BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Pengertian kehamilan

Menurut Mirza dalam Walyani (2015) kehamilan adalah hasil dari "kencan" sperma dan sel telur. Dalam prosesnya, perjalanan sperma 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 sedikit itu cuma 1 sperma saja yang bisa membuahi sel telur.

Masa kehamilan dimulai dengan proses konsepsi (pembuahan). Konsepsi ini sering juga disebut fertilisasi. Fertilisasi adalah penyatuan sperma laki-laki dengan ovum perempuan dituba fallopi. Proses pembuahan tidak lepas dari sistem reproduksi pria dan wanita. Reproduksi atau seksualitas adalah suatu karakter yang menjadi bagian dari manusia dan dipengaruhi oleh faktor biologis dan psikologis individu (Hutahaean, 2013).

Berdasarkan dari kedua pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa kehamilan merupakan hasil proses konsepsi dari pertemuan sel sperma dan sel telur yang bertemu di tuba falopi kemudian akan berkembang didalam rahim wanita selama kurang lebih 40 minggu masa kehamilan.

2.1.2 Periode kehamilan

Varney *et al.* (2007) mengatakan periode kehamilan dimulai sejak minggu pertama kehamilan hingga minggu ke-12 (12 minggu), trimester ke dua pada minggu ke-13 hingga minggu ke-27 (15 minggu), dan trimester ke tiga pada minggu ke-28 hingga ke-40 (13 minggu).

2.1.3 Kebutuhan dasar ibu hamil trimester III

Menurut Walyani (2015), ada dua kebutuhan mendasar pada ibu hamil yaitu kebutuhan fisik dan kebutuhan psikologis.

2.1.3.1 Kebutuhan fisik

a. Oksigen

Untuk mencegah hal-hal yang dapat menyebabkan gangguan pernapasan pada kehamilan, ibu perlu melakukan hal-hal sebagai berikut:

1) Latihan nafas melalui senam hamil
2) Tidur dengan bantal yang lebih tinggi
3) Tidak makan terlalu banyak
4) Konsul ke dokter bila ada kelainan atau gangguan pernapasan.

b. Nutrisi

1) Kalori

Selama hamil, kebutuhan kalori adalah sekitar 70.000-80.000 kilo kalori (kkal), dengan pertambahan berat badan sekitar 12,5 kg. Agar kebutuhan kalori terpenuhi, ibu harus mengkonsumsi makanan yang berkabohidrat seperti padi-padian dan olahannya, kentang, gula, kacang-kacangan, biji-bijian dan susu serta makanan berlemak seperti mentega dan olahannya, susu, telur, daging berlemak, alpukat dan minyak nabati.

2) Vitamin B6 (Piridoksin)

Vitamin B6 dibutuhkan untuk keperluan metabolisme asam amino, karbohidrat, lemak, pembentukan sel darah merah.Angka kecukupan vitamin ini pada ibu hamil adalah 2,2 miligram perhari. Vitamin ini didapat dari makanan hewani yang kaya akan vitamin B6.

3) Yodium

Yodium dibutuhkan sebagai pembentukan senyawa tiroksin. Apabila kekurangan senyawa ini akan berdampak pada pertumbuhan janin, bisa saja janin akan tumbuh kerdil. Angka ideal mengkonsumsi yodium adalah 175 mikrogram perhari.

4) Tiamin (vitamin B1), Riboflavin (B2) dan Niasin (B3)

Ibu hamil dianjurkan untuk mengkonsumsi vitamin B1 sekitar 1,2 miligram perhari, vitamin B2 sekitar 1,2 miligram perhari dan vitamin B3 sekitar 11 miligram perhari. Vitamin-vitamin ini dapat didapatkan dari olahan keju, susu, kacang-kacangan, hati dan telur.

5) Air

Setidaknya ibu mengkonsumi 8 gelas perhari ibu air minum, baik itu air putih, jus buah, makanan berkuah dan buah-buahan.

c. Personal hygiene

Kebersihan harus dijaga untuk mengurangi kemungkinan infeksi karena badan yang kotor akan banyak mengandung kuman-kuman. Sedikitnya dua kali dalam sehari ibu mandi dan gosok gigi untuk menjaga kebersihan dirinya. Selama hamil ketika merasa mual, akan menyebabkan hygiene mulut akan berkurang dan bisa menyebabkan karies pada gigi.

d. Pakaian

Pakaian yang digunakan ibu hamil harus nyaman tanpa sabuk/pita yang menekan dibagian perut/pergelangan tangan, pakaian juga tidak baik terlalu ketat dileher serts tidak dianjurkn menggunakan stoking karena akan menghambat sirkulasi darah.

e. Eliminasi

Pada saat hamil, perubahan sistem hormonal akan mempengaruhi aktivitas usus halus dan usus besar, sehingga ibu hamil sering mengalamisembelit. Sembelit dapat terjadi secara mekanis yang disebabkan oleh menurunnya gerakan ibu hamil. Untuk mengatasi sembelit, ibu hamil dianjurkan untuk memperbanyak bergerak dan mengkonsumsi makanan berserat (sayur dan buah-buahan). Pada trimester III terjadi pembesaran janin yang juga menyebabkan desakan kantong kemih sehingga frekuensi berkemih akan meningkat.. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan ini sangat tidak dianjurkan, karena akan menyebabkan ibu akan kekurangan cairan.

f. Seksual

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Aini (2013) mengungkapkan bahwa pada trimester akhir kehamilan, ibu akan mengalami penurunan libido karena rasa cemas dan khawatir menjelang persalinan. Pada kenyataannya, selama kehamilan tersebut tidak disertai faktor penyulit dengan kata lain kehamilan sedang dalam kondisi sehat maka tidak ada yang perlu dikhawatirkan serta hubungan seks dapat dijadikan penghubung emosional ibu dengan suami.

g. Mobilisasi

Menurut Asrinah (2010), sikap tubuh (*body mechanic*) sangat mempengaruhi keadaan ibu untuk beraktifitas. Hamil bukan menjadi hambatan untuk beraktifitas tetapi diharapkan ibu bisa memilih aktifitas yang bisa dan tidak bisa dilakukan oleh ibu. sikap tubuh yang baik yang aman dan nyaman akan membantu ibu terhindar dari sakit

pinggang seperti berdiri dari duduk tanpa tegang, berjongkok dan berjalan.

h. Istirahat

Ibu hamil harus mengurangi kegiatan yang menguras tenaga, tetapi tidak boleh dijadikanalasan untuk menghindari pekerjaan atau bermalas-malasan. Wanita hamil juga harus menghindari posisi duduk dan berdiri dalam waktu yang terlalu lama. Ibu hamil juga harus mempertimbangkan waktu istirahat dan tidur agar kondisi ibu tetap segar dan tidak akan menganggu perkembangan janin. Tidur malam ±8 jam dan istirahat atau tidur siang ± 2 jam (Asrinah, 2010).

2.1.3.2 Kebutuhan psikologik

a. Support keluarga

Selama kehamilan, dukungan dari orang-orang terdekat sangat berpengaruh kepada ibu karena akan memberikan rasa tenang dan nyaman dalam menjalani kehamilan (Walyani, 2015).

b. Support tenaga kesehatan

Tenaga kesehatan berperan dalam memfasilitasi ibu hamil untuk berkonsultasi jika ada masalah atau keluhan selama hamil serta mengadakan kelas antenatal untuk menambah pengetahuan ibu tentang kehamilan (Walyani, 2015).

c. Rasa aman nyaman selama kehamilan

Peran keluarga khususnya suami sebagai orang terdekat sangat diperlukan ibu untuk memberikan rasa aman dan nyaman dalam perwujudannya seperti mengantar dan menemani ibu ketika memeriksakan kehamilan, memenuhi keinginan ibu ketika mengidam, mengingatkan untuk

mengkonsumsi tablet tambah darah dan membantu kegiatan rumah tangga selama hamil (Walyani, 2015).

d. Persiapan menjadi orang tua

Dengan adanya kehamilan maka peran seorang wanita dan pria akan bertambah menjadi orang tua sehingga masa ini disebut masa peralihan atau fase transisi sehingga memerlukan kesiapan ibu dan suami sebelum memutuskan untuk memiliki anak (Walyani, 2015).

2.1.4 Perubahan anatomis dan fisiologis ibu hamil trimester III

Menurut pemaparan Hutahean (2013) ketika memasuki trimester III kehamilan ada beberapa perubahan yang terjadi pada ibu khususnya alat genetalia eksterna dan *mammae*.

2.1.4.1 Uterus

Pada usia kehamilan 38 minggu fundus teraba sejajar dengan *prosesus xipodeus.* Sudah muncul kontraksi-kontraksi pada segmen atas rahim dan segmen bawah rahim menjadi berkembang lebih cepat dan meregang, yamg jika terjadi bersamaan dengan pembukaan serviks dan pelunakan jaringan dasar serviks akan menyebabkan presentasi janin menurun dan memasuki rongga panggul. Hal ini menyebabkan berkurangnya tinggi fundus yang disebut dengan *lightening.*

2.1.4.2 Serviks uteri

Enzim prostaglandin sangat berpengaruh dalam pematangan serviks walau sebenarnya serviks akan menjadi lunak dan matang seiring bertambah umur kehamilannya. Sehingga ketika ibu melakukan *coitus* pada kehamilan trimester akhir

akan menyebabkan kontraksi-kontraksi pada rahim karena serviks semakin melunak akibat prostaglandin yang terkandung dalam sperma

.

2.1.4.3 Vagina dan vulva

Pada kehamilan trimester III terjadi peningkatan pengeluaran cairan vagina yang jika awal kehamilan cairan tersebut berwana jernih dan kental maka pada akhir kehamilan cairan tersebut akan berwarna jernih dan lebih cair.

2.1.4.4 Payudara

Pada hamil trimester III, kadang aka nada keluar rembesan cairan kuning dari payudara ibu disebut dengan kolostrum. Hal ini berarti payudara sedang menyiapkan air susu ibu (ASI) untuk meyusui bayinya nanti.

2.1.4.5 Kulit

Terjadi perubahan warna kulit menjadi lebih gelap dikarenakan hormon estrogen dan progsteron menstimulasi peningkatan hormon penstimulasi melanonsit (*melanosit stimulating hormone*-MSH). Perubahan warna kulit ini terlihat jelas pada wanita berkulit gelap dan terlihat pada area seperti areola, perineum dan umbilicus serta pada area yang sering mengalami gesekan seperti ketiak.

2.1.4.6 Sistem kardiovaskular/hemodinamik

Menurut Varney *et al.* (2007) Volume darah total ibu meningkat sekitar 30 hingga 50% pada kehamilan tunggal dan 50% pada kehamilan kembar. Peningkatan volume darah pada trimester pertama mengalami penurunan dan akan mengalami peningkatan pesat hingga pertengahan kehamilan dan akan

mengalami penurunan lagi pada trimester akhir kehamilan walaupun jumlah eritrosit tetap meningkat. Pada posisi telentang akan menyebabkan uterus yang sekarang besar dan berat menekan pada aliran balik vena dan menyebabkan curah jantung menurun.

2.1.4.7 Sistem pernapasan

Menurut Romalie (2011) ketika kehamilan memasuki trimester III pergerakan diafragma akan semakin terbatas seiring bertambahnya ukuran uterus. Wanita dengan usia kehamilan 30 minggu mulai merasakan sesak sehingga ketika menghirup oksigen akan lebih dalam dan konsumsi oksigen meningkat 20%. Hal ini diakibatkan oleh sekresi progesterone.

2.1.4.8 Sistem perkemihan

Memasuki kehamilan akhir dimana kepala janin semakin memasuki rongga panggul dan menyebabkan penekanan blast oleh uterus dan menyebabkan keluhan sering berkemih akan muncul kembali. Menurut Hani (2014), terjadi peningkatan laju filtrasi glomerulus dan *renal plasma flow* sehingga muncul gejala poliuria.

2.1.4.9 Sistem pencernaan

Hormon progesterone pada akhir kehamilan akan mengalami peningkatan sehingga akan mempengaruhi motilitas otot polos usus dan menyebabkan penurunan sekresi asam lambung. Hal ini mengakibatkan munculnya keluhan *heartburn* serta konstipasi (Rusmalinda, 2015)

2.1.5 Ketidaknyamanan ibu hamil trimester III dan cara mengatasinya

Menurut Hani (2011), ketidaknyamanan pada kehamilan trimester III diuraikan didalam tabel dibawah ini:

Tabel 2.1 ketidaknyamanan ibu hamil trimester III

No	Ketidaknyamanan	Penyebab	Cara mengatasi
1	Keputihan	a. Keadaan disekitar vagina lembab b. Peningkatan hormon estrogen dan progesterone	1) Menjaga kebersihan 2) Sering mengganti pakaian dalam ketika basah atau lembab
2	Konstipasi	a. Kurang sempurnanya penyerapan makanan dan minuman b. Waktu penyerapan lama	1) Istirahat cukup 2) Perbanyak minum air putih 3) Makan sayur dan buah
3	Sering berkemih	a. Peningkatan sensitivitas kandung kemih karena pembesaran uterus b. Menurunnya tonus kandung kemih	1) Kurangi konsumsi teh dan kopi 2) Kurangi minum air pada malam hari dan perbanyak pada siang hari 3) Segera kosongkan kandung kemih jika ada dorongan
4	Sulit tidur	a. Ketegangan otot rahim yang berlebihan b. Perasaan yang gelisah	1) Menerapkan teknik relaksasi 2) Mandi dengan air hangat 3) Konsumsi air hangat
5	*Strechmark*	a. Hiperpigmentasi dari simfisis pubis sampai ke bagian atas fundus garis tengah perut b. Regangan kulit akibat pemisahan jaringan ikat	1) Hindari menggaruk garis perut jika gatal 2) Menggunakan pakian dengan menyerap keringat dari katun
6	Sesak nafas	a. Tekanan diafragma b. Peningkatan progesterone dan saraf untuk konsumsi oksigen	1) Mengajarkan cara mengatur nafas 2) Memilih posisi semiflower 3) Senam hamil
7	*Oedema*	a. Gangguan sirkulasi darah dari pembesaran uterus b. Peningkatan penyerapan kapiler	1) Hindari berdiri terlalu lama 2) Istirahat cukup dengan kaki sedikit di tinggikan daripada kepala
8	Nyeri pada pinggang dan punggung	a. Ketidakstabilan sendi panggul	1) Hindari menggunakan sandal berhak

		b.Tarikan saraf kuat	2) Hindari mengangkat beban berat

No	Ketidaknyamanan	Penyebab	Cara mengatasi
			3) Melakukan masase pada daerah punggung 4) Senam hamil
9	Kram atau kesemutan	a. Penurunan kalsium b. Tekanan uterus pada saraf c. Keletihan d. Salah posisi	1) Mengkonsumsi kalsium tinggi 2) Mengkompres daerah kram dengan air hangat 3) Istirahat cukup 4) Memilih posisi senyaman mungkin
10	Haemoroid	a. Penyerapan makanan dan minuman yang kurang maksimal b. Penyerapan yang berlangsung lama	1) Hindari konstipasi 2) Perbanyak minum air putih, konsumsi sayur-sayuran dan buah
11	Gatal-gatal	*Hipersensitivitas allergen* plasenta	1) Kompres dengan air hangat 2) Evaluasi kemungkinan penyakit kulit

(Hani, 2011)

2.1.6 Tanda bahaya kehamilan trimester III

Menurut Walyani (2015), komplikasi pada ibu dan janin pada masa kehamilan lanjut yaitu:

2.1.6.1 Perdarahan pervaginam

2.1.6.2 Sakit kepala yang hebat

2.1.6.3 Penglihatan kabur

2.1.6.4 Bengkak di wajah dan jari-jari tangan

2.1.6.5 Keluar cairan pervaginam

2.1.6.6 Sakit kepala yang hebat

2.1.6.7 Gerakan janin yang tidak terasa

2.1.6.8 Nyeri perut yang hebat

2.2 Asuhan Kehamilan

2.2.1 Pengertian Asuhan Kehamilan

Lockhart (2014) dalam bukunya mengatakan bahwa asuhan kehamilan adalah suatu asuhan yang diberikan kepada ibu hamil yang cenderung kearah promotif, dan bentuk yang paling mudah untuk dilakukan adalah dengan melaksanakan komunikasi, infomasi dan edukasi (KIE) kepada ibu hamil yang berisi berbagai materi mengenai pemantauan kesehatan ibu hamil dan penatalaksanaan ketidaknyamanan selama hamil.

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2016)

Kesimpulan dari dua pengertian di atas adalah asuhan kehamilan merupakan asuhan yang diberikan kepada ibu hamil secara promotif untuk pemantauan selama masa kehamilan dengan memberikan informasi dan edukasi pada ibu hamil.

2.2.2 Tujuan Asuhan Kehamilan

Prawirohardjo (2016) menyebutkan 6 poin tujuan dari asuhan kehamilan yaitu:

2.2.2.1 Membangun rasa saling percaya antara klien dan petugas kesehatan

2.2.2.2 Mengupayakan terwujudnya kondisi terbaik bagi ibu dan bayi yang dikandungnya

2.2.2.3 Memperoleh informasi dasar tentang kesehatan ibu dan kehamilannya

2.2.2.4 Mengidentifikasi dan menata laksana kehamilan risiko tinggi

2.2.2.5 Memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan dalam menjaga kualitas kehamilan dan merawat bayi

2.2.2.6 Menghindarkan gangguan kesehatan selama kehamilan yang akan membahayakan keselamatan ibu hamil dan ibu yang dikandungnya.

2.2.3 Standar Asuhan Kehamilan

2.2.3.1 Standar pelayanan kehamilan menurut Keputusan Menteri Kesehatan No. 43 (2016)

a. Standar 3: identifikasi ibu hamil

   Melakukan kunjungan pada rumah-rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk penyuluhan dan mengajak untuk melakukan pemeriksaan kehamilan secara dini dan teratur.

b. Standar 4: pemeriksaan dan pemantauan antenatal

   Pemeriksaan yang dilakukan yaitu anamnesis dan pemantauan ibu serta janin, mengenali kehamilan risiko tinggi, memberikan nasihat dan penyuluhan, mencatat data yang tepat setiap kunjungan, serta pengambilan tindakan tepat untuk merujuk. Sedikitnya 4 kali pelayanan kehamilan.

c. Standar 5: palpasi abdominal

   Bidan melakukan pemeriksaan palpasi abdominal secara seksama untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila umur kehamilan bertambah memeriksa posisi, bagian terendah janin, dan masuknya kepala janin kedalam rongga panggul, untuk mencari kelainan serta melakukan rujukan tepat waktu.

d. Standar 6: pengelolaan anemia pada kehamilan

   Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang sudah berlaku.

e. Standar 7: Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan

Bidan memberikan KIE pada ibu hamil secara dini mengenai kenaikan tekanan darah pada kehamilan dan mengenal tanda serta gejala *preeklampsia* lainnya, serta mengambil tindakan yang tepat dan merujuknya.

f. Standar 8: persiapan persalinan

Memberikan saran kepada ibu hamil, suami dan keluarga untuk memastikan persiapan proses persalinan bersih dan aman, persiapan transportasi dan biaya. Bidan sebaiknya melakukan kunjungan rumah untuk hal ini.

2.2.3.2 Standar minimal asuhan

Menurut pantikawati dan Saryono (2012), pelayanan ANC menerapkan 5T kemudian meningkat menjadi 7T dan berkembang menjadi 12T, untuk daerah endemik malaria menjadi 14T yaitu:

a. Ukur tinggi badan/berat badan
b. Ukur tekanan darah
c. Ukur tinggi fundus uteri
d. Pemberian tablet zat besi (minimal 90 tablet) selama kehamilan
e. Pemberian imunisasi (TT)
f. Pemeriksaan Hb
g. Pemeriksaan Protein urine
h. Pemeriksaan darah untuk pemeriksaan VDRL
i. Pemeriksaan urin reduksi
j. Perawatan payudara
k. Senam ibu hamil
l. Pemberian obat malaria
m. Pemberian kapsul minyak beryodium
n. Temu wicara/konseling

2.2.3.3 Standar minimal kunjungan

Menurut Saifuddin (2010), jadwal dan informasi kunjungana antenatal dijabarkan didalam tabel dibawah ini.

Tabel 2.2 jadwal kunjungan dan informasi selama kunjungan

Kunjungan	Waktu	Informasi penting
Trimester I	Sebelum minggu ke 14	Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil Mendeteksi masalah dan menanganinya Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktik tradisional yang merugikan Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan dan kebersihan, istirahat dan sebagainya)
Trimester II	Sebelum minggu ke 28	Sama seperti diatas, ditambah kewaspadaan mengenai preeclampsia (menanyakan kepada ibu tentang gejala-gejala preeclampsia, pantau tekanan darah, evaluasi edema, periksa untuk protein urinaria)
Trimester III	Antara minggu ke 28-36	Sama seperti diatas, ditambah palpasi abdomen untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda
Trimester III	Setelah minggu ke 36	Sama seperti diatas, ditambah deteksi letak bayi yang tidak normal atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran dirumah sakit.

(Saifuddin, 2010)

2.2.3.4 Program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K)

Menurut Departemen Kesehatan (2009), dengan adanya program P4K diharapkan dapat meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir melalui peran aktif keluarga dan masyarakat dalam merencakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi

komplikasi tanda bahaya kebidanan dan bayi baru lahir. Jenis kegiatan P4K yaitu:

a. Mendata seluruh ibu hamil
b. Memasang stiker P4K di setiap rumah ibu hamil
c. Membuat perencanaan persalinan melalui persiapan:
   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

2.2.3.5 Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

Imunisasi TT pertama diberika pada umur kehamilan 16 minggu dan imunisasi TT kedua diberikan pada 4 minggu setalah pemberian TT pertama.

Tabel 2.3 jadwal pemberian imunisasi TT

Antigen	Interval	Lama perlindungan	% Perlindungan
TT1	Pada kunjungan ANC pertama	-	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun	80%
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95%
TT4	1 ahun setelah TT4	10 tahun	99%
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup	99%

(Kusmiyati, 2010)

2.2.3.6 Tahapan pemeriksaan pada ibu hamil

Menurut Mufdillah (2009) didalam buku Walyani (2015), teknis pemberian pelayanan antenatal dapat diuraikan sebagai berikut:

a. Kunjungan awal/pertama

1) Anamnesa
2) Identitas: nama, umur, pekerjaan, agama dan alamat
3) Keluhan utama
4) Riwayat kehamilan sekarang
5) Riwayat kehamilan kebidanan yang lalu
6) Riwayat kesehatan
7) Riwayat sosial dan ekonomi

b. Pemeriksaan umum
1) Keadaan umum dan kesadaran
2) Tekanan darah
3) Nadi
4) suhu badan
5) Tinggi badan
6) Berat badan

c. Pemeriksaan kebidanan
1) Inspeksi
a) Muka
Periksa palpebra, konjungtiva dan skelera
b) Mulut/gigi
Periksa adanya karies, tonsillitis atau faringitis
c) Leher
Periksa pembengkakan kelenjar tiroid, kelenjar limfe dan vena jugularis
d) Payudara
Periksa bentuk payudara, benjolan, pigmentasi puting susu.
e) Abdomen
Periksa pembesaran perut, pigmentasi di *linea alba*, nampakkah pergerakan anak atau kontraksi rahim, adakah striae gravidarum atau luka bekas operasi
f) Vulva

Inspeksi untuk mengathui adnya odema, varises, keputihan, perdarahan, luka, cairan yang keluar dan sebagainya.

g) Tangan dan tungkai

Inspeksi pada tibia dan jari untuk melihat adanya oedema dan varises.

2) Palpasi

a) Leopold 1

Untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada bagian fundus dan mengukur tinggi fundus uteri dari simfisis untuk menentukan usia kehamilan dengan menggunakan jari (>12 minggu) atau pita meter (>22 minggu).

b) Leopold II

Untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang dan bagian janin yang teraba di sebelah kiri dan kanan.

c) Leopold III

Untuk menentukan bagian janin yan dibawah (presentasi)

d) Leopold IV

Untuk menentukan apakah bagian janin sudah memasuki panggul atau belum

3) Auskultasi

Mendengarkan detak jantung janin (DJJ) dengan menggunakan *laenec* atau *Doppler* pada umur kehamilan setelah 18 minggu yang meliputi frekuensi, kejelasan dan keteraturan DJJ.

4) Perkusi

Melakukan pengetukan pada daerah patella untuk memastikan adanya refleks pada ibu

d. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium

Melakukan tes laboratorium yang diperlukan yakni protein urin, urin reduksi dan hemobglobin. Pada tahun 2017, Menteri Kesehatan Republik Indonesia mengeluarkan aturan tentang eliminasi penularan *human immonudeficiency virus*, sifilis dan hepatitis B ke anak dengan melakukan pemeriksaan darah pada ibu hamil paling sedikit 1 kali pada masa kehamilan.

2) Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

Karena melakukan USG bukan kompetensi bidan, maka bidan akan memberikan anjuran kepada ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan USG pda dokter spesialis kandungan.

e. Analisa

Analisa merupakan kesimpulan yang didapat dari hal anamnesa, pemeriksaan umum, pemeriksaan kebidanan, pemeriksaan dalam dan pemeriksaan penunjang. Sehingga dapat didiagnose, masalah dan kebutuhan.

f. Perencanaan

Berisi penjelasan kepada ibu mengenai hasil pemeriksaan, memberikan imunisasi TT (sesuai kebutukan), serta suplemen zat besi dan menjelaskan bagaimana cara mengkonsumsi dan efek samping dari obat. Selanjutnya memberikan nasihat kepada ibu mengenai nutrisi, olahraga ringan/*exercise*, istirahat, kebersihan diri, pemberian ASI, alat kontrasepsi pasca salin, tanda-tanda bahaya kehamilanm aktifitas seksual, kegiatan sehari-hari, pekejaanm obat-obatan, merokok, cara berpakaian dan bersepatu, persiapan kelahiran, komplikasi

kegawatdaruratan, menjadwalkan kunjungan ulang, dan sebagainya.

2.2.3.7 Kunjungan ulang

a. Anamnesa

Anamnesa mengenai riwayat kehamilan sekarang seperti gerakan janin dalam 24 jam teakhir, perasaan klien sejak kunjungan terakhirnya, masalah atau tanda-tanda bahaya yang mengkin dialami klien sejak kunjungan terakhir, keluhan-keluhan yang lazim dalam kehamilan dan kekhawatiran lainnya.

b. Pemeriksaan umum dan kebidanan

Pemeriksaan umum kebidanan meliputi berat badan, tekanan darah, pengukuran tinggi fundus uteri, palpasi abdomen untuk mendeteksi kehamilan ganda (setelah 28 minggu), maneuver leopold untuk mendeteksi kelainan letak (setelah 36 minggu) dan DJJ setelah 18 minggu.

c. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium dan USG

d. Analisa

Kesimpulan yang ditegakkan setelah menyimpulkan hasil anamnesis, pemeriksaan umum, pemeriksaan kebidanan, pemeriksaan dalam dan pemeriksaan penunjang. Sehingga dapat didiagnosa masalah dan kebutuhan.

e. Perencanaan dan penatalaksanaan

Menjelaskan dan memberikan nasihat kepada ibu mengenai keluhan ibu, ketidaknyamanan yang dialami ibu, nutrisi, pemberian ASI, KB, latihan olahraga ringan, istirahat, nutrisi dan pertumbuhan janin, persiapan kelahiran/kegawat-daruratan, tanda-tanda bahaya serta menjadwalkan kunjungan berikutnya.

2.3 Konsep Dasar Persalinan

2.3.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun kedalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong melalui jalan lahir. Persalinan 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 ibu maupun janin (Prawirohardjo, 2009).

Johan *et al.* (2017) membahas tentang persalinan merupakan proses membukanya dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau bukan jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Persalinan dimulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan pada serviks (membuka dan meninipis) kemudian berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap.

Berdasarkan dari beberapa pengertian, persalinan merupakan proses membuka menipisnya serviks untuk mengeluarkan hasil konsepsi yaitu janin dan plasenta dan selaput ketuban melalui jalan lahir atau bukan jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan dengan umur cukup bulan atau hampir cukup bulan (37-42 minggu).

2.3.2 Penyebab Persalinan

2.3.2.1 Penurunan Kadar Progesterone

Hormon estrogen dapat meninggikan kerrentanan otot rahim, sedangkan hormon progesterone dapat menimbulkan relaksasi otot-otot rahim. Selama hamil, kadar progesteron dan estrogen

seimbang di dalam darah. Namun, pada akhir kehamilan kadar progesterone menurun sehingga timbul kontraksi, hal inilah yang menandakan sebab-sebab mulainya persalinan (Fitriana dan Nurwiandani, 2018)

2.3.2.2 Teori *Oxytocin*

Pada akhir kehamilan, terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi (Johan *et al*, 2017)

2.3.2.3 Ketegangan Otot-otot

Sama dengan kandung kemih dan lambung bila dindingnya teregang karena isinya bertambah maka terjadinya kontraksi untuk mengeluarkan yang ada didalamnya. Maka sama halnya dengan dengan rahim, dengan majunya kehamilan atau bertambahnya ukuran perut semakin teregang pula otot-otot rahim dan akan menjadi semakin rentan (Fitriana dan Nurwiandani, 2018)

2.3.2.4 Pengaruh Janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal janin juga memegang peranan dalam terjadinya persalinan pada janin anancepalus kehamilan lebih lama dari biasanya (Johan *et al*, 2017)

2.3.2.5 Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua menjadi salah satu sebab permulaan persalinan, hal ini juga dikarenakan tingginya kadar prostaglandin didalam air ketuban maupun darah perifer

ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan (Johan *et al*, 2017)

2.3.2.6 Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta menjadi tua seiring bertambahnya usia kehamilan menyebabkan kadar estrogen dan progesterone. Hal ini menyebabkan kejang pada pembuluh darah sehingga akan menimbulkan komtraksi (Johan *et al*, 2017).

2.3.2.7 Teori Iritasi Mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikale , bila ganglion ini digeser atau ditekan, misalnya oleh kepala janin maka akan timbul kontrkasi (Johan *et al*, 2017)

2.3.3 Perubahan Fisiologis pada Persalinan

2.3.3.1 Perubahan fisiologis pada kala I

a. Perubahan uterus
   1) Segmen atas rahim (SAR), dibentuk oleh korpus uteri yang besifat aktif dan berkontraksi. Dinding SAR akan mebal seiring dengan majunya persalinan sehingga akan mendorong bayi keluar(Fitriana dan Nurwiandani, 2018).
   2) Segmen bawah rahim (SBR), dibentuk oleh isthmus uteri bersifat aktif relokasi dan dilatasi. Dilatasi makin tipis karena uterus regang dengan majunya persalinan (Fitriana dan Nurwiandani, 2018).
b. Kardiovaskular

   Pada setiap kontraksi, 400 ml darah dikeluarkan ari uterus dan masuk ke sistem vascular ibu. Hal itu dapat meningkatkan curah jantung 10-15% (Jannah, 2015).

c. Perubahan tekanan darah

Tekanan darah naik setiap kontraksi (sistolik 15 mmHg dan diastolik 5-10 mmHg). Disela kontraksi tekanan darah akan kembali normal seperti sebelum persalinan. Rasa sakit, takut, dan cemas juga meningkatkan tekanan darah (Jannah, 2015).

d. Perubahan metabolisme

Selama persalinan, metabolisme semakin meningkat seiring dengan kecemasan dan aktivitas otot. Peningkatan metabolisme tersebut ditandai dengan peingkatan suhu tubuh, nadi, pernapasan, curah jantung, dan kehilangan darah (Jannah, 2015).

e. Perubahan suhu

Karena peningkatan metabolisme mempengaruhi suhu tubuh, menignkat 0,5-1°C selama persalinan dan akan turun setelah persalinan (Jannah, 2015)

f. Perubahan nadi

Frekuensi nadi antara kontraksi lebih meningkat dibandingkan sesaat sebelum persalinan. Perubahan tersebut disebabkan oleh metabolisme dalam tubuh (Jannah, 2015).

g. Perubahan pernapasan

Peningkatan aktivitas fisik dan pemakaian oksigen terlihat dari penignkatan frekuensi pernapasan. Hiperventilasi dapat menyebabkan alkalosis respiratorik (pH meningkat), hipoksia dan hipokapnea (CO_2 menurun) (Jannah, 2015).

h. Perubahan ginjal

Poliuri bisa terjadi selama persalinan karena peningkatan curah jantung dan filtrasi glomerulus serta aliran plasma ginjal (Jannah, 2015).

i. Perubahan gastrointestinal

Pergerakan lambung dan absorbi pada makanan padat sangat berkurang selama persalinan. Hal itu diperbuat dengan

penurunan produksi asam lambung yang menyebabkan aktivitas pencernaan hampir berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat lamban. Cairan tidak berpengaruh dan meninggalkan perut dalam tempo yang biasa. Mual dan muntah biasa terjadi sampai akhir kala I (Jannah, 2015)

j. Perubahan hematologic

Hemoglobin menignkat dampai 1,2 g/100 ml selama persalinan dan akan kembali pad atingkat sebelum persalinan sehari setelah pascabersalin, kecuali ada perdarahan pascapartum (Jannah, 2015).

2.3.3.2 Perubahan fisiologis pada kala II

Beberapa perubahan fisiologis pada kala II menurut Fitriani dan Nurwiandani (2018) yaitu:

a. Meningkatnya tekanan darah selama proses persalinan
b. His menjadi lebih kuat dan kontraksinya selama 50-100 detik, datangnya tiap 2-3 menit.
c. Ketuban biasanya pecah pada kala ini dan ditandai dengan keluarnya cairan kekuningan yang banyak.
d. Pasien mulai mengejan.
e. Pada akhir kala II, sebagai tanda bahwa kepala bayi sudah sampai didasar panggul, perineum terlihat menonjol, vulva menganga dan rectum membuka.
f. Pada puncak his, bagian kepala sudah mulai nampak di vulva dan hilang lagi ketika his berhenti. Begitu terus sampai kepala terlihat lebih besar. Kejadian ini biasa disebut dengan “kepala membuka pintu”.
g. Pada akhirnya, lingkaran terbesar kepala terpegang vulva, sehingga tidak bisa mundur lagi. Tonjolan tulang ubun-ubun telah lahir dan *suboccipu*t sudah berada dibawah simfisis.

h. Pada his berikutnya lahirlah ubun-ubun besar, dahi dan mulut.
i. Setelah kepala lahir dilanjutkan dengan putar paksi luar sehingga kepala melintang, vulva menekan pada leher dan dada tertekan oleh jalan lahir, sehingga dari hidung anak keluar lender dan cairan.
j. Setelah anak lahir, sering keluar sisa air ketuban, yang tidak keluar waktu ketuban pecah, kadang-kadang bercampur darah.

2.3.3.3 Perubahan fisiologis pada kala III

Pada kala III persalinan, otot uterus (*myometrium* berkontraksi mengikuti penyusupan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran inin menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan mengalami peyusutan sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian akan terlepas dari dinding rahim. Setelah terlepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau kedalam vagina (Fitriana dan Nurwiandani, 2018)

2.3.3.4 Perubahan fisiologis pada kala IV

1) Kala IV dimulai seja plasenta lahir sampai dengan dua jam sesudahnya. Hal-hal yang perlu diperhatikan pad akala IV adalah kontraksi uterus sampai uteus kembali kebentuk normal sebelum hamil. Uterus dapat dirangsang untuk berkontraksi dengan baik dan kuat melalui masase. Kelengkapan plasenta juga harus diperhatikan untuk menjamin tidak ada yang tertinggal di dalam uterus dan menyebabkan perdarahan (Fitriana dan Nurwiandani, 2018).

2.3.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

2.3.4.1 *Passenger* (Isi kehamilan)

a. Janin

Bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala janin dapat mempengaruhi jalannya persalinan sehingga dapat membahayakan hidup dan kehidupan janin kelak, hidup sempurna, cacat atau akhirnya meninggal. Biasanya apabila kepala janin sudah lahir, maka bagian-bagian lain dengan mudah menyusul kemudian (Rohani dkk, 2011).

b. Plasenta

c. ketuban

2.3.4.2 *Passage* (Jalan lahir)

Menurut Fitriani dan Nurwiandani (2018), jalan lahir terbagi atas:

a. Bagian Keras Panggul

1) Tulang panggul

Tulang panggul terdiri dari :

a) Dua *os coxae* (tulang pangkal paha)

b) *Os sacrum* (tulang kelangkang)

c) *Os coccygeus* (tulang tungging)

2) Bidang hodge

a) Hodge I

Jarak antara promontorium dan pinggir atas simfisis, sejajar dengan pintu atas panggul (PAP)

b) Hodge II

Bidang yang sejajar dengan Hodge I, melewati tepi bawah *symphisis.*

c) Hodge III

Bidang yang sejajar PAP, melewati *spina ischiadika.*

d) Hodge IV

Bidang yang sejajar PAP, melewati ujung *os coccygeus.*

3) Bentuk Panggul

a) *Ginekoid:* paling ideal 45%

b) *Android*: panggul pria, 15%

c) *Anthropoid:* agak lonjong seperti 35%

d) *Platipeloid*: menyempit pada arah muka belakang 5%

b. Bagian Lunak Panggul

Bagian lunak panggul menurut Rohani dkk (2011), terdiri dari otot-otot dan *ligamentum* yang meliputi dinding panggul sebelah dalam dan menutupi panggul sebelah bawah. *Diagfragma pelvis* adalah yang menutupi panggul dan membentuk dasar panggul.

2.3.4.3 *Power*

a. His (Kontraksi)

His atau kontraksi uterus adalah gelombang kontraksi otot polos dan tentu saja hal ini terjadi pada otot polos uterus yaitu *myometrium*. Pada minggu-minggu terakhir kehamilan uterus semakin teregang oleh karena isinya semakin bertambah yang secara bertahap akan mendorong janin melalui serviks dan vagina sehingga janin keluar dari rahim ibu (Johan *et al*, 2017).

b. Kekuatan ibu mengedan

Setelah serviks terbuka lengkap, kekuatan yang sangat penting pada pengeluaranjanin adalah yang dihasilkan oleh peningkatan tekanan dari dalam uterus yang diciptakan oleh kontraksi-kontraksi abdomen. Sifat kekuatan yang dihasilkan

mirip seperti yang terjadi pada saat buang air besar, tetapi biasanya intensitasnya jauh lebih besar (Rohani dkk, 2011).

2.3.4.4 Psikis

Wanita yang sedang menghadapi persalinan biasanya akan sangat sensitif. Sehingga dukungan dari suami dan anggota keluarga sangat diutamakan untuk selalu mendampingi langkah-langkah yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu (Rohani dkk, 2011)

2.3.4.5 Penolong

Peran penolong yaitu memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu, baik dari segi emosi atau perasaan maupun fisik (Johan *et al*, 2017).

2.3.5 Tanda-tanda Persalinan

Menurut Johan *et al* (2017) tanda tana persalinan terbagi menjadi dua yaitu:

2.3.5.1 Tanda bahwa persalinan sudah dekat

a. Lightening

Disebabkan *Braxton hicks*, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, dan gaya berat janin di mana kepala ke arah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul akan menyebabkan ibu merasa ringan di bagian atas dan rasa sesaknya berkurang, bagian perut bawah terasa mengganjal, sulit berjalan dan akan sering kencing.

b. Terjadinya his permulaan (his palsu)

Makin tua kehamilan maka pengeluaran estrogen dan progesterone juga makin berkurang sehingga produksi

oksitosin meningkat, dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering. Ciri-ciri his palsu:

1) Rasa nyeri ringan di bagian bawah
2) Datangnya tiak teratur
3) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tana-tana kemajuan persalinan
4) Durasinya pendek
5) Tidak bertambah bila beraktivitas

2.3.5.2 Tanda-tanda timbulnya persalinan

a. Terjadinya his persalinan

   His persalinan adalah his yang dapat menimbulkan pembukaans erviks, kondisi berlangsung secara sinkron dan harmonis dengan durasi 45-60 detik, yang artinya semakin sering dan semakin lama munculnya his maka semakin dekat dengan persalinan yang sesungguhnya.

b. Keluarnya lender bercampur darah (*bloody show*)

   Lender yang awalnya berada di kanalis servikalis, karrena ada pembukan sehingga terlepaslah lender dan disertai darah karena robeknya pembuluh darah ketika serviks mulai membuka.

c. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya

d. Dilatasi dan *effacement*

   Dilatasi adalah pembukan serviks dan *effacement* adalah proses penipisan dan pendataran kanalis servikalis yang awalnya 1-2 cm menjadi tidak teraba sama sekali.

2.3.6 Tahapan persalinan

Tahapan persalinan menurut Johan *et al* (2017), sebagai berikut :

2.3.6.1 Kala I (kala pembukaan)

Kala pembukaan yang berlansung antara pembukaan 0 sampai dengan pembukaan lengkap (10 cm).

a. Fase laten

   Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat dengan pembukaan mencapai ukuran diameter 3 cm

b. Fase aktif

   2) Fase akselerasi

      Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm

   3) Fase dilatasi maksimal

   Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm sampai dengan 9 cm

   4) Fase deselerasi

      Pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan berubah menjadi pembukaan lengkap

2.3.6.2 Kala II (Kala Pengeluaran)

Kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung selama 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Tanda-tanda gejala 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 terjadi tekanan pada otot dasar panggul sehingga terjadi tekanan pada otot dasar panggul yang secara reflek menimbulkan rasa mengedan
c. Tekanan pada rectum dan anus terbuka
d. Vulva membuka dan perineum meregang

2.3.6.3 Kala III (Kala Uri)

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai plasenta lahir, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, jika lebih maka harus diberi penanganan lebih atau dirujuk. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda :

a. Uterus membundar
b. Tali pusat bertambah panjang
c. Terjadi perdarahan

2.3.6.4 Kala IV

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah :

a. Tingkat kesadaran
b. Pemeriksaan tanda-tanda vital, tekanan darah, nadi dan pernapasan
c. Kontraksi uterus
d. Jumlah perdarahan

2.4 Asuhan Persalinan

2.4.1 Pengertian Asuhan Persalinan

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

2.4.2 Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatanyang tinggi bagi ibu dan bayinya. Hal ini dilakukan dengan berbagai upaya terintegrasi dan lengkap, serta

intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Johan *et al*, 2017)

2.4.3 Standar Asuhan Pertolongan Persalinan

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 43 pada tahun 2016, ada empat standar pertolongan persalinan, yaitu:

2.4.3.1 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.

2.4.3.2 Standar 10: Persalinan kala II yang aman

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

2.4.3.3 Standar 11: Penatalaksanaan aktif persalinan kala III

Bidan melakukan penegangan tali pusat dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap.

2.4.3.4 Standar 12: Penanganan kala II dengan gawat janin melalui *episiotomy*

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

2.4.4 Lima Aspek Dasar Dalam Persalinan

2.4.4.1 Pengambilan keputusan klinik

Proses pengambilan keputusan klinik ada empat tahapan yaitu pengumpulan data, diagnosis, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi (Johan *et al*, 2017).

2.4.4.2 Aspek sayang ibu berarti sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan ibu. Prinsip dasar asuhan sayang ibu salah satunya adalah dengan mengikut sertakan suami serta keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi berlangsung (Prawirohardjo, 2009).

2.4.4.3 Aspek pencegahan infeksi

Untuk mencegah penyebaran penyakit antarorang dan/atau dari peralatan atau sarana kesehatan ke seseorang dapat dilakukan dengan meletakkan penghalang di antara mikrorganisme dan individu (klien atau petugas kesehatan) yaitu dengan cuci tangan, memakai sarung tangan, penggunaan cairan antiseptic dan pemrosesan alat bekas (Johan *et al*, 2017).

2.4.4.4 Aspek pencatatan (dokumentasi)

Dalam asuhan persalinan normal, sistem pencatatan yang digunakan adalah partograf, hasil pemeriksaan yang tidak dicatat pada partograf dianggap pemeriksaan tersebut tidak dilakukan (Johan *et al*, 2017).

2.4.4.5 Aspek rujukan

Hal-hal penting yang perlu diperhatikan dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi dikenal dengan singkatan BAKSOKUDA yaitu B (Bidan), A (Alat), K (Keluarga), S (Surat), O (Obat), K (Kendaran), U (Uang), DA (Donor darah).

2.4.5 Asuhan Persalinan Kala I, II, III dan IV

2.4.5.1 Asuhan Kala I

a. Penggunaan partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik Manfaat penggunaan partograf untuk penolong yaitu untuk memantau kemajuan persalinan, mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, menggunakna informasi yang tercatat untuk secara dini mengidentifikasi adanya penyulit dan membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu partograf harus digunakan (JNPK-KR, 2014).

b. Dukungan dalam persalinan

Dukungan dapat diperoleh dari bidan, keluarga, teman dan lain sebagainya. Dukungan yang diberikan berupa semangat, pemberian informasi mengenai kemajuan persalinan dan penerimaan sikap dan perilaku ibu (Johan *et al*, 2017).

c. Pengurangan rasa sakit

1) Mengurangi rasa sakit dari sumbernya
2) Memberikan rangsangan alternative yang kuat
3) Mengurangi reaksi mental yang negative, emosional dan reaksi fisik ibu terhadap rasa sakit
4) Adanya seseorang yang dapat mendukung ibu bersalin selama proses persalinan
5) Pengaturan posisi
6) Relaksasi dan pernapasan
7) Istirahat dan privasi
8) Sentuhan dan pijatan
9) Berendam
10) Relaksasi alunan music (Fitriana dan Nurwiandani, 2018).

d. Persiapaan persalinan

Persiapan persalinan biasa dikenal dengan “BAKSOKU” :

B : Bidan

A : Alat

K : Kendaraan

S : Surat Persetujuan

O : Obat

K : Keluarga

U : Uang

(Fitriana dan Nurwiandani, 2018).

e. Pemenuhan kebutuhan fisik dan psikologis ibu dan keluarga

   Pemenuhan kebutuhan fisik meliputi makan, minum kebutuhan eliminasi dan posisi saat bersalin (Fitriana dan Nurwiandani, 2018).

f. Tanda bahaya kala I

   Ketuban pecah lebih dari 24 jam, perdarahan pervagina, ibu hipertensi, ibu dengan riwayat sesar, ibu dengan anemia, ibu bersalin mengalami partus lama, partus tak maju dan riwayat bayi besar. Jika menemukan tanda-tanda seperti yang diatas makan petugas harus merujuk pasien ke tempat fasilitas kesehatan yang lebih lengkap (Fitriana dan Nurwiandani, 2018).

g. Pendokumentasian kala I

   Metode pendokumentasian seperti biasa menggunakan format SOAP untuk mencatat informasi pasien, data atau fakta yang bermakna pelaksanaan kegiatan (Fitriana dan Nurwiandani, 2018).

2.4.5.2 Asuhan Kala II

Tabel 2.4 Asuhan yang Diberikan SelamaKala II Persalinan

Tahapan tindakan	Deksripsi
Memberikan dukungan kepada ibu	Kehadiran keluarga mendampingi ibu sehingga ibu merasa nyaman.
Menjaga kebersihan diri	Menjaga kebersihan ibu agar terhindar dari infeksi,bila ada darah,lendir dan kotoran di bersihkan.
Memberi dukungan mental	Untuk menguranigi kecemasan ibu dengan cara : • Menjaga privasi ibu. • Menjelaskan tentang proses/kemajuan persalinan. • Menjelaskan tentang prosedur yang akan dilakukan dan keterlibatan ibu.
Mengatur posisi ibu	Posisi mengedan dapat dipilih seperti : • Jongkok • Menunggging • Tidur miring • Setengah duduk Posisi tegak ada kaitannya dengan berkurangnya rasa nyeri,mudah mengedan,kurangnya trauma vagina dan perineum serta infeksi.
Menjaga kandung kencing tetap kosong	Dianjurkan berkemih sesering mungkin agar tidak menghalangi turunnya kepala ke dalam dasar panggul.
Memberikan cukup minum	Memberikan tenaga dan mencegah dehidrasi.
Memimpin mengedan	Pada saat his ibu dianjurkan mengedan,sebelumnya ambil nafas terlebih dahulu.
Bernafas selama persalinan	Pada saat kontraksi ketika kepala akan lahir ibu disuruh bernafas, agar perineum meregang secara perlahan, mengontrol lahirnya kepala dan mencegah robekan.
Pemantauan denyut jantung janin	Periksa DJJ setelah kontraksi untuk memastikan tidak bradikardia (kurang 120 x/menit).
Melahirkan bayi	Menolong kelahiran kepala • Letakan satu tangan ke kepala bayi agar *defleksi* tidak terlalu cepat. • Satu tangan yang lain menahan perineum. • Mengusap muka bayi untuk membersihkan dari kotoran lendir darah. • Periksa tali pusat. • Bila lilitan tali pusat ketat, di klem pada dua tempat dan

	dipotong diantaranya dan dilindungi. Melahirkan bahu dan anggota seluruhnya: • Tempatkan kedua tangan pada sisi kepala bayi. • Lakukan tarikan lembut kebawah dan keatas untuk melahirkan bahu depan dan belakang. • Sangga dan susur. • Pegang erat bayi agar jangan sampai jatuh.
Keringkan bayi dan hangatkan	Setelah bayi lahir segera keringkan dan selimuti dengan handuk atau sejenisnya, letakkan pada perut ibu.
Merangsang bayi	Dilakukan dengan cara mengusap-usap pada bagian punggung atau menepuk telapak kaki bayi.

(Saifuddin, 2009)

2.4.5.3 Asuhan Kala III

Asuhan yang dilakukan ketika memasuki kala III menurut Fitriani dan Nurwiandani (2018) ialah melakukan manajemen aktif kala III yaitu:

a. Pemberian suntik oksitosin (paling lambat 2 menit setelah bayi lahir, sebanyak 10 IU secara *intra-muscular*pada 1/3 paha bagian atas)
b. Penegangan tali pusat terkendali

   Memajukan klem kedua 5-10 cm di depan vulva, meletakkan tangan di atas pubis mendorong rahim kebelakang atas (*dorso kranial).* Kemudian raba kontraksi, lalu tegangkan tali pusat, lakukan secara hati-hati untuk menghindari *inversionuteri*. Menegangkan plasenta sesuai sumbu jalan lahir, setelah plasenta terlihat di depan introitus vagina, tangkap plasenta dengan kedua tangan kemudian putar searah jarum jam sampai keseluruhan selaput ketuban terpilin.
c. Masase fundus uteri

Meletakkan tangan pada fundus uteri dan memutar serah jarum jam selama 15 detik sampai uterus berkontraksi. Kemudian mengajari ibu dan keluarga cara melakukan masase uteri untuk mencegah perdarahan pascasalin.

2.4.5.4 Asuhan Kala IV

Asuhan yang diberikan kepada ibu ketika kala IV menurut JNPK-KR (2014) yaitu :

a. Setelah plasenta lahir:
   1) Melakukan rangsangan taktil (masase uterus)
   2) Evaluasi tinggi uterus. Umumnya akan teraba 2 jari dibawah pusat.
   3) Memperkirakan jumlah kehilangan darah
   4) Memeriksa laserasi atau robekan yang ada pada jalan lahir
   5) Evaluasi keadaan umum ibu dan tanda-tanda vital
   6) Dokumentasikan semua asuhan maupun temuan selama persalinan di halaman 2 partograf.
b. Pemantauan keadaan umum ibu selama 2 jam pertama
c. Memberitahu tanda bahaya pada masa nifas dan jika menemukan segera mencari pertolongan tenaga medis.

2.4.6 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

Tabel 2.5 Asuhan persalinan Normal 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 oxitosin 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 tekhnik 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 didua 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 mulah 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: a. 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. b. Mengikat tali pusat dengan klem plastik/benang DTT. c. 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 pusatdengan 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 terpilin, 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 kertuban 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, berikaan 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).

(JNPK-KR, 2012)

2.5 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.5.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Menurut Rukiyah (2013), bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2.500-4000 gram, nilai apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan.

2.5.2 Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Dewi (2014), ciri-ciri bayi dikatakan normal ialah :

2.5.2.1 Lahir aterm 37-42 minggu

2.5.2.2 Berat badan 2500-4000 gram

2.5.2.3 Panjang badan 48-42 cm

2.5.2.4 Lingkar dada 30-38 cm

2.5.2.5 Lingkar kepala 33-35 cm

2.5.2.6 Lingkar lengan 11-12 cm

2.5.2.7 Denyut jantung 120-160 x/menit

2.5.2.8 Pernapasan 40-60 x/menit

2.5.2.9 Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup

2.5.2.10 Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna

2.5.2.11 Kuku Nampak panjang dan lemas

2.5.2.12 Nilai Apgrar >7

2.5.2.13 Gerak bayi aktif

2.5.2.14 Setelah lahir langsung menangis kuat

2.5.2.15 Refleks rooting sudah terbentuk dengan baik

2.5.2.16 Refelks sucking sudah terbentuk dengan baik

2.5.2.17 Refleks moro sudah terbentuk dengan baik

2.5.2.18 Refleks grasping sudah terbentuk dengan baik

2.5.2.19 Refleks *babinsky* (reflek dikatakan baik jika jempol kemudian bergerak ke atas atau menuju permukaan atas kaki sedangkan jari-jari laiannya kearah sebaliknya)

2.5.2.20 Refleks *tonick neck* (apabila ditelentangkan, kedua tangannya akan menggenggam dan kepalanya akan menengok ke kanan dalam posisi seperti pemain anggar) sudah baik.

2.5.2.21 Genetalia

a. pada laki-laki, testis sudah turun di dalam kantong skrotum dan penis yang berlubang.
b. pada perempuan, labia mayor sudah menutupi labia minor serta vagina dan uretra yang berlubang.

2.5.2.22 Eliminasi

Ditandai dengan keluarnya mekonium selama 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan.

2.5.3 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Menurut Rukiyah (2010), bayi baru lahir dinyatakan sakit apabila mempunyai salah satu atau beberapa tanda antara lain:

2.5.3.1 Sesak nafas

2.5.3.2 Frekuensi napas 60 x/menit

2.5.3.3 Gerak retraksi dinding dada

2.5.3.4 Malas menyusu

2.5.3.5 Suhu badan bayi terlalu rendah atau terlalu tinggi (< 36,5^{o}C dan > 37,5^{o}C)

2.5.3.6 Kurang aktif

2.5.3.7 Berat rendah (500-2500 gram) dengan kesulitas menyusu

2.6 Asuhan Bayi Baru Lahir

2.6.1 Pengertian Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut Sudarti (2010), asuhan pada bayi baru lahir adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram. Asuhan segera pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi selama jam pertama setelah kelahiran bayi.

2.6.2 Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut Marmi (2012), tujuan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir adalah untuk mendeteksi secara dini tanda bahaya yang bisa terjadi pada bayi baru lahir, serta mengobati atau merujuk kefasilitas kesehatan yang lebih lengkap.

2.6.3 Standar Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 43 (2016), standar pelayanan bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

2.6.3.1 Standar 13: Perawatan Bayi Baru Lahir

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.

2.6.3.2 Standar 24: Penanganan Asfiksia *Neonatorum*

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

2.6.4 Standar Kunjungan Bayi Baru Lahir

Menurut Kemenkes RI (2013) minimal 3 kali kunjungan ulang bayi baru lahir yaitu:

a. Pada usia 6-48 jam (KN 1)
b. Pada usia 3-7 hari (KN 2)
c. Pada usia 8-28 hari (KN 3)

Menurut saifuddin (2009) asuhan yang diberian setiap kunjungan ialah:

Tabel 2.6 kunjungan neonatus dan penatalaksananaannya

Kunjungan	Penatalaksanaan
KN 1 1-3 hari	a. Melanjutkan pengamatan terhadap pernafassan, warna kulit, tingkat aktifitas, suhu tubuh dan perawatan untuk setiap penyulit yang muncul. b. Melakukan pemeriksaan fisik yang lengkap, rujuk ke dokter apabila tampak tanda bahaya dan penyulit. c. Memandikan bayi jika bayi sudah cukup hangat (>36,6°C) dan melakukan perawatan tali pusat. d. Mengajarkan cara menyusui dan merawat bayi.
KN 2 4-7 hari	a. Menanyakan keseluruhan keadaaan bayi, masalah-masalah yang dialami terutama dalam proses menyusui. b. Mengamati keadaan suasana hati ibu dan cara berinteraksi dengan bayinya. c. Melakukan pemeriksaan fisik.
KN 3 8-28 hari	a. Menanyakan keseluruhan keadaan kesehatan bayi. b. Memberitahu ibu tentang ASI ekslusif. c. Memberitahu ibu cara menyusui yang benar.

(Saifuddin, 2009)

2.6.5 Asuhan pada Bayi Baru Lahir

Menurut Rukiyah (2010), asuhan pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

2.6.5.1 Pencegahan infeksi

a. Cuci tangan dengan seksama sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi.
b. Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
c. Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, pengisap lendir *DeLee*, alat resusitasi dan benang tali pusat telah di Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) atau sterilisasi.
d. Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi, sudah dalam keadaan bersih. Pastikan juga timbangan, pita pengukur, termometer, steteskop, dan benda-benda lain yang akan bersentuhan dengan bayi. Dekontaminasi dan cuci bersih semua peralatan setiap kali setelah digunakan.

2.6.5.2 Penilaian segera setelah lahir

a. Apakah bayi cukup bulan?
b. Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?
c. Apakah bayi menangis atau bernafas?
d. Apakah tonus otot baik?

Jika bayi tidak cukup bulan dan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak menangis atau tidak bernafas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan langkah resusitasi.

Tabel 2.7 Nilai APGAR

Tanda	0	1	2
Appearance Color	Pucat	Badan merah,	Seluruh tubuh

(warna kulit)		ekstremitas biru	kemerah-merahan
Pulse (heart rate) atau frekuensi jantung	Tidak ada	< 100 x/menit	>100 x/menit
Grimace (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakkan mimik	Menangis, batuk dan bersin.
Activity (tonus otot)	Lumpuh	Ekstremitas dalam fleksi sedikit	Gerakkan aktif
Respiration (usaha nafas)	Tidak ada	Lemah, tidak teratur	Menangis kuat

(Dewi, 2014)

2.6.5.3 Pencegahan kehilangan panas

a. Mekanisme kehilangan panas

Menurut Dewi (2014)Bayi baru lahir dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara-cara berikut yaitu:

1) Evaporasi

Evaporasi yaitu penguapan, bisa karena air ketuban ada permukaan tubuh bayi

2) Konduksi

Terjadi karena kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang lebih dingin

3) Konveksi

Terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin (misalnya kipas angina, udara jendela, dan pendingin ruangan)

4) Radiasi

terjadi karena bayi ditempatkan didekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh, misalnya tembok semen.

b. Mencegah kehilangan panas

1) Mengeringkan tubuh bayi seluruhnya dengan selimut atau handuk yang hangat dan bersih.
2) Membungkus bayi, terutama bagian kepala bayi dengan selimut hangat dan kering.
3) Mengganti semua handuk atau selimut yang basah.
4) Tetap bungkus bayi sewaktu menimbang bayi.
5) Buka pembungkus bayi hanya pada daerah yang diperlukan saja.
6) Atur suhu ruangan atas kebutuhan bayi untuk memperoleh lingkungan yang lebih hangat.
7) Letakkan bayi diatas perut ibu supaya mereka dapat bersentuhan kulit ke kulit sambil menyelimuti keduanya dengan selimut yang kering dan hangat.
8) Hindari memandikan bayi hingga sedikitnya 6 jam tidak terdapat masalah dan jika suhu bayi 36,5^{o}C atau lebih (Dewi, 2014)

2.6.5.4 Memotong dan merawat tali pusat

a. Klem dan potong tali pusat setelah 2 menit setelah bayi lahir. Lakukan terlebih dahulu penyuntikkan oksitosin, sebelum tali pusat dipotong.
b. Tali pusat dijepit dengan klem DTT pada sekitar 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat bayi). Kemudian jepit dengan klem kedua pada 2 cm dari tempat klem yang pertama.
c. Pegang tali pusat di antara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut.

d. Ikatan tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkar kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
e. Lepaskan klem penjepit dan rendam dilarutan klorin 0,5%.
f. Letakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu untuk IMD.

2.6.5.5 Pemberian ASI

Segera setelah bayi lahir dan tali pusat diikat, melakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dengan cara meletakkan bayi tengkurap di dada ibu dengan kulit bayi bersentuhan langsung ke kulit ibuBiarkan kontak kulit ke kulit ini berlangsung setidaknya 1 jam atau lebih, bahkan sampai bayi dapat menyusu sendiri. Bayi diberi topi dan diselimuti. Keuntungan inisiasi menyusu dini bagi ibu dan bayi:

a. Menstabilkan pernafasan.
b. Mengendalikan temperatur tubuh bayi.
c. Meningkatkan kenaikan berat badan bayi.
d. Merangsang produksi oksitosin dan prolaktin pada ibu.
e. Menurunkan resiko perdarahan post partum.
f. Meningkatkan produksi ASI.

(JNPK-KR, 2014).

2.6.5.6 Pencegahan infeksi mata

Salep mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan setelah 1 jam kontak kulit ke kulit dan bayi selesai menyusu. Pencegahan infeksi tersebut menggunakan antibiotika tetrasiklin 1%. Salep antibiotika harus tepat diberikan pada waktu satu jam setelah kelahiran. Upaya *profilaksis* infeksi

mata tidak efektif jika diberikan lebih dari satu jam setelah kelahiran (JNPK-KR, 2014).

2.6.5.7 Pemberian vitamin K1

Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K1 injeksi 1 mg intramuskular setelah 1 jam kontak kulit dan bayi selesai menyusu untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K1 yang dapat dialami oleh sebagian BBL (JNPK-KR, 2014).

2.6.5.8 Pemberian imunisasi

Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi Hepatitis B pertama diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K1, pada saat bayi baru berumur 2 jam. Selanjutnya Hepatitis B dan DPT diberikan saat bayi berumur 2 bulan, 3 bulan, dan 4 bulan. Dianjurkan BCG dan OPV diberikan pada saat bayi berumur 24 jam atau pada usia 1 bulan. Selanjutnya OPV diberikan sebanyak 3 kali pada umur 2 bulan, 3 bulan, dan 4 bulan (JNPK-KR, 2014).

2.7 Konsep Dasar Masa Nifas

2.7.1 Pengertian masa nifas

Menurut Sutanto (2018) masa nifas (puerperium) adalah masa setelah melahirkan bayi dan biasa disebut dengan masa pemulihan dimana pulihnya alat reproduksi seperti keadaan sebelum hamil.

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil (Prawirohardjo, 2014).

Berdasarkan kedua pengertian di atas, dapat dsimpulkan masa nifas adalah masa setelah proses persalinan dimulai sejak bayi lahir dan berakhir ketika organ reproduksi sudah pulih dan sudah kembali keukuran sebelum hamil.

2.7.2 Tahapan Masa Nifas

Didalam buku Asuhan Kebidanan Nifas Dan Menyusui (2018), Sutanto membagi tahapan masa nifas menjadi 3 yaitu:

2.7.2.1 Puerperium dini, yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan

2.7.2.2 Puerperium intermedial, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu

2.7.2.3 Remote puerperium, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih kembali dan sehat sempurna baik selama hamil atau sempurna berminggu-minggu, berbulan-bulan atau tahunan.

2.7.3 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut Eka dan Kurnia (2014), ada beberapa perubahan yang dialami ibu selama masa nifas yaitu:

2.7.3.1 Perubahan uterus/involusi

Perubahan uterus atau proses involusi dijabarkan didalam tabel dibawah ini.

Tabel 2.8 perubahan involusi uterus

No	Involusi	TFU	Berat Uterus
1	Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
2	Uri lepas	2 jari dibawah pusat	750 gram
3	1 minggu	Pertengahan simfisis-pusat	500 gram
4	2 minggu	Tak teraba di atas simfisis	350 gram
5	6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
No	Involusi	TFU	Berat Uterus
6	8 minggu	Sebesar normal	30 gram

(Eka & Kurnia, 2014)

2.7.3.2 Perubahan lochea

Tabel 2.9 Perubahan lochea

No	Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
1	Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks, caseosa, mekoneum dan sisa darah
2	Sanguenolenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa lendir darah bercampur lendir
3	Serosa	7-14 hari	Kekuningan kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan lasersi plasenta
4	Alba	>14	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan selaput ketuban
5	Purulenta			Terjadi infeksi, cairan seperti nanah berbau busuk
6	*Locheastatis*			*Lochea* yang tidak lancar keluarnya

(Sutanto, 2018)

2.7.3.3 Vulva dan vagina

Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan dengan keadaan sebelum persalinan pertama, meskipun demikian latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus otot tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu (Sutanto, 2018).

2.7.3.4 Payudara

Setiap ibu yang melahirkan maka akan tersedia makanan bagi bayinya yaitu air susu ibu (ASI) dan bagi si bayi akan merasa puas dalam pelukan ibunya, merasa amana, tenteram, hangat akan kasih sayang ibunya. Maka payudara akan semakin membesar dan akan terasa nyeri jika tidak di hisap oleh bayi (Sutanto, 2018).

2.7.3.5 Sistem pencernaan dan perkemihan

a. Ibu bersalin merasakan sulit, nyeri dan panas saat buang air kecil kurang lebih selama 1-2 hari. Penyebabnya trauma

kandung kemih dan nyeri serta pengembengkakan (*edema*) pda perineum (Sutanto, 2018).

b. Kesulitan BAB disebabkan trauma usus bawah akibat persalinan sehingga untuk sementara usus tidak berfungsi dengan baik (Sutanto, 2018)

2.7.3.6 Tanda Bahaya Masa Nifas

Tanda-tanda bahaya pada masa nifas menurut Astuti dkk (2015) adalah:

a. Perdarahan postpartum primer
b. Perdarahan postpartum sekunder
c. Infeksi mas nifas
d. Sakit kepala, nyeri epigastrik dan penglihatan kabur
e. Deman, muntah dan rasa sakit waktu berkemih
f. Payudara yang berubah jadi merah, panas atau terasa sakit
g. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama
h. Rasa sakit merah lunak dan atau pembengkakan di kaki.

2.8 Asuhan Masa Nifas

2.8.1 Pengertian Asuhan Masa Nifas

Menurut Saleha (2009), asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil.

2.8.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Adapaun tujuan masa nifas menurut Nurjanah *et al* (2013) adalah sebagai berikut:

2.8.3.1 Menjaga kesehatan ibu dan bayi, baik fisik maupun psikis

2.8.3.2 Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk apabila terjadi komplikasi, baik ibu maupun bayi.

2.8.3.3 Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayi sehat

2.8.3.4 Memberikan pelayanan KB

2.8.3.5 Untuk mendapatkan kesehatan emosi

2.8.3.6 Memperlancar pembentukan air susu ibu (ASI)

2.8.3.7 Mengajarkan ibu untuk melaksanaka perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan memelihara bayi dengan baik, sehingga bayi apat mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang normal

2.8.3 Standar asuhan masa nifas

Menurut Permenkes RI No. 43 (2016), terdapat dua standar dalam pelayanan nifas, yaitu:

2.8.3.1 Standar 14: penanganan pada dua jam pertama setelah persalinan

Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam dua 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 air susu ibu (ASI).

2.8.3.2 Standar 15: pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas

Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua, dan minggu keenam setelah persalinan, untuk membantu proses pemulihan

ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar, penemuan dini penanganan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan diri, makanan bergizi, perawatan payudara, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB.

2.8.4 Standar Kunjungan Masa Nifas

Berdasarkan kebijakan nasional paling sedikit ada 3 kali kunjungan masa nifas yang dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir untuk mencegah mendeteksi serta menangani masalah-masalah yang terjadi.

2.8.4.1 KF 1 (6-48 jam)

2.8.4.2 KF 2 (4 hari-28 hari)

2.8.4.3 KF 3 (29-42 hari) (Sutanto, 2018).

Tabel 2.10 jadwal kunjungan masa nifas dan penatalaksanaannya

Kunjungan	Penatalaksanaan
KF 1 6-8 jam	a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, merujuk bila perdarahan berlanjut c. Memberikan konseling pada ibu atau slah satu anggota kluarga bagaimana mencegah perarahan mas anifas karena atonia uteri d. Pemberian ASI awal e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
KF 2 6 hari setelah persalinan Dan KF 3 2 minggu setelah persalinan	a. Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah *umbilicus*, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. b. Menilai adanya tanda-tanda deman infeksi atau perdarahan abnormal. c. Mematikan ibu mendapat cukup makanan dan minuman serta istirahat d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan memperhatikan tanda-tanda penyakit e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari

KF 4 6 minggu setelah persalinan	a. Menanyakan ibu tentang penyakit-penyakit yang dialami b. Memberikan konseling untuk KB secara dini

(Sutanto, 2018)

2.9 Konsep Dasar Keluarga Berencana

2.9.1Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah anak dan jarak anak yang diinginkan. Usaha yang dimaksud adalah termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mecapai dan membuahi sel telur atau mencegah sel telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi dan berkembang didalam rahim (Endang dan Walyani, 2015).

2.9.2 Tujuan Program KB Menurut Arum dan Sujiyanti (2009), tujuan utama program KB adalah untuk memeuhi perintah masyarakat akan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas, menurunkan tingkat kematian ibu-bayi dan anak-anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi dalam rangka membangun keluarga kecil berkualitas.

2.9.3 Standar Pemeriksaan Calon Akseptor KB

2.9.3.1 Standar 1: Persiapan untuk kehidupan keluarga sehat

Bidan memberikan penyuluhan dan nasehat kepada perorangan, keluarga, dan masyarakat terhadap segala hal yang berkaitan dengan kehamilan, termasuk penyuluhan kesehatan umum (gizi, KB, kesiapan dalam menghadapi kehamilan dan menjasi calon orang tua, persalinan dan nifas).

2.9.3.2 Standar 22: Pencatatan dan Pelaporan

Bidan melakukan pencatatan dan pelaporan suatu kegiatan yang dilakukannya, yaitu registrasi semua ibu hamil diwilayah kerja, rincian pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir serta KB.

2.9.4 Konseling Jenis Kontrasepsi Yang Sesuai Dengan Kondisi Ibu

Konseling adalah pemberian bantuan yang dilakukan seseorang kepada orang lain dalam membuat suatu keputusan atau memecahkan masalah melalui pemahaman tentang fakta-fakta dan perasaan yang terlibat di dalamnya (Purwoastuti dan Walyani, 2015)

Tujuan melakukan konseling KB adalah untuk meningkatkan penerimaan KB oleh klien, menjamin pilihan yang cocok, menjamin penggunaan yang efektif dan menjamin kelangsungan yang lebih lama (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

Menurut Affandi *et al* (2011) klien pasca persalinan dianjurkan untuk:

2.9.4.1 Memberi ASI ekslusif kepada bayi sejak lahir sampai berusia 6 bulan.

2.9.4.2 Tidak menghentikan ASI untuk mulai suatu metode kontrasepsi

2.9.4.3 Metode kontrasepsi pada klien menyusui dipilih agar tidak mempengaruhi ASI ataupun kesehatan bayi

Tabel 2.11 Rekomendasi Kontrasepsi Pasca bersalin

Metode kontrasepsi	Waktu persalinan	Ciri-ciri khusus	Catatan
Metode amenore laktasi	a. Mulai segera pasca persalinan b. Efektivitas tinggi sampai 6 bulan pasca persalinan dan belum haid	1) Manfaat kesehatan bagi ibu dan bayi 2) Memberikan waktu untuk memilih metode kontrasepsi lain	a) Harus benar-benar ASI ekslusif b) Efektivitas berkurang jika mulai suplementasi

Kontrasepsi kombinasi	a. Jika menyusui, jangan dipakai sebelum 6 - 8 minggu pasca persalinan. Sebaiknya tidak digunakan dalam waktu 6 minggu hingga 6 bulan pasca persalinan b. Jika pakai MAL tunda sampai 6 bulan c. Jika tidak menyusui, d. dapat dimulai 3 minggu pasca persalinan	1) Selama 6 – 8 minggu pascasalin, 2) Kontrasepsi kombinasi akan mengurangi ASI 3) Sebelum 3 minggu pasca persalinan kontrasepsi kombinasi meningkatkan risiko masalah pembekuan darah 4) Jika klien tidak dapat haid dan sudah berhubungan seksual, mulailah kontrasepsi kombinasi setelah yakin tidak ada kehamilan	a) kontrasepsi pilihan terakhir pada klien Menyusui b) dapat diberikan pada klien dengan riwayat preeclampsia atau hipertensi kehamilan c) sesudah 3 minggu pasca persalinan tidak risiko pembekuan darah
Kontrasepsi progestin	a. Sebelum 6 minggu pasca persalinan	Tidak berpengaruh pada ASI	Perdarahan ireguler bisa terjadi
Metode kontrasepsi	Waktu persalinan	Ciri-ciri khusus	Catatan
	klien menyusui dapat menggunakan kontrasepsi progestin, bila kontasepsi lain tidak tersedia atau ditolak b. Jika menggunakanMAL, kontrasepsi progestin dapat ditunda sampai 6 bulan c. Jika tidak menyusui, dapat segera dimulai d. Jika tidak menyusui lebih dari 6 minggu pascapersalinan, atau sudah dapat haid, kontrasepsi progestin dapat dimulai setelah yakin tidak ada kehamilan		
AKDR	a. Dapat segera	1) Tidak berpengaruh	a. Insersi pasca

	dipasang langsung pasca plasenta, sewaktu seksio caesarea, atau pasca persalinan, sebelum klien pulang kerumah b. Jika tidak, insersi ditunda sampai 4 – 6 minggu pasca persalinan c. Jika laktasi atau haid sudah dapat, insersi dilakukan sesudah yakin tidak ada kehamilan	pada ASI 2) Efek samping lebih sedikit pada klien yang menyusui	persalinan memerlukan petugas terlatih khusus b. Konseling perlu dilakukan sewaktu asuhan antenatal c. Angka pencabutan AKDR tahun pertama lebih tinggi pada klien menyusui d. Ekspulsi spontan lebih tinggi (6-10%) pada pemasangan pasca plasenta e. Sesudah 4 - 6 minggu pasca persalinan teknik sama dengan pemasangan waktu interval
Kondom/ spermisida	Dapat digunakan setiap saat pascapersalinan	1) Tak ada pengaruh terhadap lakatasi 2) Sebagai cara sementara	Sebaiknya pakai kondom yang diberi pelicin
Metode kontrasepsi	Waktu persalinan	Ciri-ciri khusus	Catatan
		menentukan metode lain	
Diafragma	Sebaiknya tunggu sampai 6 minggu pascapersalinan	Tidak ada pengaruh terhadap laktasi	a) Perlu pemeriksaan dalam oleh petugas b) Penggunaan spermisida membantu masalah keringnya vagina
KB alamiah	Tidak dianjurkan sampai siklus haid kembali teratur	Tidak ada pengaruh terhadap laktasi	a) Lender serviks tidak keluar seperti haid regular lagi b) Suhu basal tubuh kurang akurat jika klien c) sering terbangun malam untuk menyusui
Koitus interuptus atau abstinensia	Dapat digunakan setiap waktu	1) Tidak ada pengaruh terhadap laktasi atau tumbuh kembang bayi 2) Abstinensi 100% efektif	a) Beberapa pasangan tidak sanggup untuk abstinensi b) Perlu konseling
Kontrasepsi mantap:	a. Dapat dilakukan dalam 48 jam pasca	1) Tidak ada pengaruh terhadap laktasi atau	a) Perlu anastesi local Konseling harus

tubektomi	persalinan b. Jika tidak tunggu sampai 6 minggu pasca persalinan	tumbuh kembang bayi 2) Minilaparotomi pasca persalinan paling mudah dilakukan 48 jam pasca persalinan	sudah dilakukan sebelum Persalinan yaitu sewaktu antenatal
Vasektomi	Dapat dilakukan setiap saat	Tidak segera efektif karena paling sedikit 20 ejakulasi (± 3 bulan) sampai benar steril	Merupakan salah satu cara KB untul pria

(Affandi *et al*, 2011)