. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asupan pada tali pusat, menjaga bayi tetap hangat

		<p>dan merawat bayi sehari-hari.</p> <p>6. Melakukang konseling KB secara mandiri.</p> <p>7. Memastikan ibu untuk melakukan pemeriksaan bayi ke pelayanan kesehatan terdekat.</p>
3	Kunjungan III (ketiga) 2 minggu setelah persalinan	Sama dengan kunjungan ke dua
4	Kunjungan IV (keempat) 6 minggu setelah persalinan	<p>1. Menanyakan kepada ibu adakah masalah atau penyulit yang dialami baik bagian ibu maupun bayi</p> <p>2. Memastikan ibu untuk memilih kontrasepsi efektif atau sesuai kebutuhan.</p>

Sumber: PPBI,2016.

4. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir (BBL)

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi Baru Lahir (BBL) dapat dibagi menjadi 2 yaitu⁸:

1) Bayi normal (sehat) memerlukan perawatan biasa

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram.¹⁰

2) Bayi gawat (*high risk baby*) memerlukan penanggulangan khusus, misalnya bayi yang mengalami asfiksia dan perdarahan.

b. Tanda-Tanda Bayi Baru Lahir Normal

Tanda-tanda BBL normal yaitu¹⁰:

- 1) Berat badan Lahir bayi antara 2500-4000.
- 2) Panjang badan 48-50 cm
- 3) Lingkar dada 32-34 cm
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm

- 5) Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180x/menit, kemudian menurun sampai 120-140x/menit.
- 6) Pernapasan pada menit-menit pertama cepat kira-kira 80x/menit disertai pernapasan cuping hidung, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
- 7) Kulit kemerah-kemerahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisin *vernix caseosa*
- 8) Rambut lanugo telah tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- 9) Kuku telah agak panjang dan lemas
- 10) Genitalia: testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan)
- 11) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk.
- 12) Eliminasi baik urin dan mekonium akan keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

c. Asuhan Bayi Baru Lahir

- 1) Jaga kehangatan bayi
- 2) Bersihkan jalan nafas (bila perlu)
- 3) Keringkan dan tetap jaga kehangatan bayi
- 4) Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir
- 5) Lakukan inisiasi menyusui dini dan kontak kulit bayi dengan kulit ibu.
- 6) Beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata
- 7) Beri suntikan vitamin K1 1mg intramuskular, dipaha kiri anterolateral setelah inisiasi menyusu dini.
- 8) Beri imunisasi hepatitis B 0,5 ml, intramuskular, dipaha kanan anterolateral, diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1.¹¹

d. Perubahan –Perubahan Yang Terjadi Pada Bayi Baru Lahir

Perubahan –perubahan yang terjadi pada bayi baru lahir meliputi¹²:

- 1) Perubahan Metabolisme Karbohidrat

Dalam waktu 2 jam setelah lahir akan terjadi penurunan kadar gula darah, untuk menambah energi pada jam-jam pertama setelah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak, bila karena sesuatu hal misalnya bayi mengalami hipotermi, metabolisme asam lemak tidak dapat memenuhi kebutuhan pada neonatus maka kemungkinan besar bayi akan menderita hipoglikimia, misal pada bayi BBLR, bayi dari ibu yang menderita *Diabetes Mellitus* (DM) dan lain-lainnya.

2) Perubahan suhu tubuh

Ketika bayi lahir bayi berada pada suhu lingkungan yang lebih rendah dari suhu di dalam rahim ibu. Apabila bayi dibiarkan dalam suhu kamar 25°C maka bayi akan kehilangan panas melalui konveksi, radiasi dan evaporasi sebanyak 200kal /kg BB/menit. Sedangkan produksi panas yang dihasilkan tubuh bayi hanya 1/10 nya.

3) Perubahan pernapasan

Selama dalam uterus, janin mendapat Oksigen (O₂) dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi.

4) Perubahan sirkulasi

Berkembangnya paru-paru mengakibatkan tekanan O₂ meningkat dan tekanan CO₂ menurun, hal ini mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh darah paru sehingga aliran darah ke alat tersebut meningkat, hal ini menyebabkan darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan ductus arteriosus menutup.

5) Perubahan alat pencernaan hati, ginjal dan alat lainnya mulai berfungsi.

e. Mekanisme Kehilangan Panas Tubuh Bayi

Bayi baru lahir dapat kehilangan panas melalui empat cara, yaitu¹³:

1) Konduksi

Langsung dari bayi ke sesuatu yang kontak dengan bayi

2) Konveksi

Kehilangan panas dari bayi ke udara sekitar

3) Evaporasi

Kehilangan panas melalui penguapan air pada bayi yang basah.

4) Radiasi

Dari bayi ke lingkungan dingin terdekat

f. Penanganan BBL Saat Lahir

Kebutuhan dasar bayi baru lahir diantaranya¹¹:

Penilaian awal

1) Sebelum bayi lahir, lakukan penilaian berikut:

- a) Apakah kehamilan cukup bulan?
- b) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?

2) Segera setelah bayi lahir, sambil meletakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang telah disiapkan pada perut bawah ibu, segera lakukan penilaian berikut:

- a) Apakah bayi menangis, bernapas atau tidak megap-megap?
- b) Apakah tonus otot bayi baik atau bayi bergerak aktif?

3) Pengkajian segera setelah lahir

Segera setelah bayi lahir, melatakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang telah disiapkan bila bayi tersebut tidak memungkinkan atau bayi tidak bernafas atau megap-megap atau lemah maka lakukan tindakan resusitasi pada bayi dengan asfiksia.

g. Perawatan bayi baru lahir

1) Pertolongan Pada Saat Bayi Lahir

- a) Sambil menilai pernapasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk di atas perut ibu
- b) Dengan kain yang bersih dan kering atau kasa, bersihkan darah atau lendir dari wajah bayi agar jalan udara tidak terhalang. Periksa ulang pernapasan bayi, sebagian besar bayi akan menangis atau bernapas secara spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir

2) Perawatan Mata

Obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk mencegah penyakit mata akibat klamidia (penyakit menular seksual).

Obat perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan. Pengobatan yang umumnya dipakai adalah neosporin yang langsung diteteskan pada mata bayi segera setelah bayi lahir.

3) Pemeriksaan Fisik Bayi

- a) Kepala: pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutupi/melebar, *adanya caput succedaneum, cephal hematoma, kraniotabes*, dan sebagainya.
- b) Mata: pemeriksaan terhadap perdarahan, *subkonjungtiva*, tanda-tanda infeksi(pus).
- c) Hidung dan mulut: pemeriksaan terhadap *labioskisis, labiolopalaskisis*, dan reflek isap (dinilai dengan mengamati bayi saat menyusui).
- d) Telinga: pemeriksaan terhadap kelainan daun/bentuk telinga
- e) Leher: pemeriksaan terhadap hematoma *sternocleidomastoideus, ductus thyroglossalis, hygroma colli*.
- f) Dada: pemeriksaan terhadap bentuk, pembesaran buah dada, pernapasan, reaksi *intercostal, subcostal sifoid*, merintih, pernapasan cuping hidung, serta bunyi paru-paru (*sonor, vesikular, bronkial*, dan lain-lain).
- g) Jantung: pemeriksaan frekuensi bunyi jantung, kelainan bunyi jantung.
- h) Abdomen: pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati,limpa, tumor aster), *scaphoid* (kemungkinan bayi menderita *diafragmatika/atresia esofagus* tanpa fistula).
- i) Tali pusat: pemeriksaan terhadap pendarahan, jumlah darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat, hernia ditali pusat atau diselangkangan.
- j) Alat kelamin: pemeriksaan terhadap testis apakah berada didalam skrotum, penis pada ujung(pada bayi laki-laki), vagina berlubang, apakah labia mayora menutupi labia minora (pada bayi perempuan).

k) Lain-lain: mekonium harus keluar dalam 24 jam sesudah lahir, bila tidak harus waspada terhadap atresia ani atau obstruksi usus. Selain itu, urin harus keluar dalam 24 jam. Kadang pengeluaran urin tidak diketahui karena pada saat bayi lahir, urin keluar bercampur dengan air ketuban. Bila urin tidak keluar dalam 24 jam, maka harus diperhatikan kemungkinan adanya obstruksi kandung kemih.

h. Perawatan Lain-lain

1. Perawatan tali pusat

- a) Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan ditutupi dengan kain bersih secara longgar.
- b) Jika tali pusat terkena kotoran atau tinja, dicuci dengan sabun dan air bersih, kemudian dikeringkan sampai benar-benar kering.

2. Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi dipulangkan ke rumah, diberikan imunisasi BCG, polio, dan hepatitis B.

3. Orang tua diajarkan tanda-tanda bahaya bayi dan mereka diberitahu agar merujuk bayi dengan segera untuk perawatan lebih lanjut jika ditemui hal-hal berikut:

- a) Pernapasan: sulit atau lebih dari 60x/menit
- b) Warna: kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru, atau pucat
- c) Tali pusat: merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
- d) Infeksi: suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah) bau busuk, pernapasan sulit
- e) Feses/kemih: tidak berkemih dalam 24 jam, feses lembek, sering kejang, tidak bisa tenang, menangis terus-menerus

4. Orang tua diajarkan cara merawat bayi dan melakukan perawatan harian untuk bayi baru lahir, meliputi:

- a) Pemberian ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam, mulai dari hari pertama
- b) Menjaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering, serta mengganti popok
- c) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering

d) Menjaga keamanan bayi terhadap trauma dan infeksi¹⁰

i. Reflek-Reflek Pada Bayi Baru Lahir

Tabel 6 Reflek Pada Bayi Baru Lahir

Refleks	Respons Normal	Respons Abnormal
Rooting dan menghisap	Bayi baru lahir menolehkan kepala ke arah stimulus, membuka mulut, dan mulai menghisap bila pipi, bibir atau sudut mulut bayi disentuh dengan jari atau puting.	Respons yang lemah atau tidak ada respons terjadi pada prematuritas, penurunan atau cedera neurologis, atau depresi sistem saraf pusat (SSP).
Menelan	Bayi baru lahir menelan berkoordinasi dengan menghisap bila cairan ditaruh di belakang lidah.	Muntah, batuk, atau regurgitasi cairan dapat terjadi kemungkinan berhubungan dengan sianosis sekunder karena prematuritas, defisit neurologis atau cedera terutama terlihat setelah laringoskopi.
Ekstrusi	Bayi baru lahir menunjukkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting.	Ekstrusi lidah secara tetap atau menunjukkan lidah yang berulang-ulang terjadi pada kelainan SSP dan kejang.
Moro	Ekstensi simetris bilateral dan abduksi seluruh ekstermitas dengan ibu jari dan jari telunjuk membentuk huruf „c“, diikuti dengan adduksi ekstermitas dan kembali ke fleksi relaks jika posisi bayi berubah tiba-tiba atau jika bayi diletakkan telentang pada permukaan yang datar.	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur kalvikula atau fraktur tulang panjang lengan atau kaki.

Melangkah	Bayi akan melangkah dengan satu kaki dan kemudian kaki lainnya dengan gerakan berjalan bila satu kaki disentuh pada permukaan rata.	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur klavikula atau fraktur tulang panjang lengan atau kaki.
Merangkak	Bayi akan melangkah	Respons asimetris terlihat

5. Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

1) Pengertian KB

Kontrasepsi adalah usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan, upaya itu dapat bersifat sementara dapat pula bersifat permanen.¹ Kontrasepsi atau antikonsepsi (*Conception control*) adalah cara, alat, atau obat-obatan untuk mencegah terjadinya konsepsi (Sofian, 2011:195) Kontrasepsi adalah suatu usaha untuk mencegah bertemunya sperma dan ovum, sehingga tidak terjadi pembuahan yang mengakibatkan kehamilan.¹⁴

2) Tujuan Program Keluarga Berencana (KB)

Tujuan program KB, yaitu:

1. Memperkecil angka kelahiran.
2. Menjaga kesehatan ibu dan anak.
3. Membatasi kehamilan jika jumlah anak sudah mencukupi

3) Manfaat Keluarga Berencana (KB)

Manfaat Keluarga Berencana (KB) adalah:

- 1) Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek.
- 2) Adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak, untuk istirahat, dan menikmati waktu luang, serta melakukan kegiatan-kegiatan lain.

4) Kebutuhan Pada Calon Akseptor KB

1) Konseling

Konseling adalah suatu proses pemberian informasi objektif dan lengkap, dilakukan secara sistematis dengan panduan sistematis interpersonal, teknik bimbingan dan penguasaan pengetahuan klinik yang bertujuan

untuk membantu seseorang mengenali kondisinya saat ini, masalah yang sedang dihadapinya dan menentukan jalan keluar atau upaya dalam mengatasi masalah tersebut.

Proses konseling yang benar, objektif dan lengkap akan meningkatkan kepuasan, kelangsungan dan keberhasilan penggunaan berbagai metode kontrasepsi.¹³

Dalam memberikan konseling, khususnya bagi calon akseptor Keluarga Berencana (KB) yang baru, hendaknya dapat diterapkan enam langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU. Penerapan SATU TUJU tersebut tidak perlu dilakukan secara berurutan karena petugas harus menyesuaikan diri dengan kebutuhan klien. Kata kunci SATU TUJU adalah sebagai berikut:

1. SA: SApa dan Salam kepada klien secara terbuka dan sopan.
Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat dipeolehnya.
2. T: Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya
Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR), tujuan, kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien. Berikan perhatian kepada klien apa yang disampaikan klien sesuai dengan kata-kata, gerak isyarat dan caranya. Coba tempatkan diri kita di dalam hati klien. Perhatikan bahwa kita memahami. Dengan memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien, kita dapat membantunya.
3. U: Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling diinginkan, serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada.

Uraikan juga mengenai risiko penularan *Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS) dan pilihan metode ganda.

4. TU: Bantulah klien menentukan pilihannya.

Bantulah klien berpikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

5. J: Jelaskan secara lengkap kepada klien bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsi, jika diperlukan perlihatkan alat kontrasepsinya.

6. U: Perlunya kunjungan Ulang.

Diskusikan dan buat kontrak dengan klien untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi apabila dibutuhkan.

5) Penapisan Klien

Tujuan utama panapisan klien sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi, untuk menentukan apakah ada:

1) Kehamilan

Klien tidak hamil apabila:

- a) Tidak senggama sejak haid terakhir
- b) Sedang memakai metode efektif secara baik dan benar
- c) Sekarang didalam 7 hari pertama haid terakhir
- d) Di dalam 4 minggu pasca persalinan
- e) Dalam 7 hari pasca keguguran
- f) Menyusui dan tidak haid

2) Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus

3) Masalah (misalnya : *diabetes*, tekanan darah tinggi) yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut.

Tabel 7 Tabel Daftar Tilik Penapisan Klien Metode Non Operatif

Metode hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntikan, dan susuk)	Ya	Tidak
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan (1,2)		
Apakah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid setelah senggama		
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual Apakah pernah nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema)		
Apakah pernah tekanan darah di atas 160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolik)		
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara Apakah anda sedang minum obat-obatan anti kejang (epilepsi) (3)		
AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin)		
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu		
Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain		
Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)		
Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik		
Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4 jam)		
Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		
Apakah pernah mengalami disminnorea berat yang membutuhkan analgetika atau istirahat baring		
Apakah pernah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid atau setelah senggama		
Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung vaskuler atau konginetal		

Sumber: Affandi, 2012

- 4) Apabila klien menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan maka pil kombinasi adalah metode pilihan terakhir.

5) Tidak cocok untuk pil progestin (minipil), suntikan *Depo medroxy progesterone asetat* (DMPA) atau Norethindrone enanthate (NET-EN) atau susuk

6) Tidak cocok untuk suntikan progestin (DMPA atau NET-EN).

6) Macam-Macam Metode Kontrasepsi

1) Metode Kontrasepsi Sederhana Tanpa Alat

Metode kontrasepsi sederhana tanpa alat (metode alamiah) adalah sebagai berikut⁸:

a) Metode Kalender

Masa berpantang dihitung dengan memakai rumus yaitu hari pertama mulai subur = siklus haid terpendek-18 dan hari subur terakhir = siklus haid terpanjang-11.

Sebenarnya cara tersebut hanya cocok bagi wanita yang siklus haidnya teratur. Sebelum memulai, hendaknya meminta wanita tersebut mencatat pola siklus haidnya paling sedikit selama 6 bulan dan sebaiknya selama 12 bulan. Setelah itu, baru bisa ditentukan kapan mulainya hari subur pertama dan hari subur terakhir dengan menggunakan rumus di atas. Contoh: siklus haid terpendek yaitu 28 hari dan siklus haid terpanjang 28 hari, jadi $28-18 =$ hari ke 10 dari hari pertama haid siklus terpanjang $28-11 =$ hari ke-17. Jadi, masa berpantang adalah mulai dari hari ke-10 sampai hari ke-17 dihitung mulai dari pertama haid.

b) Metode Suhu Basal Badan (Thermal)

Suhu badan diukur memakai termometer, sewaktu bangun pada pagi hari hari (dalam keadaan istirahat penuh), setiap hari. Hasil pengukuran dicatat pada kartu pencatatan suhu badan. Metode suhu basal badan (thermal) adalah suatu metode kontrasepsi yang dilakukan dengan mengukur suhu tubuh untuk mengetahui suhu tubuh basal, untuk menentukan masa ovulasi. Metode suhu basal tubuh mendeteksi kapan ovulasi terjadi. Keadaan ini dapat terjadi karena progesterone, yang dihasilkan oleh korpus luteum, menyebabkan peningkatan suhu

basal tubuh. Sebelum perubahan suhu basal tubuh dipertimbangkan sebagai masa ovulasi, suhu tubuh terjadi peningkatan sedikitnya 0,40F (0,2-0,50C) di atas 6 kali perubahan suhu sebelumnya yang diukur.

c) Metode Lendir Cervic (*Metode Ovulasi Billings/MOB*)

Adalah metode kontrasepsi dengan menghubungkan pengawasan terhadap perubahan lendir serviks wanita yang dapat di deteksi di vulva. Metode ovulasi didasarkan pada pengenalan terhadap perubahan lendir serviks selama siklus menstruasi yang menggambarkan masa subur dalam siklus dan waktu fertilitas maksimal dalam masa subur.

d) Metode Sympto Thermal

Adalah metode kontrasepsi yang dilakukan dengan mengamati perubahan lendir dan perubahan suhu badan tubuh. Dasarnya kombinasi antara bermacam metode KB alamiah untuk menentukan masa subur/ ovulasi

e) Metode Amenorhea Laktasi

Metode Amenorhea Laktasi adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa pemberian makanan tambahan atau minuman apapun. Efektifitas metode amenorhea laktasi tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pasca persalinan). Petunjuk penggunaan metode amenore-laktasi adalah sebagai berikut:

1. Bayi harus berusia kurang dari 6 bulan
2. Wanita yang belum mengalami perdarahan pervaginam
3. setelah 56 hari pascapartum.
4. Pemberian ASI harus merupakan sumber nutrisi yang eksklusif untuk bayi.

f) Coitus Interruptus (Senggama Terputus)

Metode Kontrasepsi dimana senggama di akhiri sebelum terjadi ejakulasi intra-vagina. Ejakulasi terjadi jauh dari genitalia eksterna. Efektifitasnya efektif bila dilaksanakan dengan benar. Efektifitas

bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4-18 kehamilan per 100 perempuan per tahun). Efektifitas akan jauh menurun apabila sperma dalam waktu 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis.

2) Metode Kontrasepsi Sederhana Dengan Alat

Metode kontrasepsi sederhana dengan alat adalah sebagai berikut¹⁴:

a) Kondom

Adalah suatu selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), yang dipasang pada penis (kondom pria) atau vagina (kondom wanita) pada saat berhubungan seksual. Efektifitas kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun

b) Metode Kontrasepsi Kombinasi

Metode kontrasepsi kombinasi adalah sebagai berikut¹³:

(1) Pil Kombinasi

Pil kombinasi merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesteron. Pil kombinasi terbagi dalam 3 jenis:

- a. Monofasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet, mengandung hormon aktif esterogen/ progestin dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- b. Bifasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif esterogen/progestin dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- c. Trifasik: Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif esterogen/progestin dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif; dosis hormon bervariasi setiap hari.

Cara Kerja:

1. Menekan ovulasi
2. Mencegah implantasi
3. Mengentalkan lendir servik

Efektifitas:

Efektifitas tinggi, 1 kehamilan/1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan.

Keuntungan/Manfaat

1. Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
2. Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
3. Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang.
4. Mengurangi jumlah perdarahan sehingga mengurangi anemia
5. Mencegah kanker ovarium dan kanker endometrium
6. Mencegah kista ovarium.
7. Mencegah kehamilan ektopik

Kerugian

1. Mahal dan membosankan karena di gunakan setiap hari.
2. Mual 3 bulan pertama
3. Pusing
4. Perdarahan bercak pada 3 bulan pertama
5. Nyeri payudara
6. Kenaikan berat badan
7. Tidak mencegah Penyakit Menular Seksual (PMS).
8. Tidak dapat digunakan untuk ibu menyusui.

Kontra indikasi/yang tidak boleh menggunakan:

1. Hamil atau diduga hamil
2. Perokok usia > 35 tahun
3. Riwayat penyakit jantung atau tekanan darah tinggi (>180/110).

4. Riwayat diabetes militus (DM) > 20 tahun
5. Myoma uteri
6. Epilepsi
7. Menyusui di bawah 6 minggu pasca persalinan
8. Sakit kepala hebat (migraine)

(2) Pil Progestin

Kontrasepsi Pil progestin atau minipil merupakan pil yang mengandung progestin dalam dosis yang sangat rendah. Jenis kontrasepsi pil progestin ada 2 yaitu kemasan dengan isi 35 pil: 300 ig levonorgestrel atau 350 ig noretindron dan kemasan dengan isi 28 pil: 75 ig norgestrel

Cara Kerja:

1. Menghambat Ovulasi
2. Mencegah Implantasi
3. Memperlambat transport gamet/ ovum
4. Mengentalkan lendir serviks yang kental

Efek samping

1. Gangguan frekuensi dan lamanya haid

Perdarahan atau haid yang tidak teratur seringkali terjadi pada pengguna pil progestin. Lakukan pemeriksaan tambahan untuk menyingkirkan kemungkinan adanya kehamilan.

2. Sefalgia (sakit kepala)

Penggunaan pil progestin tidak dianjurkan untuk klien yang mempunyai riwayat migren atau sefalgia berat. (PPIBI, 2011: 125)

(3) Kontrasepsi Suntikan/Injeksi

(a) Suntikan Kombinasi

Suntik kombinasi merupakan kontrasepsi suntik yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesteron. Terdiri dari 2 jenis, yaitu: 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan 5

mg estradiol valerat. 50 mg noretindron enantat dan 5 mg estradiol valerat.

Mekanisme Kerja

1. Menekan ovulasi
2. Menghambat transportasi gamet oleh tuba
3. Mempertebal mukus serviks (mencegah penetrasi sperma)
4. Mengganggu pertumbuhan endometrium, sehingga menyulitkan proses implantasi

Cara Penggunaan:

1. Suntikan *intra muskular* (IM) setiap bulan.
2. Diulang tiap 4 minggu sekali
3. 7 hari lebih awal, terjadi resiko gangguan perdarahan
4. Setelah hari ke 7 bila tidak hubungan 7 hari kemudian atau gunakan kontrasepsi lain.

Efek Samping dan Penanganannya

1. Amenorhea
Singkirkan kehamilan jika hamil lakukan konseling. Bila tidak hamil, sampaikan bahwa darah tidak terkumpul di rahim.
2. Mual/pusing/muntah
Pastikan tidak hamil. Informasikan hal tersebut bisa terjadi, jika hamil lakukan konseling/ rujuk.
3. Spotting
Jelaskan ini merupakan hal biasa tapi juga bisa berlanjut, jika berlanjut maka anjurkan ganti cara.

Instruksi Untuk Klien

1. Harus kembali untuk suntik ulang tiap 4 minggu (1 bulan).
2. Tidak haid 2 bulan maka pastikan tidak hamil.
3. Harus menyampaikan obat lain yang sedang diminum

4. Mual, sakit kepala, nyeri ringan payudara dan spotting sering ditemukan pada 2-3 kali suntikan pertama.

(b) Suntikan Progestin

Menurut PPIBI (2016), kontrasepsi suntik progestin yang umum digunakan adalah *Depo Medroxyprogesteron acetate* (DMPA) dan *Norethisteron Enantathe* (NET-EN) yang merupakan progesteron alamiah yang ada didalam tubuh seorang perempuan. Kontrasepsi progestin tidak mengandung estrogen sehingga dapat digunakan pada masa laktasi dan perempuan yang tidak mengandung estrogen.

Mekanisme Kerja

1. Menekan ovulasi
2. Lendir serviks menjadi kental dan sedikit, sehingga merupakan barier terhadap spermatozoa.
3. Membuat endometrium menjadi kurang baik/ layak untuk implantasi dari ovum yang sudah dibuahi.
4. Mempengaruhi kecepatan transpor ovum di dalam *tuba falopi*.

Efektifitas

Efektifitas suntikan progestin memiliki efektifitas yang tinggi (3 kehamilan per 1000 perempuan) pada tahun pertama penggunaan, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yaitu setiap 12 minggu.

Efek samping dan penatalaksanaannya

1. Amenore

Jelaskan bahwa sebagian besar pengguna suntikan progestin mengalami hal ini. Haid tidak harus ada setiap bulan dan hal ini tidak mengganggu kesehatan ibu. Klien tidak akan menjadi *infertil* karena darah tidak terkumpul didalam rahim. Beberapa pengguna justru merasa senang

jika tidak mendapat haid, bila klien merasa terganggu akan hal ini anjurkan menggunakan suntik kombinasi.

2. Perdarahan *ireguler*

Jelaskan bahwa kondisi ini tidak mengganggu kesehatan klien dan gangguan ini akan berkurang setelah beberapa bulan penggunaan untuk penanganan jangka pendek, gunakan ibuprofen 3x 800 mg / hari selama 5 hari atau asam mefenamat 2x 500 mg setelah makan.

3. Kenaikan berat badan

Lakukan kajian pola diet dan jika ditemukan masalah rujuk klien ke ahli gizi

4. Perut kembung dan tidak nyaman

Coba atasi dengan obat-obat lokal yang tersedia

5. Perdarahan banyak atau berkepanjangan

Untuk penanganan efek samping seperti ini dapat menggunakan kontrasepsi oral kombinasi 1 tablet sehari selama 21 hari yang dimulai sejak timbulnya perdarahan.

6. Sefalgia

Untuk sefalgia yang terkait dengan pemakaian suntikan progestin, dapat diberikan aspirin (325-650mg), Ibuprofen (200-400 mg), paracetamol (325-1000 mg), atau penghilang nyeri lainnya, jika sefalgia menjadi lebih berat atau lebih sering timbul selama penggunaan suntikan progestin maka lakukan evaluasi tentang kemungkinan penyebab lainnya.

(4) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

AKBK adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antra 3-5 tahun. Metode ini dikembangkan semua *The Population Council*, yaitu suatu organisasi internasional yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan teknologi kontrasepsi.¹

Keuntungan kontrasepsi implant

7. Daya guna tinggi
8. Perlindungan jangka panjang (sampai 3 tahun)
9. Pengembalian kesuburan yang cepat
10. Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
11. Tidak mengganggu ASI
12. Pasiennya hanya kembali ke klinik jika ada keluhan
13. Dapat dicabut setiap saat
14. Mengurangi jumlah darah menstruasi
15. Menurangi/ memperbaiki anemia

Kerugian kontrasepsi implant

1. Menimbulkan gangguan menstruasi, yaitu menstruasi menjadi tidak teratur.
2. Berat badan bertambah
3. Menimbulkan acne (jerawat), ketegangan payudara
4. Liang senggama menjadi kering.

Teknik pemasangan kontrasepsi implant

Prinsip pemasangan KB implant adalah dipasang tepat di bawah kulit, diatas lipatan siku, di daerah lengan atas.¹⁵ Cara pemakaian:

1. Pastikan klien telah mencuci lengan atas hingga bersih
2. Lapsi tempat penyangga lengan atau meja samping dengan kain bersih
3. Persilahkan klien berbaring dan lengan atas yang telah disiapkan, tempatkan di atas meja penyangga, lengan atas membentuk sudut 30 terhadap bahu dan sendi siku 90 untuk memudahkan petugas melakukan pemasangan.
4. Tentukan tempat pemasangan yang optimal, 8 cm di atas lipatan siku dan reka posisi kapsul di bawah kulit (subdermal).
5. Siapkan tempat peralatan dan bahan serta bungkus steril tanpa menyentuh peralatan yang ada di dalamnya.
6. Persiapkan tempat insisi dengan mengoleskan antiseptik

7. Lakukan anestesi dengan lidocain 1, lakukan anestesi lokal (intrakutan dan subdermal)
8. Pastikan efek anestesi telah berlangsung, pegang skapel dengan sudut 45, buat insisi dangkal hanya sekedar menembus kulit.
9. Trokar harus dipegang dengan ujung yang tajam menghadap ke atas.
10. Tanda 1 dekat pangkal menunjukkan batas masuknya trokat sebelum memasukkan setiap kapsul. Tanda 2 dekat ujung menunjukkan batas pencabutan trokat setelah memasang setiap kapsul. Untuk meletakkan kapsul tepat dibawah kulit, angkat trokar ke atas, sehingga kulit terangkat.
11. Masukkan trokar perlahan-lahan dan hati-hati ke arah tanda 1 dekat pangkal. Trokar harus selalu terlihat mengangkat kulit selama pemasangan. Saat trokar masuk sampai tanda 1, cabut pendorong dari trokar (implant-2). Untuk implant-2 plus, justru pendorong dimasukkan (posisi panah sebelah atas) setelah tanda 1 tercapai dan putar 180 searah jarum jam hingga terbebas dari tahanan. Lakukan hingga kapsul terpasang semua.
12. Sebelum mencabut trokar raba kapsul untuk memastikan kedua kapsul telah terpasang. Setelah kedua kapsul terpasang keluarkan trokar dengan pelan pelan. Tekan insisi dengan kasa selama 1 menit untuk menghentikan perdarahan. Bersihkan tempat pemasangan dengan kasa antiseptik dan tutup luka insisi menggunakan plester.

Pencabutan kontrasepsi implant

Pada pencabutan banyak dijumpai kesulitan sehingga diupayakan untuk merencanakan teknik pencabutan sebagai berikut:

1) Teknik U klasik

- (a) Klem yang dipakai mencabut kapsul pada teknik U merupakan modifikasi klem yang digunakan vasktomi tanpa pisau atau diameter ujung klem di perkecil dari 3,5 menjadi 2,2 mm.
- (b) Tentukan lokasi insisi pada kulit diantara kapsul 1 dan 2 lebih 3mm dari ujung kapsul dekat siku, lakukan anestesi pada bagian bawah ujung kapsul. Setelah itu lakukan insisi kecil, jepit batang kapsul pada 3 mm dari ujung kapsul dengan menggunakan klem U dan pastikan jepitan mencakup seluruh lingkaran batang kapsul.
- (c) Angkat klem U untuk mempresentasikan ujung kapsul dengan baik. Sambil mempertahankan ujung kapsul dengan klem fiksasi, bersihkan jaringan ikat yang melingkupi ujung kapsul sehingga bagian tersebut dapat dibebaskan dan tampak dengan jelas.
- (d) Tarik keluar ujung kapsul yang dijepit sehingga seluruh batang kapsul dapat dikeluarkan. Letakkan kapsul yang sudah dicabut pada mangkok.

2) Tehnik pop out

- (a) Untuk menggunakan taknik ini, raba tempat pencabutan secara hati-hati untuk menentukan dan menandai kapsul
- (b) Raba ujung kapsul di daerah dekat siku untuk memilih salah satu kapsul yang lokasinya terletak di tengah dan mempunyai letak yang sama dengan ujung kapsul yang lainnya. Dorong ujung bagian atas kapsul (dekat bahu klien) yang telah dipilih tadi dengan menggunakan jari. Pada saat ujung kapsul tampak

jelas dibawah kulit, buat insisi kecil 2-3mm dengan menggunakan skapel.

(c) Lakukan penekanan dengan menggunakan ibu jari dan jari tangan lainnya pada ujung bagian bawah kapsul untuk membuat ujung kapsul tersebut tepat berada dibawah tempat insisi.

(d) Tekan jaringan ikat yang sudah berpotong tadi dengan kedua ibu jari sehingga ujung bawah kapsul tampil keluar. Tekan sedikit ujung cranial kapsul sehingga mencuat (pop out) pada luka insisi dan dengan mudah dapat di pegang dan di cabut.

(5) Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)

AKDR merupakan salah satu metode jangka panjang yang cukup efektif karena hanya terjadi kurang dari 1 kehamilan diantara 100 pengguna AKDR (6-8 per 1000 pengguna) di tahun pertama memakai AKDR. Efek kontraseptif akan menurun apabila waktu penggunaannya telah melampaui 10 tahun.

Jenis Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)¹³, yaitu:

1) AKDR CuT-380A

Kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu). Tersedia di Indonesia dan terdapat dimana-mana.

2) AKDR yang mengandung hormon Levonogestrel (LNG)

Keuntungan AKDR

- a. Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi (6-8 kehamilan per 1000 perempuan dalam 1 tahun pertama
- b. AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
- c. Metode jangka panjang (proteksi 10 tahun) untuk yang mengandung tembaga, dan 5 tahun untuk yang mengandung hormon
- d. Sangat efektif karena tidak perlu mengingat-ingat

- e. Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- f. Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
- g. AKDR Cu 380 A tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- h. Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah keguguran (apabila tidak terjadi infeksi)
- i. Dapat digunakan sampai menopause (dicabut setelah kurang lebih 1 tahun)
- j. Tidak ada interaksi dengan obat lain
- k. Membantu mencegah kehamilan ektopik
- l. Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat (AKDR Cu 380 A)

Kerugian/Keterbatasan

- a. Nyeri pada waktu pemasangan
- b. Efek samping yang umum terjadi: perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan setelah itu akan berkurang), haid lebih lama dan lebih banyak, perdarahan (spotting) antar menstruasi, saat haid lebih sakit.
- c. Tidak mencegah infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV/AIDS.
- d. Tidak baik digunakan oleh perempuan yang sering berganti-ganti pasangan atau menderita PMS.
- e. Penyakit Radang Panggul (PRP) terjadi sesudah perempuan dengan IMS menggunakan AKDR. PRP dapat menyebabkan infertilitas.
- f. Diperlukan prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik dalam pemasangan AKDR.
- g. Ada sedikit nyeri dan spotting terjadi segera setelah pemasangan AKDR, tetapi biasanya menghilang dalam 1-2 hari.

- h. Klien tidak dapat melepas sendiri AKDR (harus dilepaskan oleh petugas kesehatan terlatih).
- i. Kemungkinan AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui klien (sering terjadi bila AKDR dipasang segera setelah melahirkan).
- j. Klien harus memeriksakan posisi benang AKDR dari waktu ke waktu dengan cara memasukkan jarinya ke dalam vagina.

Yang dapat menggunakan AKDR

- a. Usia reproduktif.
- b. Keadaan nulipara.
- c. Menginginkan kontrasepsi jangka panjang.
- d. Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi.
- e. Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya.
- f. Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi.
- g. Resiko rendah dari IMS.
- h. Tidak menyukai metode hormonal.
- i. Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari.
- j. Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari pasca persalinan.

Yang tidak boleh menggunakan AKDR

- a. Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil)
- b. Perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai dapat dievaluasi)
- c. Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servicitis)
- d. Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sedang menderita PRP atau abortus septik

- e. Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim

Waktu pemasangan AKDR

- a. Setiap saat selama 7 hari pertama menstruasi atau dalam siklus berjalan bila diyakini klien tidak hamil
- b. Pasca persalinan (segera setelah melahirkan sampai 48 jam pertama atau setelah 4-6 minggu atau setelah 6 bulan menggunakan MAL
- c. Pasca keguguran (segera atau selama 7 hari pertama) selama tidak ada komplikasi infeksi/ radang panggul

Efek samping dan penanganannya

Adapun efek samping dan penanganannya menurut PPIBI (2016) yaitu sebagai berikut:

Tabel 8 Efek samping dan penanganan AKDR

1. perdarahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan evaluasi penyebab- penyebab perdarahan lainnya dan lakukan penanganan yang sesuai jika diperlukan 2. Jika tidak ditemukan penyebab lainnya, beri non steroidal anti-inflamatori (NSAID, seperti ibuprofen) selama 5-7 hari.
2. kram atau nyeri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cari penyebab nyeri dan beri penanganan yang sesuai jika diperlukan. 2. Jika tidak ditemukan penyebab-penyebab lainnya berikan asetaminofen atau ibuprofen setiap hari pada beberapa hari pertama menstruasi.
3. Keluhan benang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gunting benang sehingga tidak menonjol keluar dari mulut rahim (muara serviks) 2. Jelaskan bahwa benang AKDR tidak lagi keluar dari mulut rahim dan pasangannya tidak akan merasajuluran benang tersebut. 3. Buat dalam catatan klien bahwa benang telah dipotong rata setinggi dengan permukaan serviks (penting untuk teknik melepas AKDR nantinya).

(6) Metode Keluarga Berencana Vasektomi

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

Efektifitas vasektomi

- a. Setelah masa pengosongan sperma dari vesikula seminalis maka kehamilan hanya terjadi pada 1/100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- b. Pada mereka yang tidak dapat memastikan masih adanya sperma pada ejakulat atau tidak patuh menggunakan kondom hingga 20 kali ejakulasi maka kehamilan terjadi pada 2-3/100 perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- c. Selama 3 tahun penggunaan, terjadi sekitar 4 kehamilan/100 perempuan.

Manfaat non kontraseptif vasektomi

- a. Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang
- b. Tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi.

Keterbatasan Vasektomi

- a. Permanen dan timbul masalah bila klien menikah lagi.
- b. Bila tak siap ada kemungkinan penyesalan di kemudian hari
- c. Resiko dan efek samping pembedahan kecil.
- d. Ada nyeri/rasa tak nyaman pasca bedah
- e. Perlu tenaga pelaksana terlatih
- f. Tidak melindungi klien terhadap PMS

(7) Alat kontrasepsi Tubektomi

Adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi.

Efektivitas tubektomi

- a. Kurang dari 1 kehamilan per 100 (5/1000) perempuan pada tahun pertama penggunaan.

- b. Pada 10 tahun penggunaan, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 per 1000 perempuan).
- c. Efektivitas kontrasepsi terkait juga dengan teknik tubektomi (penghambatan atau oklusi tuba). tetapi secara keseluruhan efektivitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan metode kontrasepsi lainnya

Keuntungan kontrasepsi tubektomi

- a. Langsung efektif
- b. Masa reproduktif wanita terbatas: seorang pria dapat mempertahankan kesuburannya selama bertahun-tahun dan memiliki lebih banyak kesempatan untuk menyesali keputusan menjalani tubektomi.

Kerugian kontrasepsi tubektomi

Tubektomi wanita memiliki resiko morbiditas dan mortalitas operasi:

- a. Tubektomi tidak selalu dapat dipulihkan
- b. Tubektomi merupakan metode kontrasepsi alternatif yang lebih rumit yang memerlukan penyediaan fasilitas khusus dan petugas terlatih.
- c. Tubektomi tidak segera efektif, dan kontrasepsi lain harus digunakan sampai diperoleh hasil hitung sperma negatif 2 kali berturut-turut.

7. Serba-serbi ASI Perah

a. Memerah Air Susu Ibu (ASI)¹⁶

- 1) Memerah ASI diperlukan untuk merangsang pengeluaran ASI pada keadaan payudara sangat bengkak, puting sangat lecet, dan pada bayi yang tidak dapat diberikan minum.
- 2) ASI diperah bila ibu tidak bersama bayi saat waktu minum bayi.
- 3) Untuk meningkatkan produksi ASI, payudara dikompres dengan air hangat dan dipijat dengan lembut sebelum memerah ASI.
- 4) Memerah yang dilakukan secara rutin dapat meningkatkan produksi ASI
- 5) Bila ASI akan diperah secara rutin, dianjurkan menggunakan kantong plastik yang didisain untuk menyimpan ASI, yang pada ujungnya terdapat perekat untuk menutupnya. Kumpulan kantong plastik kecil tersebut dimasukkan ke

dalam kantong plastik besar agar terlindung dan terhindar dari robek/ lubang.
Pada setiap kantong plastik harus diberi label tanggal dan waktu pemerah.

b. Cara pemerah ASI dengan tangan

- 1) Gunakan wadah yang terbuat dari plastik atau bahan metal untuk menampung ASI.
- 2) Cuci tangan terlebih dahulu dan duduk dengan sedikit mencondongkan badan ke depan.
- 3) Payudara dipijat dengan lembut dari dasar payudara ke arah puting susu.
- 4) Rangsang puting susu dengan ibu jari dan jari telunjuk anda.
- 5) Letakkan ibu jari di bagian atas sebelah luar areola (pada jam 12) dan jari telunjuk serta jari tengah di bagian bawah areola (pada jam 6).
- 6) Tekan jari-jari ke arah dada, kemudian pencet dan tekan payudara di antara jari-jari, lalu lepaskan, dorong ke arah puting seperti mengikuti gerakan mengisap bayi. Ulangi hal ini berulang-ulang.
- 7) Hindari menarik atau memeras terlalu keras. Bersabarlah, mungkin pada awalnya akan memakan waktu yang agak lama.
- 8) Ketika ASI mengalir lambat, gerakkan jari di sekitar areola dan berpindah-pindah tempat, kemudian mulai pemerah lagi.
- 9) Ulangi prosedur ini sampai payudara menjadi lembek dan kosong.
- 10) Menggunakan kompres hangat atau mandi dengan air hangat sebelum pemerah ASI akan membantu pengeluaran ASI.

c. Menyimpan ASI

- 1) ASI perah disimpan dalam lemari pendingin atau menggunakan *portable cooler bag*
- 2) Untuk tempat penyimpanan ASI, berikan sedikit ruangan pada bagian atas wadah penyimpanan karena seperti kebanyakan cairan lain, ASI akan mengembang bila dibekukan.
- 3) ASI perah segar dapat disimpan dalam tempat/wadah tertutup selama 6-8 jam pada suhu ruangan (26°C atau kurang). Jika lemari pendingin (4°C atau kurang) tersedia, ASI dapat disimpan di bagian yang paling dingin selama 3-5 hari, di *freezer* satu pintu selama 2 minggu, di *freezer* dua pintu selama 3

bulan dan di dalam *deep freezer* (-18°C atau kurang) selama 6 sampai 12 bulan.

- 4) Bila ASI perah tidak akan diberikan dalam waktu 72 jam, maka ASI harus dibekukan.
- 5) ASI beku dapat dicairkan di lemari pendingin, dapat bertahan 4 jam atau kurang untuk minum berikutnya, selanjutnya ASI dapat disimpan di lemari pendingin selama 24 jam tetapi tidak dapat dibekukan lagi.
- 6) ASI beku dapat dicairkan di luar lemari pendingin pada udara terbuka yang cukup hangat atau di dalam wadah berisi air hangat, selanjutnya ASI dapat bertahan 4 jam atau sampai waktu minum berikutnya tetapi tidak dapat dibekukan lagi.
- 7) Jangan menggunakan *microwave* dan memasak ASI untuk mencairkan atau menghangatkan ASI.
- 8) Sebelum ASI diberikan kepada bayi, kocoklah ASI dengan perlahan untuk mencampur lemak yang telah mengapung.
- 9) ASI perah yang sudah diminum bayi sebaiknya diminum sampai selesai, kemudian sisanya dibuang.¹⁷