

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### 2.1 Konsep Dasar Kehamilan

##### 2.1.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) Prawirohardjo (2009).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir Tresnawati (2012)

##### 2.1.2 Tanda Bahaya pada Ibu Hamil

Tanda – tanda bahaya kahamilan adalah tanda-tanda yang mengidentifikasi adanya bahay yang dapat terjadi selama kehamilan, yang apabila tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu .Salamah,(2006)

Macam-macam tanda-tanda bahaya dalam kehamilan :

1. Perdarahan pervaginam
2. Sakit kepala yang hebat
3. Masalah pengelihatan
4. Bengkak pada muka dan tangan
5. Nyeri perut yang hebat
6. Gerakan janin yang berkurang atau menghilang
7. Demam
8. Mual dan muntah yang berlebihan
9. Keluar cairan yang banyak per vaginam secara tiba-tiba (keluar air ketuban sebelum waktunya)

### 2.1.3 Faktor Resiko dalam Kehamilan

Resiko tinggi adalah bahaya yang lebih besar pada waktu kehamilan maupun persalinan, bila dibandingkan dengan ibu hamil normal. (Indiarti, 2014)

Menurut Poedji Rochyati, dkk kriteria kehamilan resiko tinggi adalah :

1. Primipara muda umur kurang dari 16 tahun
2. Primipara tua umur diatas 35 tahun
3. Primipara sekunder dengan umur anak terkecil diatas 5 tahun
4. Tinggi badan kurang dari 145 cm
5. Riwayat kehamilan yang buruk :
  - a) Pernah keguguran
  - b) Pernah persalinan prematur, lahir mati
  - c) Riwayat persalinan dengan tindakan (ekstraksi vacum, ekstraksi forceps, operasi sesaria)
  - d) Pre-eklamsia dan eklamsia
  - e) Gravida serotinus
  - f) Kehamilan perdarahan antepartum
  - g) Kehamilan dengan kelainan letak
6. Kehamilan dengan penyakit ibu yang mempengaruhi kehamilan

### 2.1.4 Pengertian Kehamilan dengan Tinggi Badan Kurang

(Laming, 2013)WHO(2012) merekomendasikan tinggi badan 145 cm sebagai tanda adanya tinggi badan rendah atau tidak. Ibu yang memiliki tinggi badan lebih rendah memiliki resiko lebih tinggi untuk mengalami kemacetan dalam persalinan.

### 2.1.5 Pengaruh Tinggi Badan Ibu Terhadap Kehamilan

Salah satu resiko tinggi pada ibu hamil adalah ibu dengan tinggi badan kurang dari 145 cm. Tinggi badan kurang disebabkan karena faktor internal, faktor eksternal, dan faktor lingkungan.

Faktor internal yang mempengaruhi tinggi badan adalah sebagai berikut :

#### 1. Faktor Genetik

Tidak semua orang memiliki tinggi badan yang sama. Kemampuan untuk menjadi tinggi diwariskan dari orang tuanya, sehingga anak yang tinggi biasanya berasal dari orang tua yang tinggi pula

## 2. Hormon

Hormon yang mempengaruhi pertumbuhan antara lain sebagai berikut :

- a) Hormon pertumbuhan hipofisis : mempengaruhi pertumbuhan sel tulang
- b) Hormon tiroid : mempengaruhi pertumbuhan dan pematangan tulang. Kekurangan hormon ini dapat menyebabkan kekerdilan (kretinisme) dan jika kelebihan dapat menyebabkan pertumbuhan raksasa (gigantisme)
- c) Hormon kelamin dan kelenjar suprarenalis : bekerja terutama pada masa pubertas. Pada masa ini, pertumbuhan berlangsung sangat cepat.

Faktor eksternal yang mempengaruhi tinggi badan adalah sebagai berikut :

### 1. Lingkungan Perinatal

- a) Kurangnya asupan makanan selama kehamilan dapat meningkatkan angka kelahiran mati dan kematian neonatal.
- b) Pemakaian sinar rontgen yang tidak mengikuti aturan dapat mengakibatkan kelainan pada fetus seperti kemuduran mental dan cacat pada anggota gerak
- c) Infeksi virus dan penyakit lainnya dapat menyebabkan kemunduran mental, cacat tubuh, atau kelainan jantung.

### 2. Lingkungan Pascanatal

- a) Kurangnya asupan bahan makanan pembangun tubuh terutama protein dapat mengganggu pertumbuhan
- b) Keadaan sosial ekonomi memegang peranan penting dalam pertumbuhan anak. Hal ini jelas terlihat pada ukuran bayi yang kecil/ kurus yang lahir dari orang tua dengan keadaan sosial ekonomi rendah, dibandingkan bayi dengan ukuran yang berat/gemuk yang lahir dari orangtua dengan sosial ekonomi cukup baik.

Faktor lain yang mempengaruhi tinggi badan yang dikemukakan oleh teori Rustam Mochtar yang menyatakan bahwa tinggi badan kurang dikarenakan asupan makanan bergizi yang kurang. Tinggi badan kurang dari 145 cm pada wanita berpotensi untuk memiliki panggul sempit atau Cepalo Pelvik Disproportion (CPD)

### 2.1.6 Pengertian CPD

Cepalo Pelvik Dispropostion (CPD) adalah keadaan yang menggambarkan ketidaksesuaian antara kepala janin dan panggul ibu sehingga janin tidak dapat keluar melalui vagina. CPD disebabkan oleh panggul sempit, janin besar ataupun kombinasi keduanya.

### 2.1.7 Tanda- tanda mengalami CPD

- a. Pola persalinan disfungsional
- b. Kegagalan kemajuan persalinan
- c. Fleksi kepala yang buruk
- d. Kemacetan rotasi internal dan penurunan

### 2.1.8 Akibat dari CPD

- a. Kerusakan pada janin yaitu kerusakan otak
- b. Kematian janin
- c. Rupture uterus
- d. Kematian ibu
- e. Infeksi intrauterine

### 2.1.9 Penanganan CPD

- a. Persalinan percobaan

Persalinan percobaan hanya dilakukan pada letak belakang kepala, tidak bisa pada letak sungsang, letak dahi, letak muka, atau kelainan letak lainnya. Ketentuan lainnya adalah umur kehamilan tidak boleh lebih dari 42 minggu, karena kepala janin bertambah besar sehingga sukar terjadi moulage dan ada kemungkinan disfungsi plasenta janin yang akan menjadi penyulit persalinan percobaan.

- b. Sectio Caesaria

Sectio caesaria efektif dilakukan pada kesempatan panggul berat dengan kehamilan aterm, atau CPD yang nyata. Sectio juga dapat dilakukan pada kesempatan panggul ringan apabila ada komplikasi seperti primigravida tua atau kelainan letak janin yang tidak dapat diperbaiki.

- c. Simfisiotomi

Tindakan ini dilakukan dengan memisahkan panggul kiri dan kanan pada simfisis. Tindakan ini sudah dilakukan lagi.

- d. Kraniotomi dan Kleidotomi

Pada janin yang telah mati dapat dilakukan kraniotomi atau kleidotomi. Apabila panggul sangat sempit sehingga janin tetap tidak dapat dilahirkan, maka dilakukan sectio caesaria.

#### 2.1.10 Manajemen SOAP Kehamilan

##### Pengkajian

##### a. Data Subjektif

##### 1. Identitas

- a) Nama : untuk mengenal ibu dan suami
  - b) Umur : usia wanita yang dianjurkan untuk hamil adalah wanita dengan usia 20-35 tahun. Usia di bawah 20 tahun dan di atas 35 tahun memprediksi wanita terhadap sejumlah komplikasi.
  - c) Suku/bangsa : asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi dan adat istiadat yang dianut.
  - d) Agama : untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya.
  - e) Pendidikan : untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya.
  - f) Pekerjaan : status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya (Hidayat dan Uliyah,2008).
  - g) Alamat : bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan follow up terhadap perkembangan ibu.
2. Keluhan Utama : menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), keluhan yang muncul pada kehamilan trimester III meliputi sering kencing, nyeri pinggang dan sesak napas akibat pembesaran uterus serta merasa khawatir akan kelahiran bayinya dan keselamatannya
  3. Riwayat Menstruasi : untuk mengkaji kesuburan dan siklus haid ibu sehingga didapatkan hari pertama haid terakhir (HPHT) untuk menentukan usia kehamilan dan memperkirakan tanggal taksiran persalinannya (Prawirohadjo,2010)
  4. Riwayat Perkawinan : untuk mengetahui kondisi psikologis ibu yang akan mempengaruhi proses adaptasi terhadap kehamilan, persalinan, dan masa nifasnya.
  5. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu : untuk mengetahui kejadian masa lalu ibu mengenai masa kehamilan, persalinan dan nifasnya.komplikasi yang dialami dikaji untuk mengidentifikasi masalah

potensial yang kemungkinan akan muncul pada kala ini. Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi memperkirakan lama persalinan kali ini. Metode persalinan sebelumnya merupakan indikasi untuk memperkirakan persalinan kali ini secara SC atau pervaginam. Berat badan janin sebelumnya yang dilahirkan pervaginam dikaji untuk memastikan keadekuatan panggul ibu untuk melahirkan bayi saat ini (Varney,2007).

6. Riwayat hamil sekarang : untuk mengetahui beberapa kejadian maupun komplikasi yang terjadi pada kehamilan sekarang. HPHT digunakan untuk menentukan tafsiran tanggal persalinan dan usia kehamilan. Gerakan janin yang dirasakan ibu bertujuan untuk mengkaji kesejahteraan janin (Varney,2007). Gerakan janin mulai dapat dirasakan pada minggu ke-16 sampai ke-20 kehamilan (Bobak,dkk,2005).
7. Riwayat penyakit lalu : adanya penyakit seperti diabetes melitus dan ginjal dapat memperlambat proses penyembuhan luka (Hidayat dan Uliyah,2008). Gangguan sirkulasi dan perfusi jaringan dapat terjadi pada penderita diabetes melitus. Selain itu, hiperglikemia dapat menghambat fagositosis dan menyebabkan terjadinya infeksi jamur dan ragi pada luka jalan lahir (Johnson dan Taylor,2005).
8. Riwayat Gynekologi : untuk mengetahui riwayat kesehatan reproduksi ibu, yang kemungkinan memiliki pengaruh terhadap proses kehamilannya.
9. Riwayat Penyakit Keluarga : untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga.
10. Riwayat Keluarga : untuk mengetahui penggunaan metode kontrasepsi ibu secara lengkap dan untuk merencanakan penggunaan metode kontrasepsi setelah masa nifas
11. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari
  - a) Pola Nutrisi : Makanan yang dianjurkan untuk ibu hamil antara lain daging tidak berlemak, ikan, telur, tahu, tempe, susu, brokoli, sayuran berdaun ijo, kacang-kacangan, buah dan hasil laut. Sedangkan makanan yang harus dihindari yaitu hati atau olahan hati, makanan mentah atau setengah matang, ikan yang mengandung merkuri seperti hiu dan marlin, kafein dalam kopi. Selain itu, menu makanan dan pegolahannya harus sesuai dengan Pedoman Umum Gizi Seimbang. (Mochtar,2011)
  - b) Pola Eliminasi : Pada kehamilan trimester III, ibu hamil menjadi sering buang air kecil dan konstipasi. Hal ini dapat dicegah dengan konsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih hangat ketika

lambung dalam keadaan kosong untuk merangsang gerakan peristaltik usus (Mochtar,2011)

- c) Pola Istirahat : Pada wanita usia reproduksi kebutuhan tidur dalam sehari adalah 8-9 jam
- d) Psikososial : pada setiap trimester kehamilan ibu mengalami perubahan kondisi psikologis. [erubahan yang terjadi pada trimester tiga yaitu periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Oleh karena itu, pemerian arahan, saran dan dukungan pada ibu tersebut akan memberikan kenyamanan sehingga ibu dapat menjalani kehamilannya dengan lancar

## 2) Data Objektif

### 1. Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan Umum : Baik
- b) Kesadaran : Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu. composmentisis adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- c) Keadaan Emosional: Stabil.
- d) Tinggi Badan: Untuk mengetahui apakah ibu dapat bersalin dengan normal. Batas tinggi badan minimal bagi ibu hamil untuk dapat bersalin secara normal adalah 145 cm. Namun, hal ini tidak menjadi masalah jika janin dalam kandungannya memiliki taksiran berat janin yang kecil (Kemenkes RI, 2013).
- e) Berat Badan: Penambahan berat badan minimal selama kehamilan adalah  $\geq 9$  kg (Kemenkes RI, 2013).
- f) LILA: Batas minimal LILA bagi ibu hamil adalah 23,5 cm (Kemenkes RI, 2013).
- g) Tanda-tanda Vital: Rentang tekanan darah normal pada orang dewasa sehat adalah 100/60 – 140/90 mmHg, tetapi bervariasi tergantung usia dan variable lainnya

### 2. Pemeriksaan Fisik

- a) Muka: Muncul bintik-bintik dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher (Chloasma Gravidarum) akibat Melanocyte Stimulating Hormone (Mochtar, 2011).Selain itu, penilaian pada muka juga ditujukan untuk melihat ada tidaknya pembengkakan pada daerah wajah serta mengkaji kesimetrisan bentuk wajah (Hidayat dan Uliyah, 2008).

- b) Mata: Pemeriksaan sclera bertujuan untuk menilai warna , yang dalam keadaan normal berwarna putih. Sedangkan pemeriksaan konjungtiva dilakukan untuk mengkaji munculnya anemia. Konjungtiva yang normal berwarna merah muda (Hidayat dan Uliyah, 2008). Selain itu, perlu dilakukan pengkajian terhadap pandangan mata yang kabur terhadap suatu benda untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya pre-eklampsia.
- c) Mulut: Untuk mengkaji kelembaban mulut dan mengecek ada tidaknya stomatitis.
- d) Gigi/Gusi: Gigi merupakan bagian penting yang harus diperhatikan kebersihannya sebab berbagai kuman dapat masuk melalui organ ini (Hidayat dan Uliyah, 2008). Karena pengaruh hormon kehamilan, gusi menjadi mudah berdarah pada awal kehamilan (Mochtar, 2011).
- e) Leher: Dalam keadaan normal, kelenjar tyroid tidak terlihat dan hampir tidak teraba sedangkan kelenjar getah bening bisa teraba seperti kacang kecil (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- f) Payudara: Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), payudara menjadi lunak, membesar, vena-vena di bawah kulit lebih terlihat, puting susu membesar, kehitaman dan tegak, areola meluas dan kehitaman serta muncul stretchmark pada permukaan kulit payudara. Selain itu, menilai kesimetrisan payudara, mendeteksi kemungkinan adanya benjolan dan mengecek pengeluaran ASI.
- g) Perut:
- Inspeksi : Muncul Striae Gravidarum dan Linea Gravidarum pada permukaan kulit perut akibat Melanocyte Stimulating Hormon (Mochtar, 2011).
  - Palpasi : Leopold 1, pemeriksa menghadap ke arah muka ibu hamil, menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terdapat pada fundus. Leopold 2, menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, menentukan letak punggung janin dan pada letak lintang, menentukan letak kepala janin Leopold 3, menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk ke pintu atas panggul atau masih dapat digerakkan. Leopold 4, pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil dan menentukan konvergen (Kedua jari-jari pemeriksa menyatu yang berarti bagian terendah janin belum masuk panggul) atau divergen (Kedua jari-jari pemeriksa tidak menyatu yang berarti bagian terendah janin sudah masuk panggul) serta seberapa jauh



bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul (Mochtar, 2011). Denyut jantung janin normal adalah antara 120-160 x/menit (Kemenkes RI, 2010). Pada akhir trimester III menjelang persalinan, presentasi normal janin adalah presentasi kepala dengan letak memanjang dan sikap janin fleksi (Cunningham, dkk, 2009)

- Tafsiran Berat Janin: Menurut Manuaba, dkk (2007), berat janin dapat ditentukan dengan rumus Lohnson, yaitu: Jika kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul Berat janin =  $(TFU - 12) \times 155$  gram  
Jika kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul Berat janin =  $(TFU - 11) \times 155$  gram

- h) Ano-Genetalia : Pengaruh hormon estrogen dan progesteron adalah pelebaran pembuluh darah sehingga dapat terjadi varises pada sekitar genetalia. Namun tidak semua ibu hamil mengalami varises pada daerah tersebut (Mochtar, 2011). Pada keadaan normal, tidak terdapat hemoroid pada anus.
- i) Ekstremitas: Tidak ada edema, tidak ada varises dan refleks patella menunjukkan respons positif.

### 3. Pemeriksaan Penunjang

- a) Hemoglobin: Wanita hamil dikatakan anemia jika kadar hemoglobin-nya  $< 10$  gram/dL. Jadi, wanita hamil harus memiliki hemoglobin  $> 10$ gr/dL (Varney, dkk, 2006).
- b) Golongan darah: Untuk mempersiapkan calon pendonor darah jika sewaktu-waktu diperlukan karena adanya situasi kegawatdaruratan (Kemenkes RI, 2013).
- c) USG: Pemeriksaan USG dapat digunakan pada kehamilan muda untuk mendeteksi letak janin, perlekatan plasenta, lilitan tali pusat, gerakan janin, denyut jantung janin, mendeteksi tafsiran berat janin dan tafsiran tanggal persalinan serta mendeteksi adanya kelainan pada kehamilan (Mochtar, 2011).
- d) Protein urine dan glukosa urine: Urine negative untuk protein dan glukosa (Varney, dkk, 2006).

### 3) Analisis

Perumusan diagnosa kehamilan disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti G2P1A0 usia 22 tahun usia kehamilan 30 minggu fisiologis dan janin tunggal hidup. Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu. Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), keluhan yang muncul pada

kehamilan trimester III meliputi sering kencing, nyeri pinggang dan sesak napas akibat pembesaran uterus serta rasa khawatir akan kelahiran bayinya dan keselamatannya. Selain itu, konstipasi dan sering lelah merupakan hal wajar dikeluhkan oleh ibu hamil (Mochtar, 2011).

#### 4) Penatalaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada ibu dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Asuhan kebidanan pada ibu hamil itu meliputi menimbang berat badan, mengukur tinggi badan, mengukur tekanan darah, mengukur LILA, mengukur TFU, menentukan status imunisasi dan memberikan imunisasi TT sesuai status imunisasi, memberikan tablet tambah darah, menentukan presentasi janin dan menghitung DJJ, memberikan konseling mengenai lingkungan yang bersih, kebutuhan nutrisi, pakaian, istirahat dan rekreasi, perawatan payudara, body mekanik, kebutuhan seksual, kebutuhan eliminasi, senam hamil, serta persiapan persalinan dan kelahiran bayi, memberikan pelayanan tes laboratorium sederhana, dan melakukan tatalaksana dan rujukan.

## 2.2 Konsep Dasar Persalinan

### 2.2.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi ( janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar dari rahim melalui jalan lahir atau jalan lain. Adapun menurut proses berlangsungnya persalinan dibedakan sebagai berikut :

#### 1. Persalinan Spontan

Bila persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri

#### 2. Persalinan Buatan

Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forseps atau dilakukan operasi sectio caesaria

#### 3. Persalinan Anjuran

Persalinan yang tidak dimuali dengan sendirinya, tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin, atau prostaglandin.

Persalinan menurut tuanya umur kehamilan dan berat badan bayi :

#### 1. Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum kehamilan 22 minggu atau bayi dengan berat badan kurang dari 500 gram.

## 2. Partus Immatus

Pengeluaran buah kehamilan antara 22 minggu dan 28 minggu atau bayi dengan berat badan antara 500 gram dan 999 gram.

## 3. Partus Prematur

Pengeluaran buah kehamilan antara 28-37 minggu atau bayi dengan berat badan antara 1000-2499 gram.

## 4. Partus Maturus atau Aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara 37-42 minggu atau bayi dengan berat badan antara 2500 gram atau lebih .

## 5. Partus Postmaturus atau Serotinus

Pengeluaran buah kehamilan setelah 42 minggu.

### 2.2.2 Sebab-sebab Mulainya Persalinan

#### a. Penurunan Kadar Progesteron

Pada saat 1-2 minggu sebelum persalinan dimulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila kadar progesteron menurun.

#### b. Teori Oksitosin

Pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah. Oleh karena itu, timbul kontraksi otot-otot rahim.

#### c. Kerenggangan otot-otot

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

#### d. Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan karena pada anencepalus kehamilan sering lebih lama dari biasa

#### e. Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihalikan desidua, disangka menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 dan E2 yang diberikaan secara intravena, intra dan extraminal menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan. Hal ini juga disokong dengan kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu-ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan.

### 2.2.3 Tahapan Persalinan

#### a. Kala I

Persalinan kala I atau kala pembukaan adalah periode persalinan yang dimulai dari his persalinan pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap. (Yanti,2010)

Berdasarkan kemajuan pembukaan, maka pembukaan kala I dibagi menjadi:

- 1) Fase Latent : fase pembukaan yang sangat lambat ialah dari 0 sampai 3 cm yang membutuhkan waktu 8 jam
- 2) Fase Aktif : fase pembukaan yang lebih cepat membutuhkan waktu 6 jam yang terbagi lagi menjadi :
  - a) Fase Akselerasi : dari pembukaan 3-4 cm yang dicapai dalam 2 jam
  - b) Fase Dilatasi Maksimal : dari pembukaan 4-9 cm dicapai dalam 2 jam
  - c) Fase Deselerasi (kurangnya kecepatan) : dari pembukaan 9-10 cm yang dicapai dalam 2 jam (Yanti,2010)

#### b. Kala II

Kala II atau kala pengeluaran adalah periode persalinan yang dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi (Yanti,2010). Proses ini berlangsung 2 jam pada primi gravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his lebih cepat dan kuat, kurang lebih 2-3 menit sekali. Dalam kondisi normal kepala janin sudah masuk dalam rongga panggul (Sumarah,dkk,2009)

#### c. Kala III

Kala III atau kala uri adalah periode persalinan yang dimulai dari lahirnya bayi sampai lahirnya plasenta. Berlangsung tidak lebih dari 30 menit (Yanti,2010). Setelah bayi lahir uterus teraba keras dan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya (Prawirohardjo,2008)

#### d. Kala IV

Kala IV merupakan masa 1-2 jam setelah plasenta lahir. Dalam klinik, atas pertimbangan-pertimbangan praktis masih diakui adanya kala IV persalinan meskipun masa setelah plasenta lahir adalah masa dimulainya masa nifas (puerperium), mengingat pada masa ini sering timbul perdarahan (Yanti,2010)

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah :

- 1) Tingkat kesadaran ibu bersalin
- 2) Pemeriksaan TTV : TD, nadi, suhu, respirasi
- 3) Kontraksi uterus
- 4) Terjadinya perdarahan. perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc
- 5) Isi kandung kemih (Syarifudin, 2008)

#### 2.2.4 Tanda dan Gejala Persalinan

##### a. Lightening

Lightening, yang dimulai dirasi kira-kira dua minggu sebelum persalinan, adalah penurunan bagian presentasi bayi kedalam pelvis minor. Sesak nafas yang dirasakan sebelumnya selama trimester III akan berkurang, penurunan kepala menciptakan ruang yang lebih besar di dalam abdomen atas untuk ekspansi paru. Lightening menimbulkan perasaan tidak nyaman yang lain akibat tekanan pada bagian presentasi pada struktur di area pelvis minor. Hal-hal tersebut adalah sebagai berikut:

- 1) Ibu jadi sering berkemih
- 2) Perasaan tidak nyaman akibat tekanan panggul yang menyeluruh
- 3) Kram pada tungkai yang disebabkan oleh tekanan bagian presentasi pada syaraf yang menjalar melalui foramina iskiadika mayor dan menuju tungkai
- 4) Peningkatan statis vena yang menghasilkan edema dependen akibat tekanan bagian presentasi pada pelvis minor menghambat aliran balik darah dari ekstermitas bawah.

##### b. Pollakisuria

Pada akhir bulan ke-9 hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendor, fundus uteri lebih rendah dari pada kedudukannya, dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul. Keadaan ini menyebabkan kandung kemih tertekan sehingga erangsang ibu untuk sering kencing.

##### c. False Labor

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan terhadap serviks. Kontraksi pada persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi braxton hick yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak sekitar 6 minggu kehamilan. Persalinan palsu dapat terjadi selama sehari-hari atau secara intermeten bahkan 3 atau 4 minggu sebelum persalinan sejati. Persalinan palsu sangat nyeri. Wanita

dapat mengalami kurang tidur dan kehilangan energi dalam menghadapinya. Bagaimanapun persalinan palsu juga mengindikasikan bahwa persalinan sudah dekat.

d. Perubahan Serviks

Mendekati persalinan, serviks semakin “matang”. Kalau tadinya selama hamil, serviks masih lunak, dengan konsisten seperti puding dan mengalami sedikit penipisan dan kemungkinan sedikit dilatasi. Perubahan serviks diduga terjadi akibat peningkatan intensitas kontraksi braxton hick. Serviks menjadi matang selama periode yang berbeda-beda sebelum persalinan. Kematangan serviks mengindikasikan kesiapan untuk persalinan.

e. Bloody Show

Plak lendir disekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. Pengeluaran plak lendir inilah yang dimaksud dengan bloody show.

f. Energy Spurt

Lonjakan energi, banyak wanita mengalami lonjakan energi kurang lebih 24 jam – 48 jam sebelum awitan persalinan. Umumnya para wanita ini merasa energik selama beberapa jam sehingga bersemangat melakukan berbagai aktifitas diantaranya pekerjaan rumah tangga dan berbagai tugas lain yang sebelumnya tidak mampu mereka laksanakan. Akibatnya, mereka memasuki persalinan dalam keadaan letih dan sering kali persalinan menjadi sulit dan lama. Terjadinya lonjakan energi ini belum dapat dijelaskan selain bahwa hal tersebut terjadi secara alamiah yang memungkinkan wanita memperoleh energi yang diperlukan untuk menjalani persalinan. Calon ibu harus diinformasikan tentang kemungkinan lonjakan energi ini dan diarahkan untuk menahan diri dan menggunakannya untuk persalinan.

g. Gangguan Saluran Pencernaan

Ketika tidak ada penjelasan yang tepat untuk diare, kesulitan mencerna, mual, dan muntah. Diduga hal-hal tersebut merupakan gejala menjelang persalinan walaupun belum ada penjelasan untuk hal ini. Beberapa wanita mengalami satu atau beberapa gejala tersebut.

### 2.2.5 Pengaruh tinggi badan ibu pada persalinan

Tinggi badan adalah salah satu indikator pertumbuhan. Dan tinggi badan pada perempuan juga berpengaruh terhadap bentuk panggul ibu. Perempuan memiliki panggul yang lebih besar dibandingkan bahu dan kedua spina iliaca anterior superior (SIAS) terpisah dengan jarak yang lebar, sedangkan laki-laki memiliki bahu yang lebih lebar dibandingkan panggul dan kedua SIAS terpisah dengan jarak yang tidak begitu lebar. Perempuan memiliki tulang pelves yang lebih tipis dengan sudut suprapubis yang lebih besar dan pintu keluar pelvis yang lebih luas daripada pria.

Kematian perinatal dapat disebabkan oleh karena adanya kelainan letak persalinan. Faktor yang dapat menyebabkan kelainan letak sungsang diantaranya paritas ibu dan bentuk panggul sempit, dikarenakan fiksasi kepala janin yang tidak baik pada pintu atas panggul. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Muyawati(2011) yang mendukung teori Rustam Mochtar yang menyebutkan bahwa wanita yang memiliki tinggi badan 145 cm berpotensi memiliki panggul sempit dan beresiko mengalami tindakan persalinan operasi sectio caesarea.

### 2.2.6 Pengertian Sectio Caesarea

Sectio Caesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Sarwono, 2009)sectio caesaria di lakukan pada ibu dengan indikasi *Chepalo Pelvik Disproporsi* (CPD), disfungsi uterus, destisia jaringan lunak, plasenta previa sedangkan indikasi pada anak adalah janin besar, gawat janin dan letak lintang (Prawirohardjo, 2010). Menurut Kasdu dalam Anonim (2013), sectio caesarea umumnya di lakukan bila ada indikasi medis tertentu, sebagai tindakan mengakhiri kehamilan dengan komplikasi, salah satunya adalah komplikasi *Chepalo Pelvik Disproportion* (CPD) .

### 2.2.7 Persalinan Lama

Persalinan lama yaitu persalinan yang ditandai tidak adanya pembukaan serviks dalam 2 jam dan tidak adanya penurunan janin dalam 2 jam. Partus lama berarti meskipun kontraksi uterus kuat, janin tidak dapat turun karena faktor mekanis.

Kemacetn persalinan biasanya terjadi pada pintu atas panggul, tetapi dapat juga terjadi pada rongga panggul atau pintu bawah panggul. Biasanya

tidak ada pembukaan serviks, turunya kepala dan putar paksi sebelum 2 jam terakhir.

a. Partus lama (tak maju) disebabkan oleh beberapa faktor, seperti :

1) Anatomi tubuh ibu.

Ibu bertubuh pendek <150 cm yang biasanya berkaitan dengan malnutrisi dan terjadinya deformitas panggul merupakan resiko tinggi dalam persalinan, tinggi badan <150 cm berkaitan dengan kemungkinan panggul sempit. Tinggi badan <145 cm terjadi ketiakseimbangan antara luas panggul dan besar kepala janin.

2) Presentasi Abnormal

Hal ini bisa terjadi pada dahi, bahu, muka dengan dagu posterior atau kepala yang sulit lahir pada presentasi bokong

3) Abnormalitas pada janin

Hal ini sering terjadi bila kelainan pada janin, misal hidrosefalus, pertumbuhan janin lebih dari 4000 gr, bahu yang lebar dan kembar siam.

4) Abnormalitas sistem reproduksi

Misalnya tumor pelvis, stenosis vagina kongenital, perineum kaku dan tumor vagina.

5) Usia ibu hamil

Usia produktif yang optimal bagi seorang ibu untuk hamil dan melahirkan adalah 20-35 tahun, karena pada usia ini secara fisik dan psikologi ibu sudah cukup matang dalam menghadapi kehamilan dan persalinan. Usia <20 tahun organ-organ reproduksi belum sempurna secara keseluruhan dan perkembangan kejiwaan belum matang sehingga belum siap menjadi ibu dan menerima kehamilannya. Usia >35 tahun organ reproduksi mengalami perubahan yang terjadi, karena proses menuanya organ kandungan dan jalan lahir kaku atau tidak lentur lagi. Selain itu peningkatan umur seseorang akan mempengaruhi organ yang vital seperti sistem kardiovaskuler, ginjal, dll (pada umur tersebut mudah terjadi penyakit pada ibu yang akan memperberat tugas organ-organ tersebut sehingga beresiko mengalami komplikasi pada ibu dan janin).

6) Riwayat Persalinan

Persalinan yang pernah dialami oleh ibu dengan persalinan prematur, seksio sesaria, bayi lahir mati, persalinan lama, persalinan dengan induksi, serta semua persalinan tidak normal yang dialami ibu merupakan resiko tinggi pada persalinan berikutnya.



### 7) Jumlah Paritas

Paritas 1-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Paritas 0 dan paritas lebih dari 3 mempunyai angka kematian maternal yang tinggi. Semakin tinggi paritas semakin tinggi kematian maternal. Ibu hamil yang memiliki paritas 4 kali atau lebih, kemungkinan mengalami gangguan kesehatan, kekendoran pada dinding perut dan kekendoran dinding rahim sehingga beresiko mengalami kelainan letak pada janin, persalinan letak melintang, robekan rahim, persalinan macet dan perdarahan pasca persalinan .

#### b. Patofisiologi persalinan lama

Pada partus lama pada umumnya ibu dalam keadaan lelah, demikian juga keadaan janin dan uterus. Bila partus lama dibiarkan tanpa pertolongan aktif, tidak dapat diharapkan persalinan akan berakhir sendiri tanpa membahayakan jiwa ibu maupun janin. Untuk itu perlu diperhatikan adanya tanda-tanda partus lama :

- 1) Keadaan umum lemah kelelahan
- 2) Nadi cepat, pernafasan cepat
- 3) Dehidrasi
- 4) Perut kembung

#### c. Manifestasi Klinis

Gejala utama yang perlu diperhatikan pada persalinan lama antara lain:

- 1) Dehidrasi
- 2) Tanda infeksi : nadi cepat, pernafasan cepat, temperatur tinggi dan abdomen meteorismus.
- 3) Pemeriksaan abdomen antara lain meteorismus, lingkaran bandl tinggi serta nyeri segmen bawah rahim
- 4) Pemeriksaan lokal vulva vagina meliputi edema vulva, cairan ketuban berbau serta cairan ketuban bercampur mekonium
- 5) Pemeriksaan dalam meliputi edema serviks, bagian terendah sulit didorong keatas, terdapat kapur pada bagian terendah. Keadaan janin dalam rahim terjadi asfiksia sampai terjadi kematian. Akhir dipersalinan lama adalah ruptur uteri imminen sampai ruptura uteri dan kematian karena perdarahan dan atau infeksi.

d. Penatalaksanaan pada persalinan lama

1) Persalinan palsu atau belum inpartu (False Labor)

Periksa apakah ada infeksi saluran kemih atau ketuban pecah, apabila didapatkan adanya infeksi, obati secara adekuat dan jika tidak ada, pasien boleh rawat jalan

2) Fase laten memanjang

Diagnosis fase laten memanjang dibuat secara retrospektif. Jika his berhenti, pasien disebut belum inpartu atau persalinan palsu. Jika his semakin teratur dan pembukaan makin bertambah lebih dari 8 jam dan tidak ada tanda-tanda kemajuan, lakukan penilaian ulang terhadap serviks. Penilaian serviks tersebut antara lain :

a) Jika tidak ada perubahan pada pendataan atau pembukaan serviks dan tidak ada gawat janin, mungkin pasien belum inpartu.

b) Jika ada kemajuan dalam pendataan dan pembukaan serviks, lakukan amniotomi dan induksi persalinan dengan oksitosin atau prostglandin.

1. Lakukan penilaian ulang setiap 4 jam

2. Jika pasien tidak masuk fase laten setelah dilakukan pemberian oksitosin selama 8 jam, lakukan sectio sesaria.

c) Jika didapatkan tanda-tanda infeksi (demam, cairan vagina berbau)

1. Lakukan akselerasi persalinan dengan oksitosin

2. Berikan antibiotika kombinasi sampai persalinan

(a) Ampicillin 2 gram intravena setiap 6 jam

(b) Gentamicin 5 mg/kg berat badan intravena setiap 24 jam

3. Jika terjadi persalinan pervaginam stop antibiotika pasca persalinan

4. Jika dilakukan sectio sesaria, lanjutkan antibiotika dan metrinidazol 500 mg intravena setiap 8 jam sampai ibu bebas demam selama 48 jam

3) Fase aktif memanjang

Jika tidak ada tanda-tanda disproporsi sefalopelvik atau obstuksi dan ketuban masih utuh, pecahkan ketuban . nilai his :

a) Jika his tidak adekuat(kurang dari 3 his dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik), pertimbangkan adanya insersia uteri.

b) Jika his adekuat (3 kali dalam 10 menit dan lamanya lebih dari 40 detik), pertimbangkan adanya disporposi obstuksi, malposisi atau malpresentasi.

Lakukan penanganan umum yang akan memperbaiki his dan mempercepat kemajuan persalinan.

## 2.2.8 Menejemen SOAP pada Ibu Bersalin

### Pengkajian

#### a. Data Subyektif

##### 1) Identitas

- a) Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.
- b) Umur: Semakin tua usia seorang ibu akan berpengaruh terhadap kekuatan mengejan selama proses persalinan. Menurut Varney, dkk (2007), usia di bawah 20 tahun dan diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 20 tahun meningkatkan insiden preeklampsia dan usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes melitus tipe II, hipertensi kronis, persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesaria, persalinan preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin.
- c) Suku/Bangsa: Asal daerah dan bangsa seorang ibu berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan dan adat istiadat yang dianut.
- d) Agama: Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya.
- e) Pendidikan: Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya.
- f) Pekerjaan: Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya (Hidayat dan Uliyah, 2008). Hal ini dikaitkan dengan berat janin saat lahir. Jika tingkat sosial ekonominya rendah, kemungkinan bayi lahir dengan berat badan rendah.
- g) Alamat: Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan follow up terhadap perkembangan ibu.

- 2) Keluhan Utama: Rasa sakit pada perut dan pinggang akibat kontraksi yang datang lebih kuat, sering dan teratur, keluarnya lendir darah dan keluarnya air ketuban dari jalan lahir merupakan tanda dan gejala persalinan yang akan dikeluhkan oleh ibu menjelang akan bersalin (Mochtar, 2011).

- 3) Pola Nutrisi: Bertujuan untuk mengkaji cadangan energi dan status cairan ibu serta dapat memberikan informasi pada ahli anestesi jika pembedahan diperlukan (Varney, dkk, 2007).
  - 4) Pola Eliminasi: Saat persalinan akan berlangsung, menganjurkan ibu untuk buang air kecil secara rutin dan mandiri, paling sedikit setiap 2 jam (Varney, dkk, 2007).
  - 5) Pola Istirahat: Pada wanita dengan usia 18-40 tahun kebutuhan tidur dalam sehari adalah sekitar 8-9 jam (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- b. Data Obyektif
- 1) Pemeriksaan Umum
    - a) Keadaan Umum: Baik
    - b) Kesadaran: Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu. Composmentis adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Hidayat dan Uliyah, 2008).
    - c) Keadaan Emosional: Stabil.
    - d) Berat Badan: Bertujuan untuk menghitung penambahan berat badan ibu.
    - e) Tanda-tanda Vital: Secara garis besar, pada saat persalinan tanda-tanda vital ibu mengalami peningkatan karena terjadi peningkatan metabolisme selama persalinan. Tekanan darah meningkat selama kontraksi yaitu peningkatan tekanan sistolik 10-20 mmHg dan diastolik 5-10 mmHg dan saat diantara waktu kontraksi tekanan darah akan kembali ke tingkat sebelum persalinan. Rasa nyeri, takut dan khawatir dapat semakin meningkatkan tekanan darah. Peningkatan suhu normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5° C sampai 1° C. Frekuensi denyut nadi di antara waktu kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Sedikit peningkatan frekuensi nadi dianggap normal. Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan (Varney, dkk, 2007).
  - 2) Pemeriksaan Fisik
    - a) Muka: Muncul bintik-bintik dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher (Chloasma Gravidarum) akibat Melanocyte Stimulating Hormon (Mochtar, 2011). Selain itu, penilaian pada muka juga ditujukan untuk melihat ada tidaknya pembengkakan pada

- daerah wajah serta mengkaji kesimetrisan bentuk wajah (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- b) Mata: Pemeriksaan sclera bertujuan untuk menilai warna , yang dalam keadaan normal berwarna putih. Sedangkan pemeriksaan konjungtiva dilakukan untuk mengkaji munculnya anemia. Konjungtiva yang normal berwarna merah muda (Hidayat dan Uliyah, 2008). Selain itu, perlu dilakukan pengkajian terhadap pandangan mata yang kabur terhadap suatu benda untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya pre-eklampsia.
  - c) Payudara: Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), akibat pengaruh hormon kehamilan, payudara menjadi lunak, membesar, vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat, puting payudara membesar, kehitaman dan tegak, areola meluas dan kehitaman serta muncul stretchmark pada permukaan kulit payudara. Selain itu, menilai kesimetrisan payudara, mendeteksi kemungkinan adanya benjolan dan mengecek pengeluaran ASI.
  - d) Ekstremitas: Tidak ada edema, tidak ada varises dan refleks patella menunjukkan respons positif.
- 3) Pemeriksaan Khusus
- a) Obstetri Abdomen
    - Inspeksi : Menurut Mochtar (2011), muncul garis-garis pada permukaan kulit perut (Striae Gravidarum) dan garis pertengahan pada perut (Linea Gravidarum) akibat Melanocyte Stimulating Hormon.
    - Palpasi : Leopold 1, pemeriksa menghadap ke arah muka ibu hamil, menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terdapat pada fundus. Leopold 2, menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, menentukan letak punggung janin dan pada letak lintang, menentukan letak kepala janin. Leopold 3, menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk ke pintu atas panggul atau masih dapat digerakkan. Leopold 4, pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil dan menentukan bagian terbawah janin dan berapa jauh bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul (Mochtar, 2011).

Tafsiran Tanggal Persalinan: Bertujuan untuk mengetahui apakah persalinannya cukup bulan, prematur, atau postmatur.

Tafsiran Berat Janin: Menurut Manuaba, dkk (2007), berat janin dapat ditentukan dengan rumus Lohson, yaitu:

Jika kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul Berat janin =  $(TFU - 12) \times 155$  gram

Jika kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul Berat janin =  $(TFU - 11) \times 155$  gram

- Auskultasi: Denyut jantung janin normal adalah antara 120-160 x/menit (Kemenkes RI, 2013).

Bagian Terendah: Pada akhir trimester III menjelang persalinan, presentasi normal janin adalah presentasi kepala dengan letak memanjang dan sikap janin fleksi (Cunningham, dkk, 2009).

Kontraksi: Durasi kontraksi uterus sangat bervariasi, tergantung pada kala persalinan ibu tersebut. Kontraksi pada awal persalinan mungkin hanya berlangsung 15 sampai 20 detik sedangkan pada persalinan kala I fase aktif berlangsung dari 45 sampai 90 detik dengan durasi rata-rata 60 detik. Informasi mengenai kontraksi ini membantu untuk membedakan antara kontraksi persalinan sejati dan persalinan palsu (Varney, dkk, 2007).

#### b) Gynekologi Ano – Genetalia

- Inspeksi: Pengaruh hormon estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah sehingga terjadi varises pada sekitar genetalia. Namun tidak semua ibu hamil akan mengalami varises pada daerah tersebut (Mochtar, 2011). Pada keadaan normal, tidak terdapat hemoroid pada anus serta pembengkakan pada kelenjar bartolini dan kelenjar skene. Pengeluaran pervaginam seperti bloody show dan air ketuban juga harus dikaji untuk memastikan adanya tanda dan gejala persalinan (Mochtar, 2011).
- Vaginal Toucher: Pemeriksaan vaginal toucher bertujuan untuk mengkaji penipisan dan pembukaan serviks, bagian terendah, dan status ketuban. Jika janin dalam presentasi kepala, moulding, kaput suksedaneum dan posisi janin perlu dikaji dengan pemeriksaan dalam untuk memastikan adaptasi janin dengan panggul ibu (Varney, dkk, 2007). Pembukaan serviks pada fase laten berlangsung selama 7-8 jam. Sedangkan pada fase aktif

dibagi menjadi 3 fase yaitu fase akselerasi, fase dilatasi maksimal dan fase deselerasi yang masing-masing fase berlangsung selama 2 jam (Mochtar, 2011).

- Kesan Panggul: Bertujuan untuk mengkaji keadekuatan panggul ibu selama proses persalinan (Varney, dkk, 2007). Panggul paling baik untuk perempuan adalah jenis ginekoid dengan bentuk pintu atas panggul hampir bulat sehingga membantu kelancaran proses persalinan (Prawirohardjo, 2010).

#### 4) Pemeriksaan Penunjang

- a) Hemoglobin: Selama persalinan, kadar hemoglobin mengalami peningkatan 1,2 gr/100 ml dan akan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak kehilangan darah yang abnormal (Varney, dkk, 2007).
- b) Cardiotocography (CTG): Bertujuan untuk mengkaji kesejahteraan janin.
- c) USG: Pada akhir trimester III menjelang persalinan, pemeriksaan USG dimaksudkan untuk memastikan presentasi janin, kecukupan air ketuban, tafsiran berat janin, denyut jantung janin dan mendeteksi adanya komplikasi (Mochtar, 2011).
- d) Protein Urine dan glukosa urine: Urine negative untuk protein dan glukosa (Varney, dkk, 2006).

#### c. Analisis

Perumusan diagnosa persalinan disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti G2P1A0 usia 22 tahun usia kehamilan 39 minggu inpartu kala I fase aktif dan janin tunggal hidup. Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu.

#### d. Penatalaksanaan

Mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi

## 2.3 Konsep Dasar Nifas

### 2.3.1 Pengertian Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari .(Ambarwati,2010)

### 2.3.2 Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas menurut Reva Rubin :

- a. Periode Taking In ( hari ke 1-2 setelah melahirkan )
  - 1) Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain
  - 2) Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya
  - 3) Ibu akan mengulangi pengalaman-pengalaman waktu melahirkan
  - 4) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal
  - 5) Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi. Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal
- b. Periode Taking On/ Taking Hold (hari ke 2-4 setelah melahirkan)
  - 1) Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya
  - 2) Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB dan daya tahan tubuh
  - 3) Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan dan mengganti popok.
  - 4) Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena tidak mampu merawat bayinya
- c. Periode Letting Go
  - 1) Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukun serta perhatian keluarga
  - 2) Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan sosial
  - 3) Depresi postpartum sering terjadi pada masa ini



### 2.3.3 Tanda Bahaya Masa Nifas

- a. Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut saniter dalam waktu setengah jam.
- b. Pengeluaran cairan vagina dengan bau busuk yang keras
- c. Rasa nyeri diperut bagian bawah atau punggung
- d. Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastritis atau masalah pengelihan
- e. Pembengkakan pada wajah dan tangan, demam, muntah, rasa sakit sewaktu buang air seni, atau merasa tidak enak badan
- f. Payudara yang memerah, panas dan/ sakit
- g. Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan
- h. Rasa sakit, merah, kelembutan dan/ pembengkakan pada kaki
- i. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri sendiri atau bayi
- j. Merasa sangat letih atau bernafas terengah- enggah

### 2.3.4 Kebutuhan Dasar Masa Nifas

#### a. Nutrisi dan Cairan

Tidak ada kontraindikasi dalam pemberian nutrisi setelah persalinan. Ibu harus mendapatkan nutrisi yang lengkap dengan tambahan kalori sejak sebelum hamil (200-500kal) yang akan mempercepat pemulihan kesehatan, dan kekuatan, meningkatkan kualitas dan kuantitas ASI, serta mencegah terjadinya infeksi.

#### b. Ambulasi

Ambulasi sedini mungkin sangat dianjurkan , kecuali ada kontraindikasi. Ambulasi ini akan meningkatkan sirkulasi dan mencegah resiko tromboflebitis, meningkatkan fungsi kerja peristaltik dan kandung kemih sehingga mencegah distensi abdominal dan konstipasi. Ambulasi dilakukan secara bertahap sesuai kekuatan ibu. Terkadang ibu nifas enggan untuk banyak gerak karena merasa letih dan sakit. Jika keadaan tersebut tidak segera diatasi, ibu akan terancam mengalami tromboflebitis vena. Dan untuk mencegahnya maka dilakukan ambulasi dini oleh ibu nifas.

#### c. Eliminasi

Bidan harus mengobservasi adanya distensi abdomen dengan memalpasi dan mengauskultasi abdomen, terutama pada post-seksio sesaria. Berkemih harus terjadi dalam 4-8 jam pertama dan minimal sebanyak 200 cc. Anjurkan ibu untuk minum banyak cairan dan ambulasi.

d. Higiene

Sering membersihkan area perineum akan meningkatkan kenyamanan dan mencegah infeksi. Serta juga harus selalu membersihkan area payudara untuk kelancaran dalam menyusui.

e. Istirahat

Kurangnya istirahat dapat menyebabkan : kurangnya suplai ASI, memperlambat proses involusi, menyebabkan depresi dan ketidakmampuan merawat bayi dan diri sendiri.

f. Seksual

2.3.5 Komplikasi pada Masa Nifas

a. Perdarahan pervaginam

b. Infeksi

c. Sakit kepala, nyeri epigastrik dan pengelihatn kabur

d. Pembengkakan diwajah/ekstermitas

e. Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih

f. Payudara yang berubah menjadi merah, panas/ terasa sakit

g. Kehilangan nafsu makan

h. Rasa sakit, merah, lunak/ pembengkakan

i. Kesedihan atau tidak mampu mengasuh diri sendiri atau bayinya.

2.3.6 Hubungan Tinggi Badan pada Masa Nifas

Tinggi badan ibu tidak berpengaruh langsung terhadap masa nifas, tetapi berpengaruh dari proses persalinan. Ibu yang tinggi badan kurang dari 145 cm berpotensi mengalami persalinan lama yang dapat beresiko mengalami perdarahan pada masa nifas dan atonia uteri.

2.3.7 Perdarahan Postpartum

a. Pengertian perdarahan postpartum

Perdarahan postpartum adalah perdarahan pervaginam 500 ml atau lebih setelah kala III selesai (setelah plasenta lahir). Perdarahan post partum ada kala nya merupakan perdarahan yang hebat dan menakutkan sehingga dalam waktu singkat wanita jatuh kedalam syok, ataupun merupakan perdarahan yang menetes perlahan-lahan tetapi terus menerus dan ini juga berbahaya karena akhirnya jumlah perdarahan menjadi banyak yang mengakibatkan wanita menjadi kemas dan juga jatuh dalam syok.

b. Klasifikasi Perdarahan Poastpartum

1) Perdarahan postpartum primer

Perdarahan postpartum yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran. Penyebab utamanya adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta robekan jalan lahir dan inversio uteri

2) Perdarahan postpartum sekunder

Perdarahan postpartum yang terjadi setelah 24 jam pertama kelahiran hingga 12 minggu setelah persalinan. Perdarahan postpartum sekunder disebabkan oleh infeksi, penyusutan rahim yang tidak baik, atau sisa plasenta yang tertinggal

c. Etiologi perdarahan postpartum

penyebab langsung perdarahan postpartum terbagi atas 4T, yaitu :

- 1) Tonus : kontraksi uterus yang tidak baik, seperti : aonia uteri
- 2) Tissue : jaringan , seperti : retensio plasenta dan sisa plasenta
- 3) Trauma : perlukaan, seperti laserasi / robekan jalan lahir , inversio uteri, ruptur uteri
- 4) Thrombine : permasalahan yang diakibatkan karena gangguan faktor pembekuan darah

d. Gejala klinik perdarahan postpartum

Efek perdarahan banyak bergantung pada volume darah sebelum hamil, derajat hipervolemia-terinduksi kehamilan, dan derajat anemia saat persalinan. Gambaran perdarahan postpartum yang dapat mengecohkan adalah kegagalan nadi dan tekanan darah untuk mengalami perubahan besar sampai terjadi kehilangan darah sangat banyak. Kehilangan banyak darah tersebut menimbulkan tanda-tanda syok yaitu penderita pucat, tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, dan lain-lain

Gambaran klinis pada perdarahan postpartum dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1 Gambaran klinis pada perdarahan postpartum

Volume darah yang hilang	Tekanan darah (sistolik)	Tanda dan gejala	Derajat syok
500-1000 ml (<15-20%)	Normal	Tidak ditemukan	-
1000-1500 ml (20-25%)	80-100 ml	Takikardi (<100x/menit) Berkeringat Lemah	Ringan
1500-2000 ml	70-80 ml	Takikardi (100-120x/menit)	Sedang

(25-35%)		Oliguria Gelisah	
2000-3000 ml (35-50%)	50-70 ml	Takikardi (>120x/menit) Anuria	Berat

(B-Lynch (2006))

e. Diagnosis perdarahan postpartum

Diagnosis perdarahan postpartum dapat digolongkan berdasarkan tabel berikut :

Tabel 2 Diagnosis perdarahan postpartum

No	Tanda dan Gejala yang selalu ada	Tanda dan gejala yang kadang-kadang ada	Diagnosis kemungkinan
1.	- uterus tidak berkontraksi dan lembek - perdarahan segera setelah anak lahir	Syok	Atonia Uteri
2.	- perdarahan segera - darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir - uterus kontraksi baik - plasenta lengkap	- pucat - lemah - menggigil	Robekan jalan lahir
3.	- plasenta belum lahir setelah 30 menit - perdarahan segera - uterus kontraksi baik	- tali pusat putus akibat kontraksi berlebihan - inversio uteri akibat tarikan - perdarahan lanjutan	Retensio plasenta
4.	- Plasenta atau sebagian selaput tidak lengkap - Perdarahan segera	Uterus berkontraksi tetapi tinggi fundus tidak berkurang	Tertinggalnya sebagian plasenta
5.	- uterus tidak teraba - lumen vagina terisi massa - tampak tali pusat (jika plasenta belum lahir) - perdarahan segera - nyeri sedikit atau berat	- syok neurogenik - pucat dan limbung	Inversio uteri
6.	- sub-involusi uteri - nyeri tekan perut bawah	- anemia - demam	- perdarahan terlambat

	- perdarahan lebih dari 24 jam setelah persalinan - perdarahan bervariasi (ringan atau berat, terus menerus atau tidak teratur) dan berbau (jika disertai infeksi)		- endometritis atau sisa plasenta
7.	- perdarahan terjadi segera - nyeri perut berat	- syok - nyeri tekan perut - denyut nadi ibu cepat	Robekan dinding uterus

Sumber : Saifuddin, 2014

f. Pencegahan Perdarahan Postpartum

Pencegahan perdarahan postpartum dapat dilakukan dengan manajemen aktif kala III. Manajemen aktif kala III adalah kombinasi dari pemberian uterotonika segera setelah bayi lahir, peregangan tali pusat terkendali, dan melahirkan plasenta. Setiap komponen dalam manajemen aktif kala III mempunyai peran dalam pencegahan perdarahan postpartum.

Semua wanita melahirkan harus diberikan uterotonika selama kala III persalinan untuk mencegah perdarahan postpartum. Oksitosin (IM/IV 10 UI) direkomendasikan sebagai uterotonika pilihan. Uterotonika injeksi lainnya dan misoprostol direkomendasikan sebagai alternatif untuk pencegahan perdarahan postpartum ketika oksitosin tidak tersedia. Peregangan tali pusat terkendali harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih dalam menangani persalinan. Penarikan tali pusat lebih awal yaitu kurang dari satu menit setelah bayi lahir tidak disarankan.

g. Penatalaksanaan perdarahan postpartum

Penggunaan uterotonika (oksitosin saja sebagai pilihan pertama) memainkan peran sentral dalam penatalaksanaan perdarahan postpartum. Pijat rahim disarankan segera setelah diagnosis dan resusitasi cairan kristaloid isotonik juga dianjurkan. Penggunaan asam traneksamat disarankan pada kasus perdarahan yang sulit diatasi atau perdarahan tetap terkait trauma. Jika terdapat perdarahan yang terus-menerus dan sumber perdarahan diketahui, embolisasi arteri uterus harus dipertimbangkan. Jika kala tiga berlangsung lebih dari 30 menit, peregangan tali pusat terkendali dan pemberian oksitosin (10 UI) IV/IM dapat digunakan untuk menangani retensio plasenta. Jika perdarahan berlanjut, meskipun penanganan dengan uterotonika dan intervensi konservatif lainnya telah dilakukan, intervensi bedah harus dilakukan tanpa penundaan lebih lanjut.

Rekomendasi WHO (2012) untuk pengelolaan perdarahan postpartum berupa intervensi non farmakologis sebagai berikut :

- 1) Pijatan uterus : intervensi yang aman dan murah untuk dilakukan setelah perdarahan telah didiagnosis
  - 2) Kompresi uterus bimanual : dapat ditawarkan sebagai tindakan sementara dalam penanganan perdarahan postpartum karena atonia uteri setelah persalinan pervaginam
  - 3) Balon intrauterin atau tamponade kondom : dapat digunakan dalam penanganan perdarahan postpartum karena atonia uteri ketika uterotonika lain gagal atau jika uterotonik tidak tersedia. Kemungkinan infeksi adalah resiko yang terkait dengan intervensi ini
  - 4) Kompresi aorta eksternal : dapat diberikan sebagai tindakan sementara untuk memperlambat kehilangan darah dalam penanganan perdarahan postpartum karena atonia uteri setelah persalinan pervaginam, sampai perawatan yang tepat tersedia
  - 5) Embolisasi arteri uterus : dapat ditawarkan sebagai penanganan perdarahan postpartum karena atonia uteri jika tindakan lain gagal dan sumber daya tersedia
  - 6) Pakaian anti-shock non-pneumatik : disarankan sebagai tindakan sementara sampai perawatan yang tepat tersedia
- h. Metode pengukuran estimasi kehilangan darah

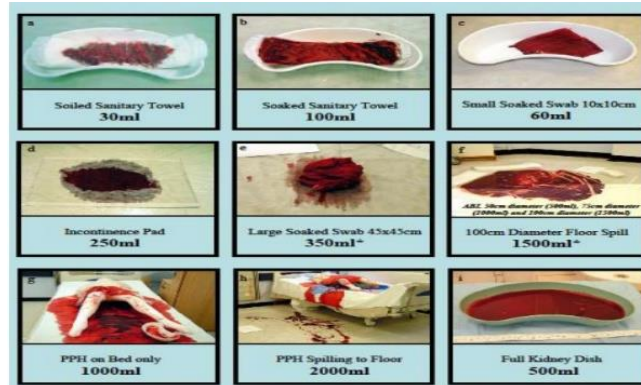
Penilaian kehilangan darah setelah persalinan diakui cukup sulit. Adapun beberapa metode atau teknik yang dapat digunakan untuk menghitung perkiraan jumlah kehilangan darah setelah persalinan berupa estimasi visual, pengukuran langsung dan gravimetri.

1) Estimasi visual

Estimasi visual merupakan metode yang paling sering digunakan dalam praktik sehari-hari untuk mengukur kehilangan darah dalam persalinan. Estimasi dilakukan dapat berupa :

- a) Pembalut : pembalut standart berukuran 20 cm mampu menyerap 100 ml darah
- b) Tumpahan darah dilantai : tumpahan darah dengan diameter 50 ,70,100 cm secara berturut- turut mewakili kehilangan darah 500 ml, 100 ml, dan 1500 ml
- c) Kidney dish/ nierbeken : nierbeken mampu menampung 500 ml darah
- d) Underpad : underpad dengan ukuran 90 cm x 60 cm , mampu menampung sampai 500 ml darah

- e) Kasa : kasa standart ukuran 10x10 cm mampu menyerap 60 ml darah, sedangkan kasa ukuran 45x45 cm mampu menyerap 350 ml darah



Gambar 1 Banyaknya Perdarahan

## 2) Pengukuran langsung

Pengukuran langsung merupakan salah satu metode paling tua yang akurat dalam mengukur kehilangan darah. Metode ini menggunakan alat untuk mengumpulkan darah secara langsung dan digunakan selama persalinan untuk mengukur kehilangan darah dengan tepat. Salah satunya dengan meletakkan baskom atau wadah dibawah genetalia eksterna untuk mengumpulkan darah

## 3) Gravimetri

Metode gravimetri dilakukan dengan mengukur berat material yang digunakan seperti spons dengan mengurangi berat sebelumnya untuk memperkirakan jumlah darah yang hilang. Metode ini digunakan terutama untuk menilai kehilangan darah dalam operasi. Metode ini dapat menghitung jumlah kehilangan darah yang besar atau sangat kecil sekalipun.

### 2.3.8 Gangguan Mobilisasi

#### Penanganan Gangguan Mobilisasi

Menurut penelitian Nurfitriani (2017) umumnya, ibu pasca melahirkan takut melakukan banyak gerakan. Biasanya ibu khawatir gerakan–gerakan yang dilakukannya akan menimbulkan dampak yang tidak diinginkan, dan apabila ibu melakukan mobilisasi dini itu bisa melancarkan terjadinya proses involusi uteri. Mobilisasi dini merupakan hal yang penting dalam periode paska pembedahan. Mobilisasi dini merupakan suatu aspek yang terpenting pada fungsi fisiologis karena hal itu untuk mempertahankan kemandirian (Carpenito, 2007).

Mobilisasi dini post *sectio caesarea* harus dilakukan secara bertahap. Tahap – tahap mobilisasi dini pada pasien post *sectio caesarea* adalah pada 6 jam pertama setelah operasi, pasien harus tirah baring dan hanya bisa menggerakkan lengan, tangan, menggerakkan ujung jari kaki dan memutar pergelangan kaki,

mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki. Pasien diharuskan miring kiri dan kanan setelah 6-10 jam untuk mencegah *thrombosis* dan *thromboemboli*. Setelah 24 jam pasien dianjurkan belajar duduk, kemudian dilanjutkan dengan belajar berjalan (Kasdu, 2003).

Mobilisasi dini yang dilakukan tergantung pada ada tidaknya komplikasi persalinan dan nifas. Pada ibu post *Sectio Caesarea* diperbolehkan bangun dari tempat tidur paling lama 24-48 jam setelah melahirkan. Untuk itu, anjurkan ibu agar memulai mobilisasi dini dengan miring kiri / kanan, duduk kemudian berjalan (Astutik, 2015).

Mobilisasi dapat meningkatkan fungsi paru – paru. Semakin dalam nafas yang dapat di tarik, semakin meningkat sirkulasi darah. Hal tersebut memperkecil resiko pembentukan gumpalan darah sehingga dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi

Beberapa keuntungan dari mobilisasi dini antara lain dapat melancarkan pengeluaran lochea, mempercepat involusi uterus, melancarkan fungsi alat gastrointestinal, ibu merasa lebih sehat dan kuat, dan melancarkan peredaran darah serta mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme. Mobilisasi dini penting dilakukan untuk mempercepat kesembuhan ibu sehingga ibu dapat segera melakukan aktivitas sehari-hari secara normal. Keterlambatan mobilisasi dini dapat menjadikan kondisi ibu semakin memburuk dan pemulihan pasca *Sectio Caesarea* menjadi terlambat. Memahami keuntungan dari mobilisasi dini ini harapannya ibu akan terus meningkatkan pengetahuan serta motivasi untuk segera melakukan mobilisasi secara dini.

Pengetahuan dan motivasi ibu untuk melakukan mobilisasi dini pada masa nifas dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia. Dari berbagai pengalaman dalam menanggulangi kematian ibu dan bayi dibanyak negara, para pakar kesehatan menganjurkan upaya pertolongan difokuskan pada periode *intrapartum*. Upaya ini terbukti telah menyelamatkan lebih dari separuh ibu bersalin dan bayi baru lahir yang disertai dengan penyulit proses persalinan dan komplikasi yang mengancam keselamatan jiwa. Namun, tidak semua intervensi yang sesuai bagi suatu negara dapat dengan serta merta dijalankan dan memberi dampak dan menguntungkan bila diterapkan dinegara lain (Khasanah, 2010 dalam Wijayanti 2013).

### 2.3.9 Perawatan Luka Bekas Sectio Caesaria

Dalam perawatan luka Post Seksio Sesarea (SC) diperlukan beberapa hal yang harus diperhatikan, diantaranya :



- a) Setiap satu minggu kasa harus dibuka Idealnya kasa yang dipakai harus diganti dengan kasa baru setiap satu minggu sekali. Tidak terlalu sering agar luka cepat kering, jika sering dibuka luka bisa menempel pada kasa sehingga sulit untuk kering.
- b) Bersihkan jika keluar darah dan langsung ganti kasa Jika luka operasi keluar darah, maka segeralah untuk mengganti kasanya agar tidak basah atau lembab oleh darah. Karena darah merupakan kuman yang bisa cepat menyebar keseluruh bagian luka.
- c) Jaga luka agar tidak lembab Usahakan semaksimal mungkin agar luka tetap kering karena tempat lembab akan menjadikan kuman cepat berkembang. Misalkan suhu kamar terlalu dingin dengan AC yang membuat ruangan lembab sehingga bisa jadi luka pun ikut lembab, hindari ruangan lembab, dan atur suhu AC.
- d) Menjaga kebersihan, agar luka operasi tidak terkena kotoran yang mengakibatkan cepat berkembangnya kuman, maka kebersihan diri dan lingkungan sekitar semaksimal mungkin harus dijaga. Jauhkan luka dari kotoran, untuk itu seprei dan bantal harus selalu bersih dari debu.
- e) Gunakan bahan elastik atau pembalut yang kedap air (Opset) Jika mau mandi atau aktifitas yang mengharuskan bersenthan dengan air, gunakan bahan plastik atau pembalut yang kedap air (opset) untuk melindungi luka bekas operasi agar tidak terkena air. Upayakan agar tidak sampai basah karena luka bisa mempercepat pertumbuhan kuman (Nunung, Dkk, 2013).

### 2.3.10 Menejemen SOAP pada Ibu Nifas

#### Pengkajian

##### A. Data Subyektif

##### 1) Identitas

- a) Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.
- b) Umur: Semakin tua usia seseorang berpengaruh terhadap semua fase penyembuhan luka sehubungan dengan adanya gangguan sirkulasi dan koagulasi, respon inflamasi yang lebih lambat dan penurunan aktivitas fibroblast (Johnson dan Taylor, 2005).
- c) Suku/Bangsa: Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola kebiasaan sehari-hari (Pola nutrisi, pola eliminasi, personal hygiene, pola istirahat dan aktivitas) dan adat istiadat yang dianut.

- d) Agama: Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya.
  - e) Pendidikan: Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi dengan istilah bahasa yang sesuai dengan pendidikan terakhirnya, termasuk dalam hal pemberian konseling.
  - f) Pekerjaan: Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya (Hidayat dan Uliyah, 2008). Hal ini dapat dikaitkan antara status gizi dengan proses penyembuhan luka ibu. Jika tingkat sosial ekonominya rendah, kemungkinan penyembuhan luka pada jalan lahir berlangsung lama. Ditambah dengan rasa malas untuk merawat dirinya.
  - g) Alamat: Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan follow up terhadap perkembangan ibu.
- 2) Keluhan Utama: Persoalan yang dirasakan pada ibu nifas adalah rasa nyeri pada jalan lahir, nyeri ulu hati, konstipasi, kaki bengkak, nyeri perut setelah lahir, payudara membesar, nyeri tekan pada payudara dan puting susu, puting susu pecah-pecah, keringat berlebih serta rasa nyeri selama beberapa hari jika ibu mengalami hemoroid (Varney, dkk, 2007).
- 3) Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari
- a) Pola Nutrisi: Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang bermutu tinggi, bergizi dan cukup kalori untuk mendapat protein, mineral, vitamin yang cukup dan minum sedikitnya 2-3 liter/hari. Selain itu, ibu nifas juga harus minum tablet tambah darah minimal selama 40 hari dan vitamin A (Varney, dkk, 2007).
  - b) Pola Eliminasi: Ibu nifas harus berkemih dalam 4-8 jam pertama dan minimal sebanyak 200 cc (Bahiyatun, 2009). Sedangkan untuk buang air besar, diharapkan sekitar 3-4 hari setelah melahirkan (Mochtar, 2011).
  - c) Personal Hygiene: Bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi yang dilakukan dengan menjaga kebersihan tubuh, termasuk pada daerah kewanitaannya dan payudara, pakaian, tempat tidur dan lingkungan (Varney, dkk., 2007).
  - d) Istirahat: Ibu nifas harus memperoleh istirahat yang cukup untuk pemulihan kondisi fisik, psikologis dan kebutuhan menyusui bayinya

dengan cara menyesuaikan jadwal istirahat bayinya (Varney, dkk., 2007).

- e) Aktivitas: Mobilisasi dapat dilakukan sedini mungkin jika tidak ada kontraindikasi, dimulai dengan latihan tungkai di tempat tidur, miring di tempat tidur, duduk dan berjalan. Selain itu, ibu nifas juga dianjurkan untuk senam nifas dengan gerakan sederhana dan bertahap sesuai dengan kondisi ibu (Varney, dkk, 2007).
- f) Hubungan Seksual: Biasanya tenaga kesehatan memberi batasan rutin 6 minggu pasca persalinan untuk melakukan hubungan seksual (Varney, dkk., 2007).

#### 4) Data Psikologis

- a) Respon orangtua terhadap kehadiran bayi dan peran baru sebagai orangtua: Respon setiap ibu dan ayah terhadap bayinya dan terhadap pengalaman dalam membesarkan anak berbeda-beda dan mencakup seluruh spectrum reaksi dan emosi, mulai dari tingginya kesenangan yang tidak terbatas hingga dalamnya keputusan dan duka (Varney, dkk, 2007). Ini disesuaikan dengan periode psikologis ibu nifas yaitu *taking in*, *taking hold* atau *letting go*.
- b) Respon anggota keluarga terhadap kehadiran bayi: Bertujuan untuk mengkaji muncul tidaknya *sibling rivalry*.
- c) Dukungan Keluarga: Bertujuan untuk mengkaji kerja sama dalam keluarga sehubungan dengan pengasuhan dan penyelesaian tugas rumah tangga.

#### B. Data Obyektif

##### 1) Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan Umum: Baik
- b) Kesadaran: Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu. *Composmentis* adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- c) Keadaan Emosional: Stabil.
- d) Tanda-tanda Vital: Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik kemudian kembali secara spontan setelah beberapa hari. Pada saat bersalin, ibu mengalami kenaikan suhu tubuh dan akan kembali stabil dalam 24 jam pertama pasca partum. Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa

jam pertama pasca partum. Sedangkan fungsi pernapasan kembali pada keadaan normal selama jam pertama pasca partum (Varney, dkk, 2007).

## 2) Pemeriksaan Fisik

- a) Payudara: Bertujuan untuk mengkaji ibu menyusui bayinya atau tidak, tanda-tanda infeksi pada payudara seperti kemerahan dan muncul nanah dari puting susu, penampilan puting susu dan areola, apakah ada kolostrom atau air susu dan pengkajian proses menyusui (Varney, dkk, 2007). Produksi air susu akan semakin banyak pada hari ke-2 sampai ke-3 setelah melahirkan (Mochtar, 2011).
- b) Perut: Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya nyeri pada perut (Varney, dkk, 2007). Pada beberapa wanita, linea nigra dan stretchmark pada perut tidak menghilang setelah kelahiran bayi (Bobak, dkk, 2005). Tinggi fundus uteri pada masa nifas dapat dilihat pada tabel 2.8 untuk memastikan proses involusi berjalan lancar.
- c) Vulva dan Perineum
  - 1) Pengeluaran Lokhea: Menurut Mochtar (2011), jenis lokhea diantaranya adalah:
    - (a) Lokhea rubra (Cruenta), muncul pada hari ke-1-3 pada masa nifas, berwarna merah kehitaman dan mengandung sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium serta sisa darah.
    - (b) Lokhea sanguilenta, lokhea ini muncul pada hari ke-3 – 7 pada masa nifas berwarna putih bercampur merah karena mengandung sisa darah bercampur lendir.
    - (c) Lokhea serosa, muncul pada hari ke-7 – 14 pada masa nifas, berwarna kekuningan atau kecoklatan dan mengandung lebih banyak serum, leukosit dan tidak mengandung darah lagi.
    - (d) Lokhea alba, muncul pada hari ke- > 14 pada masa nifas, berwarna putih dan mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.
    - (e) Bila pengeluaran lokhea tidak lancar disebut Lochiastasis.
  - 2) Luka Perineum : Bertujuan untuk mengkaji nyeri, pembengkakan, kemerahan pada perineum, dan kerapatan jahitan jika ada jahitan (Varney, dkk, 2007).
  - 3) Ekstremitas: Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya edema, nyeri dan kemerahan (Varney, dkk, 2007). Jika pada masa kehamilan

muncul spider nevi, maka akan menetap pada masa nifas (Bobak, dkk, 2005).

#### 4) Pemeriksaan Penunjang

- a) Hemoglobin: Pada awal masa nifas jumlah hemoglobin sangat bervariasi akibat fluktuasi volume darah, volume plasma dan kadar volume sel darah merah (Varney, dkk, 2007).
- b) Protein Urine dan glukosa urine: Urine negative untuk protein dan glukosa (Varney, dkk, 2006).

#### C. Analisis

Perumusan diagnosa masa nifas disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti P2A0 usia 22 tahun postpartum fisiologis. Perumusan maalah disesuaikan dengan kondisi ibu.

#### D. Penatalaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada masa nifas, adalah:

- a) Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, tinggi fundus uteri, lokhea dan cairan pervaginam lainnya serta payudara. ≅v Dokumentasi Kebidanan ≅v 189
- b) Memberikan KIE mengenai kebutuhan nutrisi, eliminasi, kebersihan diri, istirahat, mobilisasi dini dan aktivitas, seksual, senam nifas, ASI eksklusif, cara menyusui yang benar, perawatan payudara dan keluarga berencana.
- c) Memberikan pelayanan keluarga berencana pasca persalinan.

## 2.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

### 2.4.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran (syaifudin dalam Marni, 2012)

Neonatus adalah bayi berumur 0 sampai dengan 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari (Muslihatin, 2010)

### 2.4.2 Ciri-ciri Bayi Baru Lahir

Ciri-ciri bayi baru lahir normal menurut Muslihatun (2010) adalah sebagai berikut:

- a. Berat badan 2500-4000 gram
- b. Panjang badan 48-52 cm
- c. Lingkar dada 30-38 cm
- d. Lingkar kepala 33-35 cm
- e. Frekuensi jantung pada menit-menit pertama kurang lebih 180 kali/menit kemudian turun 120-160 kali/menit
- f. Pernafasan pada menit-menit pertama kurang lebih 80 kali/menit kemudian turun 60-40 kali/menit
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
- h. Rambut labugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- i. Kuku agak panjang dan lemas
- j. Genetalia, perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora sedangkan laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada
- k. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- l. Reflek moro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik
- m. Reflek grasps atau menggenggam sudah baik
- n. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam atau kecoklatan

### 2.4.3 Klasifikasi Neonatus

Bayi baru lahir atau neonatus dibagi dalam beberapa klasifikasi menurut Marmi (2015), yaitu :

- a. Neonatus menurut masa gestasinya :
  - 1) Kurang bulan (preterm infant) : <259 hari (37 minggu)

- 2) Cukup bulan (aterm) : 259-294 hari (37-42 minggu)
- 3) Lebih bulan (postterm unfant) : >294 hari (42 minggu atau lebih)
- b. Neonatus menurut berat badan lahir :
  - 1) Berat lahir rendah : <2500 gram
  - 2) Berat lahir cukup : 2500-4000 gram
  - 3) Berat lahir lebih : >4000 gram
- c. Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan):
  - 1) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
  - 2) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

#### 2.4.4 Tanda Bahaya pada Bayi Baru Lahir

Tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir normal menurut saifudin (2009) adalah sebagai berikut :

- a. Pernafasan sulit atau lebih dari 60x/menit
- b. Kehangatan terlalu panas (>38°C atau terlalu dingin <36°C)
- c. Warna kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru/pucat, memar
- d. Pemberian makan hisapan lemah, berlebihan, banyak muntah
- e. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
- f. Infeksi tali pusat suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah), berbau busuk, sulit bernafas.
- g. Tinja/ kemih tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau muda, ada lendir atau darah pada tinja
- h. Aktifitas menggigil, atau tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, tidak bisa tenang, menangis terus menerus

#### 2.4.5 Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir Normal

Semua bayi diperiksa segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan intrauterin berjalan dengan lancar dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan. Pemeriksaan rutin pada bayi baru lahir harus dilakukan, tujuannya untuk mendeteksi kelainan atau anomali kongenital yang muncul pada setiap kelahiran dalam 10-20 per 1000 kelahiran, pengelolaan lebih lanjut dari setiap kelainan yang terdeteksi pada saat antenatal, mempertimbangkan masalah potensial terkait riwayat kehamilan ibu dan kelainan yang diturunkan, dan memberikan promosi kesehatan, terutama pencegahan terhadap sudden infant death syndrome (SIDS) (Lissauer, 2013).

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah untuk membersihkan jalan nafas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi, identifikasi, dan pencegahan infeksi. (saifudin, 2008)

Asuhan bayi baru lahir meliputi :

- a. Pencegahan infeksi
- b. Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi bayi
  - 1) Apakah kehamilan cukup bulan
  - 2) Menangis atau tidak
  - 3) Bergerak aktif atau tidak

Jika semua tidak kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi. Penghisapan lendir pada jalan nafas bayi tidak dilakukan secara rutin (kementrian kesehatan RI,2013)

- c. Pemotongan dan perawatan tali pusat

Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat (Kementrian Kesehatan RI,2013). Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkannya dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok dibawah umbilikus (Lissauer,2013)

- d. Inisiasi Menyusui Dini (IMS)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusui. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusui pertama biasanya berlangsung pada menit ke 45-60 dan bayi cukup menyusui dari satu payudara (Kementrian Kesehatan RI,2013).

Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selma 30-60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salp mata, serta pemberian gelang pengenalan) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusui (Kementrian Kesehatan RI, 2013)

- e. Pencegahan kehilangan panas

Melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi (Kementrian Kesehatan RI,2013)

- f. Pemberian salep mata/tetes mata

Pemberian salep mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasikin 1%, atau antibiotika lain). Pemberian salep mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya



pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran

g. Penyuntikan vitamin K

Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg secara IM dipaha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.

h. Pemberian imunisasi Hepatitis B

Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam dipaha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.

i. Pemeriksaan BBL

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena resiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan.

j. Pemberian ASI eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun. Pemberian ASI eksklusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor 450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI eksklusif pada bayi 0-6 bulan.

#### 2.4.6 Pengaruh Tinggi Badan Ibu terhadap Bayi Baru Lahir

Ibu dengan tinggi badan kurang dari 145 cm berpotensi memiliki panggul yang sempit sehingga berpotensi mengalami kesulitan dalam persalinan. Dan dengan persalinan yang lama juga berpengaruh terhadap bayinya. Apalagi jika bayi yang dikandung memiliki berat badan yang besar maka bisa terjadi persalinan macet akibat distosia bahu sehingga jalan yang diambil adalah dengan persalinan sesario sesaria.

Tinggi badan ibu juga merupakan indeks kesehatan dan status gizi umum pada wanita. Perawakan ibu yang pendek dikaitkan dengan hasil kehamilan yang merugikan, seperti bayi lahir mati, bayi lahir dengan berat badan rendah, dan kematian perinatal.

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

a. Pengertian

WHO telah mengganti istilah preterm baby dengan low birth weight baby pada tahun 1961, karena tidak semua bayi lahir dibawah 2500 gram adalah bayi preterm (Cunningham,2010). BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan

kurang dari 2500 gram (prawirohardjo,2009). Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang satu jam setelah lahir.

b. Klasifikasi BBLR menurut Harapan Hidupnya

- 1) BBLR dengan berat lahir 1500-2499 gram
- 2) BBLSR dengan berat lahir 1000-1499 gram
- 3) BBLER dengan berat lahir <1000 gram

c. Klasifikasi BBLR Menurut Masa Gestasinya

1) Prematuritas Murni

Yaitu kehamilan dengan masa gestasinya kurang dari 37 minggu dan berat badan sesuai dengan berat badan untuk masa gestasinya.

2) Dismaturitas

Yaitu bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa gestasinya. Berat bayi mengalami gangguan pertumbuhan intrauterin dan merupakan bayi yang kecil untuk masa kehamilannya.

d. Gambaran Klinis BBLR

Tanda-tanda BBLR dibagi menjadi 2 yaitu tanda-tanda bayi pada kurang bulan dan tanda-tanda bayi yang kecil untuk masa kehamilan.

1) Tanda-tanda bayi kurang bulan

- a) Kulit tipis dan mengkilap
- b) Tulang rawan telinga sangat lunak karena belum terbentuk sempurna
- c) Lanugo masih banyak ditemukan terutama pada bagian punggung
- d) Jaringan payudara belum terlihat
- e) Puting masih berupa titik
- f) Pada bayi perempuan labia mayora belum menutupi labia minora
- g) Pada bayi laki-laki skrotum belum banyak lipatan
- h) Testis terkadang belum turun
- i) Rajah telapak kaki kurang dari 1/3 bagian atau belum terbentuk
- j) Kadang disertai pernafasan tidak teratur
- k) Aktifitas dan tangis lemah
- l) Reflek emnghisap dan menelan lemah

2) Tanda-tanda Bayi Kecil untuk Masa Kehamilan (KMK)

- a) Umur bayi cukup
- b) Kurang atau lebih bula tetapi beratnya kurang dari 2500 gram
- c) Gerakannya cukup aktif
- d) Tangisnya cukup kuat
- e) Kulit keriput
- f) Lemak bawah kulit tipis

- g) Payudara dan puting sesuai masa kehamilan
  - h) Bayi perempuan bila cukup bulan labia mayora sudah menutupi labia minora
  - i) Bayi laki-laki testis mungkin sudah turun
  - j) Rajah telapak kaki lebih dari 1/3 bagian
  - k) Menghisap cukup kuat
- 3) Faktor-faktor yang mempengaruhi BBLR

Faktor-faktor yang mempengaruhi BBLR yaitu faktor obstetrik, sosial demograafi, kesehatan umum dan penyakit episodik, infeksi dan lingkungan, faktor ayah, kebiasaan , dan karakteristik BBL (Ngoma,2016)

a) Faktor obstetrik

1. Paritas

Resiko terjadinya BBLR pada ibu yang pernah melahirkan anak empat kali atau lebih, rahim akan menjadi semakin melemah karena jaringan perut uterus akibat kehamilan berulang menyebabkan tidak adekuatnya persediaan darah ke plasenta sehingga plasenta tidak dapat aliran darah yang cukup untuk menyalurkan nutrisi ke janin

2. Pre-eklamsia

Pre-eklamsia adalah hipertensi yang timbul setelah 20 minggu kehamilan disertai proteinuria (Prawiroharjo,2009). Ibu dnegan pre-eklamsia meningkatkan resiko BBLR. Hal ini disebabkan karena implantasi plasenta yang abnormal yang merupakan presdiposisi wanita dengan pre-eklamsia mengalami keadaan intrauterin yang buruk yang menyebabkan terjadinya perfusi plasenta sehingga menyebabkan hiposia yang berdampak pada pertumbuhan janin dan berujung pada kejadian BBLR (Mitao,2016)

3. Riwayat Obstetrik Buruk

Yaitu riwayat abortus, riwayat persalinan prematur, riwayat BBLR, bayi lahir mati, riwayat persalinan dengan tindakan , pre-eklamsia/ eklamsia juga berpengaruh terhadap BBLR (Manuaba,2010)

b) Sosial Demografi

1. Usia ibu

adalah waktu hidup ibu bersalin sejak lahir sampai hamil. Saat terbaik untuk seorang wanita hamil adalah saat usia 20 – 35 tahun, karena pada usia itu seorang wanita sudah mengalami kematangan

organ-organ reproduksi dan secara psikologi sudah dewasa (Prawirohardjo, 2010). Usia dibagi menjadi berisiko (<20 tahun dan >35 tahun) dan tidak berisiko (20 - 35 tahun). Pada usia <20 tahun organ reproduksi belum berfungsi sempurna sehingga terjadi persaingan memperebutkan gizi untuk ibu yang masih dalam tahap perkembangan dengan janin. Pada usia >35 tahun, kematangan organ reproduksi mengalami penurunan. Hal ini dapat mengakibatkan timbulnya masalah kesehatan pada saat persalinan dan berisiko terjadinya BBLR (Damelash, 2015). Usia ibu merupakan faktor risiko pertama yang termasuk dalam Tujuh Terlalu dan Tiga Pernah. Tujuh Terlalu adalah primi tua, primi tua sekunder, umur >35 tahun, grand multi, anak terkecil <2 tahun, tinggi badan rendah  $\leq 145$  cm. Tiga Pernah adalah riwayat obstetrik jelek, persalinan lalu mengalami perdarahan pasca persalinan dengan infus/transfusi, uri manual, tindakan pervaginam, bekas operasi caesar (Prawirohardjo, 2010).

## 2. Ras

Terdapat perbedaan antara ras masyarakat non kulit putih dan masyarakat kulit putih. Hal ini dihubungkan dengan masyarakat non kulit putih yang mengalami kondisi lebih buruk/miskin dibandingkan masyarakat kulit putih. Hal ini mencerminkan dampak kemiskinan dan dapat pula menunjukkan pengaruh gizi jangka panjang pada hasil akhir kehamilan

## 3. Gizi Hamil

Status gizi selama kehamilan adalah salah satu faktor penting dalam menentukan pertumbuhan janin. Status gizi ibu hamil akan berdampak pada berat badan lahir, angka kematian perinatal, keadaan kesehatan perinatal, dan pertumbuhan bayi setelah kelahiran.

## 4. Indeks Masa Tubuh (IMT)

IMT merupakan indikator yang menunjukkan bahwa telah terjadi keseimbangan zat gizi di dalam tubuh orang dewasa dengan tercapainya berat badan yang normal, yaitu berat badan yang sesuai untuk tinggi badannya (Kemenkes RI, 2014). IMT yang normal adalah  $18,5 - 25,0$  kg/m<sup>2</sup>. Pada perempuan dengan IMT rata-rata atau rendah, sedikit penambahan berat badan selama kehamilan dapat menyebabkan hambatan pertumbuhan janin sehingga terjadi

BBLR. Hal ini terjadi akibat penurunan ekspansi pembuluh darah sehingga meningkatkan curah jantung yang tidak adekuat dan menurunkan aliran darah ke plasenta.

#### 5. Status Sosial Ekonomi

Keluarga bayi dengan status ekonomi rendah dan tinggal di pedesaan cenderung mengalami kejadian BBLR lebih tinggi dibandingkan dengan keluarga status ekonomi tinggi dan tinggal dipertanian. Keluarga bayi dengan status ekonomi rendah mempunyai resiko BBLR sebesar 1,33 kali dibandingkan keluarga dengan status ekonomi tinggi karena berhubungan dengan kurangnya pemenuhan nutrisi ibu dan pemantauan kehamilan (Cunningham,2010)

#### 6. Status Pernikahan

Remaja yang hamil di luar nikah menghadapi berbagai masalah psikologis yaitu rasa takut, kecewa, menyesal, dan rendah diri terhadap kehamilan sehingga terjadi usaha untuk menghilangkan dengan menggugurkan kandungannya atau tidak mengurus kehamilan sehingga dapat kekurangan nutrisi dan menyebabkan BBLR. Ibu dengan kehamilan di luar nikah berpeluang 1,8 kali berisiko memiliki bayi berat lahir rendah (BBLR) (Damelash, 2015).

#### 7. Pendidikan

Pendidikan ibu merupakan salah satu faktor penguat yang mempengaruhi seseorang berperilaku. Tingkat pendidikan merupakan faktor yang mendasari dalam pengambilan keputusan. Semakin tinggi pendidikan ibu akan semakin mampu mengambil keputusan bahwa pelayanan keehatan selama hamil dapat mencegah gangguan sedini mungkin bagi ibu dan janinnya termasuk mencegah kejadian BBLR.

#### 8. Kesehatan umum dan penyakit episodik

#### 9. Gangguan metabolisme

Salah satu penyakit gangguan metabolisme yang sering dialami oleh ibu hamil yaitu diabetes mellitus (DM). Pada ibu yang mengalami diabetes mellitus, cedera mikrovaskular ginjal akan merusak membran glomerulus sehingga protein akan bocor keluar ke urin. Seiring dengan memburuknya fungsi ginjal, kebocoran protein akan menimbulkan retensi cairan dan ginjal makin tidak efisien dalam membuang sampah metabolisme seperti keratinin.

Gangguan ini disebut *nefropati diabetic* dan akan mempersulit kehamilan termasuk pre-eklamsia, hipertensi, BBLR, dan kelahiran prematur.

#### 10. Hipertensi

Hipertensi adalah tekanan sistolik dan diastolik  $>140/90$  mmHg. Pada ibu penderita hipertensi di dalam uterus, vasokonstriksi yang disebabkan oleh hipertensi akan mengakibatkan aliran darah uterus dan lesi vaskular terjadi di dasar plasenta, mengakibatkan terjadinya abrupsi plasenta. Penurunan aliran darah ke ruang koriosedua akan mengurangi jumlah oksigen yang berdifusi melalui sel sinsitiotrofoblas dan sitotrofoblas ke dalam sirkulasi janin ke dalam plasenta.

Akibatnya, jaringan plasenta menjadi iskemik, terjadi thrombosis kapiler vili korionik dan infark, yang mengakibatkan retraksi pertumbuhan janin. Aliran hormon juga terganggu dengan menurunnya fungsi plasenta. Fungsi plasenta yang menurun menyebabkan sirkulasi oksigen dan nutrisi ke janin menjadi lancar, sehingga menyebabkan BBLR (Hidayatus,2015)

#### 11. Infeksi dan Lingkungan

Kehamilan sering terjadi bersamaan dengan infeksi yang dapat mempengaruhi kehamilan atau sebaliknya memberatkan infeksi. Terdapat beberapa infeksi yang menyebabkan kelainan kongenital, keguguran, prematuritas, gangguan pertumbuhan janin.

#### 12. Faktor Ayah

Faktor ayah mempengaruhi terjadinya BBLR adalah tinggi badan dan berat badan (Ngoma,2016)

#### 13. Kebiasaan

Resiko BBLR terjadi pada ibu yang mempunyai kebiasaan merokok, minum- minuman alkohol, pecandu narkoba, dan penggunaan antimetabolik (Manuaba,2010). Asupan kafein harian tinggi dikaitkan dengan peningkatan resiko melahirkan kecil masa kehamilan atau berat bayi lahir  $<2500$  gram (Pantiawati,2010)

#### 14. Karakteristik BBL

##### (a) Jenis kelamin BBL

Bayi perempuan lebih beresiko untuk mengalami BBLR daripada bayi laki-laki (Mitao,2016). Hal ini karena grafik pertumbuhan janin perempuan lebih lambat dari janin laki-laki

sehingga pada usia kehamilan yang sama, janin perempuan lebih rendah beratnya.

(b) Kelainan Kongenital

Merupakan kelainan pertumbuhan struktur organ janin sejak saat pembuahan. Bayi yang dilahirkan dengan kelainan kongenital umumnya akan dilahirkan sebagai BBLR atau bayi kecil untuk masa kehamilan.

(c) Kehamilan Gemeli

Berat badan bayi pada kehamilan gemeli lebih ringan daripada berat badan bayi kehamilan tunggal pada umur kehamilan yang sama. Berat badan janin pada kehamilan kembar rata-rata 1000 gram lebih ringan daripada bayi kehamilan tunggal. Pada kehamilan gemeli terjadi distensi uterus berlebihan, sehingga melewati batas toleransi dan sering terjadi parus prematur. Kebutuhan ibu akan zat makanan pada kehamilan ganda bertambah yang dapat menyebabkan anemia dan penyakit defisiensi lain, sehingga bayi lahir kecil (Rohan,2013)

4) Komplikasi BBLR

a) Komplikasi BBLR pada bayi prematur

1. Asfiksia

Disebabkan karena kurangnya surfaktan, pertumbuhan dan perkembangan yang belum sempurna, otot pernafasan yang masih lemah, dan tulang iga yang mudah melengkung atau pliable thorax (Momeni,2017)

2. Masalah pemberian ASI

Hal tersebut dikarenakan ukuran tubuh BBLR yang kecil, kurang energi, lemah, lambungnya kecil, dan tidak dapat menghisap dengan kuat (Latief,2007)

3. Hiperbilirubinemia

Hal ini disebabkan faktor kematangan hepar sehingga konjugasi bilirubin indirek menjadi bilirubin direk belum sempurna (Latief,2007)

4. Sindrom gangguan pernafasan idiopatik

Disebut juga penyakit membrane hialin karena pada stadium terakhir akan terbentuk membrane hialin yang melapisi alveolus paru (Latief,2007)

b) Komplikasi BBLR pada bayi Dismatur

1. Sindrom aspirasi mekonium

Keadaan hipoksia intrauterin akan mengakibatkan janin mengadakan “gasping” dalam uterus. Selain itu, mekonium akan dilepaskan ke dalam likour amnion seperti yang sering terjadi pada “subacute fetal distress”. Akibatnya, cairan yang mengandung mekonium yang lengket itu masuk ke dalam paru janin karena inhalasi. Pada saat bayi lahir bayi akan menderita gangguan pernafasan yang sangat menyerupai sidron gangguan pernafasan idiopatik

## 2. Penyakit membran hialin

Hal ini karena surfaktan paru belum cukup sehingga alveoli selali kolaps. Sesudah bayi mengadakan aspirasi, tiak tertinggal udara residu dalam alveoli, sehingga selalu dibutuhkan tenaga negatif yang tinggal pada pernafasan berikutnya. Akibat hal ini akan tampak dispnue yang berat, retraksi epigastrium, sianosis, dan pada paru terjadi atelektrasis dan akhirnya terjadi aksudasi fibrin dan lain-lain serta terbentuk membran hialin (Latief,2007)

## 3. Hipoglikemia Simtomatik

Keadaan ini terutama terdapat pada bayi laki-laki. Penyebabnya belun jelas, tetapi mungkin sekali disebabkan persediaan glikogen yang sangat kurang pada bayi dismaturitas

## 5) Penatalaksanaan BBLR

### a) Dukungan respirasi

Dikarenakan BBLR beresiko mengalami defisiensi surfaktan dan periadik apneu. Dalam kondisi seperti ini diperlukan pembersihan jalan nafas, merangsang pernafasan, diposisikan miring untuk mencegah aspirasi, posisikan tertelungkup jika mungkin karena posisi ini menghasilkan oksigenansi yang lebih baik, terapi oksigen diberikan berdasarkan kebutuhan dan penyakit bayi.

### b) Termoregulasi

Pencegahan kehilangan panas pada bayi distress sangat dibutuhkan karena produksi panas merupakan proses kompleks yang melibatkan sistem kardiovaskuler,neurologis, dan metabolik. Suhu netral bagi bayi adalah 36,7' C -37,3'C. Menghangatkan dan mempertahankan suhu bayi dapat dilakukan melalui beberapa cara, yaitu : kanggoroo mother care, pemancar pemanas, ruangan yang hangat, inkubator.

### c) Perlindungan terhadap infeksi



Pada bayi BBLR imunitas seluler dan hormonal masih kurang sehingga sangat rentan dengan penyakit. Beberapa hal yang perlu dilakukan untuk mencegah infeksi antara lain :

1. Semua orang yang akan kontak dengan bayi harus melakukan cuci tangan terlebih dahulu
2. Peralatan yang digunakan dalam asuhan bayi harus dibersihkan secara teratur. Ruang perawatan bayi juga harus dijaga kebersihannya
3. Petugas dan orangtua yang berpenyakit infeksi tidak boleh memasuki ruang perawatan bayi sampai mereka dinyatakan sembuh atau diisyaratkan untuk memakai alat pelindung seperti masker ataupun sarung tangan untuk mencegah penularan.
4. Hidrasi

Bayi resiko tinggi sering mendapat cairan parenteral untuk asupan tambahan kalori, elektrolit, dan air. Hidrasi yang adekuat sangat penting pada bayi preterm karena kandungan air ekstraselulernya lebih tinggi (70% pada bayi cukup bulan dan sampai 90% pada bayi preterm). Hal ini dikarenakan permukaan tubuhnya lebih luas dan kapasitas osmotik diuresis terbatas pada ginjal bayi preterm yang belum berkembang sempurna sehingga bayi tersebut sangat peka terhadap kehilangan cairan

5. Nutrisi

Nutrisi yang optimal sangat kritis dalam manajemen bayi BBLR tetapi terdapat kesulitan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi mereka karena berbagai mekanisme ingesti dan digesti makanan belum sepenuhnya berkembang. Jumlah, jadwal, dan metode pemberian nutrisi ditentukan oleh ukuran dan kondisi bayi. Nutrisi dapat diberikan melalui parenteral ataupun enteral atau dengan kombinasi keduanya

6. Penghematan energi

Salah satu tujuan utama perawatan bayi resiko tinggi adalah menghemat energi, Oleh karena itu BBLR ditangani seminimal mungkin. Bayi yang dirawat di dalam inkubator tidak membutuhkan pakaian , tetapi hanya membutuhkan popok atau alas. Dengan demikian kegiatan melepas dan memakaikan pakaian tidak perlu dilakukan. Selain itu, observasi dapat dilakukan tanpa harus membuka pakaian.

## 7. Stimulasi Sensori

Bayi baru lahir memiliki kebutuhan stimulasi sensori yang khusus. Mainan gantung yang dapat bergerak dan mainan- mainan yang diletakkan dalam unit perawatan dapat memberikan stimulasi visual. Suara radio dengan volume rendah, suara kaset, atau mainan yang bersuara dapat memberikan stimulasi pendengaran. Rangsangan suara yang paling baik adalah suara dari orang tua atau keluarga, suara dokter, perawat yang berbicara atau bernyanyi. Memandikan, menggendong, atau membelai memberikan rangsang sentuhan

## 8. Dukungan dan keterlibatan keluarga

Kelahiran bayi preterm merupakan kejadian yang tidak diharapkan dan membuat stress bila keluarga tidak siap secara emosi. Orang tua biasanya memiliki kecemasan terhadap kondisi bayinya, apalagi perawatan bayi di unit perawatan khusus mengharuskan bayi dirawat terpisah dari ibunya. Selain cemas, orang tua mungkin juga merasa bersalah terhadap kondisi bayinya, takut, depresi, dan bahkan marah. Perasaan tersebut wajar, tetapi memerlukan dukungan dari perawat. Perawat dapat membantu keluarga dengan bayi BBLR dalam menghadapi krisis emosional, antara lain dengan memberi kesempatan pada orang tua untuk melihat, menyentuh, dan terlibat dalam perawatan bayi. Hal ini dapat dilakukan melalui metode kanguru karena melalui kontak kulit antara bayi dengan ibu akan membuat ibu merasa lebih nyaman dan percaya diri dalam merawat bayinya

### 2.4.8 Hipotermi

Hipotermi disebabkan oleh karena terpapar dengan lingkungan yang dingin (suhu lingkungan rendah, permukaan yang dingin atau basah) atau bayi dalam keadaan basah atau tidak berpakaian. (Yongki, 2012)

Bayi baru lahir dapat mengatur temperatur tubuhnya secara memadai, dan dapat dengan cepat kedinginan jika kehilangan panas tidak segera dicegah. Cara mencegah kehilangan panas yaitu:

1. Keringkan bayi secara seksama
2. Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kering, dan hangat
3. Tutup bagian kepala bayi
4. Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
5. Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir

6. Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat.

#### 2.4.9 Asfiksia

Janin sangat bergantung pada pertukaran plasenta untuk oksigen, asupan nutrisi dan pembuangan produk sisa sehingga jika terdapat gangguan pada aliran darah umbilical maupun plasenta hampir selalu akan menyebabkan asfiksia. Partus lama dan prolapsus funikuli saat persalinan dapat menjadi penyebab asfiksia pada bayi baru lahir (Anik dan Eka, 2013).

Pada pemeriksaan atau penilaian awal dilakukan dengan menjawab 3 pertanyaan:

- a. Apakah bayi cukup bulan?
- b. Apakah bayi bernapas atau menangis?
- c. Apakah tonus otot bayi baik atau kuat?

Bila semua jawaban "ya" maka bayi dapat langsung dimasukkan dalam prosedur perawatan rutin dan tidak dipisahkan dari ibunya. Bayi dikeringkan, diletakkan di dada ibunya dan diselimuti dengan kain linen kering untuk menjaga suhu. Bila terdapat jawaban "tidak" dari salah satu pertanyaan di atas maka bayi memerlukan satu atau beberapa tindakan resusitasi berikut ini secara berurutan:

#### 1. Langkah awal resusitasi

- a) Memberikan kehangatan
- b) Memposisikan bayi dengan sedikit menengadahkan kepalanya
- c) Membersihkan jalan napas sesuai keperluan
- d) Mengeringkan bayi, merangsang pernapasan
- e) Meletakkan pada posisi yang benar.
- f) Penilaian : Keputusan untuk melanjutkan dari satu kategori ke kategori berikutnya ditentukan dengan penilaian 3 tanda vital secara simultan (pernapasan, frekuensi jantung dan warna kulit). Waktu untuk setiap langkah adalah sekitar 30 detik, lalu nilai kembali, dan putuskan untuk melanjutkan ke langkah berikutnya.

#### 2. Ventilasi Tekanan Positif (VTP)

- a) Pastikan bayi diletakkan dalam posisi yang benar.
- b) Agar VTP efektif, kecepatan memompa (kecepatan ventilasi) dan tekanan ventilasi harus sesuai.
- c) Kecepatan ventilasi sebaiknya 40-60 kali/menit.
- d) Tekanan ventilasi yang dibutuhkan sebagai berikut. Nafas pertama setelah lahir, membutuhkan: 30-40 cm H<sub>2</sub>O. Setelah nafas pertama,

membutuhkan: 15-20 cm H<sub>2</sub>O. Bayi dengan kondisi atau penyakit paru-paru yang berakibat turunnya *compliance*, membutuhkan: 20-40 cm H<sub>2</sub>O. Tekanan ventilasi hanya dapat diatur apabila digunakan balon yang mempunyai pengukuran tekanan.

- e) Observasi gerak dada bayi: adanya gerakan dada bayi turun naik merupakan bukti bahwa sungkup terpasang dengan baik dan paru-paru mengembang. Bayi seperti menarik nafas dangkal. Apabila dada bergerak maksimum, bayi seperti menarik nafas panjang, menunjukkan paru-paru terlalu mengembang, yang berarti tekanan diberikan terlalu tinggi. Hal ini dapat menyebabkan pneumothoraks.
- f) Observasi gerak perut bayi: gerak perut tidak dapat dipakai sebagai pedoman ventilasi yang efektif. Gerak paru mungkin disebabkan masuknya udara ke dalam lambung.
- g) Penilaian suara nafas bilateral: suara nafas didengar dengan menggunakan stetoskop. Adanya suara nafas di kedua paru-paru merupakan indikasi bahwa bayi mendapat ventilasi yang benar.
- h) Observasi pengembangan dada bayi: apabila dada terlalu berkembang, kurangi tekanan dengan mengurangi meremas balon. Apabila dada kurang berkembang, mungkin disebabkan oleh salah satu penyebab berikut: perlekatan sungkup kurang sempurna, arus udara terhambat, dan tidak cukup tekanan.

Apabila dengan tahapan diatas dada bayi masih tetap kurang berkembang sebaiknya dilakukan intubasi endotrakea dan ventilasi pipa-balon (Saifuddin, 2009).

Kompresi dada

Teknik kompresi dada ada 2 cara:

- 1) Teknik ibu jari (lebih dipilih)
  - (a) Kedua ibu jari menekan sternum, ibu jari tangan melingkari dada dan menopang punggung
  - (b) Lebih baik dalam mengontrol kedalaman dan tekanan konsisten
  - (c) Lebih unggul dalam menaikkan puncak sistolik dan tekanan perfusi coroner
- 2) Teknik dua jari
  - (a) Ujung jari tengah dan telunjuk/jari manis dari 1 tangan menekan sternum, tangan lainnya menopang punggung
  - (b) Tidak tergantung

- (c) Lebih mudah untuk pemberian obat
- 3) Kedalaman dan tekanan
  - (a) Kedalaman  $\pm 1/3$  diameter anteroposterior dada.
  - (b) Lama penekanan lebih pendek dari lama pelepasan curah jantung maksimum (Prambudi, 2013).

#### 2.4.10 Menejemen SOAP pada BBL

##### Pengkajian

##### A. Data Subyektif

##### 1. Identitas Bayi

- a) Nama: Untuk mengenal bayi.
- b) Jenis Kelamin: Untuk memberikan informasi pada ibu dan keluarga serta memfokuskan saat pemeriksaan genetalia.
- c) Anak ke-: Untuk mengkaji adanya kemungkinan sibling rivalry.

##### 2. Identitas Orangtua

- a) Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.
- b) Umur: Usia orangtua mempengaruhi kemampuannya dalam mengasuh dan merawat bayinya.
- c) Suku/Bangsa : Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi dan adat istiadat yang dianut.
- d) Agama: Untuk mengetahui keyakinan orangtua sehingga dapat menuntun anaknya sesuai dengan keyakinannya sejak lahir.
- e) Pendidikan: Untuk mengetahui tingkat intelektual orangtua yang dapat mempengaruhi kemampuan dan kebiasaan orangtua dalam mengasuh, merawat dan memenuhi kebutuhan bayinya.
- f) Pekerjaan: Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizi (Hidayat dan Uliyah, 2008). Hal ini dapat dikaitkan dengan pemenuhan nutrisi bagi bayinya. Orangtua dengan tingkat sosial ekonomi yang tinggi cenderung akan memberikan susu formula pada bayinya.
- g) Alamat: Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan follow up terhadap perkembangan bayi

##### 3. Data Kesehatan

- a) Riwayat Kehamilan: Untuk mengetahui beberapa kejadian atau komplikasi yang terjadi saat mengandung bayi yang baru saja

dilahirkan. Sehingga dapat dilakukan skrining test dengan tepat dan segera.

- b) Riwayat Persalinan: Untuk menentukan tindakan segera yang dilakukan pada bayi baru lahir.

## B. . Data Obyektif

### 1. Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan Umum: Baik
- b) Tanda-tanda Vital: Pernapasan normal adalah antara 30-50 kali per menit, dihitung ketika bayi dalam posisi tenang dan tidak ada tanda-tanda distress pernapasan. Bayi baru lahir memiliki frekuensi denyut jantung 110-160 denyut per menit dengan rata-rata kira-kira 130 denyut per menit. Angka normal pada pengukuran suhu bayi secara aksila adalah 36,5-37,5° C (Johnson dan Taylor, 2005).
- c) Antropometri : Kisaran berat badan bayi baru lahir adalah 2500-4000 gram, panjang badan sekitar 48-52 cm, lingkar kepala sekitar 32-37 cm, kira-kira 2 cm lebih besar dari lingkar dada (30-35 cm) (Ladewig, London dan Olds, 2005). Bayi biasanya mengalami penurunan berat badan dalam beberapa hari pertama yang harus kembali normal pada hari ke-10. Sebaiknya bayi dilakukan penimbangan pada hari ke-3 atau ke-4 dan hari ke-10 untuk memastikan berat badan lahir telah kembali (Johnson dan Taylor, 2005).
- d) Apgar Score: Skor Apgar merupakan alat untuk mengkaji kondisi bayi sesaat setelah lahir dalam hubungannya dengan 5 variabel. Penilaian ini dilakukan pada menit pertama, menit ke-5 dan menit ke-10. Nilai 7-10 pada menit pertama menunjukkan bahwa bayi berada dalam keadaan baik (Johnson dan Taylor, 2005).

### 2. Pemeriksaan Fisik Khusus

- a) Kulit: Seluruh tubuh bayi harus tampak merah muda, mengindikasikan perfusi perifer yang baik. Bila bayi berpigmen gelap, tanda-tanda perfusi perifer baik dapat dikaji dengan mengobservasi membran mukosa, telapak tangan dan kaki. Bila bayi tampak pucat atau sianosis dengan atau tanpa tanda-tanda distress pernapasan harus segera dilaporkan pada dokter anak karena dapat mengindikasikan adanya penyakit. Selain itu, kulit

bayi juga harus bersih dari ruam, bercak, memar, tandatanda infeksi dan trauma (Johnson dan Taylor, 2005).

- b) Kepala: Fontanel anterior harus teraba datar. Bila cembung, dapat terjadi akibat peningkatan tekanan intracranial sedangkan fontanel yang cekung dapat mengindikasikan adanya dehidrasi. Moulding harus sudah menghilang dalam 24 jam kelahiran. Sefalhematoma pertama kali muncul pada 12 sampai 36 jam setelah kelahiran dan cenderung semakin besar ukurannya, diperlukan waktu sampai 6 minggu untuk dapat hilang. Adanya memar atau trauma sejak lahir harus diperiksa untuk memastikan bahwa proses penyembuhan sedang terjadi dan tidak ada tanda-tanda infeksi (Johnson dan Taylor, 2005).
- c) Mata: Inspeksi pada mata bertujuan untuk memastikan bahwa keduanya bersih tanpa tanda-tanda rabas. Jika terdapat rabas, mata harus dibersihkan dan usapannya dapat dilakukan jika diindikasikan (Johnson dan Taylor, 2005).
- d) Telinga: Periksa telinga untuk memastikan jumlah, bentuk dan posisinya. Telinga bayi cukup bulan harus memiliki tulang rawan yang cukup agar dapat kembali ke posisi semula ketika digerakkan ke depan secara perlahan. Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan-lengkungan yang jelas pada bagian atas. Posisi telinga diperiksa dengan penarikan khayal dari bagian luar kantung mata secara horizontal ke belakang ke arah telinga. Ujung atas daun telinga harus terletak di atas garis ini. Letak yang lebih rendah dapat berkaitan dengan abnormalitas kromosom, seperti Trisomi 21. Lubang telinga harus diperiksa kepatenannya. Adanya kulit tambahan atau aurikel juga harus dicatat dan dapat berhubungan dengan abnormalitas ginjal (Johnson dan Taylor, 2005).
- e) Hidung: Tidak ada kelainan bawaan atau cacat lahir.
- f) Mulut: Pemeriksaan pada mulut memerlukan pencahayaan yang baik dan harus terlihat bersih, lembab dan tidak ada kelainan seperti palatoskisis maupun labiopalatoskisis (Bibir sumbing) (Johnson dan Taylor, 2005).
- g) Leher: Bayi biasanya berleher pendek, yang harus diperiksa adalah kesimetrisannya. Perabaan pada leher bayi perlu dilakukan untuk mendeteksi adanya pembengkakan, seperti kista

higroma dan tumor sternomastoid. Bayi harus dapat menggerakkan kepalanya ke kiri dan ke kanan. Adanya pembentukan selaput kulit mengindikasikan adanya abnormalitas kromosom, seperti sindrom Turner dan adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher mengindikasikan kemungkinan adanya Trisomo 21 (Johnson dan Taylor, 2005).

- h) Klavikula: Perabaan pada semua klavikula bayi bertujuan untuk memastikan keutuhannya, terutama pada presentasi bokong atau distosia bahu, karena keduanya berisiko menyebabkan fraktur klavikula, yang menyebabkan hanya mampu sedikit bergerak atau bahkan tidak bergerak sama sekali (Johnson dan Taylor, 2005).
- i) Dada: Tidak ada retraksi dinding dada bawah yang dalam (WHO, 2013).
- j) Umbilikus: Tali pusat dan umbilikus harus diperiksa setiap hari untuk mendeteksi adanya perdarahan tali pusat, tanda-tanda pelepasan dan infeksi. Biasanya tali pusat lepas dalam 5-16 hari. Potongan kecil tali pusat dapat tertinggal di umbilikus sehingga harus diperiksa setiap hari. Tanda awal terjadinya infeksi di sekitar umbilikus dapat diketahui dengan adanya kemerahan disekitar umbilikus, tali pusat berbau busuk dan menjadi lengket (Johnson dan Taylor, 2005).
- k) Ekstremitas: Bertujuan untuk mengkaji kesimetrisan, ukuran, bentuk dan posturnya. Panjang kedua kaki juga harus dilakukan dengan meluruskan keduanya. Posisi kaki dalam kaitannya dengan tungkai juga harus diperiksa untuk mengkaji adanya kelainan posisi, seperti deformitas anatomi yang menyebabkan tungkai berputar ke dalam, ke luar, ke atas atau ke bawah. Jumlah jari kaki dan tangan harus lengkap. Bila bayi aktif, keempat ekstremitas harus dapat bergerak bebas, kurangnya gerakan dapat berkaitan dengan trauma (Johnson dan Taylor, 2005).
- l) Punggung: Tanda-tanda abnormalitas pada bagian punggung yaitu spina bifida, adanya pembengkakan, dan lesung atau bercak kecil berambut (Johnson dan Taylor, 2005).
- m) Genitalia: Pada perempuan vagina berlubang, uretra berlubang dan labia minora telah menutupi labia mayora. Sedangkan pada



laki-laki, testis berada dalam skrotum dan penis berlubang pada ujungnya (Saifuddin, 2006).

- n) Anus: Secara perlahan membuka lipatan bokong lalu memastikan tidak ada lesung atau sinus dan memiliki sfingter ani (Johnson dan Taylor, 2005).
- o) Eliminasi: Keluarnya urine dan mekonium harus dicatat karena merupakan indikasi kepatenan ginjal dan saluran gastrointestinal bagian bawah (Johnson dan Taylor, 2005)

### 3. Pemeriksaan Refleks

- a) Moro: Respon bayi baru lahir akan menghentakkan tangan dan kaki lurus ke arah luar sedangkan lutut fleksi kemudian tangan akan kembali ke arah dada seperti posisi dalam pelukan, jari-jari nampak terpisah membentuk huruf C dan bayi mungkin menangis (Ladewig, dkk., 2005). Refleks ini akan menghilang pada umur 3-4 bulan. Refleks yang menetap lebih dari 4 bulan menunjukkan adanya kerusakan otak. Refleks tidak simetris menunjukkan adanya hemiparises, fraktur klavikula atau cedera fleksus brakhialis. Sedangkan tidak adanya respons pada ekstremitas bawah menunjukkan adanya dislokasi pinggul atau cedera medulla spinalis (Hidayat dan Uliyah, 2005).
- b) Rooting: Setuhan pada pipi atau bibir menyebabkan kepala menoleh ke arah sentuhan (Ladewig, dkk, 2005). Refleks ini menghilang pada 3-4 bulan, tetapi bisa menetap sampai umur 12 bulan khususnya selama tidur. Tidak adanya refleks menunjukkan adanya gangguan neurologi berat (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- c) Sucking: Bayi menghisap dengan kuat dalam berespons terhadap stimulasi. Refleks ini menetap selama masa bayi dan mungkin terjadi selama tidur tanpa stimulasi. Refleks yang lemah atau tidak ada menunjukkan kelambatan perkembangan atau keadaan neurologi yang abnormal (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- d) Grasping: Respon bayi terhadap stimulasi pada telapak tangan bayi dengan sebuah objek atau jari pemeriksa akan menggenggam (Jari-jari bayi melengkung) dan memegang objek tersebut dengan erat (Ladewig, dkk, 2005). Refleks ini menghilang pada 3-4 bulan. Fleksi yang tidak simetris menunjukkan adanya paralisis. Refleks menggenggam yang menetap menunjukkan gangguan serebral (Hidayat dan Uliyah, 2008).

- e) Startle: Bayi meng-ekstensi dan mem-fleksi lengan dalam merespons suara yang keras, tangan tetap rapat dan refleks ini akan menghilang setelah umur 4 bulan. Tidak adanya respons menunjukkan adanya gangguan pendengaran (Hidayat dan Uliyah, 2005).
- f) Tonic Neck: Bayi melakukan perubahan posisi bila kepala diputar ke satu sisi, lengan dan tungkai ekstensi ke arah sisi putaran kepala dan fleksi pada sisi yang berlawanan. Normalnya refleks ini tidak terjadi pada setiap kali kepala diputar. Tampak kira-kira pada umur 2 bulan dan menghilang pada umur 6 bulan (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- g) Neck Righting: Bila bayi terlentang, bahu dan badan kemudian pelvis berotasi ke arah dimana bayi diputar. Respons ini dijumpai selama 10 bulan pertama. Tidak adanya refleks atau refleks menetap lebih dari 10 bulan menunjukkan adanya gangguan sistem saraf pusat (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- h) Babinski: Jari kaki mengembang dan ibu jari kaki dorsofleksi, dijumlah sampai umur 2 tahun. Bila pengembangan jari kaki dorsofleksi setelah umur 2 tahun menunjukkan adanya tanda lesi ekstrapiramidal (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- i) Merangkak: Bayi membuat gerakan merangkak dengan lengan dan kaki bila diletakkan pada abdomen. Bila gerakan tidak simetris menunjukkan adanya abnormalitas neurologi (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- j) Menari atau melangkah: Kaki bayi akan bergerak ke atas dan ke bawah bila sedikit disentuh ke permukaan keras. Hal ini dijumpai pada 4-8 minggu pertama kehidupan. Refleks menetap melebihi 4-8 minggu menunjukkan keadaan abnormal (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- k) Ekstruasi: Lidah ekstensi ke arah luar bila disentuh dan dijumpai pada umur 4 bulan. Esktensi lidah yang persisten menunjukkan adanya sindrom Down (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- l) Galant's: Punggung bergerak ke arah samping bila distimulasi dan dijumpai pada 4- 8 minggu pertama. Tidak adanya refleks menunjukkan adanya lesi medulla spinalis transversa (Hidayat dan Uliyah, 2008).

### C. Analisis

Perumusan diagnosa pada bayi baru lahir disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti Normal Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan (NCB SMK). Masalah yang dapat terjadi pada bayi baru lahir adalah bayi kedinginan. Kebutuhan BBL adalah kehangatan, ASI, pencegahan infeksi dan komplikasi (Depkes RI, 2010).

### D. Penatalaksanaan

Penanganan bayi baru lahir antara lain bersihkan jalan napas, potong dan rawat tali pusat, pertahankan suhu tubuh bayi dengan cara mengeringkan bayi dengan handuk kering dan lakukan IMD, berikan vitamin K 1 mg, lakukan pencegahan infeksi pada tali pusat, kulit dan mata serta berikan imunisasi Hb-0. Monitoring TTV setiap jam sekali terdiri dari suhu, nadi, dan respirasi.

## 2.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

### 2.5.1 Pengertian Keluarga Berencana

KB merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasehat perkawinan, pengobatan kemandulan dan penjarangan kelahiran (Depkes,1999). KB adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan , mengatur interval diantara kelahiran (Hartono,2004)

### 2.5.2 Tujuan KB

- a. Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia
- b. Terciptanya penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga

### 2.5.3 Sasaran Program KB

- a. Sasaran Langsung  
Pasangan usia subur yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan
- b. Serangan tidak langsung  
Pelaksana, dan pengelola KB, dengan cara menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera (Handayani,2010)

### 2.5.4 Dampak Program KB

- a. Untuk ibu, dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahiran maka manfaatnya:
  - 1) Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek
  - 2) Peningkatan kesehatan mental dan sosial yang memungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat, dan menikmati waktu luang serta melakukan kegiatan lainnya.
- b. Untuk anak-anak yang dilahirkan , manfaatnya :
  - 1) Anak tumbuh secara wajar karena ibu mengandungnya dalam keadaan sehat
  - 2) Sesudah lahir, anak mendapat perhatian, pemeliharaan dan makanan yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan dan direncanakan
- c. Untuk anak-anak yang lain, manfaatnya :

- 1) Memberi kesempatan kepada anak agar perkembangan fisiknya lebih baik karena setiap anak memperoleh makanan yang cukup dari sumber yang tersedia dalam keluarga
  - 2) Perkembangan mental dan sosialnya lebih sempurna karena pemeliharaan yang lebih baik dan lebih banyak waktu yang diberikan oleh ibu untuk setiap anak
  - 3) Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik karena sumber-sumber pendapatan keluarga tidak habis untuk mempertahankan hidup semata-mata
- d. Untuk ayah, memberikan kesempatan kepadanya agar dapat :
- 1) Memperbaiki kesehatan fisiknya
  - 2) Memperbaiki kesehatan mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta lebih banyak waktu terulang untuk keluarganya
- e. Untuk seluruh keluarga, manfaatnya:
- Kesehatan fisik, mental dan sosial setiap anggota keluarga tergantung dari kesehatan seluruh keluarga. Setiap anggota keluarga mempunyai kesempatan yang lebih banyak untuk memperoleh pendidikan.

#### 2.5.5 Kontrasepsi

##### a. Definisi kontrasepsi

Kontrasepsi adalah usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha-usaha itu dapat bersifat sementara dan permanen (Wiknjosastro,2007). Kontrasepsi yaitu pencegahan terbiyahinya sel telur oleh sel sperma atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim (Nugroho dan Utama,2014)

##### b. Efektivitas (Daya Guna) Kontrasepsi

Menurut Wiknjosastro efektivitas atau daya guna suatu cara konsepsi dapat dinilai pada 2 tingkat , yakni :

- 1) Daya guna teoritis (theoretical effectiveness), yaitu kemampuan suatu cara kontrasepsi untuk mengurangi terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, apabila kontrasepsi tersebut digunakan dengan mengikuti aturan yang benar
- 2) Daya guna pemakaian (use effectiveness) , yaitu kemampuan kontrasepsi dalam keadaan sehari-hari dimana pemakaiannya dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti pemakaian yang tidak hati-hati, kurang disiplin dan aturan pemakaian dan sebagainya

##### c. Memilih metode kontrasepsi

Metode kontrasepsi yang baik ialah kontrasepsi yang memiliki syarat-syarat sebagai berikut :

- 1) Aman dan tidak berbahaya
- 2) Dapat diandalkan
- 3) Sederhana
- 4) Murah
- 5) Dapat diterima
- 6) Pemakaian jangka lama

Faktor-faktor dalam memilih metode kontrasepsi , yaitu :

- a) Faktor pasangan :
  1. Umur
  2. Gaya hidup
  3. Frekuensi senggama
  4. Jumlah keluarga yang diinginkan
  5. Pengalaman dengan kontrasepsi yang lalu
  6. Sikap kewanitaan
  7. Sikap kepriaan
  
- b) Faktor kesehatan
  1. Status kesehatan
  2. Riwayat haid
  3. Riwayat keluarga
  4. Pemeriksaan fisik
  5. Pemeriksaan panggul

#### 2.5.6 Macam-macam Kontrasepsi

##### a. Metode kontrasepsi Sederhana

Metode ini terdiri dari 2, yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan dengan alat. Metode kontrasepsi dengan alat antara lain : metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), coitus interruptus, metode kalender, metode lendir serviks, metode suhu basal badan, dan simptotermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir serviks. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cum serviks, dan spermisida (Handayani,2010)

##### 1) Metode Amenorea Laktasi (MAL)

###### a) Definisi

Merupakan kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, tanpa tamnahan makanan atau minuman apapun. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi jika: meyusui secara penuh, belum haid, umur bayi kurang dari 6 bulan

## b) Cara kerja

Penundaan atau penekanan ovulasi

## c) Keuntungan :

1. efektifitas tinggi
2. segera efektif
3. tidak mengganggu senggama
4. tidak da efek samping secara sistemik
5. tidak perlu pengawasan medis
6. tidak perlu obat atau alat
7. tanpa biaya

## d) Kekurangan :

1. perlu persiapan sejak awal kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan
2. mungkin sulit dilakukan karena kondisi sosial
3. efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan
4. tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B dan HIV/AIDS

## e) Keuntungan nonkontrasepsi :

1. Untuk bayi : mendapat kekebalan pasif dari ASI, sumber asupan energi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal, terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain, atau formula, atau alat minum yang dipakai
2. untuk ibu : mengurangi perdarahan pasca persalinan, mengurangi resiko anemia, meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi

## f) Indikasi :

1. Ibu yang menyusui secara eksklusif
2. Bayi berumur kurang dari 6 bulan
3. Belum mendapat haid setelah melahirkan

## g) Kontraindikasi :

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

## 2) Metode KB Alamiyah

## a) Profil :

1. ibu harus belajar mengetahui kapan masa subur nya berlangsung

2. efektif bila dipakai dengan tertib
  3. tidak ada efek samping
  4. pasangan secara sukarela menghindari senggama pada masa subur ibu (untuk menghindari kehamilan) dan senggama pada masa subur (untuk menginginkan kehamilan)
- b) Macam KBA
1. Efektif : metode ovulasi billings (MOB) dan metode simtomternal
  2. Kurang efektif : sistem kalender/pantang berkala dan metode suhu basal
- c) Yang dapat menggunakan KBA :
- Untuk kontrasepsi
1. Semua perempuan semasa produktif, baik siklus haid teratur maupun tidak teratur, tidak haid baik karena menyusui maupun pramenopause
  2. Semua perempuan dengan paritas berapa pun termasuk multipara
  3. Perempuan kurus ataupun gemuk
  4. Perempuan yang merokok
  5. Perempuan dengan alasan kesehatan tertentu
  6. Pasangan dengan alasan agama atau filosofi untuk tidak menggunakan metode lain
  7. Perempuan yang tidak dapat menggunakan metode lain
  8. Pasangan yang ingin pantang senggama lebih dari seminggu pada setiap siklus haid
  9. Pasangan yang ingin dan termotivasi untuk mengobservasi, mencatat, dan menilai tanda dan gejala kesuburan
- Untuk Konsepsi
1. Pasangan yang ingin mencapai kehamilan, senggama dilakukan pada masa subur untuk mencapai kehamilan.
- d) Yang tidak dapat menggunakan KBA
1. Perempuan yang segi umur, paritas, atau masalah kesehatannya membuat kehamilan menjadi suatu kondisi resiko tinggi
  2. Perempuan yang sebelum mendapat haid (menyusui, abortus), kecuali MOB
  3. Perempuan dengan siklus haid yang tidak teratur, kecuali MOB
  4. Perempuan yang pasangannya tidak mau bekerja sama (berpantang) selama waktu tertentu dalam siklus haid
  5. Perempuan yang tidak suka menyentuh daerah genetaliaanya



- e) Teknik Pantang Berkala (kalender)
1. Senggama dihindari pada masa subur yaitu dekat dengan pertengahan siklus haid atau terdapat tanda-tanda adanya kesuburan yaitu keluarnya lendir encer dari liang vagina.
- f) Manfaat :
- Kontrasepsi :
1. Dapat digunakan untuk menghindari atau mencapai kehamilan
  2. Tidak ada resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi
  3. Tidak ada efek samping sistemik
  4. Murah atau tanpa biaya
- Nonkontrasepsi :
1. Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana
  2. Menambah pengetahuan tentang sistem reproduksi pada suami dan istri
  3. Memungkinkan mengeratkan relasi/hubungan melalui peningkatan komunikasi antara suami dan istri
- g) Keterbatasan :
1. Sebagai kontraseptif sedang
  2. Keefektifan tergantung dari kemauan dan disiplin pasangan untuk mengikuti intruksi
  3. Perlu ada pelatihan / guru KBA (bukan tenaga medis)
  4. Pelatih/guru KBA harus mampu membantu ibu mengenali masa suburnya, memotivasi pasangan untuk menaati aturan jika ingin menghindari kehamilan dan menyediakan alat bantu jika diperlukan
  5. Perlu pantang selama subur untuk menghindari kehamilan
  6. Perlu pencatatan setiap hari
  7. Infeksi vagina membuat lendir serviks sulit dinilai
  8. Termometer basal diperlukan untuk metode tertentu
  9. Tidak terlindungi dari IMS dan HIV/AIDS

### 3) Metode Suhu Basal (MSB)



Gambar 2 Metode Suhu Basal (MSB)

Suatu contoh catatan suhu basal yang lengkap :

Ibu dapat mengenali masa subur ibu dengan mengukur suhu badan secara teliti dengan termometer khusus yang bisa mencatat perubahan suhu 0.1°C untuk mendeteksi, bahkan suatu perubahan kecil, suhu tubuh anda.

Aturan perubahan suhu :

- a) Ukur suhu ibu pada waktu yang hampir sama setiap pagi dan catat suhu ibu pada kartu yang disediakan oleh instruktur KBA ibu
- b) Pakai catatan suhu pada kartu tersebut untuk 10 hari pertama dari siklus haid ibu untuk menentukan suhu tertinggi dan suhu normal atau rendah. Abaikan setiap suhu tinggi yang disebabkan oleh demam atau gangguan lain
- c) Tarik garis 0,05'-0,1' C di atas suhu tertinggi dari suhu 10 hari tersebut. Ini dinamakan Garis Pelindung atau Garis Suhu
- d) Masa tak subur mulai pada sore setelah hari ketiga berturut-turut suhu berada di atas garis pelindung tersebut

Untuk kontrasepsi

Pantang senggama dimuali dari awal siklus haid sampai sore hari ketiga berturut-turut setelah suhu berada di atas garis pelindung. Masa pantang pada aturan perubahan suhu lebih panjang dari pemakaian MOB.

Catatan :

- a) Jika salah satu dari tiga suhu berada di bawah garis pelindung selama perhitungan tiga hari, ini mungkin tanda bahwa ovulasi belum terjadi. Untuk menghindari kehamilan tunggu sampai 3 hari berturut-turut suhu tercatat di atas garis pelindung sebelum memulai senggama

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

#### 4) Metode Simtomtermal

Ibu harus mendapat instruksi untuk Metode Lendir Serviks dan Suhu Basal. Ibu dapat menentukan masa subur ibu dengan mengamati suhu tubuh dan lendir serviks.

- a) Setelah darah haid berhenti, ibu dapat bersenggama pada malam hari pada hari kering dengan berselang sehari selama masa tak subur.
- b) Masa subur mulai ketika ada perasaan basah atau munculnya lendir. Pantang bersenggama sampai masa subur berakhir
- c) Pantang bersenggama sampai hari puncak dan aturan perubahan suhu telah terjadi
- d) Apabila aturan ini tidak mengidentifikasi hari yang sama sebagai akhir masa subur, selalu ikuti aturan yang paling konservatif, yaitu aturan yang mengidentifikasi masa subur yang paling panjang.

#### 5) Senggama terputus

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi.

##### a) Cara kerja

Alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah

##### b) Manfaat

Kontrasepsi :

1. Efektif bila dilaksanakan dengan benar
2. Tidak mengganggu produksi ASI
3. Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya
4. Tidak ada efek samping
5. Dapat digunakan setiap waktu
6. Tidak membutuhkan biaya

Nonkontrasepsi :

1. Meningkatkan keterlibatan suami dalam KB
2. Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam

## c) Kekurangan

1. Efektifitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melakukannya
2. Efektivitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis
3. Memutus kenikmatan dalam hubungan seksual

## d) Indikasi :

1. Suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam berKB
2. Pasangan yang taat beragama atau mempunyai alasan filosofi untuk tidak memakai metode-metode lain
3. Pasangan yang memerlukan kontrasepsi segera
4. Pasangan yang memerlukan metode sementara, sambil menunggu metode yang lain
5. Pasangan yang membutuhkan metode pendukung
6. Pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur

## e) Kontraindikasi :

1. Suami dengan pengalaman ejakulasi dini
2. Suami yang sulit melakukan senggama terputus
3. Suami yang memiliki kelainan fisik atau psikologi
4. Istri yang mempunyai pasangan yang sulit bekerjasama
5. Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi
6. Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus

## 6) Kondom

## a) Definisi

Kondom merupakan selubung/ sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya (karet,plastik) atau bahan alami yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Kondom tidak hanya mencegah kehamilan, tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV/AIDS

## b) Efektivitas

Kondom cukup efektif bila digunakan 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 tiap tahun.

c) Kelebihan

Kontrasepsi :

1. Efektif bila digunakan dengan benar
2. Tidak mengganggu produksi ASI
3. Tidak mengganggu kesehatan klien
4. Tidak mempunyai pengaruh sistemik
5. Murah dan dapat dibeli secara umum
6. Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus
7. Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda

Non kontrasepsi

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

d) Kelemahan

1. Efektifitas tidak terlalu tinggi
2. Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi
3. Agak mengganggu hubungan seksual
4. Pada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi
5. Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual
6. Beberapa klien malu untuk membeli kondom ditempat umum
7. Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah

e) Indikasi

1. Suami yang ingin berpartisipasi dalam program KB
2. Suami yang ingin segera mendapatkan alat kontrasepsi
3. Ingin kontrasepsi sementara
4. Ingin kontrasepsi tambahan
5. Suami yang beresiko tinggi tertular dan menularkan IMS

f) Kontraindikasi

1. Mempunyai pasangan yang beresiko tinggi terjadi kehamilan
2. Alergi terhadap bahan dasar kondom
3. Menginginkan kontrasepsi jangka panjang
4. Tidak mau terganggu dengan berbagai persiapan untuk melakukan hubungan seksual
5. Tidak peduli berbagai persyaratan kontrasepsi

g) Cara Kerja

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

7) Diafragma

a) Definisi

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

b) Jenis :

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

c) Cara kerja :

Menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopi) dan sebagai alat tempat spermisida

d) Kelebihan

Kontrasepsi :

1. Efektif bila digunakan dengan benar
2. Tidak mengganggu produksi ASI
3. Tidak mengganggu hubungan seksual karena telah terpasang sampai 6 jam sebelumnya
4. Tidak mengganggu kesehatan klien
5. Tidak mempunyai pengaruh sistemik

Nonkontrasepsi

1. Salah satu perlindungan terhadap IMS/HIV/AIDS, khususnya apabila digunakan dengan spermisida
  2. Bila digunakan pada saat haid, menampung darah menstruasi
- e) Kelemahan
1. Efektivitas sedang
  2. Keberhasilan sebagai kontrasepsi bergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan
  3. Motivasi diperlukan berkesinambungan dengan menggunakan setiap hubungan seksual
  4. Pemeriksaan pelvik oleh petugas kesehatan terlatih diperlukan untuk memastikan ketepatan pemasangan
  5. Pada beberapa pengguna menjadi penyebab infeksi saluran uterus
  6. Pada 6 jam pasca hubungan seksual, alat harus berada di posisinya
- f) Indikasi
1. Klien yang tidak menyukai metode kontrasepsi hormonal, seperti perokok, atau diatas usia 35 tahun
  2. Tidak menyukai penggunaan AKDR
  3. Menyusui dan perlu kontrasepsi
  4. Memerlukan proteksi terhadap IMS
  5. Memerlukan metode sederhana sambil menunggu metode yang lain
- g) Kontra indikasi
1. Klien yang berdasarkan umur dan paritas serta masalah kesehatan menyebabkan kehamilan menjadi beresiko tinggi
  2. Terinfeksi saluran uretra
  3. Tidak stabilnya secara psikis atau tidak suka menyentuh alat kelaminnya
  4. Mempunyai riwayat sindrom syok karena keracunan
  5. Ingin metode KB efektif
- h) Efek samping
1. Infeksi saluran uretra
  2. Dugaan antara reaksi alergi diafragma atau spermisida
  3. Rasa nyeri pada tekanan kandung kemih
  4. Timbul cairan vagina dan berbau jika dibiarkan lebih dari 24 jam

## 8) Spermisida

## a) Definisi

Spermisida adalah bahan kimia (biasanya non iksinol-9) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk aerosol (busa), tablet vagina, suppositoria, atau dissolvable film, dan krim

## b) Cara Kerja

Menyebabkan sel membran sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur

## c) Kelebihan

## Kontrasepsi

1. Efektif seketika (busa dan krim)
2. Tidak mengganggu produksi ASI
3. Bisa digunakan sebagai pelindung metode lain
4. Tidak mengganggu kesehatan klien
5. Tidak mempunyai pengaruh sistemik
6. Mudah digunakan
7. Meningkatkan lubrikasi selama hubungan seksual
8. Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus

## Nonkontrasepsi

Merupakan salah satu perlindungan terhadap IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS.

## d) Kelemahan

1. Efektivitas kurang
2. Efektivitas sebagai kontrasepsi bergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan
3. Ketergantungan pengguna dari motivasi berkelanjutan dengan memakai setiap melakukan hubungan seksual
4. Pengguna harus menunggu 10-15 menit setelah aplikasi sebelum melakukan hubungan seksual
5. Efektivitas aplikasi hanya 1-2 jam

## e) Indikasi

1. Sesuai dengan klien yang tidak dianjurkan menggunakan metode kontrasepsi hormonal, seperti perokok atau usia diatas 35 tahun
2. Klien yang tidak menyukai penggunaan AKDR
3. Klien yang menyusui dan perlu kontrasepsi



4. Klien yang memerlukan proteksi terhadap IMS
  5. Dan klien yang memerlukan metode sederhana sambil menunggu metode lain
- f) Kontraindikasi
1. Tidak sesuai dengan klien yang berdasarkan umur dan paritas serta masalah kesehatan menyebabkan kehamilan resiko tinggi
  2. Klien yang terinfeksi saluran uretra
  3. Klien yang tidak stabil secara psikis atau tidak suka menyentuh area kemaluannya
  4. Klien yang memounyai riwayat sindrom syok karena keracunan
  5. Klien yang ingin metode KB efektif
- g) Efek Samping
1. Iritasi pada vagina
  2. Iritasi penis dan tidak nyaman
  3. Gangguan rasa panas pada vagina
  4. Kegagalan tablet tidak larut
- b. Metode kontrasepsi hormonal
- Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetik) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan. Sedangkan kontrasepsi hormon yang hanya berisi progesteron saja terdapat pada pil, suntik, dan implant (Handayani,2010)
- 1) Pil Kombinasi
- a) Profil
1. Efektif dan reversibel
  2. Harus diminum setiap hari
  3. Pada bulan-bulan pertama efek samping berupa mual dan perdarahan bercak yang tidak berbahaya dan segera hilang
  4. Efek samping serius jarang terjadi
  5. Dapat mulai diminum setiap saat bila yakin sedang tidak hamil
  6. Dapat dipakai oleh semua ibu usia produktif, baik yang sudah mempunyai anak atau belum
  7. Tidak dianjurkan pada ibu yang menyusui
  8. Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat
- b) Jenis Pil Kombinasi

1. Monofasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif
2. Bifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen / progesteron dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif
3. Trifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/ progesteron dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

c) Cara Kerja

1. Menekan ovulasi
2. Mencegah implantasi
3. Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma
4. Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula

d) Kelebihan

1. Memiliki efektifitas tinggi
2. Resiko terhadap kesehatan sangat kecil
3. Tidak mengganggu hubungan seksual
4. Seklus haid menjadi lancar, banyaknya darah haid yang berkurang (tidak menyebabkan anemia), tidak terjadi nyeri haid
5. Dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan
6. Dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause
7. Mudah dihentikan setiap saat
8. Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan
9. Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat
10. Membantu mencegah kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, penyakit radang panggul, kelainan jinek pada payudara, disminore, dan acne

e) Kelemahan

1. Mahal dan membosankan karena harus menggunakannya setiap hari
2. Mula, terutama pada 3 bulan pertama
3. Perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama 3 bulan pertama
4. Pusing
5. Nyeri payudara

6. Berat badan sedikit naik, tetapi pada perempuan tertentu kenaikan berat badan justru memiliki dampak positif
7. Berhenti haid (amenorea), jarang pada pil kombinasi
8. Tidak boleh diberikan pada perempuan menyusui akan mengurangi ASI
9. Pada sebagian perempuan tidak menimbulkan depresi, dan perubahan suasana hati, sehingga keinginan untuk melakukan hubungan seksual berkurang
10. Dapat meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan, sehingga resiko stroke, dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat. Pada perempuan usia >35 tahun dan merokok perlu hati-hati
11. Tidak mencegah IMS, HBV, HIV/AIDS

f) Indikasi

1. Usia produktif
2. Telah memiliki anak ataupun belum
3. Gemuk atau kurus
4. Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi
5. Setelah melahirkan dan tidak menyusui
6. Pasca keguguran
7. Anemia karena haid berlebihan
8. Nyeri haid hebat
9. Siklus haid tidak teratur
10. Riwayat kehamilan ektopik
11. Kelainan payudara jinak
12. Kencing manis tanpa komplikasi pada ginjal, pembuluh darah, mata, dan saraf
13. Penyakit tiroid, penyakit radang panggul, endometritis, atau tumor ovarium jinak

g) Kontraindikasi

1. Hamil atau dicurigai hamil
2. Menyusui eksklusif
3. Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya
4. Penyakit hati akut (hepatitis)
5. Perokok dengan usia >35 tahun
6. Riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah >180/110 mmHg

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

h) Efek samping

1. Amenorea (tidak ada perdarahan, atau spotting)
2. Mual, pusing, atau muntah
3. Perdarahan pervaginam

2) Suntikan Kombinasi

a) Definisi

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (cyloferm), dan 50 mg Noretindron Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali.

b) Cara Kerja

1. Menekan ovulasi
2. Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu
3. Perubahan pada endometrium sehingga implantasi terganggu
4. Menghambat transportasi gamet tuba
5. Efektifitas sangat efektif (0.1-0,4 kehamilan per 100 perempuan) selama tahun pertama penggunaan

c) Kelebihan

Kontrasepsi

1. Resiko terhadap kesehatan kecil
2. Tidak berpengaruh pada hubungan seksual
3. Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
4. Jangka panjang
5. Efek samping sangat kecil
6. Klien tidak perlu menyimpan obat suntik

Nonkontrasepsi

1. Mengurangi jumlah perdarahan
2. Mengurangi nyeri saat haid
3. Mencegah anemia
4. Khasiat pencegahan terhadap kanker ovarium dan kanker endometrium
5. Mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium

6. Mencegah kehamilan ektopik
7. Melindungi klien dari jenis-jenis tertentu penyakit radang panggul
8. Pada keadaan tertentu dapat diberikan pada perempuan usia perimenopause

d) Kelemahan

1. Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak, atau perdarahan sela sampai 10 hari
2. Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga
3. Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan. Klien harus kembali 30 hari untuk mendapatkan suntikan
4. Efektivitas berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat-obatan epilepsi atau obat tuberkulosis
5. Penambahan berat badan
6. Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B, atau HIV
7. Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesubuhan setelah penghentian pemakaian

e) Indikasi

1. Usia reproduksi
2. Telah memiliki anak ataupun belum memiliki
3. Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas yang tinggi
4. Menyusui ASI pascapersalinan >6 bulan
5. Anemia
6. Nyeri haid hebat
7. Haid teratur
8. Riwayat kehamilan ektopik
9. Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi

f) Kontraindikasi

1. Hamil atau diduga hamil
2. Menyusui dibawah enam minggu pascapersalinan
3. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
4. Penyakit hati akut
5. Usia >35 tahun yang merokok
6. Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi
7. Riwayat kelainan trombolie atau dengan kencing manis >20 tahun
8. Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain

## 9. Keganasan pada payudara

### 3) Suntikan Progestin

#### a) Profil

1. Sangat efektif
2. Aman
3. Dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi
4. Kembalinya kesuburan lebih lambat, rata-rata 4 bulan
5. Cocok untuk masa laktasi karena tiak menekan produksi ASI

#### b) Jenis

1. Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depo Provera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik IM
2. Depo Noretisterin Enantat (Depo Noristetat), yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik IM.

#### c) Cara Kerja

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

#### d) Efektivitas

Efektivitas sangat tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan /tahun , asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan

#### e) Kelebihan

1. Sangat efektif
2. Pencegahan kehamilan jangka panjang
3. Tidak berpengaruh pada hubungan seksual
4. Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah
5. Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI
6. Sedikit efek samping
7. Klien tidak perlu menyimpat alat suntik
8. Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause
9. Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik
10. Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara
11. Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul

12. Menurunkan krisis anemia bulan sabit

f) Kelemahan

1. Sering ditemukan masalah haid
2. Sangat bergantung pada sarana kesehatan
3. Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut
4. Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering
5. Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan IMS, HIV/AIDS
6. Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian
7. Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang
8. Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang
9. Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, nervositas, jerawat

g) Indikasi

1. Usia reproduksi
2. Nulipara dan yang sudah memiliki anak
3. Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi
4. Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
5. Setelah melahirkan dan tidak menyusui
6. Setelah abortus atau keguguran
7. Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi
8. Perokok
9. Tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah atau anemia bulan sabit
10. Menggunakan obat untuk epilepsi atau obat tuberculosis
11. Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen
12. Anemia defisiensi besi
13. Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi

h) Kontraindikasi

1. Hamil atau dicurigai hamil (resiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran)
2. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
3. Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea
4. Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara

5. Diabetes mellitus disertai komplikasi

4) Pil Progestin (Minipil)

a) Profil

1. Cocok untuk perempuan menyusui yang ingin memakai pil KB
2. Sangat efektif pada masa laktasi
3. Dosis rendah
4. Tidak menurunkan produksi ASI
5. Tidak memberikan efek samping estrogen
6. Efek samping utama adalah gangguan perdarahan, perdarahan bercak, atau perdarahan tidak teratur
7. Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat

b) Jenis Minipil

1. Kemasan dengan isi 35 pil
2. Kemasan dengan 28 pil

c) Cara kerja

1. Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium
2. Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit
3. Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma
4. Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu

d) Kelebihan

Kontrasepsi

1. Sangat efektif bila digunakan secara benar
2. Tidak mengganggu hubungan seksual
3. Tidak mempengaruhi ASI
4. Kesuburan cepat kembali
5. Nyaman dan mudah digunakan
6. Sedikit efek samping
7. Dapat dihentikan setiap saat
8. Tidak mengandung estrogen

Nonkontrasepsi

1. Mengurangi nyeri haid
2. Mengurangi jumlah darah haid
3. Menurunkan tingkat anemia
4. Mencegah kanker endometrium
5. Melindungi dari penyakit radang panggul
6. Tidak meningkatkan pembekuan darah



7. Dapat diberikan pada penderita endometriosis
  8. Kurang menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala, dan depresi
  9. Dapat mengurangi keluhan premenstrual sindrom (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, nyeri pada betis, lekas marah)
  10. Sedikit sekali mengganggu metabolisme karbohidrat sehingga relatif aman diberikan pada perempuan pengidap kencing manis yang belum mengalami komplikasi
- e) Kelemahan
1. Hampir 30-60% mengalami gangguan haid
  2. Peningkatan/penurunan berat badan
  3. Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama
  4. Bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar
  5. Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat
  6. Resiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100), tetapi resiko ini lebih rendah jika dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan minipil
  7. Efektivitasnya menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat tuberculosis atau obat epilepsi
  8. Tidak melindungi diri dari infeksi menular seksual atau HIV/AIDS
  9. Hirsutisme (tumbuh rambut/ bulu berlebih didaerah muka), tetapi sangat jarang terjadi
- f) Indikasi
1. Usia produktif
  2. Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak
  3. Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui
  4. Pasca persalinan dan tidak menyusui
  5. Pasca keguguran
  6. Perokok segala usia
  7. Mempunyai tekanan darah tinggi (selama <180/110 mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah
  8. Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen
- g) Kontraindikasi
1. Hamil atau diduga hamil
  2. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya

3. Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid
4. Menggunakan obat tuberculosis atau obat untuk epilepsi
5. Kanker payudara atau riwayat kanker payudara
6. Sering lupa menggunakan pil
7. Miom uterus, progestin memicu pertumbuhan miom uterus
8. Riwayat stroke. Progestin menyebabkan spasme pembuluh darah

#### 5) Implan

##### a) Definisi

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

##### b) Jenis

1. Norplant
2. Jadelle
3. Implanon

##### c) Mekanisme kerja

Implan mencegah terjadinya kehamilan melalui berbagai cara, seperti kontrasepsi progestin pada umumnya, mekanisme utamanya adalah menebalkan mukus serviks sehingga tidak dapat dilewati oleh sperma.

##### d) Efek samping

1. Perubahan pola perdarahan haid
2. Sakit kepala
3. Perubahan berat badan
4. Perubahan suasana hati
5. Depresi

#### c. Metode kontrasepsi dengan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)

Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2, yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetik (sintetik progesteron) dan yang tidak mengandung hormon (Handayani, 2010).

##### 1) AKDR dengan Progestin

Jenis AKDR yang mengandung hormon steroid adalah Prigetase yang mengandung Progesteron dari Mirena yang mengandung Levonorgestrel.

##### a) Cara Kerja

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

4. Menginaktifkan sperma

b) Efektivitas

Sangat efektif, 0,5-1 kehamilan per 100 perempuan selama satu tahun pertama penggunaan

c) Kelebihan

Kontrasepsi

1. Efektif dengan proteksi jangka panjang (satu tahun)
2. Tidak mengganggu hubungan suami-istri
3. Tidak berpengaruh terhadap ASI
4. Kesuburan segera kembali sesudah AKDR diangkat
5. Efek sampingnya sangat kecil
6. Memiliki efek sistemik yang sangat kecil

Nonkontrasepsi

1. Mengurangi nyeri haid
2. Dapat diberikan pada usia perimenopuse bersamaan dengan pemberian estrogen, untuk pencegahan hiperplasia endometrium
3. Mengurangi jumlah darah haid
4. Sebagai pengobatan alternatif pengganti operasi pada perdarahan uterus disfungsi dan adenomiosis
5. Merupakan kontrasepsi pilihan utama pada perempuan perimenopous
6. Tidak mengurangi kerja obat tuberkulosis ataupun obat epilepsi, karena AKDR yang mengandung progestin kerja utamanya lokal pada endometrium

d) Kelemahan

1. Diperlukan pemeriksaan dalam dan penyaringan infeksi genitalia sebelum pemasangan AKDR
2. Diperlukan tenaga terlatih untuk pemasangan dan pencabutan AKDR
3. Klien tidak dapat menghentikan sendiri setiap saat, sehingga sangat tergantung pada tenaga kesehatan
4. Pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi amenorea
5. Dapat terjadi perforasi uterus pada saat insersi (<1/1000 kasus)
6. Kejadian kehamilan ektopik relatif tinggi
7. Bertambahnya resiko mendapat penyakit radang panggul sehingga dapat menyebabkan infertilitas
8. Mahal

9. Progestin sedikit meningkatkan resiko trombosis sehingga perlu hati-hati pada perempuan perimenopause. Resiko ini lebih rendah bila dibandingkan dengan pil kombinasi
10. Progestin dapat menurunkan kadar HDL-kolesterol pada pemberian jangka panjang sehingga perlu hati-hati pada perempuan dengan penyakit kardiovaskuler
11. Memperburuk perjalanan penyakit kanker payudara
12. Progestin dapat mempengaruhi jenis-jenis tertentu hiperlipidemia
13. Progestin dapat memicu pertumbuhan miom uterus

e) Indikasi

1. Usia produktif
2. Telah memiliki anak atau belum
3. Menginginkan kontrasepsi yang efektif jangka panjang untuk mencegah kehamilan
4. Sedang menyusui dan ingin memakai kontrasepsi
5. Pasca keguguran dan tidak ditemukan tanda-tanda radang panggul
6. Tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal kombinasi
7. Sering lupa menggunakan pil
8. Usia perimenopause dan dapat digunakan bersamaan dengan pemberian estrogen
9. Mempunyai resiko rendah mendapat penyakit menular seksual

f) Kontraindikasi

1. Hamil atau diduga hamil
2. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
3. Menderita vaginitis, radang panggul atau pasca keguguran septik
4. Kelainan kongenital rahim
5. Miom submukosum
6. Rahim yang sulit digerakkan
7. Riwayat kehamilan ektopik
8. Penyakit trofoblas ganas
9. Terbukti menderita penyakit tuberkulosis panggul
10. Kanker genetalia/payudara
11. Sering ganti pasangan
12. Gangguan toleransi glukosa. Progestin menyebabkan sedikit peningkatan kadar gula dan kadar insulin

## 2) AKDR non hormon

### a) Profil

1. Sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang
2. Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak
3. Pemasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan
4. Dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi
5. Tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar pada IMS

### b) Jenis

1. AKDR CuT-380A
2. AKDR lain yang beredar di Indonesia ialah NOVA T (Schering)

### c) Cara Kerja

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

### d) Kelebihan

1. Efektivitas tinggi
2. AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
3. Metode jangka panjang
4. Sangat efektif karena tidak perlu mengingat-ingat
5. Tidak mempengaruhi hubungan seksual
6. Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
7. Tidak ada efek samping hormonal
8. Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
9. Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus
10. Dapat digunakan sampai menopause
11. Tidak interaksi dengan obat-obat
12. Membantu mencegah kehamilan ektopik

### e) Kelemahan

1. Perubahan siklus haid
2. Haid lebih lama dan banyak
3. Perdarahan antar menstruasi
4. Saat haid lebih sedikit

5. Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan
6. Perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia
7. Perforasi dinding uterus
8. Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
9. Tidak cocok pada perempuan IMS dan suka ganti-ganti pasangan
10. Penyakit radang panggul dapat terjadi sesudah perempuan IMS, dapat menyebabkan infertilitas
11. Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri
12. Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui
13. Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik

f) Indikasi

1. Usia reproduktif
2. Keadaan nulipara
3. Menginginkan kontrasepsi jangka panjang
4. Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi
5. Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya
6. Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi
7. Reiko rendah IMS
8. Tidak menghendaki metode hormonal
9. Tidak menyukai mengingat-ingat minum pil setiap hari
10. Tidak menghendaki kehamilan

g) Kontraindikasi

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

#### d. Metode kontrasepsi mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan Tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran tuba sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama Vasektomi, vasektomi yaitu memotong atau mengikat saluran vas deferens sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi (Handayani,2010)

##### 1) Tubektomi

###### a) Definisi

Tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan klien sesuai atau tidak.

###### b) Kelebihan

1. Mempunyai efek protektif terhadap kehamilan dan penyakit radang panggul (PID). Beberapa studi menunjukkan efek protektif terhadap kanker ovarium
2. Sangat efektif
3. Tidak mempengaruhi proses menyusui
4. Tidak bergantung pada faktor senggama
5. Pembedahan sederhana, dapat dilakukan anestesi lokal
6. Tidak ada efek samping dalam jangka panjang
7. Tidak ada perubahan fungsi seksual

###### c) Kelemahan

1. Harus dipertimbangkan sifat permanen
2. Klien dapat menyesal dikemudian hari
3. Resiko komplikasi kecil
4. Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan
5. Dilakukan oleh dokter terlatih
6. Tidak melindungi dari IMS atau HIV/AIDS

###### d) Indikasi

1. Usia >26 tahun
2. Paritas >2
3. Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya
4. Pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius

5. Pasca persalinan
  6. Pasca keguguran
  7. Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini
- e) Kontraindikasi
- 3 Hamil
  - 4 Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya
  - 5 Infeksi sitemik atau pelvik akut
  - 6 Tidak boleh menjalani proses pembedahan
  - 7 Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas di masa depan
  - 8 Belum memberikan persetujuan tertulis

## 2) Vasektomi

### a) Definisi

1. Metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi.
2. Disebut juga sebagai metode kontrasepsi operatif lelaki
3. Metode permanen untuk pasangan tidak ingin anak lagi
4. Metode ini membuat sperma tidak dapat mencapai vesikula seminias yang pada saat ejakulasi dikeluarkan bersamaan dengan cairan semen
5. Untuk oklusi vas deferens, diperlukan tindakan insisi kecil pada daerah rafe skrotalis
6. Penyesalan terhadap vasektomi, tidak segera memulihkan fungsi reproduksi karena memerlukan tindakan pembedahan ulang

### 2.5.7 Kontrasepsi yang cocok untuk ibu tinggi badan kurang dari 145 cm

Ibu yang memiliki tinggi kurang atau sama dengan 145 cm berpotensi memiliki panggul yang sempit yang memungkinkan untuk mengalami persalinan secara seksio sesaria. Maka dari itu untuk program keluarga berencana yang dianjurkan untuk ibu primigravida semua jenis KB dan untuk multigravida dengan KB jangka panjang atau kontrasepsi mantap.

### 2.5.8 Menejemen SOAP KB

#### Pengkajian

##### A. Data Subjektif

Data atau fakta yang merupakan informasi yang termasuk biodata, mencakup nama, umur, tempat tinggal, pekerjaan, status perkawinan, pendidikan serta keluhan-keluhan, diperoleh dari hasil wawancara langsung pada pasien atau dari keluarga kesehatan lainnya. Keluhan yang dirasakan klien, riwayat keluhan, sifat keluhan, riwayat kesehatan yang lalu, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat ginekologi, dan riwayat KB



## B. Data Objektif

Dapat dilihat pada kartu akseptor dimana tercantum bahwa klien memakai suntikan Depo Progestin.

- a) Pemeriksaan Umum Keadaan umum (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, dan BB). Tekanan darah, kelebihan dan kekurangan berat badan dapat mengganggu fungsi hormonal tubuh sehingga sering kali mengalami amenorhea.
- b) Pemeriksaan fisik secara sistematis Inspeksi daerah wajah perhatikan ekspresi wajah ibu, palpasi pada daerah leher untuk memastikan tidak adanya pembesaran kelenjar tiroid, yang dapat menyebabkan produksi prolaktin sehingga hormone yang bertanggung jawab pada kesuburan wanita menjadi terganggu, akibatnya siklus menstruasi menjadi terganggu.
- c) Pemeriksaan Penunjang : tes kehamilan untuk memastikan tidak terjadi kehamilan

## C. Analisis

Merupakan keputusan yang ditegakan dari hasil perumusan masalah yang mencakup kondisi, masalah dan prediksi terhadap kondisi tersebut. Penegakan diagnosa kebidanan dijadikan sebagai dasar tindakan dalam upaya menanggulangi ancaman keselamatan pasien/klien.

## D. Penatalaksanaan

Melaksanakan rencana tindakan serta efisiensi dan menjamin rasa aman klien. Implementasi dapat dikerjakan keseluruhan oleh bidan ataupun bekerja sama dengan tim kesehatan lain. Bidan harus melakukan implementasi yang efisien dengan melaksanakan yang telah direncanakan, yaitu menjelaskan tentang keuntungan, keterbatasan, dan efek samping dari suntik depo progestin. Pemantauan pada akseptor KB depo progestin dilakukan setiap bulan selama 2 kali, pemeriksaan dilakukan mencakup penimbangan BB, TTV, serta keluhan yang lain.

## 2.6 KERANGKA TEORI

Menurut Effendi (2012) Kerangka teori adalah suatu model yang menjelaskan hubungan yang timbul antara beberapa variable yang diobservasi.

