

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Asuhan Kebidanan Komprehensif

Asuhan kebidanan komprehensif merupakan asuhan kebidanan yang diberikan secara menyeluruh mulai dari hamil, bersalin, abyi baru lahir, nifas dan konseling keluarga berencana sebagai upaya untuk mendeteksi adanya komplikasi/penyulit yang memerlukan tindakan serta rujukan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.

Menurut Tombakan (2014) Asuhan kehamilan merupakan pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, sehingga mampu menghadapi persalinan, masa nifas, persiapan memeberikan ASI dan pemulihan kesehatan reproduksi secara wajar. Asuhan persalinan merupakan asuhan atau pertolongan persalinan yang aman oleh tenaga kesehatan kompeten, yaitu dokter spesial kebidanan, dan bidan. Asuhan ibu nifas merupakan suatu bentuk manajemen kesehatan yang dilakukan pada ibu nifas di masyarakat. Asuhan kebidanan neonatus merupakan asuhan kebidanan yang sesuai standar yang dilaksanakan oleh seorang bidan atau tenaga kesehatan lainnya kepada bayi baru lahir sedikitnya 3 kali, selama periode usia 0 hari sampai dengan 28 hari setelah lahir. Menurut Sulistyawati (2014) Asuhan keluarga berencana merupakan asuhan yang diberikan kepada aseptor keluarga berencana (KB) dengan memberikan penjelasan dan pelayanan KB untuk mengukur jarak anak yang diinginkan.

2.2 Kehamilan

2.2.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilitasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10

atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan dibagi menjadi 3 trimester, dimana trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40). (Walyani 2015)

Kehamilan adalah 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, kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Aspiani 2017).

Menurut Reece dan Hobbins kehamilan terjadi ketika seorang wanita melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang mengakibatkan bertemunya sel telur dengan sel sperma yang disebut pembuahan atau fertilisasi (Mandriawati, dkk, 2017)

Dari beberapa pendapat mengenai pengertian kehamilan dapat disimpulkan bahwa kehamilan merupakan penyatuan dari *spermatozoa* dengan sel telur atau *ovum* yang kemudian dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan dimulai dari konsepsi sampai persalinan aterm, yaitu sekitar 280-300 hari atau 40 minggu/10 bulan lunar/9 bulan menurut kalender internasional yang dihitung dari haid pertama haid terakhir (HPHT).

2.2.1 Pengertian *Antenatal Care*

Antenatal care adalah perawatan sebelum masa kehamilan atau perawatan pada ibu hamil, perawatan yang ditujukan kepada ibu hamil, yang bukan hanya apabila ibu sakit dan memerlukan perawatan, melainkan juga pengawasan dan penjagaan wanita hamil agar tidak terjadi kelainan sehingga mendapatkan ibu dan anak yang sehat (Kumalasari, 2015).

Antenatal care adalah suatu pelayanan yang diberikan oleh perawat kepada wanita hamil, misalnya dengan pemantauan kesehatan secara fisik, psikologis, termasuk pertumbuhan dan perkembangan janin serta mempersiapkan proses persalinan dan kelahiran supaya ibu siap menghadapi peran baru sebagai orang tua (Wagiyo & Putrono, 2016) Dari beberapa referensi mengenai *antenatal care* dapat disimpulkan bahwa *antenatal care* merupakan pengawasan, perawatan, pemantauan dan persiapan baik secara fisik, mental maupun psikologis secara berkala sebelum ibu bersalin dan untuk mengetahui sedini mungkin adanya kelainan atau komplikasi pada ibu hamil, agar dapat ditangani atau diobati sedini mungkin karena ibu-ibu yang sehat akan melahirkan bayi-bayi yang cerdas

2.2.2 Tanda-Tanda Kehamilan

Kehamilan dapat didiagnosis dengan mengevaluasi beberapa tanda-tanda berikut yaitu (Aspuah dan Zuyina, 2014) :

- 2.2.3.1 Menstruasi berhenti atau amenorrhoe
- 2.2.3.2 Perubahan pada payudara
- 2.2.3.3 Keletihan
- 2.2.3.4 Tanda *Chadwick* atau perubahan warna vulva dan dinding vagina
- 2.2.3.5 Pigmentasi kulit berubah, termasuk di payudara atau tampak linea nigra
- 2.2.3.6 Mual dan/atau muntah
- 2.2.3.7 Peningkatan frekuensi berkemih
- 2.2.3.8 Terbentuknya tuberkel Montgomery
- 2.2.3.9 Wanita yakin dirinya hamil
- 2.2.3.10 Pembesaran abdomen ballotement
- 2.2.3.11 Perubahan bentuk, ukuran, serta konsistensi uterus
- 2.2.3.12 Garis besar uterus yang dapat dipalpasi
- 2.2.3.13 Pelunakan serviks

- 2.2.3.14 Kontraksi *Braxton Hicks*
- 2.2.3.15 Ditentukan dari hasil *human chorionic gonadotropin* (hCG) dengan tanda positif
- 2.2.3.16 Gerakan janin dirasakan oleh ibu
- 2.2.3.17 Terdengar detak jantung janin (DJJ)
- 2.2.3.18 Janin terlihat pada pemeriksaan ultrasonografi atau sinar-x

2.2.3 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Menurut Rismalinda (2015), kebutuhan dasar ibu hamil yaitu:

2.2.4.1 Nutrisi

Menganjurkan wanita hamil makan yang cukup bergizi. Kenaikan berat badan wanita hamil berkisar antara 6,5-16 kg selama kehamilan. Beberapa kebutuhan zat untuk ibu hamil yang penting yaitu :

Tabel 2.1 Nutrisi Ibu Hamil

Nutrisi	Satuan	Tidak Hamil	Hamil
Kalori	Kal	2500	2500
Protein	Gr	60	85
Calsium	Gr	0,8	1,5
Vitamin A	Si	5000	6000
Vitamin B	Mg	1,5	1,8
Vitamin C	Mg	70	100
Riboflavin	Mg	2,2	2,5
As. Nikotitinat	Mg	15	10
Vitamin D	Si	+	400-800

(Rismalinda, 2015)

2.2.4.2 Hubungan Seksual

Menurut Rismalinda (2015) hubungan seksual selama hamil tidak dilarang, tetapi disarankan dihentikan bila:

- a. Terdapat tanda infeksi, yaitu pengeluaran cairan disertai nyeri dan panas.
- b. Terjadi perdarahan saat hubungan seksual.
- c. Terdapat pengeluaran cairan mendadak saat hubungan.
- d. Adanya riwayat abortus, partus prematurus, dan *intra uterine fetal death* (IUFD).

2.2.4.3 Pakaian

Pakaian yang baik untuk ibu hamil ialah yang enak dipakai, tidak boleh menekan badan, karena pakaian yang menekan badan menyebabkan bendungan vena dan mempercepat timbulnya varises (Rismalinda, 2015).

2.2.4.4 Olahraga saat hamil

Yang dianjurkan adalah jalan jalan waktu pagi hari untuk ketenangan dan mendapatkan udara segar (Rismalinda, 2015).

2.2.4.5 Istirahat dan tidur

Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur secara teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin (Hani, U. 2014).

2.2.4.6 Personal Hygiene

Kebersihan badan dapat mengurangi infeksi yang mungkin dapat terjadi pada ibu hamil, puting susu harus dibersihkan kalau terbasahi oleh kolostrum. Perawatan gigi harus dilakukan karena gigi yang bersih menjamin pencernaan yang sempurna (Maryunani, A. 2014).

2.2.4.7 Bepergian (*Travelling*)

Menurut Kamariyah (2014) ibu hamil tidak berarti tidak dapat pergi berlibur , tetapi ibu hamil harus sedikit ekstra

hati-hati ketika membuat rencana, baik untuk menjamin kenyamanan dan perlindungan ibu hamil dan bayi yang belum lahir (Rismalinda, 2015).

2.2.4.8 Imunisasi

Pada asuhan kehamilan dapat menurunkan kemungkinan kematian bayi karena tetanus neonatorum. Imunisasi tetanus toksoid (TT) juga dapat mencegah kematian ibu yang disebabkan oleh tetanus. Imunisasi dilakukan pada trimester I atau II pada kehamilan 3 – 5 bulan dengan interval minimal 4 minggu. Lakukan suntikan secara IM (intramuscular) dengan dosis 0,5 mL. imunisasi yang lain dilakukan dengan indikasi yang lain.

Jadwal pemberian suntikan tetanus adalah:

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

(Romauli, S. 2014).

2.2.4 Ketidaknyamanan dan Tanda Bahaya Kehamilan

Setiap kehamilan normal sewaktu waktu berpotensi untuk menjadi patologis sehingga bidan harus mengajarkan kepada ibu bagaimana mengenali tanda-tanda bahaya yang mungkin terjadi dan menganjurkan untuk datang ke klinik dengan segera jika ibu hamil mengalami tanda-tanda bahaya (Indrayani, 2014). Tanda bahaya dan ketidaknyamanan pada kehamilan, diantaranya adalah:

2.2.5.1 Sering buang air kecil

Cara mengatasinya yaitu kurangi asupan karbohidrat murni dan makanan yang mengandung gula dan batasi minum kopi, teh serta soda (Romauli, S., 2014).

2.2.5.2 Striae gravidarum

Cara mengatasinya yaitu gunakan antipriuritik jika ada indikasinya dan gunakan baju longgar yang dapat menompang payudara dan abdomen (Dewi, V.N.L & Sumarsih, T., 2014).

2.2.5.3 Mudah lelah

Cara mengatasinya yaitu mencari waktu untuk beristirahat, jika merasa lelah pada siang hari maka segera tidurlah, hindari tugas rumah tangga yang terlalu berat, cukup mengonsumsi kalori, zat besi dan asam folat (Indriyani, 2014).

2.2.5.4 Hemoroid

Cara mengatasi hemoroid yaitu dengan memperbanyak konsumsi makanan berserat, seperti buah-buahan dan sayuran, minumlah cairan yang cukup banyak paling tidak 2 liter dalam sehari, membiasakan buang air besar secara rutin pada waktu-waktu tertentu, seperti di pagi hari dan sebelum buang air besar, upayakan untuk minum air hangat, melakukan olahraga ringan, seperti jalan kaki dan gerakan ini diharapkan dapat membantu otot-otot saluran pencernaan untuk bergerak mendorong sisa makanan ke saluran pembuangan, dan hindari mengejan ketika buang air besar saat tidak ada dorongan ingin mengejan (Kamariyah, 2014).

2.2.5.5 Keputihan

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

Tanda bahaya keputihan sebagai berikut :

- a. Keluar cairan keputihan yang berlebihan seperti keluarnya darah saat menstruasi
 - b. Cairannya keputihan yang keluar berstektur kental dan menimbulkan bau busuk
 - c. Cairan keputihan terkadang menimbulkan rasa gatal dan rasa tidak nyaman di sekitar organewanitaan
 - d. Warna cairan keputihan yang keluar hijau atau kuning
 - e. Timbul rasa panas di sekitar vagina
- (Dewi, V.N.L & Sumarsih, T., 2014).

2.2.5.6 Sembelit

Cara mengatasinya yaitu minum 3 liter cairan tiap hari terutama air putih atau sari buah yang mengandung serat tinggi, dan juga vitamin C, lakukan senam hamil dan membiasakan buang air besar secara teratur (Bartini, I., 2014).

2.2.5.7 Napas sesak

Cara mengatasinya yaitu menganjurkan untuk merentangkan tangan diatas kepala serta menarik napas panjang, mendorong postur tubuh yang baik, dapat juga dengan meninggikan bantal ketika berbaring (Romauli, S., 2014).

2.2.5.8 Pusing/sakit kepala

Cara mengatasinya yaitu istirahat yang cukup dan jangan terlalu memikirkan hal-hal yang membuat ibu stress. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre eklampsia (Mochtar, R., 2014).

2.2.5.9 Sakit punggung atas dan bawah

Cara mengatasinya yaitu posisi/sikap tubuh yang baik selama melakukan aktifitas, hindari mengangkat barang berat, gunakan bantal ketika tidur dan meluruskan punggung (Dewi, V.N.L & Sumarsih, T., 2014).

2.2.5.10 Nafsu makan berkurang

Cara mengatasinya yaitu dapat memilih menu makanan yang ibu sukai dan bervariasi, makanlah sedikit-sedikit tetapi sering, karena janin yang ada di perut ibu memerlukan nutrisi dan vitamin untuk pertumbuhan janin (Dewi, V.N.L & Sumarsih, T., 2014).

2.2.5.11 Varises pada kaki

Cara mengatasinya yaitu jaga agar kaki tidak bersilang terlalu lama dan hindari berdiri atau duduk terlalu lama (Romauli, S., 2014).

2.2.5.12 Perdarahan vagina

Awal kehamilan, perdarahan yang tidak normal adalah merah, perdarahan banyak, atau perdarahan dengan nyeri (abortus, KET (kehamilan ektopik) atau mola hidatidosa). Kehamilan lanjut, perdarahan yang tidak normal adalah merah, banyak/sedikit, nyeri berarti plasenta previa dan solusio plasenta (Indriyani, 2014).

2.2.5.13 Nyeri abdomen yang hebat

Nyeri yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat dapat berarti terjadinya appendicitis, kehamilan ektopik (KET), aborsi, penyakit radang panggul, persalinan preterm, gastritis, penyakit kantong empedu, abrupsio plasenta, infeksi saluran kemih, atau infeksi lain (Romauli, S., 2014).

2.2.5.14 Bengkak pada muka dan tangan

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat merupakan pertanda anemia, gagal jantung, atau pre eklampsia (Indriyani, 2014).

2.2.5.15 Bayi kurang bergerak seperti biasa

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya pada bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal, jika bayinya tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik (Dewi, V.N.L & Sumarsih, T., 2014).

2.2.5 Asuhan Kehamilan

2.2.5.1 Pengertian Asuhan Kehamilan

Asuhan kehamilan adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetri untuk mengoptimalkan luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan.

2.2.5.2 Tujuan Asuhan Kehamilan

Menurut Indrayani (2014) tujuan dari kunjungan asuhan kehamilan secara komprehensif adalah untuk menyiapkan ibu hamil dan keluarganya terhadap kehamilannya, persalinan dan nifas termasuk laktasi dan keluarga berencana, perawatan bayi baik dari segi fisik, psikologi, spiritual dan sosial sebagai suatu hal yang dipandang secara holistik.

2.2.5.3 Jadwal Pemeriksaan Kehamilan

Bila kehamilan termasuk risiko tinggi perhatian dan jadwal kunjungan harus lebih ketat. Namun, bila kehamilan normal jadwal asuhan minimal cukup 4 kali. Dalam bahasa program kesehatan ibu dan anak, kunjungan antenatal ini diberi kode angka K yang merupakan singkatan dari kunjungan. Pemeriksaan antenatal yang

lengkap adalah K1, K2, K3 dan K4 (Prawirohardjo, S., 2014).

Dalam peraturan Depkes RI (2009) pelayanan kesehatan ibu hamil diberikan kepada ibu hamil yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Proses ini dilakukan selama rentang usia kehamilan ibu yang dikelompokkan sesuai usia kehamilan menjadi trimester pertama, trimester kedua, dan trimester ketiga. Pelayanan kesehatan ibu hamil yang diberikan harus memenuhi elemen pelayanan sebagai berikut.

- a. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan.
- b. Pengukuran tekanan darah.
- c. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA).
- d. Pengukuran tinggi puncak rahim (*fundus uteri*).
- e. Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ).
- f. Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi.
- g. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan.
- h. Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (HB), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya).
- i. Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana).
- j. Tatalaksana kasus

2.2.5.1 Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) merupakan suatu program yang dijalankan untuk mencapai target penurunan AKI yaitu menekan angka kematian ibu melahirkan. Program ini menitik beratkan fokus totalitas monitoring terhadap ibu hamil dan bersalin. Dalam pelaksanaan P4K, bidan diharapkan berperan sebagai fasilitator dan dapat membangun komunikasi persuasif dan setara di wilayah kerjanya agar dapat terwujud kerjasama dengan ibu, keluarga dan masyarakat sehingga pada akhirnya dapat meningkatkan kepedulian masyarakat terhadap upaya peningkatan kesehatan ibu dan bayi baru lahir (Kemenkes RI, 2017).

Manfaat Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) adalah meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi dan tanda bahaya kebidanan dan bayi baru lahir bagi ibu sehingga melahirkan bayi yang sehat.

Sasaran Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) adalah seluruh ibu hamil yang ada di suatu wilayah. Jenis kegiatan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang dilakukan untuk menuju persalinan yang aman dan selamat.

Jenis kegiatan P4K yaitu:

- a. Mendata seluruh ibu hamil
- b. Memasang Stiker P4K di setiap rumah ibu hamil
- c. Membuat perencanaan persalinan melalui penyiapan:

- 1) Taksiran persalinan
- 2) Penolong persalinan
- 3) Tempat persalinan
- 4) Pendamping persalinan
- 5) Transportasi atau *ambulance* desa
- 6) Calon pendonor darah
- 7) Dana
- 8) Penggunaan metode KB pasca persalinan

2.2.5.2 Konsep Pemeriksaan Kehamilan

Terdapat beberapa konsep dari pemeriksaan kehamilan yaitu:

a. Anamnesa

- 1) Data Subjektif
 - a) Nama, umur pekerjaan, nama suami, agama, dan alamat, maksud pertanyaan ini adalah untuk identifikasi (mengetahui) penderita dan menentukan status sosial ekonominya yang baru kita ketahui misal: untuk menentukan anjuran pengobatan yang akan diberikan, dan umur penting karena ikut menentukan prognosa kehamilan, bila umur terlalu lanjut atau terlalu muda maka persalinan akan lebih banyak resiko (<20 atau >35 tahun).
 - b) Keluhan utama, penderita datang untuk kehamilan ataukah pada pengaduan lainnya.
 - c) Riwayat haid menanyakan menarche, haid teratur atau tidak dan siklus yang dipergunakan untuk memperhitungkan tanggal persalinan, lamanya haid, banyaknya darah, sifat darah yang cair atau beku,

warnanya, baunya, haid nyeri atau tidak, dan HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir).

- d) Tentang perkawinan menanyakan kawin atau tidak untuk mengetahui anak yang dikandungnya diinginkan, berapa kali kawin untuk mengetahui penyakit kelamin.
- e) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu
- f) Kehamilan sekarang
- g) Riwayat penyakit keluarga
- h) Pola makan atau diet, pola eliminasi dan pola istirahat.
- i) Riwayat kesehatan, yaitu adalah perilaku yang merugikan kesehatan adalah ketergantungan obat, merokok, penggunaan alkohol, irigasi vagina, ganti pakaian dalam beberapa kali semua pertanyaan ini dapat memperkirakan pertumbuhan dan perkembangan janin.

b. Pemeriksaan

1) Data Objektif

- a) Pemeriksaan umum: keadaan umum, keasadaran keadaan emosional, gizi, kelainan bentuk badan, observasi tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi), tinggi badan, LILA, berat badan sekarang, dan kenaikan berat badan.
- b) Pemeriksaan fisik
 - (1) Kepala, dilihat kebersihan dan kelainan pada kepala.

- (2) Muka, kelopak mata *odem* atau tidak, konjungtiva anemis atau tidak, sklera ikterik atau tidak, dan ada atau *cloasma gravidarum*.
- (3) Mulut dan lidah, dilihat bersih atau tidak, ada atau tidak *caries*, epulsi, dan stomatitis.
- (4) Hidung, ada atau tidak ada polip juga cuping hidung.
- (5) Leher pada kelenjar tiroid, kelenjar limfe dan vena ada atau tidak pembesaran.
- (6) Dada yang diperiksa meliputi jantung normal atau tidak dan diperhatikan irama frekuensinya, paru-paru didengar ada atau tidak suara ronkhi, *whezzing* dan frekuensi pernafasan, payudara pembesarannya, puting susu menonjol atau tidak, simetris atau tidak, ada atau tidak tumor, kolostrum sudah keluar atau belum, ada nyeri atau tidak dan kebersihan payudara (Romauli, S, 2011).
- (7) Pemeriksaan vulva menilai keadaan perineum ada tidaknya tanda *Chadwick* dan adanya flour albus (Uliyah, M. & Hidayat, A.A.A., 2015).
- (8) Pemeriksaan ekstremitas untuk menilai ada tidaknya varies.

2) Status obstetrik

a) Abdomen

- (1) Inspeksi, dilihat pembesaran sesuai dengan usia kehamilan, perut membesar

kedepan atau kesamping, ada atau tidak benjolan yang mencurigakan, dan ada atau tidak pigmentasi linea alba.

- (2) Palpasi, Leopold I yaitu memeriksa usia kehamilan dari tinggi fundus uteri (TFU), sebelum bulan ke 3 kehamilan tinggi fundus uteri (TFU), belum dapat diraba dari luar.

Tabel 2.2 TFU Menurut Penambahan Per Tiga Jari

Usia Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12	3 jari di atas simfisis
16	Pertengahan pusat-simfisis
20	3 jari dibawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari di atas pusat
32	Pertengahan pusat- prosesus xiphoideus (prx)
36	3 jari di bawah prosesus xiphoideus (prx)
40	Pertengahan pusat- prosesus xiphoideus (prx)

(Jannah, N., 2015)

- (3) Mengetahui pertumbuhan anak dengan cara mengikuti pertumbuhan rahim, maka ukuran rahim ditentukan dengan cm yaitu, mengukur jarak simfisis, dan fundus dan yang diraba Leopold II, Leopold III, Leopold IV.
- (4) Auskultasi yaitu, mendengarkan denyut jantung janin (DJJ), frekuensi teratur atau tidak, dan dari ibu mendengarkan

bising rahim, bunyi aorta, dan bising usus (Romauli, S. 2014).

c. Pemeriksaan penunjang

1) Laboratorium meliputi, HB, waktu perdarahan, waktu pembekuan darah, urine protein, reduksi, dan tes kehamilan. Pemeriksaan HB (Haemoglobin) salah satu upaya untuk mendeteksi anemia pada ibu hamil, diterapkan tiga kategori yaitu :

- a) Normal > 11,5gr - 12gr
- b) Ringan > 10gr – 11gr
- c) Sedang > 8gr – 9gr
- d) Berat < 8gr

2) USG

2.2.5.5 Standar Pelayanan Antenatal

a. Standar 3: Identifikasi ibu hamil

Bidan melakukan kunjungan ke rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan motivasi ibu, suami, serta anggota keluarga lainnya agar mendorong dan membantu ibu untuk memeriksakan kehamilannya sejak dini secara teratur (Romauli, S., 2014).

b. Standar 4: Pemeriksaan dan pemantauan antenatal

Bidan memberikan sedikitnya empat kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi pemeriksaan anamnesis serta pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan janin berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal adanya kelainan pada kehamilan, khususnya anemia,

kurang gizi, hipertensi, PMS (penyakit menular seksual)/infeksi, HIV (*human immuno deficiency*), memberikan pelayanan imunisasi, nasehat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas. Mencatat data yang tepat pada setiap kunjungan. Ditemukan kelainan, mereka harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuk untuk tindakan selanjutnya (Bartini, I., 2014).

c. Standar 5: Palpasi abdomen

Bidan melakukan pemeriksaan abdomen secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila umur kehamilan bertambah memeriksa posisi, bagian terendah janin, dan masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu (Romauli, S., 2014).

d. Standar 6 : Pengelolaan anemia pada kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, identifikasi, penanganan dan atau rujukan untuk semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku (Bartini, I., 2014).

e. Standar 7: Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenali tanda serta gejala pre eklampsia lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya (Romauli, S., 2014).

f. Standar 8: Persiapan persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami, serta keluarganya pada trimester 3 untuk

memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih dan aman suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik. Persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk juga harus direncanakan bila tiba-tiba terjadi keadaan gawat darurat. Bidan hendaknya melakukan kunjungan rumah (Romauli, S., 2014).

2.2.2 Asuhan Kehamilan Trimester III

2.2.6.1 Fisiologis Kehamilan Trimester III

Pada saat trimester III ibu akan sering merasakan kontraksi *Braxton Hicks* yaitu rasa kencang pada rahim namun tidak disertai rasa nyeri, kemudian uterus akan membesar dan dapat menggeser struktur *pelvis* dan *intestinal* sehingga terjadi gangguan pencernaan, penonjolan *umbilicus*, sesak nafas serta *insomnia*. Pusat gravitasi tubuh ibu hamil akan berubah, sehingga ibu sering mengalami pegal pada punggung akibat berjalan dengan postur tubuh yang miring kebelakang untuk mengimbangi berat beban di bagian depan tubuhnya (Lockhart & Saputra, 2014).

2.2.6.2 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Pada Trimester III

Irianti dan Halida (2015) mengatakan bahwa trimester III mencakup minggu ke-29 sampai ke 42 kehamilan. Trimester III sering kali disebut “periode menunggu, penantian, dan waspada” sebab pada saat itu, ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Trimester III merupakan masa persiapan dalam menanti kelahiran bayi dan menjadi orang tua, sehingga sebagian besar perhatian tertuju pada kesiapan persalinan. Selama periode ini sebagian besar wanita hamil dalam keadaan

cemas yang nyata. Hal yang mendasari ketidaknyamanan trimester III adalah:

- a. Pertambahan ukuran *uterus* akibat dari perkembangan janin dan *plasenta* serta turunya kepala pada rongga panggul menimbulkan pengaruh pada sistem *organ maternal*.
- b. Kadar *progesteron* mengalami peningkatan dan stabil hingga 7 kali lebih tinggi dari masa sebelum hamil.
- c. Penantian dan persiapan akan persalinan mempengaruhi psikologis ibu.

2.2.6.3 Tanda Bahaya Pada Trimester III

Elisabeth (2015) berpendapat bahwa pada trimester III terdapat beberapa tanda bahaya seperti:

a. Penglihatan Kabur

Penyebab dari kaburnya pandangan ibu hamil adalah pengaruh *hormonal*. Biasanya disertai dengan sakit kepala yang berlebihan dan menjadi salah satu tanda *preeklamsia*.

b. Bengkak Pada Wajah Kaki dan Tangan

Penyebabnya karena penumpukan cairan yang berlebihan dalam jaringan tubuh. Jika bengkak terjadi pada muka dan tangan, maka hal itu akan menjadi masalah serius. Hal itu bisa disebabkan adanya pertanda anemia, gagal jantung, dan *preeklamsia* serta gangguan fungsi ginjal. Bengkak pada ibu hamil umumnya wajar terjadi pada kaki dan hilang jika setelah beristirahat.

c. Gerakan Janin Tidak Terasa

Bayi akan bergerak sekitar 10 gerakan dalam 12 jam. Gerakan bayi berkurang atau tidak terasa bisa terjadi karena kematian janin atau kontraksi berlebihan pada

uterus ibu serta masuknya kepala kedalam panggul pada kehamilan aterm. Untuk memastikan janin bergerak atau tidak anjurkan ibu untuk berbaring, karena gerakan janin akan lebih terasa saat ibu dengan posisi berbaring.

d. Keluar Cairan Pervaginam

Keluarnya air selama kehamilan merupakan hal patologis. Karena penyebab terbesar persalinan premature adalah ketuban pecah dini. Jika cairan ketuban keluar pada kehamilan *atrem*, maka *terminasi* kehamilan harus dilakukan.

2.3 Persalinan

2.3.1 Pengertian Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2014), persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.

Persalinan normal menurut WHO (*World Health Organization*) adalah persalinan dimulai secara spontan berisiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi dilahirkan spontan dengan presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 hingga 42 minggu lengkap. Setelah persalinan ibu dan bayi dalam keadaan baik (Elizabeth, S.W. & Purwoastuti, E., 2015).

Jadi, persalinan adalah proses lahirnya hasil konsepsi secara spontan normal dengan usia kehamilan 37 hingga 42 minggu.

2.3.2 Tanda Mula Persalinan

Menurut Manuaba (2015) mulanya terjadi persalinan memberikan tanda-tanda sebagai berikut:

- 2.3.2.1 *Lightening* atau *settling* atau *dropping*, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Pada multipara, hal tersebut tidak begitu jelas
- 2.3.2.2 Perut kelihatan lebih melebar dan fundus uteri turun
- 2.3.2.3 Serviks menjadi lembek; mulai mendatar, dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah (*bloody show*)
- 2.3.2.4 Sering BAK atau sulit berkemih (*polakisuria*) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin
- 2.3.2.5 Perasaan nyeri di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi kontraksi lemah uterus, kadang-kadang disebut “*false labor pains*”
- 2.3.2.6 Kontraksi Braxton Hicks mulai sering

2.3.3 Penyebab Persalinan

Persalinan dapat terjadi karena beberapa faktor. Penurunan fungsi *plasenta* ditandai dengan penurunan kadar *progesteron* dan *estrogen* secara mendadak sehingga nutrisi janin dari *plasenta* berkurang yang dapat menimbulkan persalinan. Selain itu, tekanan pada *ganglion servikale* dari *pleksus frankenhauser*, menjadi *stimulator (pacemaker)* bagi kontraksi otot polos *uterus* yang semakin merangsang terjadinya kontraksi. Peningkatan *estrogen* yang mengakibatkan peningkatan aktivitas *kortison*, *prostaglandin*, *oksitosin*, menjadi pencetus rangsangan untuk terjadinya proses persalinan (Jannah, 2015)

2.3.4 Tanda Inpartu

Tanda-tanda Inpartu menurut Mochtar (2014) dapat diketahui dengan:

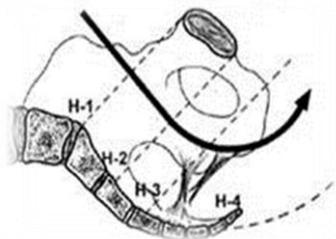
- 2.3.4.1 Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur
 - 2.3.4.2 Keluar lendir bercampur darah (*show*) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks
 - 2.3.4.3 Kadang-kadang, ketuban pecah dengan sendirinya
 - 2.3.4.4 Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan
- 2.3.5 Faktor yang Mempengaruhi Persalinan
- 2.3.5.1 *Passenger*

Menurut Oktarina (2016) faktor *passanger* terdiri atas 3 komponen yaitu janin, air ketuban dan plasenta. Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan interaksi dari faktor anatomi kepala janin, presentasi kepala janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul, letak janin dan sikap janin. Ketuban berfungsi untuk melindungi pertumbuhan janin, menjadi bantalan untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar, menstabilkan perubahan suhu, pertukaran cairan, sarana yang memungkinkan janin bergerak bebas, sampai mengatur tekanan dalam rahim. Plasenta adalah bagian dari kehamilan yang penting, dimana plasenta memiliki peranan berupa transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormon yang berguna selama kehamilan, serta sebagai barier.
 - 2.3.5.2 *Passage*

Jalan lahir terdiri dari panggul yaitu, bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus (lubang luar vagina). Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Bidang-bidang hodge juga berpengaruh terhadap jalan lahir. Menurut Oktarina (2016) bidang hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk

menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam atau *vagina toucher* (VT). Bidang hodge antara lain sebagai berikut :

- a. Hodge I : Dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan promontorium
- b. Hodge II : Sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah symphysis
- c. Hodge III : Sejajar Hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri
- d. Hodge IV : Sejajar Hodge I, II dan III setinggi os coccygis



Gambar.1 Bidang Hodge

2.3.5.3 *Power*

Kekuatan his atau kontraksi dan kekuatan mengejan ibu sangat penting dalam proses persalinan.

2.3.5.4 *Psikis*

Menurut keadaan psikologis ibu mempengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin yang didampingi oleh suami dan orang yang dicintainya cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar dibanding dengan ibu bersalin tanpa pendamping. Ini menunjukkan bahwa dukungan mental berdampak positif bagi keadaan *psikis* ibu, yang berpengaruh terhadap kelancaran proses persalinan (Oktarina, M., 2016).

2.3.5.5 Posisi persalinan

Posisi yang aman saat persalinan yaitu :

- a. Posisi duduk atau setengah duduk agar lebih mudah bagi bidan untuk membimbing kelahiran kepala bayi dan mengamati/menyokong perineum
- b. Posisi merangkak, baik untuk persalinan dengan punggung yang sakit, membantu bayi melakukan rotasi, peregangan minimal pada perineum
- c. Berjongkok atau berdiri, membantu penurunan kepala bayi, memperbesar ukuran panggul dan memperbesar dorongan untuk meneran (dapat memberi kontribusi pada *laserasi*)
- d. Berbaring miring kekiri, memberi rasa santai bagi ibu yang letih, memberi oksigenisasi yang baik bagi bayi dan membantu mencegah terjadinya *laserasi*.
- e. Posisi terlentang atau litotomi tidak dianjurkan pada saat bersalin.

(Elizabeth, S.W. & Purwoastuti, E., 2015).

2.3.5.6 Penolong

Peran penolong adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu baik dari segi perasaan maupun fisik. Kompetensi yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal dan neonatal. Dengan pengetahuan dan kompetensi yang baik diharapkan kesalahan atau malpraktik dalam memberikan asuhan tidak terjadi (Oktarina, M., 2016).

2.3.6 Tanda Bahaya Persalinan

2.3.6.1 Riwayat bedah sesar

2.3.6.2 Perdarahan pervaginam

- 2.3.6.3 Persalinan kurang bulan
- 2.3.6.4 Ketuban pecah disertai mekonium
- 2.3.6.5 Ketuban telah pecah (lebih dari 24 jam) atau ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
- 2.3.6.6 Terdapat gejala infeksi
- 2.3.6.7 Tekanan darah lebih dari 160/110 mmHg (pre eklampsia berat)
- 2.3.6.8 Tinggi fundus 40 cm atau lebih (makrosomia, polihidramnion atau kehamilan ganda)
- 2.3.6.9 DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali/menit pada 2 kali penilaian dengan jarak 5 menit (gawat janin)
- 2.3.6.10 Primipara dalam persalinan kala I fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5
- 2.3.6.11 Presentasi terbawah bukan kepala
- 2.3.6.12 Presentasi ganda
- 2.3.6.13 Tali pusat menumbung
- 2.3.6.14 Tanda-tanda syok
- 2.3.6.15 Tanda-tanda gejala persalinan dengan fase laten yang memanjang

2.3.7 Ketuban Pecah Dini

2.3.7.1 Pengertian Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu (Sukarni, I. & Sudarti, 2014).

Ketuban pecah dini yang terjadi pada kehamilan aterm genap bulan dapat menyebabkan komplikasi premature. Ketuban pecah dini pada kehamilan preterm kebanyakan terjadi pada usia kehamilan antara 34-36 minggu dan sering disertai dengan komplikasi infeksi perinatal dan

gawat janin, sehingga ketuban pecah dini pada kehamilan belum genap bulan menyebabkan peningkatan morbiditas dan mortalitas perinatal yang lebih besar dari pada yang disebabkan oleh kehamilan belum genap bulan saja (Prawirohardjo, S., 2014).

KPD didefinisikan sesuai dengan jumlah jam dari waktu pecah ketuban sampai waktu persalinan yaitu interal periode laten yang dapat terjadi kapan saja dari 1-12 jam atau lebih.

2.3.7.2 Etiologi

Penyebab ketuban pecah dini masih belum dapat diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Adapun yang menjadi faktor resiko adalah : infeksi vagina, serviks yang inkompeten, kemungkinan kesempitan panggul, kariomionitis, faktor keturunan, ketegangan intrauterine, trauma, kelainan letak janin, keadaan sosial ekonomi, peninggian tekanan intrauterine, riwayat KPD sebelumnya, kelainan ataupun kerusakan selaput ketuban dan serviks yang pendek pada usia kehamilan 23 minggu. Infeksi yang terjadi pada selaput ketuban dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini. Ketegangan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya trauma, hidramnion ataupun gameli (Sukarni, I. & Sudarti, 2014).

Inkompeten serviks (leher rahim) adalah istilah untuk menyebut kelainan pada otot-otot leher atau leher rahim (serviks) yang terlalu lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka ditengah-tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan janin yang semakin besar. Inkompeten serviks adalah serviks dengan suatu kelainan anatomi yang

nyata, disebabkan laserasi sebelumnya melalui ostium uteri atau merupakan suatu kelainan kongenital pada serviks yang memungkinkan terjadinya dilatasi berlebihan tanpa perasaan nyeri dan mules dalam masa kehamilan trimester kedua atau awal trimester ketiga yang diikuti dengan penonjolan dan robekan selaput janin serta keluarnya hasil konsepsi (Sinclair, C., 2014).

Tekanan intrauterine yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya : Trauma (hubungan seksual, pemeriksaan dalam, amniosintesis/ prosedur untuk menguji cairan ketuban yang ada di rahim) dan gameli. Pada kehamilan gameli terjadi distensi uterus yang berlebihan sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relatif kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah. Hidramnion atau polihidramnion adalah jumlah cairan amnion > 2.000 mL. Karioamnionitis adalah diagnosis klinis yang ditegakkan apabila ditemukan demam $> 38,0$ °C dengan 2 atau lebih tanda berikut : leukosit > 15.000 sel/mm³, denyut jantung janin > 160 kali/menit, frekuensi nadi ibu > 100 kali/menit (Prawirohardjo, S., 2014).

2.3.7.3 Patofisiologi

Patofisiologis KPD berhubungan dengan hal-hal berikut yaitu:

- a. Adanya hipermlitis rahim yang sudah lama terjadi sebelum ketuban pecah dini, penyakit-penyakit seperti pielofritis/ penyakit infeksi pada ginjal, sistitis/

peradangan pada vagina, terdapat bersama-sama dengan hipermotilitas rahim ini.

- b. Selaput ketuban terlalu tipis atau kelainan ketuban (Karlina, N. *et al*, 2016).
- c. Infeksi (amnionitis atau koroamnionitis)
- d. Faktor-faktor lain yang merupakan predisposisi ialah, multipara, malposisi, serviks inkompeten dan lain-lain
- e. Ketuban pecah dini artificial (amniotomi), dimana berisi ketuban dipecahkan terlalu dini

2.3.7.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi

Menurut Manuaba (2015), faktor yang mempengaruhi ketuban pecah dini antara lain :

a. Usia

Usia untuk reproduksi optimal bagi seorang ibu adalah antara usia 20-35 tahun. Dibawah atau diatas usia tersebut akan meningkatkan resiko kehamilan dan persalinan. Usia sedemikian besarnya akan mempengaruhi sistem reproduksi, karena organ-organ reproduksinya sudah mulai berkurang kemampuannya dan keelastisannya dalam menerima kehamilan.

b. Paritas

Wanita yang telah melahirkan beberapa kali dan pernah menghadapi KPD pada kehamilan sebelumnya serta jarak kehamilan yang terlampau dekat diyakini lebih berisiko akan mengalami KPD pada kehamilan berikutnya.

c. Anemia

Dampak anemia pada janin antara lain abortus, terjadi kematian intrauterine, prematuritas, BBLR, cacat bawaan dan mudah infeksi. Pada ibu, saat kehamilan

dapat mengakibatkan abortus, persalinan prematuritas dan KPD.

d. Riwayat KPD

Pengalaman yang pernah dialami ibu bersalin dengan kejadian KPD dapat berpengaruh besar pada ibu jika menghadapi kondisi kehamilan. Riwayat KPD sebelumnya beresiko 2-4 kali mengalami ketuban pecah dini kembali.

2.3.7.5 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala pada kehamilan yang mengalami KPD adalah keluar cairan ketuban yang merembes melalui vagina. Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila duduk kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya mengganjal atau menyumbat kebocoran untuk sementara. Pengeluaran cairan ketuban dapat terjadi karena dua kemungkinan yaitu selaput ketuban memang benar-benar pecah di bagian bawah atau hanya merembes di bagian atas (Karlina, N. *et al*, 2016).

Pada pemeriksaan inspekulo, tampak air ketuban mengalir dari mulut rahim atau selaput ketuban tidak ada dan air ketuban sudah kering (Sukarni, I. & Sudarti, 2014).

2.3.7.6 Diagnosis Ketuban Pecah Dini

Diagnosis KPD secara tepat sangat penting untuk menentukan penanganan selanjutnya, oleh karena itu usaha untuk menegakkan diagnosis KPD harus dilakukan

dengan cepat dan tepat. Cara-cara yang dipakai untuk menegakkan diagnosis adalah :

a. Secara Klinis

- 1) Adanya cairan yang berisi mekonium, vernik kaseosa (lemak putih), rambut lanugo, dimana bila terinfeksi akan tercium bau
- 2) Pemeriksaan inspekulo, lihat dan perhatikan apakah memang air ketuban keluar dari kanalis servikalis pada bagian yang sudah pecah atau terdapat cairan ketuban pada forniks posterior
- 3) Pemeriksaan kertas lakmus, apakah kertas lakmus berubah menjadi biru atau tidak saat dilakukan kontak dengan cairan yang keluar melalui vagina (Sujiyatini, *et all*, 2014).
- 4) USG
- 5) Terdapat infeksi genital
- 6) Gejala korioamnionitis

b. Maternal

Demam (takikardi), uterine tenderness, cairan amnion yang keruh dan berbau, leukositosis (peningkatan sel darah putih), leukosit esterase (LEA) meningkat, kultur darah/ urine.

c. Cairan Amnion

Tes cairan amnion, diantaranya adalah dengan kultur/ gram stain, fetal fibronectin, glukosa, leukosit esterase (LEA) dan sitokin. Jika terjadi korioamnionitis, maka angka mortalitas neonatal empat kali lebih besar, angka distress pernapasan,

sepsis neonatal dan perdarahan intraventrikular tiga kali lebih besar.

2.3.7.7 Penatalaksanaan

Ketuban pecah dini pada kehamilan aterm atau preterm dengan atau tanpa komplikasi harus dirujuk ke rumah sakit. Dalam penetapan langkah penatalaksanaan tindakan yang dilakukan, apakah langkah aktif atau konservatif, sebaiknya perlu mempertimbangkan usia kehamilan, kondisi ibu dan janin, fasilitas perawatan intensif, kondisi, waktu dan tempat perawatan, fasilitas/kemampuan monitoring, kondisi/status imunologi ibu dan kemampuan finansial keluarga (Fadlun & Feryanto, A., 2014).

Pada situasi pasien datang ke klinik bidan, apabila ada demam atau dikhawatirkan terjadi infeksi saat rujukan atau ketuban pecah lebih dari 6 jam berikan antibiotik. Bila keluarga pasien menolak untuk dirujuk, pasien dianjurkan untuk istirahat dalam posisi berbaring miring kiri, berikan antibiotik ampisilin 1 gr, dilanjutkan ampisilin 500 mg tiap 6 jam atau eritromisin dengan dosis yang sama, serta lakukan pemasangan infus untuk membantu memenuhi kebutuhan cairan ibu selain makan dan minum (Sukarni, I. & Margareth, 2014).

Saat di rumah sakit atas arahan dokter, bidan dapat melakukan penanganan, penanganan pasien dengan ketuban pecah dini diklasifikasikan menjadi dua, yaitu (Karlina, N. *et al*, 2016) :

a. Penanganan ketuban pecah dini pada kehamilan preterm

Penanganan ketuban pecah dini pada kehamilan preterm berupa penanganan konservatif, antara lain:

- 1) Rawat di rumah sakit, ditidurkan dalam posisi trendelenberg, tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam untuk mencegah terjadinya infeksi dan kehamilan diusahakan bisa mencapai 37 minggu.
 - 2) Berikan antibiotika (ampisilin 4 x 500 mg atau eritromisin bila tidak tahan dengan ampisilin) dan metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari pada kehamilan kurang dari 32 minggu.
 - 3) Jika usia kehamilan < 32 minggu dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi. Pada usia kehamilan < 32-34 minggu berikan steroid, untuk memacu kematangan paru janin dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Sediaan terdiri atas betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari atau deksametason IM 5 mg setiap 6 jam selama 4 kali.
 - 4) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi berikan deksametason, observasi tanda-tanda infeksi dan kesejahteraan janin.
 - 5) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan antibiotik, deksametason dan induksi sesudah 24 jam
 - 6) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi
 - 7) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intrauterin)
- b. Penatalaksanaan ketuban pecah dini pada kehamilan aterm

Penatalaksanaan ketuban pecah dini pada kehamilan aterm berupa penanganan aktif, antara lain:

- 1) Kehamilan lebih dari 37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal lakukan seksio sesarea. Dapat pula diberikan misoprostol 50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali, apabila janin masih memungkinkan untuk lahir secara normal
- 2) Pada kehamilan lebih dari 36 minggu, bila ada his pimpin meneran dan akselerasi bila ada inersia uteri. Bila tidak ada his lakukan induksi persalinan bila ketuban pecah kurang dari 6 jam dan lakukan seksio sesarea apabila ketuban pecah lebih dari 6 jam (Sukarni, I. & Sudarti, 2014)
- 3) Bila ada tanda-tanda infeksi, berikan antibiotika dan akhiri kehamilan :
 - a) Bila skor pelvik < 5 lakukan pematangan serviks kemudian induksi, jika tidak berhasil akhiri persalinan dengan seksio sesarea
 - b) Bila skor pelvik > 5 induksi persalinan, dan lakukan partus pervaginam

Tabel 2.3 Skor Bishop (Skor Pelvik)

Score	0	1	2	3
Dilation	0	1-2	3-4	5-6
Effacement	0-30%	40-50%	60-70%	80%
Station	-3	-2	-1	+1 +2
Consistency	Firm	medium	Soft	amat lunak
Position	posterior	Middle	Anterior	Anterior

(Creasy, R.K *et al.*, 2014)

2.3.8 Seksio Sesarea

2.3.8.1 Pengertian

Seksio sesarea adalah proses persalinan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan di perut ibu (laparotomi) dan rahim (histeretomi) untuk mengeluarkan bayi (Maryunani, A., 2014).

Seksio sesarea adalah prosedur operasi untuk melahirkan bayi melalui sayatan pada dinding perut dan uterus (Lisnawati, L., 2014).

Jadi seksio sesarea adalah sebuah prosedur pengeluaran janin dari dalam rahim dengan melakukan perlukaan di bagian abdomen ibu.

2.3.8.2 Indikasi Seksio Sesarea

Operasi seksio sesarea dilakukan jika kelahiran pervaginam mungkin akan menyebabkan resiko pada ibu ataupun janin. Menurut Maryunani (2014) indikasi seksio sesarea dibagi menjadi dua indikasi, yaitu indikasi medis dan indikasi non medis yaitu :

a. Indikasi Medis Seksio Sesarea

1) Faktor Ibu sebagai Indikasi Medis Seksio Sesarea

- a) Cephalopelvic Disproporsional (CPD)
- b) Tumor jalan lahir yang menimbulkan obstruksi
Seperti tumor di vagina, tumor di serviks uteri, tumor di uters dan tumor di ovarium
- c) HAP (Haemorage Ante Partum)
Seperti terjadinya plasenta previa dan solusio plasenta
- d) Ketuban Pecah Dini (KPD)
- e) Pre eklampsia dan Eklampsia
- f) Usia

- g) Insisi uterus sebelumnya
- h) Partus tak maju
- i) Penyakit ibu yang berat dan penyakit akibat hubungan seksual
Seperti penyakit jantung, Gonorea, Chlamydia trachomatis, Herpes simpleks, AIDS dan Hepatitis infeksiosa
- j) Kelainan tali pusat
Seperti terjadinya tali pusat menumbung atau lilitan tali pusat

2) Faktor Janin sebagai Indikasi Medis Seksio Sesarea

- a) Janin besar
- b) Gawat janin
- c) Letak lintang
- d) Letak sungsang
- e) Bayi abnormal
- f) Bayi kembar

b. Indikasi Non-Medis Seksio Sesarea

- 1) Pengaruh sosial
- 2) Ketakutan ibu-ibu akan kerusakan jalan lahir
- 3) Ketakutan rasa sakit saat inpartu

2.3.8.3 Kontraindikasi Seksio Sesarea

- a. Infeksi pada peritoneum
- b. Janin mati
- c. Kurangnya fasilitas dan tenaga ahli

2.3.8.4 Persiapan Seksio Sesarea

Menurut Maryunani (2014) beberapa persiapan sebelum dipastikan tindakan seksio sesarea antara lain :

- a. USG

Untuk mengetahui posisi dan ukuran janin, untuk menyingkirkan kemungkinan dari abnormalitas atau kembar dan untuk menentukan lokasi dari plasenta.

b. Transfusi darah

Sekurangnya tersedia dua *packed cells* sebelum dilakukannya operasi, biasanya terjadi pada situasi perdarahan yang aktif, pre eklampsia, distensi uterus yang berlebihan dan kuogulopati. Kekurangan makanan dan cairan oral yang berkepanjangan harus dihindari. Kebijakan puasa yang tepat adalah:

- 1) Makanan padat terakhir diberikan 6 jam sebelum masuk kamar operasi
- 2) Mengonsumsi sari buah atau teh/kopi (dengan susu semi-skim bukan penuh lemak) 2 jam sebelum masuk kamar operasi
- 3) Mengisap tetesan air tidak dibatasi sampai operasi

(Liu, D.T.Y., 2014)

2.3.8.5 Perawatan Praoperasi

- a. Pastikan alasan untuk pembedahan adalah valid. Kolega senior harus mengemukakan alasan ini dan mendiskusikannya secara jelas dengan ibu dan pasangannya.
- b. Riwayat obstetri dan riwayat medis harus ditinjau ulang dan periksa gestasi.
- c. Diskusikan jenis anestesia dengan dokter anestesi dan ibu.

- d. Idealnya jenis anestesia atau analgesia harus didiskusikan lebih lanjut saat klinik gabungan dengan dokter anestesi.
- e. Beritahu dokter pediatri pada saat yang tepat.
- f. Cek apakah pencocokan silang darah telah tersedia. Sebagian besar bangsal persalinan saat ini menyimpan 2 unit darah O Rhesus negatif untuk keadaan darurat.
- g. Berikan antasida
- h. Dapatkan persetujuan tertulis
- i. Berikan antibiotik profilaksis, terutama relevan pada seksio sesarea darurat.
(Liu, D.T.Y., 2014).

2.3.8.6 Perawatan Pascaoperasi

Menurut Liu (2014) ibu yang mengalami komplikasi obstetri atau medis memerlukan observasi ketat setelah seksio sesarea. Fasilitas perawatan intensif atau ketergantungan tinggi harus siap tersedia di rumah sakit.

Perawatan umum untuk semua ibu meliputi:

- 1) Kaji tanda-tanda vital dengan interval teratur (15 menit) dan pastikan kondisinya stabil.
- 2) Lihat tinggi fundus, adanya perdarahan dari luka dan jumlah lochia. Hal ini khususnya penting jika persalinan berlangsung lama, jika uterus telah mengembang oleh polihidramnion atau kehamilan multipel dan jika terdapat ancaman defek koagulasi, contohnya setelah perdarahan antepartum dan toksemia pre-eklamsia.
- 3) Pertahankan keseimbangan cairan.
- 4) Tangani kebutuhan khusus dengan indikasi langsung untuk seksio sesarea, misalnya kondisi medis seperti diabetes.

- 5) Anjurkan fisioterapi dan ambulasi dini jika tidak ada kontraindikasi.
- 6) Ambulasi dini dan perhatian terhadap hidrasi yang mencukupi untuk ibu dengan risiko rendah dengan kehamilan tanpa komplikasi dan tidak ada faktor risiko. Sebelum persalinan harus diberikan kesempatan yang sesuai dengan keadaan dan jawab pertanyaan-pertanyaan pasien.
- 7) Jadwalkan kesempatan untuk melakukan pengkajian ulang pascamelahirkan guna memastikan penyembuhan total, mendiskusikan kehamilan berikutnya dan memastikan tindak lanjut perawatan untuk kondisi medisnya.

2.3.8.7 Komplikasi Seksio Sesarea

Menurut Maryunani (2014) komplikasi seksio sesarea mencakup periode masa nifas yang normal dan komplikasi setiap prosedur pembedahan utama, komplikasi berakibat pada terjadinya infeksi puerperal sesudah pembedahan, hal tersebut terjadi apabila sebelum pembedahan sudah ada gejala infeksi intraparum. Perdarahan dalam jumlah banyak dapat timbul pada waktu pembedahan jika cabang uterine ikut terbuka, atau karena atonia uteri. Dalam hal ini, perdarahan primer kemungkinan terjadi akibat kegagalan hemostasis di tempat insisi rahim atau akibat atonia uteri.

2.3.8.8 Tatalaksana Medis Pasca Operasi Seksio Sesarea

Penatalaksanaan medis dan perawatan setelah dilakukan seksio sesarea sebagai berikut :

- a. Perdarahan dari vagina yang harus dipantau dengan cermat

- b. Fundus uteri harus sering dipalpasi untuk memastikan bahwa uterus tetap berkontraksi dengan kuat
- c. Analgesia diberikan
- d. Periksa aliran darah uterus paling sedikit 30 ml/jam
- e. Pemberian cairan intravaskuler, 3 liter cairan biasanya memadai untuk 24 jam pertama setelah pembedahan
- f. Ambulasi, satu hari setelah pembedahan klien dapat turun sebentar dari tempat tidur dengan bantuan orang lain
- g. Perawatan luka pada hari ke tiga, tiap hari diperiksa kondisi balutan
- h. Pemeriksaan laboratorium, hematokrit diukur pagi hari setelah pembedahan untuk memastikan perdarahan pasca operasi atau mengisyaratkan hipovolemia
- i. Mencegah infeksi pasca operasi, antibiotic, setelah janin lahir

(Maryunani, A., 2014).

2.3.8.9 Nasihat Pasca Operasi Seksio Sesarea

- a. Dianjurkan untuk menunda kehamilan selama lebih kurang satu tahun dengan memakai kontrasepsi
- b. Kehamilan berikutnya hendaknya diawasi dengan asuhan kehamilan yang baik
- c. Dianjurkan untuk bersalin di rumah sakit
- d. Persalinan berikutnya apakah akan dilakukan seksio sesarea atau tidak tergantung pada kondisi kehamilan berikutnya

2.3.8.10 Perawatan Luka Seksio Sesarea Bersih

Perawatan luka bersih merupakan perawatan yang dilakukan pada luka tanpa adanya pus dan necrose. Hal ini memiliki tujuan yaitu mencegah timbulnya infeksi,

menjaga luka dari trauma, mengistirahatkan daerah luka, mengobservasi perkembangan luka, mengabsorpsi drainase/cairan luka, menurunkan nyeri, meningkatkan proses penyembuhan luka, mencegah masuknya bakteri dan perlukaan lainnya, mencegah meluasnya infeksi dan mengurangi gangguan rasa nyaman bagi pasien maupun orang lain. Selanjutnya, prinsip perawatan luka dilakukan harus sesuai dengan SOP (*Standard Operational Procedure*) di RS atau klinik terkait. Dalam melakukan perawatan luka agar selalu memperhatikan pemberian balutan. Dalam hal ini balutan diberikan sesuai dengan kondisi luka, apakah luka kering, luka basah, luka steril/bersih atau luka terkontaminasi (Maryunani, A., 2014).

Pada perawatan luka seksio sesarea di rumah, sebaiknya dalam membersihkan luka insisi dimulai mencuci tangan sampai bersih, mengkaji status luka bersih, kotor dan sebagainya, selanjutnya gunakan kasa steril dengan cara dipegang dengan pinset lalu dicelupkan ke dalam larutan savlon dan dilakukan pembersihan pada luka, setelah itu air bersih diberikan jika diperlukan atau diberi larutan NaCl 0,9% kemudian luka dibersihkan, setelah luka bersih, tangan dicuci kembali (Nurjanah, S.N. *et al*, 2014).

Komponen mencuci tangan dengan benar sebelum dan sesudah melakukan asuhan, menggunakan sarung tangan, menyiapkan alat perawatan secara steril, mencegah penularan melalui percikan ludah, melakukan teknik pembalutan luka dengan benar merupakan standar paling minimal dalam melakukan asuhan perawatan luka post seksio sesarea (Ahsan, *et all*, 2014).

2.3.9 Tahapan Persalinan

2.3.9.1 Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam, sedangkan untuk multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam (Jannah, N., 2014).

Dalam kala 1 dibagi menjadi 2 fase :

- a. Fase *laten* adalah berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm
- b. Fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Fase aktif dibagi 3 fase :
 - 1) Fase akselerasi : Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
 - 2) Fase dilatasi maksimal : Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
 - 3) Fase deselerasi : Pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm (lengkap).

2.3.9.2 Asuhan pada kala 1 :

- a. Memberikan dukungan emosional

- b. Pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya
 - c. Menghargai keinginan ibu untuk memilih pendamping selama persalinan
 - d. Peran aktif anggota keluarga selama persalinan
 - e. mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman
 - f. memberikan cairan nutrisi dan hidrasi
 - g. memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur dan spontan
 - h. Pencegahan infeksi
- (Puspitasari, E. & Rimandini, K.D., 2014).

2.3.9.3 Kala II

Kala II menurut Jannah (2011) adalah persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Lama kelahiran kala II pada primigravida 2 jam pada multigravida 1 jam. Asuhan pada kala II adalah :

- a. Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya oleh suami dan anggota keluarga yang lain
- b. Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan
- c. Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan dan kelahiran bayi
- d. Membuat hati ibu merasa tenang selama kala II persalinan
- e. Menganjurkan ibu meneran bila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran dengan cara memberikan kesempatan istirahat sewaktu tidak ada his
- f. Mencukupi asupan makan dan minum selama kala II

- g. Memberikan rasa aman dan nyaman.
- h. Pencegahan infeksi pada kala II dengan membersihkan vulva dan perineum ibu
- i. Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan. (Puspitasari, E. & Rimandini, K.D., 2014).

Menurut Jannah (2015) tanda-tanda memasuki kala II adalah:

- a. His terkoordinasi, kuat, cepat dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali
- b. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengejan
- c. Tekanan pada rectum dan anus terbuka
- d. Vulva membuka dan perineum membuka

2.3.9.4 Kala III

Kala III persalinan adalah periode waktu yang dimulai ketika bayi lahir dan berakhir pada saat plasenta seluruhnya sudah dilahirkan. Lamanya kala III pada primigravida adalah 10 menit, sedangkan pada multigravida berlangsung selama 10 menit (Jannah, N., 2015).

- a. Lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda dibawah ini :
 - 1) Perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri.
 - 2) Tali pusat bertambah panjang.
 - 3) Terjadi semburan darah secara tiba-tiba perdarahan (bila pelepasan plasenta secara duncan atau dari pinggir)
- b. Asuhan pada kala III

- 1) Memberikan kesempatan pada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera
- 2) Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan
- 3) Pencegahan infeksi pada kala III
- 4) Memantau keadaan ibu (tanda-tanda vital, kontraksi, perdarahan)
- 5) Melakukan kolaborasi atau rujukan bila terjadi kegawatdaruratan
- 6) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi
- 7) Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III

MAK (manajemen aktif kala) III adalah penatalaksanaan secara aktif pada kala III (pengeluaran aktif plasenta) untuk membantu menghindari terjadinya perdarahan pasca persalinan. Poin penting dalam MAK III adalah pemberian suntik oksitosin, PTT dan masase uterus (Jannah, N., 2015).

2.3.9.5 Kala IV

Menurut Jannah (2015) pemantauan kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama postpartum untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap perdarahan postpartum. Selama 2 jam pertama pasca persalinan lakukan pemantauan tekanan darah, nadi, tinggi fundus uteri, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua kala empat, pantau temperatur tubuh setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan, periksa perineum dan vagina setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama jam

kedua pada kala empat, dan massase uterus untuk membuat kontraksi uterus menjadi baik setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua.

2.3.10 Asuhan Persalinan

2.3.10.1 Pengertian Asuhan Persalinan

Pengertian asuhan persalinan normal (APN) adalah asuhan yang bersih dan aman dari setiap tahapan persalinan yaitu mulai dari kala satu sampai dengan kala empat dan upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermi serta asfiksia pada bayi baru lahir (JNPK-KR, 2014).

2.3.10.2 Tujuan Asuhan Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2014), tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.

2.3.10.3 Standar Asuhan Persalinan

a. Standar 9: Asuhan Persalinan Kala I

Pernyataan standar: Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai, dengan memperhatikan kebutuhan klien, selama proses persalinan berlangsung.

b. Standar 10: Persalinan Kala II Yang Aman

Pernyataan standar: Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman dengan sikap sopan dan

penghargaan terhadap klien serta memerhatikan tradisi setempat.

c. Standar 11: Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala III
Pernyataan standar: Bidan melakukan penegangan tali pusat dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap.

d. Standar 12: Penanganan Kala II Dengan Gawat Janin Melalui Episiotomi

Pernyataan standar: Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala II yang lama, dan segera melakukan episiotomy dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum.

(Syafudin & Hamidah, 2014).

2.3.10.4 Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan

Menurut Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi (JNPK-KR) (2014), lima benang merah yang saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman adalah asuhan sayang ibu, pencegahan infeksi, pengambilan keputusan klinik, pencatatan dan rujukan.

2.3.10.5 Asuhan Persalinan Normal 60 Langkah

Standar asuhan normal 60 langkah APN diajikan dalam table berikut.

Tabel 2.4 Standar 60 Langkah APN

No	Kegiatan
1.	a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina c) Perineum menonjol d) Vulva-vagina dan springter ani membuka
2.	Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oxytocin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3.	Memakai alat perlindungan diri seperti memakai celemek plastic, topi, masker, kacamata, sepatu tertutup.

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

19.	Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir. Setelah itu dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain yang bersih
20.	Memeriksa lilitan tali pusat a. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi. b. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
21.	Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22.	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas kuat untuk melahirkan bahu posterior.
23.	Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum posisi tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
24.	Setelah tubuh dan lengan lahir, telusuri tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangga saat punggung dan kaki lahir. Pegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati dan bantu kelahiran kaki.
25.	Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, letakkan bayi ditempat yang memungkinkan)
26.	Segera mengeringkan badan bayi, dan membungkus kepala bayi serta menggunakan topi pada bayi agar terjaga kehangatan bayi serta dapat di selimuti bayi ketika diletakkan pada perut ibu
27.	Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua atau memastikan bahwa janin tunggal
28.	Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik disuntik oksitosin untuk merangsang rahim sehingga berkontraksi
29.	Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit, intra muskular di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu lalu suntikkan
30.	Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu)
31.	Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.

32.	Memberikan bayi atau meletakkan bayi pada dada ibunya lalu menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan juga memulai untuk pemberian ASI (air susu ibu) pertama kalinya untuk bayi
33.	Memindahkan klem pada tali pusat 5-10 cm ke depan perineum untuk memudahkan peregangan tali pusat
34.	Meletakkan satu tangan diatas perut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan gunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
35.	Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan peregangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah atas dan belakang (Dorsokraniial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversion uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30- 40 detik, hentikan peregangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsang puting susu.
36.	Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk menera sambil menarik tali pusat kearah bawah dan kemudian kearah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. Perhatikan: <ul style="list-style-type: none"> a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva. b. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan peregangan tali pusat selama 15 menit. Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM, nilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jikaperlu.
37.	Jika plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati, memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan lahirkan selaput ketuban
38.	Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan massase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras)
39.	Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh.
40.	Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
41.	Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
42.	Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit lalu mencuci tangan.
43.	Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan serta cek kandung kemih apakah kosong atau penuh
44.	Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan massase uterus dan periksa kontraksi uterus

45.	Mengevaluasi kehilangan darah.
46.	Memeriksa tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi pada ibu, setiap 15 menit sekali selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit sekali selama sejam kedua pasca persalinan.
47.	Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih dan kering.
48.	Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas semua peralatan setelah dekontaminasi.
49.	Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
50.	Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan cairan ketuban, lender, darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
51.	Memastikan bahwa ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
52.	Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
53.	Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54.	Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
55.	Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi
56.	Dalam satu jam pertama, beri salep mata, vitamin K1 mg IM dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, cek pernafasan dan suhu tubuh bayi.
57.	Setelah satu jam pemberian vit K berikan suntikan immunisasi Hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
58.	Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
59.	Cuci kedua tangan dengan sabun dengan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering.
60.	Lengkapi partograf

Sumber: JNPK-KR (2014)

2.3.10.6 Partograf

Dalan JNPK-KR (2014) partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama dari penggunaan patograf adalah untuk mencatat hasil

observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui periksa dalam dan Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal.

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

- a. Mencatat kemajuan persalinan
 - b. Mencatat kondisi ibu dan janin
 - c. Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran
 - d. Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan
 - e. Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu
 - f. Partograf harus digunakan :
 - 1) Semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan dan merumpaan elemen penting dari asuhan persalinan. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis
 - 2) Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dan lain-lain)
 - 3) Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang membrikan asuhan ppersalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya
- (Oktarina, M., 2016).

2.4 Bayi Baru Lahir

2.4.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan

penyesuaian diri dari kehidupan kehidupan intrauterin ke kehidupan *ekstrauterin* (Dewi. 2014).

Neonatus adalah bayi baru lahir sampai dengan usia 28 hari. Pada masa tersebut terjadi perubahan yang sangat besar dari kehidupan di dalam rahim dan terjadi pematangan organ hampir pada semua sistem (Kemenkes RI, 2016).

2.4.2 Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Puspitasari & Rimandini (2014) bayi baru lahir dikatakan normal jika termasuk dalam kriteria adalah sebagai berikut

- 2.4.2.1 Berat badan 2500-4000 gram.
- 2.4.2.2 Panjang badan 48-50 cm.
- 2.4.2.3 Lingkar dada bayi 32-34 cm
- 2.4.2.4 Lingkar kepala 33-35 cm.
- 2.4.2.5 Frekuensi jantung pertama \pm 180x/menit, kemudian turun sampai 140-120x/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
- 2.4.2.6 Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80x/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
- 2.4.2.7 Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
- 2.4.2.8 Rambut lanugo tidak terlihat.
- 2.4.2.9 Rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 2.4.2.10 Kuku agak panjang dan lemas.
- 2.4.2.11 Genitalia perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, Genetalia laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.
- 2.4.2.12 Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- 2.4.2.13 Refleks moro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.

2.4.2.14 Refleks grasps atau menggenggam sudah baik.

2.4.2.15 Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan

2.4.3 Adaptasi BBL

Sistem imunitas BBL masih belum matang sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap infeksi dan alergi. Bayi baru lahir sebaiknya diberikan perawatan yang cukup intensif untuk menghindari terjadinya alergi seperti menghindari penggunaan bedak terlalu dini dan saat memandikan bayi sebaiknya hanya menggunakan air bersih tanpa dicampurkan bahan apapun. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang didapat. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi. Kekebalan alami juga disediakan pada tingkat sel oleh sel darah yang membantu BBL membunuh mikroorganisme asing. Akan tetapi, pada BBL sel-sel darah ini masih belum matang. Artinya, BBL tersebut belum mampu melokalisasi dan memerangi infeksi secara efisien. Kekebalan yang didapat akan muncul kemudian. BBL yang lahir dengan kekebalan pasif mengandung banyak virus dalam tubuh ibunya. Reaksi antibodi keseluruhan terhadap antigen asing masih belum bisa dilakukan sampai awal kehidupan anak (Jannah, N., 2015).

2.4.4 Refleks BBL

Menurut Uliyah, M. & Hidayat, A.A.A. (2015) refleks fisiologis pada bayi, antara lain:

2.4.4.1 Refleks *moro*

Lakukan rangsangan dengan suara keras yaitu pemeriksaan bertepuk tangan akan memberikan respon memeluk, lengan ekstensi, jari-jari mengembang, tungkai

sedikit ekstensi, lengan kembali ke tengah dengan tangan menggenggam.

2.4.4.2 Refleks *rooting*

Usap pipi bayi dengan lembut, maka bayi merespon dengan menolehkan kepalanya ke arah jari dan membuka mulutnya siap untuk menghisap (Jannah, N., 2015).

2.4.4.3 Refleks *sucking*

Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan. Tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat dalam merespon terhadap stimulasi.

2.4.4.4 Refleks *grasping*

Letakkan jari telunjuk ditelapak tangan bayi, maka bayi akan menggenggam dengan kuat.

2.4.4.5 Refleks *tonic neck*

Apabila bayi ditengkurapkan, maka kepala bayi akan ekstensi (menengadah ke atas) dan ekstremitas akan fleksi.

2.4.4.6 Refleks *babynsky*

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki kearah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki, bayi akan menunjukkan respon semua jari kaki ekstensi dengan ibu jari fleksi.

2.4.4.7 Refleks *walking*

Bayi menggerakkan tungkainya dalam satu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan kerasTanda Bahaya BBL.

2.4.5 Asuhan Bayi Baru Lahir

2.4.5.1 Pengertian Asuhan BBL

Menurut Puspitasari, E. & Rimandini, K.D. (2014), asuhan segera pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut setelah kelahiran. Sebagian besar bayi baru lahir akan menunjukkan usaha pernafasan spontan dengan sedikit bantuan atau gangguan.

Asuhan segera pada bayi baru lahir normal adalah asuhan yang diberikan pada bayi selama jam pertama setelah kelahiran bayi. Bayi baru lahir adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2.500 gram sampai dengan 4.000 gram (Sudarti & Fauziah, A., 2014).

2.4.5.2 Tujuan Asuhan BBL

Menurut Puspitasari, E. & Rimandini, K.D. (2014), tujuan asuhan bayi baru lahir yaitu mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi, menghindari risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan mengidentifikasi masalah kesehatan BBL yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan.

2.4.5.3 Standar Asuhan BBL

Menurut Soepardan (2014), standar pelayanan masa nifas adalah sebagai berikut:

a. Standar 13: Perawatan Bayi Baru Lahir

Pernyataan Standar: Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan, mencegah hipoksia sekunder, menemukan kelainan, dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai dengan kebutuhan. Bidan juga harus mencegah atau menangani hipotermia.

b. Standar 24: Asfiksia Neonatorum

Pernyataan Standar: Bidan mampu mengenali dengan tepat bayi baru lahir dengan asfiksia, serta melakukan resusitasi secepatnya, mengusahakan bantuan medis yang diperlukan, dan memberikan perawatan lanjutan.

2.4.5.4 Kunjungan BBL

Jadwal asuhan bayi baru lahir disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 2.5 Kunjungan Neonatus

Kunjungan	Waktu	Pelaksanaan
1	6-48 jam setelah bayi lahir	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan suhu tubuh bayi. Hindari memandikan bayi hingga sedikitnya enam jam dan hanya setelah itu jika tidak terjadi masalah medis dan jika suhunya 36.5°C bungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat, kepala bayi harus tertutup. 2. Pemeriksaan fisik bayi. 3. Dilakukan pemeriksaan fisik <ol style="list-style-type: none"> a. Gunakan tempat tidur yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan. b. Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan lakukan pemeriksaan. c. Telinga lakukan periksa dalam hubungan letak dengan mata dan kepala. d. Mata seperti mencek tanda-tanda infeksi. e. Hidung dan mulut yaitu periksa bibir dan langit-langit, pembekakan atau bercak hitam, tanda-tanda lahir. f. Konseling seperti jaga kehangatan, pemberian ASI, perawatan tali pusat, dan agar ibu mengawasi tanda-tanda bahaya. g. Tanda-tanda bahaya yang harus dikenali oleh ibu: pemberian ASI sulit, sulit menghisap atau lemah hisapan, Kesulitan bernafas yaitu pernafasan cepat >60 x/m atau menggunakan otot tambahan, letargis bayi terus menerus tidur tanpa bangun untuk makan, warna kulit abnormal, kulit biru (sianosis) atau kuning, suhu terlalu panas atau terlalu dingin (hipotermi), tanda dan perilaku tidak biasa, gangguan gastro internal misalnya tidak bertinja selama 3 hari, muntah terus-menerus, perut membengkak, tinja hijau tua dan darah berlendir, mata bengkak atau mengeluarkan cairan. h. Lakukan perawatan tali pusat, pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan dengan kain bersih secara longgar, lipatlah popok di bawah tali pusat, jika tali pusat terkena kotoran tinja, cuci dengan sabun dan keringkan dengan benar.

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Gunakan tempat yang hangat dan bersih dalam merawat bayi 5. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan. 6. Memberikan Imunisasi HB-0.
2	Kurun waktu hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 setelah bayi lahir.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering. 2. Menjaga kebersihan bayi. 3. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan masalah pemberian ASI. 4. Memberikan ASI bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan. 5. Menjaga keamanan bayi. 6. Menjaga suhu tubuh bayi. 7. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif untuk pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan buku KIA. 8. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan.
3	Hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering. 2. Menjaga kebersihan bayi. 3. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan Masalah pemberian ASI. 4. Memberikan ASI Bayi harus disusukan (minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan. 5. Menjaga keamanan bayi. 6. Menjaga suhu tubuh bayi. 7. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI ekslutif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan.

(Kemenkes RI, 2015).

2.4.5.5 Penatalaksanaan BBL

a. Penilaian awal bayi baru lahir

Menurut Puspitasari dan Rimandini (2014), penilaian awal bayi baru lahir yaitu:

- 1) Nilai kondisi bayi:
 - a) Apakah bayi menangis kuat atau bernafas tanpa kesulitan ?
 - b) Apakah bayi bergerak aktif dengan aktif atau lemas?
 - c) Apakah warna kulit bayi merah muda, pucat, atau biru?

Ketiga hal di atas dilakukan secara cepat, dan tepat guna melanjutkan pemberian asuhan bayi baru lahir selanjutnya.

- 2) Membersihkan jalan nafas
 - a) Sambil menilai pernafasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk diatas perut ibu.
 - b) Bersihkan darah atau lendir dari wajah bayi dengan kain bersih kering atau kassa.
 - c) Periksa ulang pernafasan.
 - d) Bayi akan segera menangis dalam waktu 30 detik pertama setelah lahir.
- 3) Jika tidak dapat menangis spontan dilakukan:
 - a) Letakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat.
 - b) Gulung sepotong kain dan letakkan di bawah bahu sehingga bayi ekstensi.
 - c) Bersihkan hidung, rongga mulut, dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kassa steril.
 - d) Tepuk telapak tangan bayi sebanyak 2-3 kali gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar (Hidayat, A. A. 2014).
- 4) Penghisapan lendir
 - a) Gunakan alat penghisap lendir mulut (*De Lee*) atau alat lain yang steril, sediakan juga tabung oksigen dan selangnya.
 - b) Segera lakukan usaha menghisap mulut dan hidung.
 - c) Memantau atau mencatat usaha nafas yang pertama.

d) Warna kulit, adanya cairan atau mekonium dalam hidung atau mulut harus diperhatikan (Saifudin, A. B. 2014).

b. Penilaian *apgar score*

Menurut Puspitasari dan Rimandini (2014), *apgar score* merupakan alat untuk mengkaji kondisi bayi sesaat setelah lahir menjadi 5 variabel (pernafasan, frekuensi jantung, warna, tonus otot, dan iritabilitas refleks). Dilakukan pada 1 menit kelahiran yaitu untuk memberi kesempatan pada bayi untuk memulai perubahan:

- 1) Menit ke 5
- 2) Menit ke 10

Penilaian dapat dilakukan lebih sering jika ada nilai yang rendah dan perlu tindakan resusitasi. Penilaian menit ke 10 memberikan indikasi morbiditas pada masa mendatang, nilai yang rendah berhubungan dengan kondisi neurologis.

Tabel 2.6 Apgar Score

Tanda	0	1	2
<i>Apperance</i> atau warna kulit	Biru, pucat	Badan pucat, tungkai biru	Semuanya merah muda
<i>Pulse</i> (nadi)	Tidak teraba	< 100	>100
<i>Grimance</i>	Lemas atau lumpuh	Gerakan sedikit atau fleksi tungkai	Aktif atau fleksi tungkai baik atau reaksi melawan
<i>Respiratory</i> (nafas)	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Baik, menangis kuat

(Puspitasari, E. & Rimandini, K.D., 2014)

c. Pencegahan infeksi

Menurut Puspitasari dan Rimandini (2014), bayi baru lahir sangat rentan terjadi infeksi, sehingga perlu diperhatikan hal-hal dalam perawatannya.

- 1) Cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan bayi.
- 2) Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- 3) Pastikan semua peralatan (gunting, benang tali pusat) telah di DTT, jika menggunakan bola karet penghisap, pastikan dalam keadaan bersih.
- 4) Pastikan semua pakain, handuk, selimut, serta kain yang digunakan untuk bayi dalam keadaan bersih.
- 5) Pastikan timbangan, pipa pengukur, termometer, stetoskop, dan benda-benda lainnya akan bersentuhan dengan bayi dalam keadaan bersih (dekontaminasi setelah digunakan).
- 6) Memberikan obat tetes mata atau salep
Diberikan 1 jam pertama bayi lahir yaitu: eritromysin 0,5% atau tetrasiklin 1%. Yang bisa dipakai adalah larutan perak nitrat atau Neosporin dan langsung diteteskan pada mata bayi segera setelah bayi lahir.
- 7) Pemberian imunisasi awal
Pelaksanaan penimbangan, penyuntikkan vitamin K1, salep mata dan imunisasi Hepatitis B (HB0) harus dilakukan. Pemberian layanan kesehatan tersebut dilaksanakan pada periode setelah IMD sampai 2-3 jam setelah lahir, dan akan dilaksanakan di kamar bersalin oleh dokter, bidan atau perawat.

d. Pencegahan kehilangan panas

Bayi baru lahir dapat mengatur temperatur tubuhnya secara memadai, dan dapat dengan cepat kedinginan jika kehilangan panas tidak segera dicegah. Mekanisme kehilangan panas tubuh pada bayi baru lahir, antara lain:

- 1) Evaporasi adalah cara kehilangan panas yang utama pada tubuh bayi terjadi karena menguapkan air ketuban yang tidak cepat dikeringkan, atau terjadi setelah bayi dimandikan.
- 2) Konduksi adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.
- 3) Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar dengan udara di sekitar yang lebih dingin.
- 4) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi ditempatkan dekat benda yang mempunyai temperatur tubuh lebih rendah dari temperatur tubuh bayi. (Dewi, S., 2014).

e. Perawatan tali pusat

Menurut Puspitasari dan Rimandini (2014), setelah persenta lahir dan kondisi ibu stabil, ikat atau jepit tali pusat dengan cara:

- 1) Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan ke dalam klorin 0,5% untuk membersihkan darah dan sekresi tubuh lainnya.
- 2) Bilas tangan dengan air matang atau DTT.
- 3) Keringkan tangan (besarung tangan).
- 4) Letakkan bayi yang terbungkus di atas permukaan yang bersih dan hangat.

- 5) Ikat ujung tali sekitar 1 cm dari pusat dengan menggunakan benang DTT. Lakukan simpul kunci atau jepitan.
- 6) Jika menggunakan benang tali pusat, lingkarkan benang sekeliling ujung tali pusat dan lakukan pengikatan kedua dengan simpul kunci di bagian tepi pada sisi yang berlawanan.
- 7) Lepaskan klem penjepit dan letakkan di dalam larutan klorin 0,5%.
- 8) Selimuti bayi dengan kain bersih dan kering, pastikan bahwa bagian kepala bayi tertutup (Hidayat, A. A. 2014).

f. Inisiasi Menyusu Dini

Menurut Puspitasari dan Rimandini (2014), pastikan bahwa pemberian ASI dimulai waktu 1 jam setelah bayi lahir. Jika mungkin, anjurkan ibu untuk memeluk dan mencoba untuk menyusukan bayinya segera setelah tali pusat diklem dan dipotong berdukungan dan bantu ibu untuk menyusukan bayinya.

g. Tanda bahaya pada bayi

Menurut Puspitasari dan Rimandini (2014), tanda-tanda bahaya yang harus diwaspadai pada bayi baru lahir sebagai berikut:

- 1) Pernafasan sulit atau > 60 kali per menit.
- 2) Kehangatan terlalu panas atau ($> 38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $< 36^{\circ}\text{C}$).
- 3) Warna kuning (terutama pada 24 jam pertama).
Biru atau pucat, memar.
- 4) Pemberian makan, hisapah lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.

- 5) Infeksi suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan, nanah, bau busuk, pernafasan kulit.
- 6) Tinja atau kemih tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lendir atau darah pada tinja.
- 7) Aktivitas menggigil, atau tangis tidak bisa, sangat mudah tersinggung lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, kejang, halus, tidak bisa tenang, menangis terus menerus

2.5 Nifas

2.5.1 Pengertian Nifas

Menurut Puspitasari, E. & Rimandini, K.D. (2014), masa nifas (*peurperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan. Masa nifas atau *post partum* disebut juga *peurperium* yang berasal dari bahasa latin yaitu dari kata “*peur*” yang artinya bayi dan “*parous*” berarti melahirkan. Nifas yaitu darah yang keluar dari rahim karena sebab melahirkan atau setelah melahirkan.

Masa nifas atau *puerperium* dimulai sejak 1 jam pertama setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Pelayanan persalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi serta penyediaan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan immunisasi dan nutrisi bagi ibu.

2.5.2 Tahapan Masa Nifas

2.5.2.1 Puerperium dini (immediate puerperium) : waktu 0-24 jam postpartum. Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

2.5.2.2 Puerperium Intermedial (early puerperium): kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.

2.5.2.3 Remote puerperium, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan kembali sehat sempurna, terutama jika selama hamil atau sewaktu persalinan timbul komplikasi. Waktu untuk mencapai kondisi sehat sempurna dapat berminggu-minggu, bulanan, atau tahunan
(Puspitasari, E. & Rimandini, K.D., 2014).

2.5.3 Adaptasi Psikologis Masa Nifas

2.5.3.1 Fase *Taking In*

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan.

2.5.3.2 Fase *Taking Hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Fase *taking hold*, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi.

2.5.3.3 Fase *letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya
(Puspitasari, E. & Rimandini, K.D., 2014).

2.5.4 Kebutuhan Dasar Masa Nifas

2.5.4.1 Nutrisi dan Cairan

- a. Sumber tenaga (*energy*) yang diperlukan untuk pembakaran tubuh dan pembentukan jaringan baru. Karbohidrat berasal dari padi-padian, kentang, umbi, jagung, sagu, tepung roti, mie dan lain-lain. Lemak bisa diambil dari hewani dan nabati
- b. Protein diperlukan untuk pertumbuhan dan pergantian sel-sel yang rusak atau mati. Sumber protein dapat diperoleh dari hewani (telur, daging, ikan, udang, kerang, susu, dan keju) dan protein nabati (tahu, tempe, kacang-kacangan)
- c. Gizi untuk ibu menyusui antara lain: konsumsi tambahan 500 kalori setiap hari, makanan dengan diet seimbang, minum sebanyak 3 liter air setiap hari, tablet zat besi harus diminum selama 40 hari pasca bersalin dan minum kapsul vitamin A 200.000 unit. Pemberian vitamin A dalam bentuk suplementasi dapat meningkatkan kualitas ASI, meningkatkan daya tahan tubuh dan meningkatkan kelangsungan hidup anak.
- d. Ibu menyusui minum air sedikitnya 3 liter setiap hari, anjurkan ibu untuk minum setiap kali habis menyusui (Asih, Y. & Risneni, 2016).

2.5.4.2 Ambulasi Dini

Klien sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum (Puspitasari, E. & Rimandini, K.D., 2014).

2.5.4.3 Eliminasi

- a. *Miksi*

Miksi disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam

b. Defekasi

Biasanya 2-3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ke tiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan supositoria dan minum air hangat

(Asih, Y. & Risneni, 2016).

2.5.4.4 Menjaga kebersihan diri

Menjaga kebersihan diri secara keseluruhan untuk menghindari infeksi baik pada luka jahitan maupun kulit.

2.5.4.5 Kebersihan genetalia

Anjurkan ibu untuk membersihkan alat genetaliaanya dengan Sebaiknya pakaian terbuat dari bahan yang mudah menyerap keringat karena produksi keringat pada ibu nifas akan lebih banyak. Sebaiknya menggunakan pakaian yang longgar dibagian dada, sehingga payudara tidak tertekan dan kering. Demikian juga dengan pakaian dalam, agar tidak terjadi iritasi pada daerah sekitarnya akibat lochea. Menggunakan air bersih, membersihkan daerah vulva terlebih dahulu dilanjutkan dengan sekitar anus. Keringkan dulu sebelum memakaikan pembalut, dan gantilah pembalut minimal 3 kali sehari (Asih, Y. & Risneni, 2016).

2.5.4.6 Perawatan payudara

Anjurkan ibu untuk membersihkan puting susunya sebelum menyusui bayinya, lakukan perawatan payudara rutin agar tidak terjadi pembengkakan akibat bendungan ASI (Puspitasari, E. & Rimandini, K.D., 2014).

2.5.4.7 Istirahat

Mencegah kelelahan yang berlebihan, usahakan untuk rileks dan istirahat yang cukup, terutama saat bayi sedang tidur. Meminta bantuan suami atau keluarga yang lain jika ibu merasa lelah. Putarkan dan dengarkan lagu-lagu klasik pada saat ibu dan bayi istirahat untuk menghilangkan tegang dan lelah (Asih, Y. & Risneni, 2016).

2.5.4.8 Seksual

Secara fisik, aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa ada rasa nyeri. Begitu ibu merasa aman untuk melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap (Puspitasari, E. & Rimandini, K.D., 2014).

2.5.4.9 Rencana akseptor keluarga berencana

Pemilihan kontrasepsi harus sudah dipertimbangkan pada masa nifas. Apabila hendak memakai kontrasepsi yang mengandung *hormone*, harus menggunakan obat yang tidak mengganggu produksi ASI (Asih, Y. & Risneni, 2016).

2.5.5 Tanda Bahaya Masa Nifas

Perdarahan pervaginam, infeksi masa nifas, sakit kepala, nyeri epigastrik, penglihatan kabur, pembengkakkan di wajah atau ekstremitas, demam, muntah, rasa sakit waktu BAK, payudara yang berubah menjadi merah, panas dan terasa sakit, kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama, rasa sakit, merah, lunak dan pembengkakkan di kaki (Asih, Y. & Risneni, 2016).

2.5.6 Asuhan Masa Nifas

2.5.6.1 Pengertian Asuhan Masa Nifas

Menurut Prawirohardjo (2014), asuhan masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu.

2.5.6.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologi
 - b. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
 - c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan dini, nutrisi, KB (keluarga berencana) dan menyusui
 - d. Mendapatkan kesehatan emosi
- (Puspitasari, E. & Rimandini, K.D., 2014)

2.5.6.3 Standar Asuhan Masa Nifas

- a. Standar 14 : Penanganan pada Dua Jam Pertama Setelah Persalinan
Pernyataan standar adalah bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi paling sedikit selama 2 jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan. Disamping itu, bidan memberikan penjelasan tentang hal-hal yang mempercepat pulihnya kesehatan ibu dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI.
- b. Standar 15 : Pelayanan Bagi Ibu dan Bayi pada Masa Nifas

Pernyataan standar adalah bidan memberikan pelayanan selama masa nifas di puskesmas dan rumah sakit atau melalui kunjungan ke rumah pada hari ke tiga, minggu kedua, dan minggu ke enam setelah persalinan, untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penatalaksanaan tali pusat yang benar, penemuan dini, penatalaksanaan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan bergizi, asuhan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB.

2.5.6.4 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Menurut Prawirohardjo (2014), paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah terjadi. Jadwal kunjungan masa nifas yang dianjurkan menurut Ambarwati dan Wulandari (2010) yaitu:

- a. Kunjungan ke 1 (6-8 jam setelah persalinan), tujuannya untuk:
 - 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena antonia uteri.
 - 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk bila perdarahan berlanjut.
 - 3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena antonia uteri dan pemberian ASI awal.
 - 4) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.

- 5) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.

Untuk mengetahui tinggi fundus disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 2.7 Perubahan Ukuran Uterus

Involusi Uterus	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7 hari (1 minggu)	Pertengahan pusat dan simfisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (2 minggu)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

(Saleha, S. 2014)

- b. Kunjungan ke 2 (6 hari setelah persalinan), tujuannya untuk:
- 1) Memastikan involusi uterus terus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
 - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat.
 - 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.
- c. Kunjungan ke 3 (2-3 minggu setelah persalinan), tujuannya untuk:

- 1) Memastikan involusi uterus terus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
 - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - 3) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat.
 - 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.
- d. Kunjungan ke 4 (4-6 minggu setelah persalinan)
- 1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu atau bayi alami.
 - 2) Memberikan konseling untuk keluarga berencana (KB) secara dini.

2.6 Keluarga Berencana

2.6.1 Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu strategi untuk mengurangi kematian ibu khususnya ibu dengan kondisi 4T yaitu terlalu muda melahirkan (di bawah usia 20 tahun), terlalu sering melahirkan, terlalu dekat jarak melahirkan, dan terlalu tua melahirkan (di atas usia 35 tahun). Selain itu, program KB juga bertujuan untuk meningkatkan kualitas keluarga agar dapat timbul rasa aman, tentram, dan harapan masa depan yang lebih baik dalam

mewujudkan kesejahteraan lahir dan kebahagiaan batin (Kemenkes RI, 2016).

KB juga merupakan salah satu cara yang paling efektif untuk meningkatkan ketahanan keluarga, kesehatan, dan keselamatan ibu, anak, serta perempuan. Pelayanan KB meliputi penyediaan informasi, pendidikan, dan cara-cara bagi keluarga untuk dapat merencanakan kapan akan mempunyai anak, berapa jumlah anak, berapa tahun jarak usia antara anak, serta kapan akan berhenti mempunyai anak (Kemenkes RI, 2016).

2.6.2 Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim. Kontrasepsi atau antikonsepsi (*conception control*) adalah cara, alat, atau obat-obatan untuk mencegah terjadinya konsepsi (Yuhedi, L.T. & Kurniawati, T., 2015).

2.6.3 Tujuan KB

Tujuan umum keluarga berencana adalah membentuk keluarga kecil yang sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara mengatur kelahiran anak. Dengan demikian, akan diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Dilihat lebih dalam sebenarnya keluarga berencana bertujuan untuk memerhatikan berbagai kepentingan manusia dan masyarakat (Yuhedi, L.T. & Kurniawati, T., 2015).

2.6.4 Macam-Macam Metode Kontrasepsi

Metode Kontrasepsi dapat dibagi:

2.6.4.1 AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim)

2.6.4.2 Implant

2.6.4.3 MOW (Metode Operatif Wanita)

- 2.6.4.4 MOP (Metode Operatif Pria)
- 2.6.4.5 Kondom
- 2.6.4.6 KB Suntik 1 Bulan
- 2.6.4.7 KB Suntik 3 Bulan
- 2.6.4.8 Pil KB (keluarga berencana)

2.6.5 KB Suntik 3 Bulan

KB Suntik 3 bulan adalah jenis suntikan yang mengandung *hormon Medroxyprogesteron Acetate (hormon progestin)* dengan volume 150 mg. Alat kontrasepsi ini diberikan setiap 3 bulan atau 12 minggu (6 minggu setelah melahirkan).

Menurut Handayani (2014), suntikan progestin menggunakan Depo Medroksi Progesteron Asetat (DMPA) yang mengandung 150 mg DMPA yang diberikan tiap 3 bulan dengan cara disuntik Intra Muskuler (di daerah bokong). Depo provera atau depo metroxy progesterone asetat adalah satu sintesa progestin yang mempunyai efek seperti progesterone asli dari tubuh wanita. Obat ini dicoba pada tahun 1958 untuk mengobati abortus habitualis dan endometriosis ternyata pada pengobatan abortus habitualis seringkali terjadi kemandulan setelah kehamilan berakhir. Depo provera sebagai obat kontrasepsi suntikan ternyata cukup manjur dan aman dalam pelayanan keluarga berencana. Anggapan bahwa depo provera dapat menimbulkan kanker pada leher rahim atau payudara pada wanita yang mempergunakannya, belum didapat bukti-bukti yang cukup tegas, bahkan sebaliknya.

Adapun cara kerja suntik tiga bulan yaitu :

- 2.6.5.1 Mencegah ovulasi, kadar progestin tinggi sehingga menghambat lonjakan *luteinizing hormone (LH)* secara efektif sehingga tidak terjadi ovulasi. Kadar *follicle stimulating hormone (FSH)* dan *luteinizing hormone (LH)* menurun dan tidak terjadi lonjakan *luteinizing hormone*

(LH Surge). Menghambat perkembangan folikel dan mencegah ovulasi. Progestogen menurunkan frekuensi pelepasan *follicle stimulating hormone* (FSH) dan *luteinizing hormone* (LH).

- 2.6.5.2 Lendir serviks menjadi kental dan sedikit, mengalami penebalan mukus serviks yang mengganggu penetrasi sperma. Perubahan-perubahan siklus yang normal pada lendir serviks. *Secret* dari serviks tetap dalam keadaan di bawah pengaruh progesteron hingga menyulitkan penetrasi spermatozoa.
- 2.6.5.3 Membuat endometrium menjadi kurang layak atau baik untuk implantasi dari ovum yang telah di buahi, yaitu mempengaruhi perubahan-perubahan menjelang stadium sekresi, yang diperlukan sebagai persiapan endometrium untuk memungkinkan nidasi dari ovum yang telah di buahi.
- 2.6.5.4 Menghambat transportasi gamet dan tuba, mungkin mempengaruhi kecepatan transpor ovum di dalam tuba fallopi atau memberikan perubahan terhadap kecepatan transportasi ovum (telur) melalui tuba.

Dalam pemakaian kontrasepsi suntik 3 bulan terdapat beberapa indikasi dan kontraindikasi pemakaian. Menurut Handayani (2014) indikasi kontrasepsi suntik tiga bulan yaitu usia reproduksi (20-30 tahun), telah memiliki anak, ataupun yang belum memiliki anak, ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektifitas yang tinggi, menyusui ASI pasca persalinan lebih dari 6 bulan, pasca persalian dan tidak menyusui, anemia, nyeri haid hebat, haid teratur, riwayat kehamilan ektopik dan sering lupa menggunakan pil kontrasepsi. Sedangkan kontraindikasi pemakaian adalah hamil atau dicurigai hamil (reaksi cacat pada janin > 100.000 kelahiran), ibu menginginkan haid teratur, menyusui dibawah 6 minggu pasca

persalinan, ibu yang menderita sakit kuning (liver), kelainan jantung, varises (urat kaki keluar), hipertensi (tekanan darah tinggi), kanker payudara atau organ reproduksi, menderita kencing manis *diabetes mellitus* (DM), perdarahan saluram genital yang tidak terdiagnosis, adanya penyakit kanker hati dan depresi berat