

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Asuhan Continuity of Care

2.1.1 Pengertian Asuhan Continuity of Care

Menurut Masdiputri (2019) Continuity of Care (COC) atau lebih dikenal praktik klinik kebidanan adalah melakukan asuhan berkelanjutan yang berkualitas, mendeteksi dini adanya komplikasi yang tidak diinginkan pada masa kehamilan, persalinan dan nifas serta dapat mengambil keputusan yang tepat dan cepat bersama klien dan keluarga.

2.1.2 Tujuan Asuhan Continuity of Care

Menurut Sandall dan Berg dalam Masdiputri (2019) Continuity of Care adalah asuhan kebidanan berkelanjutan yang merupakan dasar untuk model pelayanan kebidanan. Mahasiswa D III Keidanan yang sudah melakukan praktik klinik kebidanan continuity of care merupakan pemberi pelayanan kebidanan. Dalam hal ini untuk memberikan perawatan secara menyeluruh (holistik) , membangun kerjasama yang baik dan berkelanjutan bersama satu klien untuk memberika pemahaman dukungan dan kepercayaan.

Menurut Mckeller (2014) Sweet (2013) dalam Masdiputri (2019) mahasiswa kebidanan harus siap saat diperlukan oleh klien 24 jam.

2.2 Konsep Dasar Kehamilan

2.2.1 Pengertian Kehamilan

Menurut dari Mirza dalam Walyani (2015) Kehamilan adalah hasil dari “kencan” sperma dan sel telur. Dalam prosesnya, perjalanan sperma untuk menemui sel telur (ovum) betul-betul penuh perjuangan. Dari

sekitar 20-40 juta sperma yang dikeluarkan, hanya sedikit yang survive dan berhasil mencapai tempat sel telur. Dari jumlah yang sudah sedikit itu, Cuma 1 sperma saja yang bisa membuahi sel telur.

Menurut Saifuddin dalam Walyani (2015) Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender internasional, kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, dimana trimester ke-1 berlangsung dalam 12 minggu, trimester ke-2 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ke-3 13 minggu, minggu ke-28 hingga ke-40.

Ayat Al-Quran yang membahas tentang proses penciptaan manusia:

Al-Mu'minun 12-14

وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ سُلَالَةٍ مِّن طِينٍ ۖ ثُمَّ جَعَلْنَاهُ نُطْفَةً فِي قَرَارٍ مَّكِينٍ ۚ ثُمَّ خَلَقْنَا النُّطْفَةَ عَلَقَةً فَخَلَقْنَا الْعَلَقَةَ مُضْغَةً فَخَلَقْنَا الْمُضْغَةَ عِظْمًا فَكَسَوْنَا الْعِظْمَ لَحْمًا ۚ ثُمَّ أَنْشَأْنَاهُ خَلْقًا ءَاخِرَ ۖ فَتَبَارَكَ اللَّهُ أَحْسَنُ الْخَالِقِينَ

Artinya: Dan sungguh, Kami telah menciptakan manusia dari sari pati (berasal) dari tanah (12). Kemudian Kami menjadikannya air mani (yang disimpan) dalam tempat yang kokoh (rahim) (13). Kemudian, air mani itu Kami jadikan sesuatu yang melekat, lalu sesuatu yang melekat itu Kami jadikan segumpal daging, dan segumpal daging itu Kami jadikan tulang belulang, lalu tulang belulang itu Kami bungkus dengan daging. Kemudian, kami menjadikannya makhluk yang (berbentuk) lain. Maha suci Allah, Pencipta yang paling baik (14). Maknanya: dan dalam hal proses kehamilan dimaksud, Rasulullah SAW lebih memperjelas lagi dengan sabdanya: "Sesungguhnya setiap orang dari kalian dikumpulkan penciptaannya di dalam perut (rahim) ibunya selama 40 hari: air mani, kemudian air mani itu menjadi 'alaqah (darah kental) selama (40 hari)

seperti itu juga. Kemudian 'alaqah itu menjadi segumpal daging (mudhghah) selama (40 hari). Seperti itu juga. Kemudian kepadanya diutus Malaikat, lalu meniupkan roh kedalamnya serta diperintahkan untuk (menetapkan) empat ketentuan yakni: (1). Ditulis rizqinya; (2). Ditulis ajalnya; (3). Ditulis amalnya; (4). ditulis (apakah ia bakal menjadi) orang celaka, atau orang yang bahagia. (H.R.Bukhari Muslim).

2.2.2 Perubahan pada Ibu Hamil Trimester III

Menurut Dr. Suririnah dalam Walyani (2015) Perubahan kehamilan Trimester III, yaitu sebagai berikut:

2.2.2.1 Sakit punggung disebabkan karena meningkatnya beban berat yang anda bawa yaitu bayi dalam kandungan.

2.2.2.2 Pernapasan, pada kehamilan 33-36 minggu banyak ibu hamil yang susah bernapas, ini karena tekanan bayi yang berada dibawah diafragma menekan paru ibu, tapi setelah kepala bayi yang sudah turun kerongga panggul ini biasanya pada 2-3 minggu sebelum persalinan maka akan merasa lega dan bernafas lebih muda.

2.2.2.3 Sering buang air kecil, pembesaran rahim, dan penurunan bayi ke PAP membuat tekanan pada kandung kemih ibu,

2.2.2.4 Kontraksi perut, braxton-hicks kontraksi palsu berupa rasa sakit yang ringan, tidak teratur dan kadang hilang bila duduk atau istirahat.

2.2.2.5 Cairan vagina, peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal, cairan biasanya jernih, pada awal kehamilan biasanya agak kental dan pada persalinan lebih cair.

2.2.3 Perubahan Psikologis Kehamilan Trimester III

Menurut Sulistyawati (2014) perubahan psikologis yang biasanya dialami ibu yaitu:

- 2.2.3.1 Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik.
- 2.2.3.2 Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu.
- 2.2.3.3 Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- 2.2.3.4 Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- 2.2.3.5 Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
- 2.2.3.6 Merasa kehilangan perhatian.
- 2.2.3.7 Perasaan mudah terluka (sensitif).
- 2.2.3.8 Libido menurun.
- 2.2.4 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil Trimester III
 - 2.2.4.1 Kebutuhan Gizi
 - a. Pertumbuhan janin berlangsung cepat pada masa ini
 - b. Lima puluh persen (50%) penambahan berat badan terjadi pada bulan keenam dan ketujuh
 - c. Nafsu makan meningkat
 - d. Kemampuan mencerna makanan bertambah baik
 - e. Pada masa ini tambahan zat gula diperlukan untuk memelihara kesehatan yang baik
- 2.2.5 Tanda Bahaya Pada Kehamilan

Menurut Saryono dalam Walyani (2015) ada 7 tanda bahaya kehamilan trimester III, yaitu:

 - 2.2.5.1 Perdarahan Pervaginam
 - 2.2.5.2 Sakit kepala yang hebat
 - 2.2.5.3 Penglihatan Kabur
 - 2.2.5.4 Bengkak diwajah dan jari-jari tangan
 - 2.2.5.5 Keluar cairan vervaginam
 - 2.2.5.6 Gerakan janin tidak terasa

2.2.5.7 Nyeri abdomen yang hebat

2.2.6 Asuhan Kehamilan

Menurut Walyani (2015) Asuhan kehamilan adalah asuhan kebidanan yang merupakan penilaian resiko berdasarkan riwayat medis dan obstetri serta temuan-temuan fisik yang lalu. Tujuan asuhan kehamilan ANC yaitu: memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial pada ibu dan bayi, mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau implikasi yang mungkingterjadi selama hamil, mempersiapkan persalinan cukup bulan, mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan memberikan ASI eksklusif.

2.2.7 Tujuan Asuhan Kehamilan

Menurut Megasari (2015) yaitu:

- 2.2.7.1 Memfasilitasi hasil yng sehat dan positif bagi ibu maupun bayi dengan cara membina hubungan baik dan saling percaya dengan ibu
- 2.2.7.2 Mendeteksi komplikasi-komplikasi yang dapat mengancam jiwa
- 2.2.7.3 Mempersiapkan kelahiran bayi
- 2.2.7.4 Memberikan pendidikan
- 2.2.7.5 Memantau kemajuan kehamilan
- 2.2.7.6 Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu juga bayi
- 2.2.7.7 Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat secara umum, kebidanan dan pembedahan
- 2.2.7.8 Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin

- 2.2.7.9 Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif
- 2.2.7.10 Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal
- 2.2.8 Standar Pelayanan Kehamilan Ns. Wagiyo dan Putrono (2016)
 - 2.2.8.1 Timbang berat badan (T1)

Ukur berat badan dalam kilo tiap kali kunjungan. Kenaikan berat badan normal pada waktu hamil 0,5 kg per minggu mulai trimester kedua.
 - 2.2.8.2 Ukur tekanan darah (T2)

Tekanan darah yang normal 110/80 hingga 140/90 mmHg, bila melebihi dari 140/90 mmHg perlu diwaspadai adanya *preeklampsia*
 - 2.2.8.3 Ukur tinggi fundus uteri(T3)
 - 2.2.8.4 Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan(T4)
 - 2.2.8.5 Pemberian imunisasi Tetanus Toksoid /TT (T5)
 - 2.2.8.6 Pemeriksaan Hb (T6)
 - 2.2.8.7 Pemeriksaan terhadap penyakit menular seksual/VDRL (*Veneral Disease Research Lab*) (T7)
 - 2.2.8.8 Perawatan payudara, senam payudara, dan pijat tekan payudara (T8)
 - 2.2.8.9 Pemeliharaan tingkat kebugaran atau senam hamil (T9)
 - 2.2.8.10 Temu wicara/konseling dalam rangka persiapan rujukan (T10)
 - 2.2.8.11 Pemeriksaan protein urin atas indikasi (T11)
 - 2.2.8.12 Pemeriksaan reduksi urin atas indikasi (T12)
 - 2.2.8.13 Pemberian terapi kapsul yodium untuk daerah endemis gondok (T13)
 - 2.2.8.14 Pemberian terapi anti-malaria untuk daerah endemis malaria (T14)

Apabila suatu daerah tidak dapat melaksanakan 14 T sesuai kebijakan dapat dilakukan standar minimal pelayanan ANC yaitu 7 T (Prawiroharjo, 2002).

2.1.1 Standar Kunjungan Ulang

Menurut Kuswanti (2014) Pemerintah telah menetapkan program kebijakan *antenatal care* bahwa kunjungan *antenatal care* minimal 4 kali: Pada kunjungan pertama, wanita hamil akan senang bila diberitahu jadwal kunjungan berikutnya. Pada umumnya kunjungan ulang dijadwalkan tiap 4 minggu sampai umur kehamilan 28 minggu. Selanjutnya tiap 2 minggu sampai umur kehamilan 36 minggu dan seterusnya tiap minggu sampai bersalin.

2.3 Konsep Dasar Persalinan

2.3.1 Pengertian Persalinan

Persalinan normal menurut WHO (2010) adalah persalinaan yang dimulai secara spontan, berisiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinaan ,bayi lahir secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan 37-42 minggu lengkap dan setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam kondisi sehat. Persalinan adalah suatu proses yang dimulai dengan adanya kontraksi uterus yang menyebabkan terjadinya dilatasi progeresif dari serviks, kelahiran bayi, dan kelahiran plasenta, dan proses tersebut merupakan alamiah (Rohani dalam Mika Oktarina, 2016).

Persalinaan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup diluar uterus melalui vagina ke dunia luar. Persalnaian normal atau persalinan spontan adalah bila bayi lahir dengan letak belakang kepala tanpa melalui alat-alat atau pertolongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi, dan umumnya berlangsung dalam waktu kurang lebih 24 jam (Wiknjosastro dalam Mika Oktarina, 2016).

Ayat Al-Quran yang membahas tentang proses persalinan: Ar-Ra'd 8

اللَّهُ يَعْلَمُ مَا تَحْمِلُ كُلُّ أُنْثَىٰ وَمَا تَغِيضُ الْأَرْحَامُ وَمَا تَزْدَادُ وَكُلُّ شَيْءٍ عِنْدَهُ بِمِقْدَارٍ

Artinya: Allah mengetahui apa yang dikandung oleh setiap perempuan, dan kandungan rahim yang kurang sempurna dan yang bertambah. Dan segala sesuatu pada sisi-Nya ada ukurannya (QS. Ar-Ra'd:8).

2.3.2 Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Mika Oktarina (2016) yaitu:

2.3.2.1 Terjadi Lightening

Menjelang minggu ke 36 primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan:kontraksi Braxton Hicks, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum Rotundum, gaya berat janin di mana kepala ke arah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan: ringan di bagian atas , rasa sesaknya berkurang, sesak di bagian bawah, terjadinya kesulitan saat berjalan dan sering kencing (pollakiuria).

2.3.2.2 Terjadinya His Permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, sebagai his palsu, sifat his palsu , antara lain: Rasa nyeri ringan di bagian bawah , datangnya tidak teratur, tidak ada perubahan pada serviks atau pembukaan , durasinya pendek.

Tanda-tanda timbulnya persalinan (inpartu): Terjadinya his persalinan, keluarnya lendir bercampur darah per vaginam (show), kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya, dilatasi dengan effacement. Dilatasi adalah terbukanya kanal servikal secara bertahap akibat pengaruh his. Effacement adalah pendaratan atau pemendekan kanal servikal yang

semua panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas.

2.3.3 Tahapan Persalinan

Menurut Mika Oktarina (2016) tahapan persalinan dibagi menjadi 4 fase atau kala, yaitu:

2.3.3.1 Kala I

Kala I disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturien masih dapat berjalan-jalan. Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibagi menjadi 2 fase yaitu:

Fase laten berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm. Fase aktif, dibagian dalam 3 fase lagi, yaitu: (1) Fase akselerasi. dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi 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 sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap. Fase-fase tersebut dijumpai pada primigravida.

Pada multigravida pun terjadi demikian, tetapi fase laten, fase aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Mekanisme pembukaan serviks berbeda antaraprimi dan multigravida. Pada primigravida ostium uteri internum akan membuka lebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis, baru kemudian ostium uteri eksternum membuka. Pada primigravida ostium internum sudah sedikit terbuka. Ostium uteri internum sudah

sedikit terbuka. Ostium uteri internum dan ekternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi dalam saat yang sama.

Kala 1 selesai apabila pembukaan serviks telah lengkap. Pada primigravida kala 1 berlangsung kira-kira 12 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam (Sarwono, 2010).

2.3.3.2 Kala II

Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran, gejala utama dari kala II adalah:

His semakin kuat. Dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 100 detik, menjelang akhir 1 keruban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak, ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya fleksus frankenhauser, kedua kekuatan, his dan mengerjan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi: kepala membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir ubunh-ubun besar, dahi, hidung dan muka serta kepala seluruhnya, kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung, setelah putar paksi luar berlangsung, maka persaliran bayi ditolong dengan jalan: (1) Kepala dipegang pada osocciput dan bawah dagu, ditarik cunam kebawah untuk melahirkan bahu belakang. (2) Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi. (3) Bayi lahir diikuti oleh air ketuban. Ada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multipara rata-rata 0,5 jam (Manuaba, 2010).

2.3.3.3 Kala III

Setelah kala II kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi, sudah mulai pelepasan plasentanya

pada lapisan Nitabusch, karena sifat retraksi otot rahim. Lepasnya plasenta sudah dapat di perkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda: uterus menjadi budar, uterus terdorong ketas karena placenta dilepas ke segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, terjadi perdarahan. Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara erede pada fundus uteri. Biasanya placenta lepas dalam 6 samapai 15 menit setelah bayi lahir menurut Manuaba (2010).

2.3.3.4 Kala IV

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan obsevasi karena pendarahanpostpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang di lakukan adalah:pemeriksaan tanda-tanda vital, kontraksi uterus dan perdarahan (Manuaba, 2010).

2.3.4 Perubahan Fisiologis pada Ibu Bersalin

Menurut Indrayani (2016) perubahan fisiologis pada ibu bersalin yaitu sebagai berikut:

2.3.4.1 Perubahan Fisiologis Persalinan Kala I

a. Perubahan Kardiovaskuler

Pada setiap kontraksi, 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk kedalam sistem vaskuler ibu. Hal ini akan meningkat curah jantung meningkat 10%-15%.

b. Perubahan Tekanan Darah

Pada ibu bersalin, tekanan darah mengalami kenaikan/peningkatan selama terjadi kontraksi. Kenaikan sistolik berkisar antara 10-20 mmHg, rata-rata naik 15 mmHg dan kenaikan diastolik berkkisar antara 5-10 mmHg dan antara dua kontraksi, tekanan darah akan kembali normal pada level sebelum persalinan. Posisi yang dianjurkan saat mengukur tekanan darah adalah sambil duduk. Posisi tidur

telentang, selain akan memengaruhi hasil pengukuran juga akan menyebabkan penekanan pada aorta (pembuluh darah besar) yang akan menyebabkan sirkulasi darah ibu dan janin dan ibu menjadi terganggu. Penekanan pada pembuluh darah tersebut akan menyebabkan penurunan aliran darah dari tubuh bagian bawah sehingga menyebabkan aliran darah ke jantung berkurang, cardiac output berkurang, aliran darah ke petus berkurang.

c. Perubahan Metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob terus meningkat seiring dengan kecemasan dan aktivitas otot. Peningkatan metabolisme ini ditandai dengan meningkatnya suhu tubuh, denyut nadi, pernapasan, kardiak output, dan kehilangan cairan.

d. Perubahan Suhu

Selama persalinan suhu tubuh akan sedikit naik selama persalinan dan segera turun setelah persalinan. Perubahan suhu dianggap normal apabila peningkatan suhu tidak melebihi 0,5-1 °C. hal ini menunjukkan adanya peningkatan metabolisme dalam tubuh. Apabila peningkatan suhu melebihi 0,5-1 °C dan berlangsung lama maka harus dipertimbangkan kemungkinan ibu mengalami dehidrasi atau infeksi.

e. Perubahan Denyut Nadi

Terjadi perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase; penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah dari pada frekuensi di antara kontraksi; dan peningkatan selama fase

penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi.

f. Perubahan Pernapasan

Peningkatan Frekuensi pernafasan pernapasan normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi titik. Hiperventilasi yang memanjang merupakan kondisi yang abnormal dan dapat menyebabkan alkalosis respiratorik, yaitu rasa kesemutan pada ekstremitas dan perasaan pusing dan hipoksia.

g. Perubahan Ginjal

Poliuri sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini disebabkan oleh meningkatnya curah jantung selama persalinan dan meningkatnya filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal sedangkan his uterus menyebabkan kepala janin semakin turun. Kandung kemih yang penuh bisa menjadi hambatan untuk penurunan kepala janin.

h. Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2 gram/100 ml selama persalinan dan akan kembali pada tingkat seperti sebelum persalinan sehari setelah pasca salin kecuali ada perdarahan post partum.

2.3.4.2 Perubahan Fisiologis Persalinan Kala II

a. Kontraksi, dorongan otot-otot dinding

Kontraksi uterus pada persalinan mempunyai sifat tersendiri, yaitu bersifat nyeri. Sifat khas kontraksi uterus ini adalah rasa nyeri dari fundus merata ke seluruh uterus sampai berlanjut ke punggung bawah. Kontraksi uterus pada kala dua ini merupakan kontraksi normal muskulus. Kontraksi ini dikendalikan oleh saraf instrinsik, tidak disadari, tidak dapat

diatur oleh ibu sendiri baik frekuensi maupun lamanya kontraksi. Hal-hal yang harus diperhatikan dari kontraksi uterus adalah: lamanya kontraksi berlangsung 60-90 detik, kekuatan kontraksi secara klinis ditentukan dengan mencoba apakah jari kita dapat menekan dinding rahim kedalam, interval antara kedua kontraksi pada kala pengeluaran sekali dalam 2 menit.

b. Perubahan Uterus

Terjadi perubahan pada bagian uterus, yaitu: Bagian atas rahim apabila berkontraksi akan terasa keras saat berkontraksi, pemendekan segmen bawah uterus, pada keadaan kontraksi uterus inkoordinasi akan membentuk cincin retraksi patologis yang dinamakan cincin bandl, bentuk uterus menjadi oval dan bertambah panjang 5-10 cm karena adanya pergerakan tubuh janin yang semula membungkuk menjadi tegap.

c. Effacement (penipisan) dan dilatasi (pembukaan) serviks

Effacement adalah pemendekan atau pendataran dari ukuran panjang kanal serviks. Ukuran kanal serviks berkisar 2-3 cm. ketika terjadi effacement, ukuran panjang kanal serviks menjadi semakin pendek dan akhirnya sampai hilang/tidak teraba. Pada pemeriksaan dalam teraba lubang dengan pinggir yang tipis. Dilatasi adalah pelebaran ukuran ostium uteri internum (OUI) yang kemudian disusul dengan pelebaran ostium uteri eksternum (OUE). Pelebaran ini berbeda antara primigravida dan multigravida. OUI sudah sedikit membuka pada multigravida. Proses dilatasi ini dibantu oleh tekanan hidrostatik cairan amnion. Pemantauan

kemajuan persalinan pada dilatasi serviks dilakukan dengan cara melakukan pengukuran pada diameter serviks.

d. Perubahan pada Vagina dan Dasar Panggul

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban telah pecah terjadi perubahan terutama pada dasar panggul yang diregangkan oleh bagian depan janin sehingga menjadi saluran yang dinding-dindingnya tipis karena suatu regangan dan kepala sampai di vulva, lubang vagina menghadap ke depan atas dan anus menjadi terbuka, perineum menonjol dan tidak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva.

2.3.4.3 Perubahan Fisiologis Persalinan Kala III

Kala III dimulai sejak bayi lahirnya plasenta/uri. Normalnya kurang dari 30 menit dan rata-rata berkisar 15 menit, baik primipara maupun multipara. Tempat implantasi plasenta sering pada dinding lateral. Sangat jarang terdapat pada fundus uteri. Bila terletak pada segmen bawah rahim/SBR, keadaan ini disebut plasenta previa.

2.3.4.4 Perubahan Fisiologis Persalinan Kala IV

Kala IV dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam post partum. Kala IV merupakan masa yang membutuhkan perhatian yang sangat ketat selama 2 jam post partum.

2.3.5 Asuhan Persalinan Normal

Asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan asfiksia pada bayi baru lahir. Fokus utama asuhan adalah mencegah terjadinya komplikasi pada saat persalinan (Prawirohardjo, 2009).

2.3.6 Partograf

2.3.6.1 Pengertian partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala I persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (JNPK-KR, 2012). Partograf dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menentukan keputusan dan penatalaksanaan (Prawirohardjo, 2009).

2.3.6.2 Tujuan utama partograf menurut Prawirohardjo (2009) adalah:

- a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan.
 - b. Mendeteksi apakah persalinan berjalan secara normal.
- Dengan demikian, juga dapat dilaksanakan deteksi secara dini, setiap kemungkinan terjadinya partus lama.

2.3.7 Asuhan Persalinan

2.3.7.1 Pengertian Asuhan Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2014) tahapan asuhan persalinan normal terdiri dari 60 langkah yaitu:

Tabel 2.1 Asuhan Persalinan 60 Langkah

No.	KEGIATAN
1.	Mengenali gejala dan tanda kala II a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran. b. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina. c. Perineum menonjol. d. Vulva-vagina dan sfingter ani membuka
2.	Menyiapkan pertolongan persalinan Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

3.	Memakai alat perlindungan diri seperti memakai celemek plastik, 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 pakai/pribadi yang bersih.
5.	Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6.	Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (dengan menggunakan sarung tangan DTT atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah DTT atau atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik.
7.	Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi cairan DTT a. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. b. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar-benar. c. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi.
8.	Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. (Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, maka lakukan amniotomi).

9.	Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.
10.	Memeriksa DJJ setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-160 kali/menit). a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
11.	Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran Memberitahu ibu bahwa pembukaan lengkap dan keadaan janin baik. Membawa ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
12.	Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
13.	Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran: a. Bimbing, dukung dan beri semangat b. Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi c. Berikan cukup asupan cairan per oral (minum) d. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai Rujuk jika belum lahir atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran pada primigravida dan 60 menit (1 jam) pada multigravida
14.	Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi

	yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.
15.	Persiapan pertolongan kelahiran bayi Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
16.	Meletakkan kain yang bersih dilipat sepertiga bagian di bawah bokong ibu.
17.	Membuka partus set, perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18.	Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
19.	Menolong kelahiran bayi Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.
20.	Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan meneruskan segera proses kelahiran bayi. a. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi. b. Jika tali pusat melilit leher janin dengan kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara kedua klem tersebut.
21.	Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22.	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan

	kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
23.	Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, 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.
24.	Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
25.	Penanganan bayi baru lahir Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
26.	Mengeringkan tubuh bayi, mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Letakkan bayi di atas perut ibu.
27.	Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
28.	Beritahu ibu bahwa ia akan di suntik oksitosin agar uterus dapat berkontraksi dengan baik.
29.	Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (Intra Muskular) dipaha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
30.	Menjepit tali pusat dengan 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.	Melakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat, yaitu: - Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut. Lakukan pemotongan tali pusat dalam waktu 2 menit, karena pada waktu itu masih ada proses auto tranfusi. - Mengikat tali pusat dengan klem plastik/benang DTT. - Melepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang disediakan
32.	Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.
33.	Penatalaksanaan aktif kala III Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
34.	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu di tepi atas simfisis untuk mendeteksi perlekatan plasenta pada dinding uterus, sementara tangan yang lain menegangkan tali pusat.
35.	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang-atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, kemudian ulangi prosedur diatas. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik; minta ibu, suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
36.	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah

	sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati. Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir (sambil tetap melakukan tekanan dorso kranial).
37.	Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil, kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika terdapat selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput, kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
38.	Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus. Meletakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik tindakan masase.
39.	Memeriksa kedua sisi plasenta, baik bagian ibu maupun bayi, pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta kedalam tempat khusus.
40.	Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami persarahan aktif.
41.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan per vaginam.
42.	Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%. Membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air DTT dan mengeringkannya dengan kain

	yang bersih dan kering.
43.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan kandung kemih kosong.
44.	Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi.
45.	Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
46..	Memeriksa tekanan darah, nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan.
47.	Pantau keadaan bayi dan pastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit).
48.	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (selama 10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
49.	Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
50.	Bersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
51.	Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
52.	Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
53.	Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar, rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit.
54.	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
55.	Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi.

56.	Dalam 1 jam pertama, beri salep mata/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K 1 mg IM dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi, nadi dan temperatur.
57.	Setelah 1 jam pemberian vitamin K, berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan bawah lateral.
58.	Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59.	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk.
60.	Dokumentasi (Lengkapi partograf).

2.3.8 Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan Asuhan Persalinan menurut Indrayani (2016) Tujuan utama dari asuhan persalinan ini adalah mengupayakan kelangsungan hidup serta 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 secara optimal.

2.3.9 Standar Pertolongan Persalinan

Menurut Indrayani (2016) terdapat empat standar pertolongan persalinan, yaitu:

a. Standar 9: Asuhan persalinan kala I

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

Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman, dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap klien serta memperhatikan tradisi setempat.

c. Standar 11: Penatalaksanaan aktif persalinan kala III

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

Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada Kala II yang lama, dan segera melakukan episiotomi dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti panjahitan perineum.

2.4 Asuhan Bayi Baru Lahir

2.4.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Menurut Dep. Kes. RI dalam Marmi (2015) Bayi Baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram.

Ayat Al-Quran yang membahas tentang proses lahirnya bayi: An-Nahl 78

وَاللَّهُ أَخْرَجَكُمْ مِنْ بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ لَا تَعْلَمُونَ شَيْئًا وَجَعَلَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالْأَبْصَرَ وَالْأَفْئِدَةَ ۚ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ

Artinya: Dan Allah mengeluarkan kamu dari perut ibumu dalam keadaan tidak mengetahui sesuatupun, dan Dia memberi kamu pendengaran, penglihatan dan hati, agar kamu bersyukur.

2.4.2 Ciri-ciri Bayi Baru Lahir

- Berat badan 2500-4000 gram
- Panjang badan 48-52 cm
- Lingkar dada 30-38 cm
- Lingkar kepala 33-35 cm

- e. Frekuensi jantung 120-160 kali/menit
- f. Pernafasan $\pm$ 40-60 kali/menit
- g. Kulit kemerahan-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- i. Kuku agak panjang dan lemas
- j. Genetalia
Perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada
- k. Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- l. Refleks morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik
- m. Refleks graps atau menggenggam sudah baik
- n. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan menurut Marmi (2015).

2.4.3 Standar Kunjungan

Menurut Meilani dalam Dewi (2011) kunjungan neonatus meliputi:

2.4.3.1 Kunjungan pertama (KN 1) pada waktu 6 – 48 jam setelah bayi baru lahir dengan tujuan:

- a. Melanjutkan pengamatan terhadap pernafasan, warna kulit, tingkat aktifitas, suhu tubuh dan perawatan untuk setiap penyulit yang muncul.
- b. Melakukan pemeriksaan fisik yang lengkap, rujuk ke dokter bila tampak tanda bahaya dan penyulit.
- c. Memandikan bayi jika bayi sudah cukup hangat ($>36,6^{\circ}\text{C}$) dan melakukan perawatan tali pusat.
- d. Mengajarkan cara menyusui dan merawat bayi.

2.4.3.2 Kunjungan KN 2 pada waktu 3 – 7 hari setelah bayi lahir dengan tujuan:

- a. Menanyakan keseluruhan keadaan bayi, masalah-masalah yang dialami terutama dalam proses menyusui.

- b. Mengamati keadaan suasana hati ibu dan cara berinteraksi dengan bayinya.
- c. Melakukan pemeriksaan fisik.

2.4.3.3 Kunjungan KN 3 pada waktu 8 – 28 hari setelah bayi lahir dengan tujuan:

- a. Menanyakan keseluruhan keadaan kesehatan bayi.
- b. Memberitahu ibu tentang ASI eksklusif.
- c. Memberitahu ibu cara menyusui yang benar.

2.5 Asuhan Masa Nifas

2.5.1 Pengertian Masa Nifas

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih enam minggu (Saleha, 2009).

Masa nifas (puerperium) adalah masa pilih kembali dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Lama masa nifas ini 6-8 minggu (Mochtar,R, 2012).

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

Menurut HR.Abu Dawud dan Tirmidzi mengatakan:

Para wanita yang mengalami nifas di zaman Nabi shallallahu alaihi wa sallam, duduk (libur sholat) selama 40 hari. Adapun jika dalam kurang waktu 40 hari terebut darah berhenti, kemudian selang beberapa waktu keluar kembali, maka darah tersebut dihukumi sebagai darah nifas.

2.5.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan dari pemberian asuhan pada masa nifas adalah untuk :

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis

- b. Melaksanakan skrinning secara komprehensif, deteksi dini, mengoati, atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehar-hari.
- d. Memberikan pelayanan keluarga berencana.
- e. Mendapatkan kesehatan emosi.

2.5.3 Kunjungan Masa Nifas

2.5.3.1 Kunjungan 1 : 6-8 jam setelah persainan

- a. Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.
- b. Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.
- c. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.
- d. Pemberian ASI
- e. Mengajarkancara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- f. Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.
- g. Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.

2.5.3.2 Kunjungan 2 : 6 hari setelah persalinan

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal uterus berkontraksi fundus dibawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal tidak ada bau.
- b. Menilai adanya tanda-tanda demam.
- c. Memastikan mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.

- d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
- e. Memberikan konseling pada ibu tentang asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

2.5.3.3 Kunjungan 3 : 2 minggu setelah persalinan

- a. Asuhan pada 2 minggu setelah persalinan sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.

2.5.3.4 Kunjungan 4 : 6 minggu setelah persalinan

- a. Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
- b. Memberikan konseling KB secara dini.

2.5.4 Tanda-tanda Bahaya Masa Nifas

- 2.5.4.1 Perdarahan berat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika pendarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut sanifer dalam waktu setengah jam).
- 2.5.4.2 Pengeluaran cairan vagina dengan bau busuk yang keras.
- 2.5.4.3 Rasa nyeri perut bagian bawah atau punggung.
- 2.5.4.4 Sakit kepala yang terus-menerus, nyeri epigastrik atau masalah penglihatan.
- 2.5.4.5 Pembengkakan pada wajah dan tangan.
- 2.5.4.6 Demam, muntah, rasa sakit sewaktu BAK atau merasa tidak enak badan.
- 2.5.4.7 Payudara yang memerah, panas dan sakit.
- 2.5.4.8 Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan.
- 2.5.4.9 Rasa sakit, warna merah, kelembutan dan pembengkakan pada kaki.
- 2.5.4.10 Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri sendiri atau bayi.

2.5.4.11 Merasa sangat lebih atau bernafas terengah-engah menurut (Fitriani dan Rika dalam Wulandari, 2011).

2.5.5 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

2.5.5.1 Perubahan Sistem Reproduksi

a. Involusi Uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses yakni uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Involusi uteri dari luar dapat diamati yaitu dengan memeriksa fundus uteri dengan cara sebagai berikut :

- 1) Segera setelah persalinan, TFU 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari.
- 2) Pada hari kedua setelah persalinan TFU 1 cm dibawah pusat. Pada hari ke 3-4 TFU 2 cm di bawah pusat.
- 3) Pada hari ke 5-7 TFU setengah pusat simpysis. Pada hari kesepuluh TFU tidak teraba.

Bila uterus tidak mengalami atau kegagalan dalam proses involusi disebut dengan subinvolusi. Subinvolusi dapat disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa plasenta/perdarahan lanjut (post partum haemorrhage).

b. Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Jenis-jenis lochea adalah sebagai berikut:

- 1) Lochea rubra : Lochea ini muncul pada harin 1-4 masa setelah persalinan, berwarna

merah karena berisi darah segar jaringan sisa plasenta.

- 2) Lochea sanguinolenta : Cairan berwarna merah kecokelatan dan berlendir. Berlangsung hari ke 4-7.
- 3) Lochea serosa : Berwarna kuning kecokelatan, muncul hari ke 7-14.
- 4) Lochea Alba : Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, serabut jaringan yang mati berlangsung selama 2-6 minggu.

c. Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu post partum. Penurunan hormon estrogen pada masa post partum berperandalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae, rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke-4.

2.5.6 Kebutuhan Dasar Ibu pada Masa Nifas

2.5.6.1 Nutrisi dan cairan

Sebaiknya selama menyusui ibu tidak melakukan diet untuk menghilangkan kelebihan berat badan. Ada beberapa hal yang harus dilakukan oleh ibu saat menyusui, terkait dengan pemenuhan gizi bagi ibu masa nifas antara lain:

- a. Mengonsumsi tambahan kalori 500 kalori tiap harinya.
- b. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.
- c. Minum sedikitnya 1-1,5 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setelah setiap kali selesai menyusui).

Makanan yang dikonsumsi haruslah makanan yang sehat, makanan yang sehat adalah makanan dengan menu seimbang yaitu yang mengandung unsur-unsur seperti sumber tenaga, pengatur dan pelindung.

2.6 Program Keluarga Berencana (KB)

2.6.1 Pengertian

Pengertian Keluarga Berencana menurut UURI No 10 tahun 1992 pasal 1 ayat 2 tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera. Keluarga Berencana (KB) adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera (Aizid, 2018).

Ayat Al-Quran yang membahas tentang Keluarga Berencana: An-Nisa 9

وَلْيَخْشَ الَّذِينَ لَوْ تَرْكُوا مِنْ خَلْفِهِمْ ذُرِّيَّةً ضِعَافًا خَافُوا عَلَيْهِمْ فَلْيَتَّقُوا اللَّهَ وَلْيَقُولُوا قَوْلًا سَدِيدًا

Artinya: Dan hendaklah takut kepada Allah orang-orang yang seandainya meninggalkan dibelakang mereka anak-anak yang lemah, yang mereka khawatir terhadap (kesejahteraan) mereka. Oleh sebab itu hendaklah mereka bertakwa kepada Allah dan hendaklah mereka mengucapkan perkataan yang benar.

2.6.2 Tujuan KB

2.6.2.1 Mencegah jumlah agar anak tidak terlalu banyak

2.6.2.2 Merencanakan kelahiran anak menurut kehendak keluarga

2.6.2.3 Menentukan jumlah anak yang mereka cita-citakan sesuai dengan kesehatan ibu dan kemampuan keluarga

2.6.2.4 Merencanakan jarak waktu yang cukup panjang di antara kelahiran anak-anaknya (Aizid, 2018).

2.6.3 Metode Kontrasepsi

Menurut Dewi (2013) Metode Keluarga Berencana (KB), terdiri dari:

2.6.3.1 Metode Kontrasepsi Sederhana dan Alamiah

2.6.3.2 Metode Kalender

2.6.3.3 Metode Suhu Basal

2.6.3.4 Metode Lendir Serviks

2.6.3.5 Metode Symtothermal

2.6.3.6 Metode Barrier

2.6.3.7 Spermisida

2.6.3.8 Metode Kontrasepsi Hormonal

a. Pil

b. Suntik

c. Implant

2.6.3.9 Kontrasepsi non Hormonal

a. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

b. Kondom

c. Alat Kontrasepsi dalam Rahim (IUD)

d. Metode Kontrasepsi Mantap

MOW (Metode Operasi Wanita)

MOP (Metode Operasi Pria)

2.6.4 Metode Alat Kontrasepsi Suntik 3 Bulan

2.6.4.1 Pengertian

Menurut Rusdianto (2011) Kontrasepsi suntik 3 bulan merupakan kontrasepsi yang hanya memiliki kandungan hormon progesteron asetat 150 mg yang memiliki efek progestin asli dari tubuh wanita.

2.6.4.2 Profil

Menurut Rusdianto (2011) efektivitas tinggi yaitu 0,3 kehamilan per 100 perempuan pertahun asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan, dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi, kembalinya kesuburan lebih lambat rata-rata 4 bulan dan cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI.

2.6.4.3 Cara Kerja

Menurut Rusdianto (2011) secara umum kerja dari KB suntik progestin adalah sebagai berikut:

- a. Mencegah ovulasi
- b. Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- c. Menghambat transportasi gamet oleh tuba
- d. Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi

2.6.4.4 Keuntungan

Menurut Rusdianto (2011) kontrasepsi suntik progestin memiliki keuntungan seperti:

- a. Sangat efektif.
- b. Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- c. Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- d. Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.
- e. Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.
- f. Sedikit efek samping.
- g. Klien tidak perlu menyimpan pil.
- h. Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.

- i. Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
- j. Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.
- k. Menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell).

2.6.4.5 Efek Samping

Menurut Rusdianto (2011) kontrasepsi suntik progestin memiliki efek samping seperti :

- a. Gangguan haid
- b. Harus kembali untuk suntikan
- c. Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya
- d. Kenaikan BB
- e. Tidak menjamin perlindungan terhadap IMS dan HIV
- f. Terlambatnya kesuburan, setelah penghentian pemakaian (karena belum habisnya pelepasan obat suntikan)
- g. Terjadinya perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang
- h. Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan vagina, menurunkan libido.

2.6.4.6 Indikasi

Menurut Rusdianto (2011) kontrasepsi suntik progestin memiliki indikasi seperti :

- a. Usia reproduksi
- b. Nulipara dan yang telah memiliki anak
- c. Menghendaki kontrasepsi jangka panjang
- d. Menyusui
- e. Perokok
- f. Setelah abortus
- g. Telah banyak anak tetapi belum menghendaki tubektomi
- h. Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi

- i. Tidak dapat menggunakan kontrasepsi berestrogen
- j. Anemia defisiensi besi
- k. Tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah atau anemia bulan sabit
- l. Menggunakan obat untuk epilepsi atau tuberkolosis
- m. Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi

2.6.4.7 Kontraindikasi

Kontrasepsi suntik progestin memiliki kontraindikasi seperti:

- a. Hamil atau dicurigai hamil
- b. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- c. Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid terutama amenorhea
- d. Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara dan diabetes dengan komplikasi

2.6.4.8 Kunjungan Ulang

Menurut Rusdianto (2011) jadwal kunjungan ulang suntik progestin adalah klien harus kembali ketempat pelayanan kesehatan atau klinik untuk mendapatkan suntikan kembali, setiap 12 minggu.