

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Asuhan Kehamilan Fisiologis

2.1.1 Pengertian Asuhan Kehamilan Fisiologis

Menurut Prawirohardjo (2009), Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan.

Menurut Manuaba (2010), Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.

Menurut Hani, U (2014), Kehamilan merupakan proses alamiah untuk menjaga kelangsungan peradaban manusia. Kehamilan baru bisa terjadi jika seorang wanita sudah mengalami pubertas yang ditandai dengan terjadinya menstruasi.

2.1.2 Tujuan Asuhan Kehamilan Fisiologis

Menurut *Handbook for Health Student* (2014), tujuan pemberian asuhan *antenatal care* (ANC), antara lain sebagai berikut:

- 2.1.2.1 Memantau kemajuan kehamilan dan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin.
- 2.1.2.2 Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu.

- 2.1.2.3 Mengenal secara dini adanya ketidaknormalan, komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan.
- 2.1.2.4 Mempersiapkan kehamilan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu dan bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- 2.1.2.5 Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan dengan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- 2.1.2.6 Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara optimal kunjungan antenatal.

2.1.3 Kunjungan Antenatal

Menurut Kusmiyati (2010), kebijakan program pelayanan asuhan antenatal harus sesuai standar yaitu “14 T” meliputi:

2.1.3.1 Tinggi badan dan timbang berat badan

Bandingkan berat badan sebelum hamil, catat jumlah kg berat badan beberapa minggu sejak kunjungan terakhir, catat pola perkembangan berat badan. Pada pemeriksaan kehamilan pertama, perhatikan apakah berat badan ibu sesuai dengan tinggi badan ibu dan usia kehamilan. Berat badan ibu hamil bertambah 0,5 kg perminggu atau 6,5 kg sampai 16,5 kg selama kehamilan. Bila peningkatan berat badan kurang dari 0,5 kg perminggu, perhatikan apakah ada malnutrisi. Awasi adanya pertumbuhan janin terhambat, insufisiensi plasenta, kemungkinan kelahiran prematur. Bila peningkatan berat badan lebih dari 0,5 kg perminggu, perhatikan adanya diabetes melitus, kehamilan ganda, hidramion dan makrosomia.

2.1.3.2 Tekanan darah

Mengukur tekanan darah dilakukan pada saat pertama kali mencatat riwayat klien, sebagai data dasar. Pada saat setiap pemeriksaan antenatal. Selama persalinan, pada kondisi klinis yang telah ditetapkan misalkan syok (Kamariyah, 2014).

2.1.3.3 Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Ukur tinggi fundus uteri dilakukan secara rutin untuk mendeteksi secara dini terhadap berat badan janin didalam perut (Maryunani, A. 2010).

2.1.3.4 Pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan

Dimulai dengan memberikan 1 tablet sehari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang. Setiap ibu hamil minimal mendapat 90 tablet selama kehamilannya. Setiap tablet besi mengandung FeSO₄ 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 0,5 mg.(Kamariyah, 2014).

2.1.3.5 Tetanus Toxoid (TT)

Menurut Kusmiyati (2010) bahwa imunisasi TT pertama diberikan pada usia kehamilan 16 minggu dan imunisasi TT kedua diberikan 4 minggu setelah TT pertama.

Tabel 2.1 Jadwal Pemberian Imunisasi TT

Antigen	Interval (selang waktu minimal)	Lama perlindungan	% perlindungan
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun	80%
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95%
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	95%
TT 5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/ seumur hidup	99%

Sumber: (Kusmiyati, 2010)

2.1.3.6 Tes atau pemeriksaan hemoglobin (HB)

Menurut teori Maryunani, A (2010), kadar hb normal 11 gr%. Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil pertama kali, lalu periksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi anemia pada ibu hamil.

2.1.3.7 Pemeriksaan *Veneral Diseases Research Laboratory* (VDRL)

Tes laboratorium untuk mendeteksi penyakit menular seksual dan HIV atau AIDS, sifilis (Kusmiati, 2010).

2.1.3.8 Perawatan payudara (tekan pijat payudara)

Senam payudara atau perawatan payudara untuk ibu hamil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 Minggu. Manfaatnya untuk menguatkan dan melenturkan puting susu agar memudahkan bayi menyusui, mempersiapkan psikis atau mental ibu untuk menyusui, dan merangsang kelenjar air susu sehingga produksi ASI lancar dan banyak (Maryunani, A. 2010).

2.1.3.9 Pemeliharaan tingkat kebugaran (senam hamil)

Senam hamil bermanfaat untuk membantu ibu hamil dalam mempersiapkan persalinan. Tujuan senam hamil adalah memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, ligamentum, otot dasar panggul, memperoleh relaksasi tubuh dengan latihan-latihan kontraksi dan relaksasi (Kamariyah, 2014).

2.1.3.10 Temu wicara atau konseling

Mencakup tentang komunikasi, informasi dan edukasi yang dilakukan oleh bidan kepada ibu hamil yang bertujuan untuk memberikan pelayanan pemeriksaan kehamilan berkualitas untuk mendeteksi secara dini tanda dan bahaya dalam kehamilan (Kusmiyati, 2010).

2.1.3.11 Tes atau pemeriksaan Protein Urine

Pemeriksaan ini berguna untuk mengetahui adanya protein dalam urin ibu hamil. Adapun pemeriksaannya dengan asam asetat 2-3% ditujukan pada ibu hamil dengan riwayat tekanan darah tinggi, kaki oedema. Pemeriksaan protein urin ini untuk mendeteksi ibu hamil kearah preeklampsia. (Maryunani, A. 2010).

2.1.3.12 Tes atau pemeriksaan Urine Reduksi

Ibu hamil dengan riwayat *diabetes melitus* (DM), bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya *Diabetes Melitus Gestasioal*. *Diabetes Melitus Gestasioal* pada ibu dapat mengakibatkan adanya

penyakit berupa preeklampsia, polihidramnion, bayi besar (Kamariyah, 2014).

2.1.3.13 Terapi iodium kapsul (khusus daerah endemik gondok) (Kusmiati, 2010).

2.1.3.14 Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis malaria

Ibu hamil diberikan obat malaria berguna untuk mencegah gejala malaria yakni panas tinggi disertai mengigil dan hasil apusan darah yang positif.

Dampak atau akibat penyakit tersebut kepada ibu hamil yakni kehamilan muda dapat terjadi abortus, partus prematurus juga anemia

(Maryunani, A. 2010).

2.1.4 Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

Menurut Depkes RI (2009), manfaat Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) adalah meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi dan tanda bahaya kebidanan dan bayi baru lahir bagi ibu sehingga melahirkan bayi yang sehat. Masyarakat sekitar tempat tinggal ibu mengetahui ada ibu hamil, dan apabila sewaktu-waktu membutuhkan pertolongan, masyarakat siap sedia untuk membantu. Dengan demikian, ibu hamil yang mengalami komplikasi tidak terlambat untuk mendapat penanganan yang tepat dan cepat.

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

Jenis kegiatan P4K yaitu:

2.1.4.1 Mendata ibu hamil

2.1.4.2 Memasang Stiker P4K di setiap rumah ibu hamil

2.1.4.3 Membuat perencanaan persalinan melalui penyiapan:

- a. Taksiran persalinan
- b. Penolong persalinan
- c. Tempat persalinan
- d. Pendamping persalinan
- e. Transportasi atau *ambulance* desa
- f. Calon pendonor darah
- g. Dana
- h. Penggunaan metode KB pasca persalinan

2.1.5 Tanda dan Gejala Kehamilan

Menurut Manuaba (2010), tanda-tanda dugaan hamil, tanda tidak pasti kehamilan dan tanda pasti kehamilan.

2.1.5.1 Tanda-Tanda dugaan hamil

a. Amenore

Amenore (terlambat datang bulan) Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya pembentukan *folikel de Graff* dan ovulasi. Dengan mengetahui hari pertama haid terakhir dengan perhitungan rumus Naegle, dapat ditentukan perkiraan persalinan.

b. Mual dan muntah

Mual (*nausea*) dan muntah (*emesis*). Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual dan muntah terutama pada pagi hari disebut *morning sickness*. Dalam batas yang fisiologis, keadaan ini dapat dibatasi. Akibat mual dan muntah, nafsu makan berkurang.

c. Ngidam

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam (Hani, U. 2014).

d. *Syncope* atau pingsan

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan syaraf pusat dan

menimbulkan *syncope* atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.

e. Payudara tegang

Pengaruh estrogen, progesteron dan somatotropin menimbulkan deposit lemak, air dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang. Ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

f. Sering miksi atau Buang Air Kecil (BAK)

Desakan rahim ke depan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering buang air kecil (BAK). Trimester kedua, gejala ini sudah menghilang (Romauli, S. 2011).

g. Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus, menyebabkan kesulitan untuk Buang Air Besar (BAB).

h. Pigmentasi kulit

Keluarnya *Melanophore Stimulating Hormone* (MSH) hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi kulit di sekitar pipi (*cloasma gravidarum*), pada dinding perut (*strie livid, strie albikan, linea alba* dan *linea nigra*) dan sekitar payudara (*hiperpigmentasi areola* payudara, puting susu makin menonjol) di sekitar pipi (*cloasma garvidarum*).

i. Epulis

Hipertrofi gusi yang disebut epulis, dapat terjadi bila hamil.

j. Varises atau penampakkan pembuluh darah vena

Pengaruh dari estrogen dan progesteron terjadi penampakkan pembuluh darah vena. Penampakkan pembuluh darah itu terjadi di sekitar genitalia eksterna, kaki dan betis dan payudara. Penampakkan pembuluh darah ini dapat menghilang setelah persalinan (Kamariyah, 2014).

2.1.5.2 Tanda Tidak Pasti Kehamilan

Rahim membesar sesuai dengan tuanya hamil, pada pemeriksaan dalam dijumpai tanda *Hegar*, tanda *Chadwick*,

tanda *Piscaseck*, kontraksi *Braxton-Hicks* dan teraba balotemen, pemeriksaan tes biologis kehamilan positif tetapi sebagian kemungkinan positif palsu (Romauli, S. 2011).

2.1.5.3 Tanda Pasti Kehamilan

a. Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin di dalam rahim sudah dapat terlihat dengan menggunakan USG. Selanjutnya adalah janin sudah mulai teraba dengan pemeriksaan lebih lanjut, bidan atau dokter kandungan dapat meraba janin. Bahkan sudah dapat meraba bagian-bagian janin sehingga dapat mengidentifikasi janin sesuai dengan usia kehamilan yang sedang berlangsung (Hani, U. 2014).

b. Denyut Jantung Janin (DJJ)

Didengar dengan stetoskop laenec, alat kardiograf, alat Doppler. Dilihat dengan Ultrasonografi (USG). Pemeriksaan dengan alat Rontgen untuk melihat kerangka janin (sekarang sudah tidak dipakai) (Kusmiyati, 2010).

2.1.6 Perubahan Anatomi dan Fisiologi Kehamilan

Menurut Kamariyah (2014), Ibu hamil mengalami perubahan anatomi dan fisiologi pada kehamilan yaitu:

2.1.6.1 Sistem Reproduksi dan Payudara

a. Uterus

1) Trimester III

Berat uterus naik secara luar biasa dari 30 gram-1000 gram pada akhir kehamilan empat puluh minggu. Pada kehamilan 28 minggu, TFU (Tinggi Fundus Uteri) terletak 2-3 jari diatas pusat, Pada kehamilan 36 minggu tinggi fundus uteri (TFU) satu jari dibawah *Prosesus xifoideus*. Dan pada kehamilan 40 minggu, tinggi fundus

uteri (TFU) berada tiga jari dibawah *Prosesus xifoideus* (Rismalinda, 2015).

Pada trimester III istmus uteri lebih nyata menjadi corpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah uterus atau segmen bawah rahim (SBR). Pada kehamilan tua, kontraksi otot-otot bagian atas uterus menyebabkan segmen bawah rahim (SBR) menjadi lebih lebar dan tipis (tampak batas yang nyata antara bagian atas yang lebih tebal dan segmen bawah yang lebih tipis). Batas ini dikenal sebagai lingkaran retraksi fisiologik. Dinding uterus diatas lingkaran ini jauh lebih tebal daripada segmen bawah rahim (Romauli, S. 2011).

b. Payudara

1) Trimester III

Pembentukan lobules dan alveoli memproduksi dan mensekresi cairan yang kental kekuningan yang disebut kolostrum. Pada trimester 3 aliran darah di dalamnya lambat dan payudara menjadi semakin besar (Maryunani, A. 2010).

2.1.6.2 Sistem Kardiovaskular

a. Trimester III

Selama trimester terakhir, kelanjutan penekanan aorta pada pembesaran uterus juga akan mengurangi aliran darah uteroplacenta ke ginjal. Pada posisi terlentang ini akan membuat fungsi ginjal menurun jika dibandingkan dengan posisi miring (Rismalinda, 2015).

2.1.6.3 Sistem Pernapasan

a. Trimester III

Pergerakan diafragma semakin terbatas seiring pertambahan ukuran uterus dalam rongga abdomen. Setelah minggu ke 30, peningkatan volume tidal, volume ventilasi per menit, dan pengambilan oksigen per menit akan

mencapai puncaknya pada minggu ke-37. Wanita hamil akan bernafas lebih dalam sehingga memungkinkan pencampuran gas meningkat dan konsumsi oksigen meningkat 20%. Diperkirakan efek ini disebabkan oleh meningkatnya sekresi progesteron (Romauli, 2011).

2.1.6.4 Sistem Perkemihan

a. Trimester III

Akhir kehamilan, kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul menyebabkan penekanan uterus pada *vesica urinaria*. Keluhan sering berkemih pun dapat muncul kembali. Selain itu, terjadi peningkatan sirkulasi darah di ginjal yang kemudian berpengaruh pada peningkatan laju filtrasi glomerulus dan *renal plasma flow* sehingga timbul gejala poliuria. Pada ekskresi akan dijumpai kadar asam amino dan vitamin yang larut air lebih banyak (Hani, 2014).

2.1.6.5 Sistem Integumen

a. Trimester III

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha perubahan ini dikenal dengan *striae gravidarum*. Pada mutipara selain *striae* kemerahan itu sering kali di temukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari *striae* sebelumnya.

Pada kebanyakan perempuan kulit digaris pertengahan perut akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan *linea nigra*, kadang-kadang muncul dalam ukuran yang variasi pada wajah dan leher yang disebut dengan *cloasma* atau *melasma gravidarum*, selain itu pada areola dan daerah genitalia juga akan terlihat pigmentasi yang

berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan biasanya akan hilang setelah persalinan (Kamariyah, 2014).

2.1.6.6 Sistem Muskuloskeletal

a. Trimester III

Akibat pembesaran uterus ke posisi anterior, umumnya wanita hamil memiliki bentuk punggung cenderung lordosis. Sendi sacroiliaca, sacrococcigis, dan pubis akan meningkat mobilitasnya diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap pada wanita hamil dan menimbulkan perasaan tidak nyaman pada bagian bawah punggung (Rismalinda, 2015).

2.1.6.7 Sistem Neurologi

a. Trimester III

Usia Kehamilan yang memasuki trimester III ini, wanita hamil mengalami penurunan memori. Penurunan ini disebabkan oleh depresi, kecemasan, kurang tidur atau perubahan fisik lain yang dikaitkan dengan kehamilan. Penurunan memori yang diketahui hanyalah sementara dan cepat pulih setelah kelahiran (Kamariyah, 2014).

2.1.6.8 Sistem Pencernaan

a. Trimester III

Perubahan yang paling nyata adalah adanya penurunan motilitas otot polos pada organ digestif dan penurunan sekresi asam lambung. Akibatnya, tonus *sphincter* esofagus bagian bawah menurun dan dapat menyebabkan refluks dari lambung ke esofagus sehingga menimbulkan keluhan seperti *heartburn*. Penurunan motilitas usus juga memungkinkan penyerapan nutrisi lebih banyak, tetapi dapat muncul juga keluhan seperti konstipasi. Sedangkan mual dapat terjadi akibat penurunan asam lambung (Rismalinda, 2015).

2.1.6.9 Sistem Endokrin

Perubahan sistem endokrin ini sangat penting dalam pemeliharaan pertumbuhan fetal dan pemulihan post partum

a. Kelenjar tyroid

Aktifitas kelenjar dan produksi hormon meningkat, terjadi pembesaran kelenjer tiroid karena hiperplasi jaringan kelenjar dan meningkatnya vaskularisasi.

b. Kelenjer paratyroid

Kehamilan menyebabkan hiperparatyroid, refleksinya meningkat kebutuhan kalsium dan vitamin D.

c. Pankreas

Awal kehamilan pankreas menurunkan produksi insulinnya disebabkan oleh janin membutuhkan glukosa dalam jumlah yang cukup untuk tumbuh.

d. Prolaktin Pitiutary

Pada trimester I serum prolaktin meningkat secara profresif sampai matur, sekresi terhambat karena hormon estrogen yang tinggi.

e. Sistem endokrin dan nutrisi

Estrogen dan progesteron menyebabkan cadangan lemak pada jaringan subcutis melebihi pada abdomen, punggung dan bagian atas (Kamariyah, 2014).

2.1.7 Perubahan dan Adaptasi Psikologis Dalam Masa Kehamilan

Menurut Kusmiyati (2010), perubahan adaptasi psikologis dalam masa kehamilan meliputi:

2.1.7.1 Perubahan psikologis pada trimester III

Trimester tiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayinya sebagai makhluk yang tidak terpisahkan sehingga ia tidak sabar menanti kehadiran bayi. Perasaan waspada mengingat bayi dapat lahir kapanpun, membuatnya

berjaga-jaga dan memperhatikan serta menunggu tanda dan gejala persalinan muncul (Kusmiyati, 2010).

2.1.8 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

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

2.1.8.1 Nutrisi

Menganjurkan wanita hamil makan yang secukupnya saja, cukup mengandung protein hewani dan nabati, karena kebutuhan kalori selama kehamilan meningkat. Kenaikan berat badan wanita hamil berkisar antara 6,5-16 kg selama kehamilan.

Kebutuhan beberapa zat yang penting:

Tabel 2.2: Nutrisi Ibu Hamil

Nutrisi	Satuan	Tidak Hamil	Hamil	Laktasi
Kalori	Kal	2500	2500	2500
Protein	Gr	60	85	100
Calcium	Gr	0,8	1,5	2
Fernem	Mg	12	15	15
Vitamin A	Si	5000	6000	8000
Vitamin B	Mg	1,5	1,8	2,3
Vitamin C	Mg	70	100	150
Riboflavin	Mg	2,2	2,5	3
As. Nikotinat	Mg	15	10	23
Vitamin D	Si	+	400-800	400-800

(Rismalinda, 2015).

2.1.8.2 Pekerjaan Rumah Tangga

Jangan pernah menganggap enteng pekerjaan rumah tangga, khususnya bagi kaum pria. Pekerjaan rutin rumah tangga seperti mencuci, mengepel, memasak, menyetrika sering dianggap pekerjaan yang tidak membutuhkan tenaga dan pikiran, pendapat seperti ini jelas salah. Pekerjaan rumah tangga sama melelahkannya seperti pekerjaan lainnya. Tanpa harus bekerja di luar rumah pun, pekerjaan rumah tangga sudah menguras tenaga dan pikiran, apalagi kalau seorang wanita masih harus bekerja di luar rumah, yang paling menyedihkan lagi adalah pada waktu hamil. Jika seorang

suami yang bertanggung jawab dan memiliki rasa kemanusiaan dan budi pekerti yang baik, maka anda pasti tidak akan membiarkan istri melakukan pekerjaan rumah tangga sambil tetap bekerja di luar rumah pada saat hamil (Kusmiyati, 2010).

Membicarakan segera dengan pasangan dan keluarga dekat, jika memang menghadapi masalah seperti ini. Karena jika dibiarkan risikonya bukan hanya pada bayi, tetapi juga diri anda sendiri. Pada saat hamil, kurangilah pekerjaan rumah tangga yang biasa anda lakukan. Kurangilah bersentuhan dengan bahan-bahan kimia dalam rumah tangga, seperti cairan pembersih lantai, pestisida tanaman, dan obat serangga lainnya (Rismalinda, 2015).

2.1.8.3 Wanita Pekerja di Luar Rumah

Wanita hamil boleh melakukan pekerjaan sehari hari, dikantor ataupun di pabrik asal bersifat ringan. Di Indonesia wanita hamil diberi cuti hamil selam 3 bulan yaitu 1,5 bulan sebelum bersalin dan 1,5 bulan sesudahnya, selama hamil berhati hati dan menjaga kehamilannya (Kamariyah, 2010).

2.1.8.4 Hubungan Seksual

Menurut Romauli Suryati (2011) hubungan seksual selama hamil tidak dilarang, tetapi disarankan dihentikan bila:

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

2.1.8.5 Kunjungan Ulang

Pengawasan antenatal memberi manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan

langkah-langkah pertolongan persalinan. Ibu hamil dianjurkan untuk melakukan pengawasan antenatal minimal sebanyak 4 kali, yaitu 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II dan 2 kali pada trimester III (Kamariyah, 2014).

Tujuan pelayanan kebidanan, yaitu:

- a. Pengawasan serta penanganan wanita hamil dan pada saat persalinan.
- b. Perawatan dan pemeriksaan wanita sesudah persalinan.
- c. Perawatan neonates dan bayi.
- d. Pemeliharaan dan pemberian laktasi.

Dengan memperhatikan batasan dan tujuan pengawasan antenatal, dijadwalkan pemeriksaan sebagai berikut.

- a. Pemeriksaan pertama

Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid.

- b. Pemeriksaan ulang

- 1) Setiap bulan sampai umur kehamilan 6-7 bulan.
- 2) Setiap 2 minggu sampai kehamilan berumur 8 bulan.
- 3) Setiap 1 minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinaan.
- 4) Pemeriksaan khusus jika terjadi keluhan-keluhan tertentu (Rismalinda, 2015).

2.1.8.6 Pakaian

Pakaian yang baik untuk ibu hamil ialah yang enak dipakai, tidak boleh menekan badan karena pakaian yang menekan badan menyebabkan bendungan vene dan mempercepat timbulnya varises (Roumali, S. 2011).

2.1.8.7 Olahraga saat hamil

Yang dianjurkan adalah jalan jalan waktu pagi hari untuk ketenangan dan mendapatkan udara segar serta bisa membuat keadaan ibu lebih nyaman saat mengatur pernafasan (Rismalinda, 2015).

2.1.8.8 Istirahat dan Tidur

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

2.1.8.9 Personal Hygiene

Kebersihan badan mengurangi infeksi, puting susu harus dibersihkan kalau terbasahi oleh kolostrum. Perawatan gigi harus dilakukan karena gigi yang bersih menjamin pencernaan yang sempurna (Maryunani, A. 2010).

2.1.8.10 Bepergian (*Travelling*)

Ibu hamil tidak berarti tidak dapat pergi berlibur untuk seluruh 9 bulan, tetapi tidak berarti bahwa ibu hamil harus melakukan sedikit ekstra hati-hati ketika membuat rencana, baik untuk menjamin kenyamanan dan perlindungan ibu hamil dan bayi yang belum lahir. Bepergian dengan pesawat udara biasa tidak perlu dikhawatirkan karena tidak membahayakan kehamilan. Tekanan udara di dalam kabin penumpang telah diatur sesuai atmosfer biasa. Aman untuk melakukan perjalanan udara di trimester kedua, dan *International Air Transport Association* (IATA) pedoman menyarankan Anda berhenti perjalanan udara setelah minggu ke 36. Menghindari risiko kelahiran prematur dan komplikasi lain. Jika ibu hamil memperoleh yang cukup besar dan ke 28 minggu, maka ibu hamil harus membawa surat dari ibu yang menunjukkan layanan yang ditujukan tanggal, karena beberapa maskapai meminta ini ketika anda memeriksa untuk keselamatan ibu hamil sendiri. Walaupun, bukan yang sering berada pada tahap pertama adalah kehamilan membahayakan ibu hamil atau bayi, tetapi yang penting untuk minum banyak air dan pastikan ibu hamil bangun dan stretch kaki secara teratur sebagai bayi berat dapat membuat ibu hamil lebih rentan terhadap peredaran darah

masalah selama penerbangan panjang. Morning sickness juga dapat membuat ibu hamil lebih rentan terhadap perjalanan penyakit, dan banyak melakukan perjalanan, sebagai obat penyakit tidak dianjurkan selama kehamilan hanya akan dapat mencoba solusi alternative and (band laut) atau teh jahe (Kamariyah, 2014).

Disarankan ibu untuk tidak lama berkendara jarak sendiri, karena posisi mengemudi bisa jadi sangat tidak nyaman dan lama drive dapat sangat melelahkan. Pastikan kursi dan seatbelt yang disesuaikan dengan baik dan memakai pakaian longgar nyaman. Juga pastikan ibu memiliki cukup untuk makan dan minum selama perjalanan jalan untuk menjaga tingkat energi atas (Rismalinda, 2015).

2.1.8.11 Imunisasi

Pada masa kehamilan ibu hamil diharuskan melakukan imunisasi tetanus toksoid (TT). Gunanya pada antenatal dapat menurunkan kemungkinan kematian bayi karena tetanus. Itu juga dapat mencegah kematian ibu yang disebabkan oleh tetanus. Terutama imunisasi tetanus untuk melindungi bayi terhadap penyakit tetanus neonatorum. Imunisasi dilakukan pada trimester I atau II pada kehamilan 3 – 5 bulan dengan interval minimal 4 minggu. Lakukan suntikan secara IM (intramuscular) dengan dosis 0,5 mL. imunisasi yang lain dilakukan dengan indikasi yang lain.

Seorang ibu tidak pernah diberikan imunisasi tetanus, sedikitnya 2 kali injeksi selama kehamilan (I pada saat kunjungan antenatal I dan II pada 2 minggu kemudian).

Jadwal pemberian suntikan tetanus adalah:

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

d. TT 4 → 1 tahun setelah TT 3

e. TT 5 → 1 tahun setelah TT 4

Karena imunisasi ini sangat penting, maka setiap ibu hamil hendaknya mengetahui dan mendapat informasi yang benar tentang imunisasi TT. Petugas kesehatan harus berusaha program ini terlaksana maksimal dan cepat (Romauli, 2011).

2.1.8.12 Persiapan Persalinan dan Laktasi

Salah satu persiapan persalinan adalah meningkatkan kesehatan optimal dan segera dapat memberikan laktasi, untuk mempersiapkan laktasi, perlu dilakukan persiapan perawatan payudara untuk persiapan laktasi. Persiapan mental dan fisik yang cukup membuat proses menyusui menjadi mudah dan menyenangkan. Payudara adalah sumber ASI yang merupakan makanan utama bagi bayi, yang perlu diperhatikan dalam persiapan laktasi adalah:

a. Bra harus sesuai dengan pembesaran payudara yang sifatnya menyokong payudara dari bawah, bukan menekan dari depan.

b. Sebaliknya ibu hamil masuk dalam kelas bimbingan persiapan menyusui.

c. Penyuluhan (audio-visual) tentang:

1) Keunggulan ASI dan kerugian susu botol

2) Manfaat rawat gabung

3) Perawatan bayi

4) Gizi ibu hamil dan menyusui

5) Keluarga berencana

d. Dukungan psikologis pada ibu untuk menghadapi persalinan dan keyakinan dalam keberhasilan menyusui.

e. Pelayanan pemeriksaan payudara dan senam hamil.

f. Persiapan psikologis untuk ibu menyusui berupa sikap ibu dipengaruhi oleh faktor-faktor:

- 1) Adat istiadat atau kebiasaan menyusui di daerah masing-masing.
- 2) Pengalaman menyusui sebelumnya atau pengalaman menyusui dalam keluarga atau tidak.
- 3) Pengetahuan tentang manfaat ASI, kehamilan yang diinginkan atau tidak.
- 4) Dukungan dari tenaga kesehatan, teman atau kerabat dekat.

Langkah-langkah yang harus diambil dalam mempersiapkan ibu secara kejiwaan untuk menyusui adalah:

- a. Mendorong setiap ibu untuk percaya dan yakin bahwa ibu dapat sukses dalam menyusui bayinya, menjelaskan pada ibu bahwa persalinan dan menyusui adalah proses alamiah yang hampir semua ibu berhasil menjalaninya. Bila ada masalah, petugas kesehatan akan menolong dengan senang hati.
- b. Keyakinan ibu akan keuntungan ASI dan kerugian susu botol atau formula.
- c. Memecahkan masalah yang timbul pada ibu yang mempunyai pengalaman menyusui sebelumnya, pengalaman kerabat atau keluarga lain.
- d. Mengikutsertakan suami atau anggota keluarga lain yang berperan dalam keluarga, ibu harus dapat beristirahat cukup untuk kesehatannya dan bayinya, sehingga perlu adanya pembagian tugas dalam keluarga.
- e. Setiap saat ibu diberi kesempatan untuk bertanya dan tenaga kesehatan harus dapat memperlihatkan perhatian dan kemauannya dalam membantu ibu sehingga keraguan atau ketakutan untuk bertanya tentang masalah yang dihadapinya (Kamariyah, 2014).

Perawatan payudara sebelum melahirkan (*Prenatal Breast Care*), bertujuan memelihara hygiene payudara, melenturkan atau menguatkan puting susu, dan mengeluarkan puting susu yang datar atau masuk ke dalam (*retracted nipple*).

Teknik perawatannya adalah sebagai berikut:

- a. Kompres puting susu dan daerah sekitarnya dengan menempelkan kapas atau lap yang dibasahi minyak.
- b. Bersihkan puting susu dan daerah sekitarnya dengan handuk kering yang bersih.
- c. Pegang kedua puting susu, lalu tarik keluar bersama dan diputar 20 kali ke dalam dan keluar.
- d. Pangkal payudara dipegang dengan kedua tangan lalu payudara diurut dari pangkal menuju puting sebanyak 30 kali.
- e. Kemudian pijat daerah areola sehingga keluar cairan 1-2 tetes untuk memastikan saluran susu tidak tersumbat (Roumali, S. 2011).

Selain mengonsumsi makanan bergizi dan menjalani pola hidup sehat, ada 3 hal penting yang perlu dilakukan ibu agar sukses menyusui, yaitu:

- a. Tumbuhkan Niat

Niat adalah kunci sukses untuk memberikan ASI eksklusif bagi sang buah hati. Niat ini harusnya sudah tertanam kuat jauh hari sebelumnya, yakni sejak janin masih berada dalam kandungan ibu. Ibu harus bertekad akan memberikan makanan yang terbaik bagi bayinya. Dengan niat bulat, ibu akan berpikir optimis. Dari situ terbentuk energi positif yang akan memengaruhi kesiapan semua organ-organ menyusui sehingga ASI pun mengalir lancar. Jika ibu yakin bisa menyusui, ASI yang keluar pasti banyak (Hani, 2014).

- b. Hilangkan Stres

Buang jauh-jauh semua pikiran negatif tentang ASI dan menyusui. Meyakinkan setiap ibu pasti bisa menyusui dan bayi tak akan pernah kekurangan ASI. Di sisi lain, ibu juga tak boleh terlalu bersemangat untuk memberikan ASI, karena sikap berlebihan ini (euforia) akan mengganggu sistem metabolisme produksi susu sehingga ASI yang keluar justru jadi sedikit. Bila ada masalah, ibu dianjurkan berkonsultasi ke klinik laktasi atau bisa langsung tanyakan kepada bidan (Rismalinda, 2015).

c. Pemijatan pada payudara dapat meningkatkan volume ASI, lakukan dua kali sehari saat mandi pagi dan sore. Berikut panduannya:

- 1) Cuci tangan sampai bersih, keringkan, lalu tuangkan minyak ke telapak tangan. Sokong payudara kiri dengan tangan kiri. Buatlah gerakan melingkar kecil-kecil dengan dua atau tiga jari tangan kanan, dari pangkal payudara dan berakhir di daerah puting susu dengan gerakan spiral. Puting tak perlu dipijat karena tak berkelenjar. Kemudian, buat gerakan memutar sambil menekan dari pangkal payudara dan berakhir pada puting susu di seluruh bagian payudara. Lakukan hal sama untuk payudara kanan.

- 2) Meletakkan kedua telapak tangan di antara dua payudara. Urut dari tengah ke atas sambil mengangkat kedua payudara dan melepaskan kedua payudara secara perlahan-lahan. melakukan gerakan ini kurang lebih 30 kali (Kamariyah, 2014).

- 3) Sangga payudara kiri dengan kedua tangan, ibu jari di atas dan empat jari lain di bawah. memeras dengan lembut payudara sambil meluncurkan kedua tangan ke depan ke arah puting susu. melakukan hal yang sama pada payudara kanan.

- 4) Kemudian melakukan gerakan tangan dengan posisi paralel. Sangga payudara dengan satu tangan, sedangkan tangan lain mengurut payudara dengan sisi kelingking dari arah pangkal payudara ke arah puting susu. melakukan gerakan ini kurang lebih 30 kali.
(Maryunani, 2010).
- 5) Meletakkan satu tangan di sebelah atas dan satu lagi di bawah payudara. meluncurkan kedua tangan secara bersamaan ke arah puting susu dengan cara memutar tangan. Mengulangi gerakan ini sampai semua bagian payudara terkena urutan.
- 6) Selanjutnya puting dibersihkan dengan menggunakan kapas dan minyak. Minyak berguna untuk melenturkan dan melembapkan puting agar saat menyusui puting tak gampang lecet dan membersihkan dengan kapas bersih yang dicelup ke dalam air hangat.
- 7) Usai pemijatan, lakukan pengompresan. Sediakan dua baskom sedang yang masing-masing berisi air hangat dan air dingin. Kompres kedua payudara bergantian menggunakan waslap dengan air dingin, masing-masing selama satu menit. Selanjutnya, kompres bergantian selama 3 kali berturut-turut dan akhiri dengan kompres air hangat dan bersihkan dengan handuk hingga kering.
- 8) Usai dipijat, ketuk-ketuklah payudara memakai ujung jari atau ujung ruas jari. Gunanya agar sirkulasi darah bekerja lebih baik (Rismalinda, 2015).

2.1.8.13 Perawatan Gigi

Untuk mencegah caries selama hamil (selain pemeriksaan pada awak kehamilan) yaitu dengan:

- a. Menyikat gigi secara teratur.
- b. Melakukan flosi antara gigi-gigi.

- c. Membilas mulut dengan air sesudah makan atau minum.
- d. Gunakan pencuci mulut yang bersifat alkali atau basa untuk mengimbangi reaksi saliva yang bersifat asam selama kehamilan yang menyuburkan pertumbuhan bakteri penghancur dan email (Hani, U. 2014)

2.1.8.14 Support Emosional

- a. Dukungan kepada ibu hamil dan nifas.
- b. Dukungan dari tenaga kesehatan (nakes).
- c. Menciptakan rasa aman dan nyaman selama hamil dan nifas.
- d. Persiapan menjadi orang tua.
- e. Dukungan kepada ibu hamil dan nifas. (Kamariyah, 2014).

Wanita yang telah atau belum dianugerahi anak disaat menginginkan hamil atau dalam menghadapi kehamilan dan bersalin membutuhkan dukungan, diantaranya dari:

a. Dukungan suami

Dari penelitian kualitatif di Indonesia diperoleh berbagai dukungan suami yang diharapkan istri:

- 1) Suami sangat mendambakan bayi dalam kandungan istri.
- 2) Suami senang mendapatkan keturunan.
- 3) Suami menunjukkan kebahagiaan pada kehamilan ini.
- 4) Suami memperhatikan kesehatan istri, yakni menanyakan keadaan istri atau janin yang dikandung serta menanyakan kesehatannya.
- 5) Suami mengantar dan menemani istri memeriksa kandungannya serta member semangat kepada istri untuk menjaga kehamilannya.
- 6) Suami tidak menyakiti istri.
- 7) Suami menghibur atau menenangkan ketika ada masalah yang dihadapi istri dan member ketenangan

kepada istri agar istri tidak mudah stress / banyak pikiran.

- 8) Suami menasihati agar istri tidak terlalu lelah bekerja di rumah atau di tempat kerja.
- 9) Suami membantu tugas istri.
- 10) Suami berdo'a untuk kesehatan atau keselamatan istri dan anaknya.
- 11) Suami menunggu ketika istri melahirkan dan memberikan semangat kepada istri saat proses persalinan berlangsung.
- 12) Suami menunggu ketika istri di operasi serta memberikan semangat dan motifasi agar istri tidak cemas (Roumali, 2011).

Diperolehkan atau tidak diperolehnya dukungan suami tergantung pada:

- 1) Keintiman hubungan.
- 2) Adanya komunikasi yang bermakna.
- 3) Adanya masalah atau kekhawatiran dalam biaya.

b. Dukungan Keluarga

- 1) Ayah ibu kandung, maupun mertua sangat mendukung kehamilan ini begitu pula keluarganya.
- 2) Ayah ibu kandung, maupun mertua sering berkunjung dalam periode ini dan keluarga.
- 3) Seluruh keluarga berdo'a untuk keselamatan ibu dan bayi.
- 4) Walaupun ayah ibu kandung, maupun mertua ada di daerah lain, sangat didambakan dukungan melalui telepon, surat atau pun do'a dari jauh.
- 5) Selain itu, adat istiadat dalam periode ini seperti upacara 7 bulanan pada beberapa orang, mempunyai arti tersendiri yang tidak boleh diabaikan.

(Maryunani, 2010).

c. Dukungan Lingkungan

- 1) Membicarakan atau menceritakan, dan menasihati tentang pengalaman hamil dan melahirkan.
- 2) Ada diantara mereka yang mau mengantarkan ibu hamil untuk periksa.
- 3) Menunggu ketika melahirkan.

Diperoleh dari ibu-ibu pengajian, perkumpulan atau kegiatan yang berhubungan dengan keagamaan atau sosial dalam bentuk doa bersama untuk kesehatan ibu hamil dan bayinya. Mereka dapat menjadi seperti saudara bagi ibu hamil dan nifas (Kusmiyati. 2010).

2.1.9 Ketidaknyamanan dan Penanganan Selama Kehamilan

Menurut Rismalinda (2015), ketidaknyamanan selama kehamilan dan mengatasinya yaitu:

2.1.9.1 Ketidaknyamanan dan mengatasinya

a. Trimester III

1) Pusing

Pusing disebabkan oleh hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan-perubahan, hemodinamis, pengumpulan darah di dalam pembuluh tungkai akan mengurangi aliran balik vena dan menurunkan *output kardiak* serta tekanan darah dengan tegangan othostatis yang meningkat, serta juga mungkin dihubungkan dengan hipoglikemia, dan sakit kepala pada triwulan terakhir dapat merupakan gejala preeklamsi berat. Cara mengatasi pusing yaitu dengan menggunakan kompres panas atau es pada leher, istirahat yang cukup, dan mandi dengan air hangat (Rismalinda, 2015).

2) Bengkak pada kaki

Bengkak pada kaki disebabkan oleh beban yang berat, cairan yang tertimbun dalam kaki, dan aliran darah tidak lancar karena pembuluh darah balik yang ada di kaki menjadi tersumbat. Cara mengatasi bengkak pada kaki yaitu dengan menghindari untuk tidak sering berdiri, melakukan senam atau jalan-jalan pada pagi hari, meninggikan posisi kaki pada saat tidur, berbaring ke kiri jika ingin tidur, banyak minum air putih, dan menghindari menyilang kaki (Kamariyah, 2014).

3) Keputihan

Keputihan disebabkan oleh adanya peningkatan dan pelepasan epitel vagina akibat peningkatan pertumbuhan sel-sel, dan meningkatnya produksi lendir dan kelenjar endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen. Cara mengatasi keputihan yaitu dengan tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari, memakai pakaian dalam yang terbuat dari katun lebih daya kuat serapnya, serta hindari pakaian dalam dan *pantyhouse* yang terbuat dari nilon (Roumali, 2011).

4) Sering Buang air kecil

Sering buang air kecil disebabkan oleh meningkatnya peredaran darah ketika hamil, tekanan pada kandung kemih akibat membesarnya rahim, tekanan uterus pada kandung kemih, nocturia akibat eksresi sodium yang meningkat bersamaan dengan terjadinya pengeluaran air, dan air dan sodium tertahan di bawah tungkai bawah selama siang hari karena statis vena, pada malam. Cara mengatasi sering buang air kecil yaitu dengan kosongkan saat terasa dorongan untuk kencing, perbanyak minum pada siang hari, kurangi minum di malam hari untuk mengurangi nocturia mengganggu

tidur, dan batasi minum bahan uretika alamiah: kopi, teh, cola dengan cafein (Hani, 2014).

5) Sesak Nafas atau Hiperventilasi

Sesak nafas disebabkan oleh meningkatnya kadar progesteron yang berpengaruh secara langsung pada pusat pernafasan untuk menurunkan kadar kabondioksida (CO₂), serta meningkatkan kadar karbondioksida (CO₂) meningkatkan aktifitas metabolik, meningkatkan kadar karbondioksida (CO₂), dan uterus membesar sehingga menekan pada diafragma. Cara mengatasi sesak nafas yaitu dengan mendorong secara sengaja agar mengatur laju dan dalamnya pernafasan pada kecepatan normal ketika terjadi hiperventilasi, secara periodik berdiri dan merentangkan lengan kepala serta menarik nafas panjang, dan mendorong postur tubuh yang baik melakukan pernafasan interkostal (Rismalinda, 2015).

6) Nyeri Ligamentum Rotundum

Nyeri ligamentum rotundum disebabkan oleh hipertrofi dan peregangan ligamentum selama kehamilan, serta adanya tekanan dari uterus pada ligamentum. Cara mengatasi nyeri ligamentum rotundum yaitu dengan menekuk lutut ke arah abdomen, mandi dengan air hangat, menggunakan bantal pemanas pada area yang terasa sakit hanya jika diagnosa lain tidak melarang, serta menopang uterus dengan bantal di bawahnya dan sebuah bantal diantara lutut pada waktu berbaring miring (Kamariyah, 2014).

2.1.10 Tanda Dan Bahaya Dalam Kehamilan

Menurut Kusmiyati (2010), tanda dan bahaya dalam kehamilan yaitu: perdarahan pervaginam, sakit kepala hebat, penglihatan atau pandangan kabur, bengkak di wajah dan jari-jari tangan, keluar cairan pervaginam, dan gerakan janin tidak terasa.

2.1.11 Konsep Pemeriksaan Kehamilan

Menurut *Handbook for Health Student* (2014), konsep pemeriksaan kehamilan yaitu:

2.1.11.1 Anamnesa

a. Data Subjektif

- 1) Nama, umur pekerjaan, nama suami, agama, dan alamat, maksud pertanyaan ini adalah untuk identifikasi (menenal) penderita dan menentukan status sosial ekonominya yang baru kita ketahui misal, untuk menentukan anjuran pengobatan yang akan diberikan, dan umur penting karena ikut menentukan prognosa kehamilan, bila umur terlalu lanjut atau terlalu muda maka persalinan akan lebih banyak resiko (<20 atau 35 tahun).
- 2) Keluhan Utama, penderita datang untuk kehamilan ataukah pada pengaduan lainnya.
- 3) Riwayat Haid menanyakan menarche, haid teratur atau tidak dan siklus yang dipergunakan untuk memperhitungkan tanggal persalinan, lamanya haid, banyaknya darah, sifat darah yang cair atau beku, warnanya, baunya, haid nyeri atau tidak, dan HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir).
- 4) Tentang Perkawinan menanyakan kawin atau tidak untuk mengetahui anak yang dikandungnya diinginkan, berapa kali kawin untuk mengetahui penyakit kelamin.

- 5) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu
 - a) Kehamilan: adakah gangguan seperti perdarahan, muntah yang sangat toxemis gravidarum.
 - b) Persalinan: spontan atau buatan, aterm (cukup bulan) atau preterm, perdarahan, ditolong oleh siapa (bidan, dokter atau dukun yang terlatih).
 - c) Nifas: adakah panas, perdarahan, bagaimana laktasi.
 - d) Anak: jenis kelamin, hidup, atau tidak bila meninggal umur berapa dan sebabnya meninggal, berat badan waktu lahir.
- 6) Kehamilan sekarang
 - a) Hamil muda: keluhan mual, muntah, perdarahan sakit kepala, pemeriksaan pertama kali kehamilan, dimana dan frekuensi, Apakah sudah imunisasi TT1, bila sudah tanggal berapa, TT2 tanggal berapa, interval pemberian 4 mg.
 - b) Hamil lanjut: keluhan pusing, muntah, odem, nyeri perut, penglihatan kabur, merasakan gerakan janin pertama kali pada umur kehamilan berapa, rasa gatal divulva, pengeluaran cairan, dan hipertensi.
- 7) Riwayat penyakit keluarga
 - a) Adakah penyakit keturunan keluarga: diabetes melitus, hipertensi, jantung, asma.
 - b) Adakah yang berpenyakit menular seperti: TBC.
 - c) Riwayat kehamilan kembar.
 - d) Riwayat penyakit yang pernah diderita: pernah sakit keras atau operasi.
- 8) Pola makan atau diet, pola eliminasi dan pola istirahat.
- 9) Riwayat kesehatan, yaitu adalah perilaku yang merugikan kesehatan adalah ketergantungan obat, merokok, penggunaan alkohol, irigasi vagina, ganti

pakaian dalam beberapa kali semua pertanyaan ini dapat memperkirakan pertumbuhan dan Perkembangan janin.

2.1.11.2 Pemeriksaan

a. Data objektif

- 1) Pemeriksaan umum: keadaan umum, keasadaran keadaan emosional, gizi, kelainan bentuk badan, observasi tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, dan respirasi), tinggi badan, lila, berat badan sekarang, dan kenaikan berat badan (Hani, 2014).
- 2) Pemeriksaan fisik
 - a) Kepala, dilihat kebersihan dan kelainan pada kepala.
 - b) Muka, kelopak mata *odem* atau tidak, konjungtiva anemis atau tidak, sklera ikterik atau tidak, dan ada atau *cloasma gravidarum*.
 - c) Mulut dan lidah, dilihat bersih atau tidak, ada atau tidak *caries*, epulsi, dan stomatitis.
 - d) Hidung, ada atau tidak ada polip.
 - e) Kelenjar tiroid, ada atau tidak pembesaran dan pembendungan vena di leher.
 - f) Dada yang diperiksa meliputi jantung normal atau tidak dan diperhatikan irama frekuensinya, paru-paru didengar ada atau tidak suara ronkhi, *whezzing* dan frekuensi pernafasan, payudara pembesarannya, puting susu menonjol atau tidak, simetris atau tidak, ada atau tidak tumor, *colostrums* sudah keluar atau belum, ada nyeri atau tidak dan kebersihan payudara (Romauli, 2011).

b. Status obstetrik

- 1) Abdomen

- a) Inspeksi, dilihat pembesaran sesuai dengan usia kehamilan, perut membesar kedepan atau kesamping, ada atau tidak benjolan yang mencurigakan, dan ada atau tidak pigmentasi linea alba.
- b) Palpasi, leopold I yaitu memeriksa usia kehamilan dari tinggi fundus uteri (TFU), sebelum bulan ke 3 kehamilan tinggi fundus uteri (TFU), belum dapat diraba dari luar.

Tabel 2.3 Perkiraan Tinggi Fundus Uteri terhadap umur kehamilan

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
1/3 di atas simfisis atau 3 jari di atas simfisis	12 minggu
1/2 simfisis-pusat	16 minggu
2/3 di atas simfisis atau 3 jari di atas pusat	20 minggu
Setinggi pusat	24 minggu
1/3 diatas pusat atau 3 jari di bawah pusat	28 minggu
1/2 pusat-procesus xifoideus	32 minggu
Setinggi procesus xifoideus	36 minggu
Dua jari (4cm) di bawah prx	40 minggu

(Hani, 2014).

- c) Mengetahui pertumbuhan anak dengan cara mengikuti pertumbuhan rahim, maka ukuran rahim ditentukan dengan cm yaitu, mengukur jarak simfisis, dan fundus dan yang diraba leopold II, leopold III, leopod IV.
- d) Auskultasi yaitu, dari anak mendengarkan deyut jantung janin (DJJ), frekuensi teratur atau tidak, dan dari ibu mendengarkan bising rahim, bunyi aorta, dan bising usus (Romauli, 2011).

2) Pemeriksaan panggul luar

- a) Distansia Spinarum : 23-26 cm
- b) Distansia Kristarum : 26-29 cm
- c) Conjungata Eksterna : 18-20 cm

d) Lingkar Panggul : 80-90 cm
(*Handbook for Health Student*. 2014)

c. Pemeriksaan penunjang

1) Laboratorium meliputi, HB, waktu perdarahan, waktu pembekuan darah, urine protein, reduksi, dan tes kehamilan.

2) USG (Hani, 2014).

2.1.11.3 Kesimpulan hasil pemeriksaan

Menurut *Handbook for Health Student* (2014), hasil akhir harus menjawab pertanyaan berkaitan dengan kehamilan sebagai berikut:

a. Bagaimana keadaan kesehatan umum ibu?

b. Apakah primigravida atau multigravida?

c. Bagaimana keadaan jalan lahir?

d. Apakah benar hamil?

e. Berapa umur kehamilan saat ini?

f. Apakah janin hidup?

g. Apakah janin kembar atau tunggal?

h. Bagaimana letak janin?

i. Apakah intra uterin atau ekstra uterin?

2.1.11.4 Diagnosa Banding

1. Pseudodiosis

1) Terdapat amenomera perut membesar, tetapi tanda-tanda kehamilan yang lain reaksi kehamilan negatif, uterus membesar biasa. Wanita tersebut mengaku dirinya hamil padahal tidak hamil. Hal ini biasanya terjadi wanita yang ingin sekali hamil.

2) Kista ovary

Ada amenorea, perut penderita makin membesar, tetapi uterusnya sebesar biasa.

3) Mioma uteri

Dapat terjadi amenorea, perut penderita makin besar, uterusnya makin besar kadang-kadang tidak merata, akan tetapi tanda-tanda kehamilan seperti tanda braxton hiks dan reaksi kehamilan negatif.

- 4) Vesika urinaria dengan resiko retensio urine.
- 5) Menopause terdapat amenorea, umur wanita kira-kira di atas 43 tahun. Uterus sebesar biasa, tanda-tanda kehamilan dan reaksi kehamilan negative (Hani, 2014).

2.1.11.5 Prognosa kehamilan

- a. Kehamilan normal dengan resiko rendah, sikap yang diambil adalah melakukan pemeriksaan rutin sesuai jadwal, memberikan obat suportif seperti vitamin dan Fe, memberikan pendidikan kesehatan tentang gizi, dan personal hygiennya.
- b. Kehamilan disertai dengan komplikasi, sikap yang diambil yaitu, mengatasi komplikasi, kehamilan dilanjutkan hingga mencapai *well bom baby* dan *wellhealth mother*, pemeriksaan urine, memberikan nasehat untuk periksa ke dokter spesialis, dan merujuk penderita ke rumah sakit.
- c. Kehamilan disertai penyakit lain yaitu, mengkonsultasikan dengan dokter ahli yang lain, dan pemeriksaan dipercepat.
- d. Kehamilan yang pasti, sikap yang diambil adalah memberikan perhatian dengan seksama terhadap jalannya kehamilan, mempercepat pemeriksaan, memberikan nasehat segera datang jika terjadi keadaan abnormal, melakukan rujukan ke rumah sakit, dan merencanakan persalinan di rumah sakit (Handbook for Health Student. 2014).

- 2.1.11.6 Dismaturis bayi, pada usia kehamilan 37 minggu, luas plasenta 11 m². Selanjutnya, terjadi penurunan fungsi sehingga plasenta tidak berkembang atau terjadi klasifikasi dan aterosklerosis pembuluh darah. Penurunan kemampuan nutrisi plasenta menimbulkan perubahan metabolisme menuju anaerob sehingga terjadi badan keton dan asidosis. Terjadi dismaturis dengan gejala Clifford yang ditandai dengan:
- a. Kulit, subkutan berkurang dan diwarnai mekonium.
 - b. Otot makin lemah.
 - c. Kuku tampak panjang.
 - d. Tampak keriput.
 - e. Tali pusat lembek, mudah tertekan dan disertai oligohidramnion (Manuaba, 2010).

Menurut Norma, N (2013), penatalaksanaan kehamilan lewat bulan yaitu, setelah usia kehamilan lebih dari 40 minggu yang penting adalah monitoring janin sebaik-baiknya, tidak ada tanda-tanda infusienis plasenta persalinan spontan dapat ditunggu dengan pengawasan ketat, melakukan pemeriksaan dalam untuk menilai kematangan serviks dan kalau sudah matang boleh dilakukan induksi persalinan dengan atau tanpa amniotomi, apabila riwayat kehamilan yang lalu ada kehamilan janin dalam rahim terdapat hipertensi, pre eklamsi, kehamilan ini adalah anak pertama karena infertilitas, dan pada kehamilan lebih dari 40 minggu maka harus dirawat di rumah sakit, melakukan tindakan operasi seksio sesaria dapat dipertimbangkan pada insufisiensi plasenta dengan keadaan serviks belum matang, pembukaan yang belum lengkap, pembukaan yang belum lengkap, persalinan lama sehingga terjadi gawat janin, primigravida tua, kematian janin dalam kandungan, pre eklamsi, hipertensi menahun, infertilitas, dan kesalahan letak janin.

2.1.12 Standar Pelayanan Kebidanan

Menurut Soepardan (2008) standar pelayanan kehamilan meliputi:

2.1.12.1 Standar 3: Identifikasi Ibu Hamil

Melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk penyuluhan dan motivasi ibu, suami, serta anggota keluarga lainnya agar mendorong dan membantu ibu untuk memeriksa kehamilannya sejak dini dan teratur.

2.1.12.2 Standar 4: Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal

Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal, pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan janin berlangsung normal. Bidan juga harus mengenal adanya kelainan pada kehamilan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, Penyakit Menular Seksual (PMS) atau infeksi HIV memberikan pelayanan imunisasi, nasihat dan penyuluhan kesehatan serta tugas terkait lainnya yang diberikan oleh puskesmas. Mereka harus mencatat data yang tepat yang pada setiap kunjungan. Bila ditemukan kelainan, mereka harus mampu mengambil tindakan yang diperlukan dan merujuk untuk tindakan selanjutnya.

2.1.12.3 Standar 5: Palpasi Abdominal

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

2.1.12.4 Standar 6: Pengelolaan Anemia pada Kehamilan

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

2.1.12.5 Standar 7: Pengelolaan Dini Hipertensi pada Kehamilan

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

2.1.12.6 Standar 8: Persiapan Persalinan

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

2.2 Asuhan Persalinan Fisiologis

2.2.1 Pengertian Asuhan Persalinan Fisiologis

Menurut Prawirohardjo (2009), Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan persentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. Menurut Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi (JNPK-KR) (2008), persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (Infartu) sejak uterus (rahim) berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap.

2.2.2 Tujuan Asuhan Persalinan Fisiologis

Menurut Prawirohardjo (2009), tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.

2.2.3 Asuhan Persalinan Normal

Langkah-langkah Asuhan Persalinan Normal, standar 60 langkah asuhan persalian normal, berdasarkan buku acuan pelatihan Asuhan Persalinan Normal (2012) standar 60 langkah APN sebagai berikut:

Tabel 2.4 Standar 60 Langkah APN (asuhan persalinan normal)

No (1)	Kegiatan (2)
1.	a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina c) Perineum menonjol d) Vulva-vagina dan springter ani membuka
2.	Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oxytocin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3.	Memakai alat perlindungan diri seperti memakai celemek plastic, topi, masker, kacamata, sepatu tertutup.
4.	Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali/pribadi yang bersih.
5.	Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk pemeriksaan dalam.
6.	Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (dengan menggunakan sarung tangan DTT atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah DTT atau steril tanpa mendekontaminasi tabung suntik.
7.	Membersihkan vulva dan perineum, menyeka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan kebelakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi.
8	Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomy
9.	Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit lalu mencuci tangan
10.	Memeriksa denyut Jantung Janin (DJJ). Setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-180x/menit).Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada patograf
11.	Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu dalam posisi yang nyaman sesuai keinginan. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
12.	Meminta bantuan kepada keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran
13.	Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran: a. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran. b. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran c. Anjurkan ibu beristirahat di antara kontraksi d. Berikan asupan cairan peroral
14.	Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.

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

	untuk membantu mencegah terjadinya inversion uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30- 40 detik, hentikan peregangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsang puting susu.
36.	Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat kearah bawah dan kemudian kearah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. Perhatikan: a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva. b. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan peregangan tali pusat selama 15 menit. Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM, nilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jikaperlu.
37.	Jika plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati, memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan lahirkan selaput ketuban
38.	Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan massase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras)
39.	Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh.
40.	Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
41.	Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
42.	Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit lalu mencuci tangan.
43.	Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan serta cek kandung kemih apakah kosong atau penuh
44.	Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan massase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
45.	Mengevaluasi kehilangan darah.
46.	Memeriksa tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi pada ibu, setiap 15 menit sekali selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit sekali selama sejam kedua pasca persalinan.
47.	Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih dan kering.
48.	Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas semua peralatan setelah dekontaminasi.
49.	Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
50.	Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan cairan ketuban, lender, darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
51.	Memastikan bahwa ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
52.	Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
53.	Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54.	Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
55.	Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi
56.	Dalam satu jam pertama, beri salep mata, vitamin K1 mg IM dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, cek pernafasan dan suhu tubuh bayi.
57.	Setelah satu jam pemberian vit K berikan suntikan immunisasi Hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
58.	Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.

59.	Cuci kedua tangan dengan sabun dengan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering.
60.	Lengkapi partograph

Sumber: JNPK-KR

2.2.4 Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan dan Kelahiran Bayi
Menurut Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi (JNPK-KR) (2008), lima benang merah yang saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman adalah sebagai berikut:

2.2.4.1 Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan klinik merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan ini harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan. Membuat keputusan klinik tersebut dihasilkan melalui serangkaian proses dan metode dan sistematika yang menggunakan informasi dan hasil dari olah kognitif dan intuitif serta dipadukan dengan kajian teoritis dan intervensi berdasarkan bukti (*evidence-based*), keterampilan dan pengalaman yang dikembangkan melalui berbagai tahapan yang logis dan diperlukan dalam upaya untuk menyelesaikan masalah dan terfokus pada pasien. Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik:

- a. Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan.
- b. Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah.
- c. Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi atau dihadapi.
- d. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah.

- e. Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah.
- f. Melaksanakan asuhan atau intervensi terpilih.
- g. Memantau atau mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi.

2.2.4.2 Pencegahan Infeksi

Tindakan pencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen-komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dan mengurangi infeksi karena bakteri, virus, dan jamur. Pencegahan infeksi (PI) dalam pelayanan asuhan kesehatan yaitu memakai sarung tangan, mengenakan, perlungakapan pelindung pribadi (kacamata, masker, celemek, dll) dapat melindungi penolong terhadap percikan yang dapat mengkontaminasikan dan menyebarkan penyakit. waspada dan berhati-hati dalam menangani benda tajam, melakukan proses dekontaminasi, dan menangani peralatan yang terkontaminasi merupakan cara-cara untuk meminimalkan risiko infeksi. Pencegahan infeksi tersebut, tidak hanya bagi ibu dan bayi baru lahir, tapi juga terhadap penolong persalinan dan staf kesehatan lainnya (Saifudin, 2009).

2.2.4.3 Pencacatan (Dokumentasi)

Pencacatan adalah bagian penting dari proses membuat keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus menerus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

Pencatatan rutin penting karena:

- a. Dapat digunakan sebagai alat bantu untuk membuat keputusan klinik dan mengevaluasi apakah asuhan atau perawatan sudah sesuai dan efektif, mengidentifikasi

kesenjangan pada asuhan yang diberikan dan untuk membuat perubahan dan peningkatan pada rencana asuhan atau perawatan (JNPK-KR. 2008).

- b. Dapat digunakan sebagai tolak ukur keberhasilan proses membuat keputusan klinik. Dari aspek metode keperawatan, informasi tentang intervensi atau asuhan yang bermanfaat dapat dibagikan atau diteruskan kepada tenaga kesehatan lainnya (Prawirohardjo. 2009).
- c. Merupakan cacatan permanen tentang asuhan, perawatan dan obat yang diberikan (Saifudin, 2009).
- d. Dapat dibagikan diantara para penolong persalinan. Hal ini menjadi penting jika ternyata rujukan memang diperlukan karena hal ini berarti lebih dari satu penolong persalinan akan memberikan perhatian dan asuhan pada ibu atau bayi baru lahir (JNPK-KR. 2008).
- e. Dapat mempermudah kelangsungan asuhan dari satu kunjungan ke kunjungan berikutnya, dari satu penolong persalinan ke persalinan lainnya, atau dari seorang penolong ke fasilitas kesehatan lainnya. Melalui pencatatan rutin, penolong persalinan akan mendapat informasi yang relevan dari setiap ibu atau bayi baru lahir yang diasuhnya (Winjosastro, 2008).

2.2.4.4 Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dari tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Rujukan tepat waktu merupakan unggulan asuhan sayang ibu dalam mendukung keselamatan ibu dan bayi baru lahir.

Hal-hal penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu dan bayi:

- a. B (Bidan)

Pastikan bahwa ibu atau bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten untuk melaksanakan gawat darurat obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan (Saifudin, 2009).

b. A (Alat)

Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, alat resusitasi, dll) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan dalam perjalanan menuju fasilitas rujukan (Prawirohardjo, 2009).

c. K (Keluarga)

Beritahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan obat-obatan yang diterima ibu atau bayi baru lahir. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik (Saifudin, 2009).

d. S (Surat)

Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu atau bayi baru lahir. Sertakan juga partograf yang dipakai untuk membuat keputusan klinik (JNPK-KR .2008).

e. O (obat)

Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke fasilitas rujukan. Obat-obatan tersebut mungkin akan diperlukan selama di perjalanan (JNPK-KR. 2008).

f. K (Kendaraan)

Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi cukup nyaman. Selain itu, pastikan kondisi kendaraan cukup baik untuk mencapai tujuan pada waktu yang tepat (Saifudin, 2009).

g. U (uang)

Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama atau bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan (Winjosastro, 2008).

2.2.5 Tanda-Tanda Persalinan

2.2.5.1 Adanya kontraksi Rahim

secara umum, tanda awal bahwa ibu hamil untuk melahirkan adalah mengejangnya rahim atau dikenal istilah kontraksi, kontraksi tersebut berirama, teratur dan involuter. Kontraksi yang sesungguhnya akan muncul dan hilang secara teratur dengan intensitas makin lama makin meningkat, perut akan mengalami kontraksi dan relaksasi, diakhir kehamilan proses kontraksi akan lebih sering terjadi (Walyani, 2015).

2.2.5.2 Keluarnya Lendir Darah

Lendir disekresi sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan, Lendir mulanya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka. Lendir inilah yang dimaksud boody slim (Walyani, 2015).

2.2.5.3 Keluarnya air-air (Ketuban)

Proses penting menjelang kehamilan adalah pecahnya air ketuban. Selama sembilan bulan masa genetasi bayi aman

melayang dalam cairan amnion. Keluarnya air-air dan jumlahnya cukup banyak, berasal dari ketuban yang pecah akibat kontraksi yang makin sering terjadi. Ketuban mulai pecah sewaktu-waktu sampai pada saat persalinan. Kebocoran cairan amniotik bervariasi dari yang mengalir deras sampai yang menetes sedikit demi sedikit, sehingga dapat ditahan dengan pembalut yang bersih. Tidak ada rasa sakit yang menyertai pemecahan ketuban dan alirannya tergantung pada ukuran, dan kemungkinan kepala bayi telah memasuki rongga panggul ataupun belum (Walyani, 2015).

2.2.5.4 Pembukaan Serviks

Penipisan mendahului dilatasi serviks, pertama-pertama aktivitas uterus dimulai untuk mencapai penipisan, setelah penipisan kemudian aktivitas uterus menghasilkan dilatasi servik yang cepat (Walyani, 2015).

2.2.6 Tanda Bahaya Persalinan

2.2.6.1 Perdarahan Lewat Jalan Lahir.

2.2.6.2 Ibu mengalami kejang.

2.2.6.3 Ibu tidak kuat mengedan.

2.2.6.4 Ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat.

2.2.6.5 Air ketuban keruh dan berbau (KemenKes RI, 2016).

2.2.7 Partograf

2.2.7.1 Pengertian

Menurut Prawirohardjo (2009), menjelaskan bahwa partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan.

2.2.7.2 Tujuan

- a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan yaitu DDJ, nadi, kontraksi setiap 30 menit. Pemeriksaan dalam, tekanan

darah, perubahan bentuk kepala, penurunan, suhu, protein, aseton dan volume urin setiap 4 jam (JNPK-KR, 2012).

- b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal (Prawirohardjo, 2009).
- c. Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan mendokumentasi yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir (Prawirohardjo, 2009).

2.2.7.3 Kriteria Penggunaan Partograf

Menurut Prawirohardjo (2009), partograf harus digunakan pada:

- a. Semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan sampai dengan lahirnya bayi, sebagai elemen penting asuhan persalinan.
- b. Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dll).
- c. Semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya (Spesialis Obstetri, Bidan, Dokter umum, Residen dan Mahasiswa).

2.2.8 Induksi Persalinan

2.2.8.1 Pengertian Induksi Persalinan

Menurut Manuaba (2010) induksi persalinan adalah upaya untuk melahirkan janin menjelang aterm, dalam keadaan keadaan belum terdapat tanda-tanda persalinan atau belum in partu, dengan kemungkinan janin dapat hidup di luar kandungan (umur di atas 25 minggu). Dengan induksi persalinan bayi sudah dapat hidup di luar kandungan, sebagai upaya untuk menyelamatkan janin dari pengaruh buruk apabila janin masih dalam kandungan.

2.2.8.2 Tujuan Induksi

Menurut Yayan, A. (2009) tujuan melakukan induksi antara lain:

- a. Mengantisipasi hasil yang berlainan sehubungan dengan kelanjutan kehamilan.
- b. Menimbulkan aktifitas uterus yang cukup untuk perubahan serviks dan penurunan janin tanpa menyebabkan hiperstimulasi uterus atau komplikasi janin.
- c. Agar terjadi pengalaman melahirkan yang alami dan seaman mungkin dan memaksimalkan kepuasan ibu

2.2.8.3 Indikasi

Menurut Permana Angga, dkk. (2009), Indikasi persalinan antara lain:

- a. Ibu hamil tidak merasakan adanya kontraksi atau his. Padahal kehamilannya sudah memasuki tanggal perkiraan lahir bahkan lebih (sembilan bulan lewat).
- b. Induksi juga dapat dilakukan dengan alasan kesehatan ibu, misalnya ibu menderita tekanan darah tinggi, terkena infeksi serius, atau mengidap diabetes.
- c. Ukuran janin terlalu kecil, bila dibiarkan terlalu lama dalam kandungan diduga akan beresiko atau membahayakan hidup janin.
- d. Membran ketuban pecah sebelum ada tanda-tanda awal persalinan.
- e. Plasenta keluar lebih dahulu sebelum bayi.

Untuk dapat melakukan induksi persalinan perlu dipenuhi beberapa kondisi di bawah ini, yaitu:

- a. Sebaiknya serviks uteri sudah matang, yakni serviks sudah mendatar dan menipis dan sudah dapat dilalui oleh sedikitnya 1 jari, serta sumbu serviks mengarah ke depan.

- b. Tidak ada disproporsi sefalopelvik (CPD).
- c. Tidak terdapat kelainan letak janin yang tidak dapat dibetulkan.
- d. Sebaiknya kepala janin sudah mulai turun ke dalam rongga panggul. (Yayan, 2009).

Bila nilai lebih dari 8 induksi persalinan kemungkinan akan berhasil.

Tabel 2.5 Penilaian Induksi menurut Bishop

Skor	0	1	2	3
Pembukaan Servik	0	1-2	3-4	5-6
Pendataran Servik	0-30%	40-50%	60-70%	80%
Penurunan Kepala diukur dari bidang H III (cm)	-3	-2	-1 0	+1 +2
Konsistensi Servik	Keras	Sedang	Lunak	
Posisi Servik	Kebelakang	Searah Sumbu Jalan Lahir	Kearah depan	

(Manuaba, 2010)

2.2.8.4 Kontraindikasi

Menurut Manuaba (2010), kontraindikasi induksi antara lain: disproporsi sefalopelvik, insufisiensi plasenta, malposisi dan malpresentasi, plasenta previa, gemelli, distensi rahim yang berlebihan, grande multipara, serta cacat rahim.

2.2.8.5 Risiko melakukan Induksi

Menurut Yayan, A (2009), Risiko induksi persalinan yang mungkin terjadi diantaranya adalah:

- a. Adanya kontraksi rahim yang berlebihan. Itu sebabnya induksi harus dilakukan dalam pengawasan yang ketat dari dokter yang menangani. Jika ibu merasa tidak tahan dengan rasa sakit yang ditimbulkan, biasanya proses induksi dihentikan dan dilakukan operasi *caesar*.
- b. Janin akan merasa tidak nyaman sehingga dapat membuat bayi mengalami gawat janin (stress pada bayi). Itu sebabnya selama proses induksi berlangsung, penolong

- harus memantau gerak janin. Bila dianggap terlalu beresiko menimbulkan gawat janin, proses induksi harus dihentikan.
- c. Dapat merobek bekas jahitan operasi *caesar*. Hal ini bisa terjadi pada yang sebelumnya pernah dioperasi *caesar*, lalu menginginkan kelahiran normal.
 - d. *Emboli*. Meski kemungkinannya sangat kecil sekali namun tetap harus diwaspadai. Emboli terjadi apabila air ketuban yang pecah masuk ke pembuluh darah dan menyangkut di otak ibu, atau paru-paru. Bila terjadi, dapat merenggut nyawa ibu seketika.

2.2.8.6 Proses Induksi

Menurut Permana, A (2009), ada dua cara yang biasanya dilakukan oleh untuk memulai proses induksi, yaitu kimia dan mekanik. Namun pada dasarnya, kedua cara ini dilakukan untuk mengeluarkan zat prostaglande (prostaglandin) yang fungsinya sebagai zat penyebab otot rahim berkontraksi.

- a. Secara kimia, ibu akan diberikan obat-obatan khusus. Ada yang diberikan dengan cara diminum, dimasukkan ke dalam vagina, diinfuskan, atau pun disemprotkan pada hidung. Biasanya, tak lama setelah salah satu cara kimia itu dilakukan, ibu hamil akan merasakan datangnya kontraksi.
- b. Secara mekanik, biasanya dilakukan dengan sejumlah cara, seperti menggunakan metode stripping, vibrator, kateter, serta memecahkan ketuban.

Induksi Secara Kimia atau Medikamentosa

- a. Prostaglandin E2
 - 1) Sediaan vaginal
 - a) Lebih mudah diberikan.
 - b) Lebih mudah di pindahkan.
 - c) Lebih sedikit kemungkinan diletakkan di ekstra amnion.

- d) Lebih sedikit menyebabkan ketidaknyamanan pasien (Yayan, 2009).
- 2) Efek prostaglandin E2 antara lain:
- a) Kontraksi miometrium.
 - b) Pada serviks menyebabkan pemecahan kolagen dan deposit proteoglikan.
 - c) Vasodilator.
 - d) Bronkodilator.
 - e) Efek motilitas GI dan sekresi (Permana, 2009).
- 3) Cara dan Dosis:
- a) Intraserviks (Prepidil). Prostaglandin E2 0.5 mg dalam saluran serviks.
 - b) Vaginal (Prostin E2 vaginal gel). Prostaglandin E2 1 atau 2 mg dalam fornix posterior.
 - c) Vaginal (Cervidil vaginal insert). Prostaglandin E2 10 mg, dalam fornix posterior.
 - d) Misoprostol, dosis 25ug/6jam, rata rata hanya diperlukan 2 kali intravaginal (Yayan, 2009).
- 4) Keuntungan
- a) Meningkatkan penerimaan pasien.
 - b) Menurunkan angka persalinan operatif.
 - c) Kebutuhan berkurang untuk induksi dengan oksitosin.
 - d) Dapat digunakan pada ketuban pecah dini (Permana, 2009).
- 5) Kerugian
- Menurut Yayan, A (2009), kerugian mempunyai efek samping yaitu: hiperstimulasi, CVS events, nausea, vomiting, dan diare.

2.2.9 Asuhan Persalinan Fisiologis

Menurut Prawirohardjo (2009), tahapan asuhan persalinan normal terdiri dari 60 langkah yaitu:

- 2.2.9.1 Melihat tanda dan gejala persalinan kala dua
 - a. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina.
 - c. Perineum menonjol.
 - d. Vulva vagina dan sfingter ani membuka.
- 2.2.9.2 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.
- 2.2.9.3 Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- 2.2.9.4 Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai atau pribadi yang bersih.
- 2.2.9.5 Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 2.2.9.6 Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set atau wadah desinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik.
- 2.2.9.7 Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti

- sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan terkontaminasi).
- 2.2.9.8 Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- 2.2.9.9 Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan yang 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.
- 2.2.9.10 Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) Setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).
- 2.2.9.11 Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
- a. Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan dekontaminasikan temuan-temuan.
 - b. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
- 2.2.9.12 Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
- 2.2.9.13 Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
- a. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - c. Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya.

- d. Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi
- e. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
- f. Menilai denyut jantung janin (DJJ) setiap lima menit.
- g. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
- h. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
- i. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

2.2.9.14 Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 -6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.

2.2.9.15 Meletakkan kain yang bersih yang dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.

2.2.9.16 Membuka partus set.

2.2.9.17 Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

2.2.9.18 Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan.

2.2.9.19 Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.

- 2.2.9.20 Menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih secara lembut.
- 2.2.9.21 Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, kemudian 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 bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
- 2.2.9.22 Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 2.2.9.23 Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi.
- 2.2.9.24 Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arcus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
- 2.2.9.25 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. Menggunakan tangan anterior untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
- 2.2.9.26 Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
- 2.2.9.27 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)
Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.

- 2.2.9.28 Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu dan bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin secara intra muskular.
- 2.2.9.29 Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama.
- 2.2.9.30 Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- 2.2.9.31 Meringkakan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.
- 2.2.9.32 Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dengan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.
- 2.2.9.33 Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
- 2.2.9.34 Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
- 2.2.9.35 Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit i.m di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
- 2.2.9.36 Memindahkan klem pada tali pusat.
- 2.2.9.37 Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan

uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

2.2.9.38 Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke atas dan belakang (dorsokranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seotang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

2.2.9.39 Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm, dari vulva.

b. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit:

1) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit i.m.

2) Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.

3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

4) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.

5) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

2.2.9.40 Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan

hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan dengan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem dan *forceps* disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

- 2.2.9.41 Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, melakukan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi.
- 2.2.9.42 Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah masase 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.
- 2.2.9.43 Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
- 2.2.9.44 Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
- 2.2.9.45 Mencelupkan kedua tangannyang memakai sarung tangan ke larutan klorin 0,5 % membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkan dengan kain yang bersih dan kering.
- 2.2.9.46 Menempatkan klem tali pusat desinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikatkan tali desinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- 2.2.9.47 Mengikatkan satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.

- 2.2.9.48 Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.
- 2.2.9.49 Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepala. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- 2.2.9.50 Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
- 2.2.9.51 Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.
- 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan
 - Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan.
 - Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
 - Jika ditemukan lacerasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anastesi lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
- 2.2.9.52 Mengajarkan pada ibu atau keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- 2.2.9.53 Mengevaluasi kehilangan darah
- 2.2.9.54 Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selamam satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.
- Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.
 - Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
- 2.2.9.55 Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit. Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 2.2.9.56 Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.

2.2.9.57 Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

2.2.9.58 Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.

2.2.9.59 Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.

2.2.9.60 Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

2.2.9.61 Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

2.2.9.62 Melengkapi partograf.

2.2.10 Standar Pelayanan Kebidanan

Menurut Soepardan (2008), terdapat empat standar dalam standar pelayanan antenatal sebagai berikut.

2.2.10.1 Standar 9: Asuhan Persalinan Kala I

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

2.2.10.2 Standar 10: Persalinan Kala II Yang Aman

Pernyataan standar: Bidan melakukan pertolongan persalinan yang aman dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap klien serta memerhatikan tradisi setempat.

2.2.10.3 Standar 11: Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala III

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

2.2.10.4 Standar 12: Penanganan Kala II Dengan Gawat Janin Melalui Episiotomy

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

2.3 Asuhan Bayi Baru Lahir Fisiologis

2.3.1 Bayi baru lahir merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin (Dewi. 2011).

menurut Sari Puspita Eka (2014), asuhan segera pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama bayi pertamanya setelah kelahiran. Sebagian besar bayi baru lahir akan menunjukkan usaha pernafasan spontan dengan sedikit bantuan atau gangguan.

2.3.2 Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut Sari Puspita Eka (2014), tujuan asuhan bayi baru lahir yaitu:

2.3.2.1 Mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi.

2.3.2.2 Menghindari risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan.

2.3.2.3 Mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasikan masalah kesehatan BBL yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan.

2.3.3 Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Dewi (2010), bayi baru lahir dikatakan normal jika termasuk dalam kriteria adalah sebagai berikut:

- 2.3.3.1 Lahir aterm antara 37-42 minggu
- 2.3.3.2 Berat badan 2.500-4000 gram
- 2.3.3.3 Panjang badan 48-52 cm
- 2.3.3.4 Lingkar dada 30-38 cm
- 2.3.3.5 Lingkar kepala 33-35 cm
- 2.3.3.6 Lingkar Lengan 11-12 cm
- 2.3.3.7 Bunyi jantung dalam menit pertama kira-kira 180x/menit, kemudian menurun sampai 120-110 x/menit
- 2.3.3.8 Pernafasan 40-60 x/menit
- 2.3.3.9 Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subcutan cukup terbentuk dan diliputi vernik caseosa
- 2.3.3.10 Rambut kepala biasanya telah sempurna
- 2.3.3.11 Kuku agak panjang atau melewati jari-jari
- 2.3.3.12 Genetalia
 - a. Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uterus yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.
 - b. Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.
- 2.3.3.13 Reflek hisap dan menelan baik
- 2.3.3.14 Reflek suara sudah baik, bayi bila dikagetkan akan memperlihatkan gerakan memeluk
- 2.3.3.15 Reflek menggenggam sudah baik
- 2.3.3.16 Eliminasi baik, urine dan meconium akan keluar 24 jam pertama, meconium berwarna hitam kecoklatan.

2.3.4 Pemeriksaan Fisik Bayi

Menurut Kemenkes, RI (2010), pemeriksaan fisik pada bayi, yaitu:

- 2.3.4.1 Melihat postur, tonus, dan aktivitas dalam keadaan normalnya posisi tungkai dan lengan fleksi, dan bayi sehat akan bergerak aktif.

- 2.3.4.2 Melihat kulit dalam keadaan normalnya wajah, bibir, dan selaput lendir, dada harus bewarna merah muda, tanpa adanya kemerahan atau bisul.
- 2.3.4.3 Melihat hidung yaitu pernafasannya dan lihat tarikan dinding pada bawah ketika bayi sedang tidak menangis, dalam keadaan normalnya frekuensi nafas normal 40-60 kali per menit, dan tidak ada tarikan dinding dada bawah yang dalam.
- 2.3.4.4 Menghitung denyut jantung dengan meletakkan stetoskop di dada kiri setinggi apeks kordis, dalam keadaan normalnya frekuensi denyut jantung normal 120-160 kali per menit.
- 2.3.4.5 Melakukan pengukuran suhu ketiak dengan termometer, suhu normal $36,5^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$.
- 2.3.4.6 Melihat dan meraba bagian kepala dalam keadaan normalnya bentuk kepala terkadang asimetris karena penyesuaian pada saat proses persalinan, umumnya hilang dalam 48 jam dan ubun-ubun besar rata atau tidak membonjol, dapat sedikit membonjol saat bayi menangis.
- 2.3.4.7 Melihat mata untuk mengetahui adanya tidaknya kotoran atau *secret*.
- 2.3.4.8 Melihat bagian dalam mulut yaitu dengan cara masukkan satu jari yang menggunakan sarung tangan ke dalam mulut, raba langit-langit, bibir, gusi, langit-langit utuh dan tidak ada bagian yang terbelah, dan menilai kekuatan isap bayi. Bayi akan mengisap kuat jari pemeriksa.
- 2.3.4.9 Melihat dan raba perut dalam keadaan normalnya perut bayi datar dan teraba lemas.
- 2.3.4.10 Melihat tali pusat untuk memastikan tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau yang tidak enak pada tali pusat atau kemerahan sekitar tali pusat.
- 2.3.4.11 Melihat punggung dan raba tulang belakang dalam keadaan normalnya kulit teraba utuh, tidak terdapat lubang dan benjolan pada tulang belakang.

- 2.3.4.12 Memeriksa ekstremitas atas dan bawah berguna untuk adanya atau tidak terdapat seidaktil, polidaktili, siemenline, dan kelainan kaki (*pesquino varus dan vagus*).
- 2.3.4.13 Melihat lubang anus untuk menghindari memasukkan alat atau jari dalam memeriksa anus, menanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air besar, melihat lubang anus untuk memeriksa apakah mekonium sudah keluar dan biasanya mekonium keluar dalam 24 jam setelah lahir.
- 2.3.4.14 Melihat dan meraba alat kelamin dengan cara menanyakan pada ibu apakah bayi sudah buang air kecil. Bayi perempuan kadang terlihat cairan vagina bewarna putih atau kemerahan. Bayi laki-laki terdapat lubang uretra pada ujung penis, terapa testis di skroktum, memastikan bayi sudah buang air kecil dalam 24 jam setelah lahir, dan yakinkan tidak ada kelainan alat kelamin, misalnya hipospadia, rudimenter, kelamin ganda.
- 2.3.4.15 Menimbang bayi dengan menggunakan selimut, hasil penimbangan dikurangi berat selimut, normal berat lahir 2,5 sampai 4 kg. Dalam minggu pertama, berat bayi mungkin turun dahulu (tidak melebihi 10% dalam waktu 3 sampai 7 hari) baru kemudian naik kembali.
- 2.3.4.16 Mengukur panjang dan lingkar kepala bayi, panjang lahir normal 48-52 cm, serta lingkar kepala normal 33-37 cm.

2.3.5 Refleks Fisiologis Bayi

Menurut Hidayat, A. A (2009), refleks fisiologis pada bayi, antara lain:

2.3.5.1 Reflek *moro*

Lakukan rangsangan dengan suara keras yaitu pemeriksaan bertepuk tangan akan memberikan respin memeluk.

2.3.5.2 Refleks *rooting*

Usap pipi bayi dengan lembut, maka bayi merespon dengan menolehkan kepalanya ke arah jari dan membuka mulutnya.

2.3.5.3 Refleks *sucking*

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

2.3.5.4 Refleks *grasping*

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

2.3.5.5 Refleks *tonic neck*

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

2.3.5.6 Refleks *babynsky*

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

2.3.5.7 Refleks *walking*

Bayi menggerakkan tungkainya dalam satu gerakkan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras.

2.3.6 Asuhan pada Bayi Baru Lahir

2.3.6.1 Penilaian awal bayi baru lahir

Menurut Sari Puspita, E (2014), penilaian awal bayi baru lahir yaitu:

a. Nilai kondisi bayi:

- 1) Apakah bayi menangis kuat atau bernafas tanpa kesulitan?
 - 2) Apakah bayi bergerak aktif dengan aktif atau lemas?
 - 3) Apakah warna kulit bayi merah muda, pucat, atau biru?
- Ketiga hal di atas dilakukan secara cepat, dan tepat guna melanjutkan pemberian asuhan bayi baru lahir selanjutnya.

- b. Membersihkan jalan nafas
 - 1) Sambil menilai pernafasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk diatas perut ibu.
 - 2) Bersihkan darah atau lendir dari wajah bayi dengan kain bersih kering atau kassa.
 - 3) Periksa ulang pernafasan.
 - 4) Bayi akan segera menangis dalam waktu 30 detik pertama setelah lahir.
- c. Jika tidak dapat menagis spontan dilakukan:
 - 1) Letakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat.
 - 2) Gulung sepotong kain dan letakkan di bawah bahu sehingga bayi ekstensi.
 - 3) Bersihkan hidung, rongga mulut, dan tenggorokan bayi.
 - 4) engan jari tangan yang dibungkus kassa steril.
 - 5) Tepuk telapak tangan bayi sebanyak 2-3 kali gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar
(Hidayat, 2009).
- d. Penghisapan lendir
 - 1) Gunakan alat penghisap lendir mulut (*De Lee*) atau alat lain yang steril, sediakan juga tabung oksigen dan selangnya.
 - 2) Segera lakukan usaha menghisap mulut dan hidung.
 - 3) Memantau atau mencatat usaha nafas yang pertama.
 - 4) Warna kulit, adanya cairan atau mekonium dalam hidung atau mulut harus diperhatikan (Saifudin, 2009).

2.3.6.2 Penilaian Apgar Score

Menurut Sari Puspita, E (2014), apgar score merupakan alat untuk mengkaji kondisi bayi sesaat setelah lahir menjadi 5 variabel (pernafasan, frekuensi jantung, warna, tonus otot, dan iritabilitas refleks). Dilakukan pada 1 menit kelahiran yaitu

untuk memberi kesempatan pada bayi untuk memulai perubahan:

- a. Menit ke 5
- b. Menit ke 1

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

Tabel 2.6 Apgar Score

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

(Sari Puspita, 2014).

2.3.6.3 Pencegahan Infeksi

Menurut Sari Puspita Eka (2014), Bayi baru Lahir sangat rentan terjadi infeksi, sehingga perlu diperhatikan hal-hal dalam perawatannya.

- a. Cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan bayi.
- b. Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- c. Pastikan semua peralatan (gunting, benang tali pusat) telah di DTT, jika menggunakan bola karet penghisap, pastikan dalam keadaan bersih.
- d. Pastikan semua pakain, handuk, selimut, serta kain yang digunakan untuk bayi dalam keadaan bersih.
- e. Pastikan timbangan, pipa pengukur, termometer, stetoskop, dan benda-benda lainnya akan bersentuhan

dengan bayi dalam keadaan bersih (dekontaminasi setelah digunakan).

2.3.6.4 Pencegahan Kehilangan Panas

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

- a. Evaporasi adalah cara kehilangan panas yang utama pada tubuh bayi terjadi karena menguapkan air ketuban yang tidak cepat dikeringkan, atau terjadi setelah bayi dimandikan.
- b. Konduksi adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.
- c. Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar dengan udara di sekitar yang lebih dingin.
- d. Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi ditempatkan dekat benda yang mempunyai temperatur tubuh lebih rendah dari temperatur tubuh bayi
(Dewi. 2011).

Cara mencegah kehilangan panas:

- a. Kerungkan bayi secara seksama
- b. Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kering dan hangat.
- c. Tutup bagian kepala bayi.
- d. Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya.
- e. Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir.
- f. Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat
(Sari Puspita, 2014).

2.3.6.5 Perawatan Tali Pusat

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

- a. Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan ke dalam klorin 0,5% untuk membersihkan darah dan sekresi tubuh lainnya.
- b. Bilas tangan dengan air matang atau DTT.
- c. Keringkan tangan (besarung tangan).
- d. Letakkan bayi yang terbungkus di atas permukaan yang bersih dan hangat.
- e. Ikat ujung tali sekitar 1 cm dari pusat dengan menggunakan benang DTT. Lakukan simpul kunci atau jepitan.
- f. Jika menggunakan benang tali pusat, lingkarkan benang sekeliling ujung tali pusat dan lakukan pengikatan kedua dengan simpul kunci di bagian tepi pada sisi yang berlawanan.
- g. Lepaskan klem penjepit dan letakkan di dalam larutan klorin 0,5%.
- h. Selimuti bayi dengan kain bersih dan kering, pastikan bahwa bagian kepala bayi tertutup (Hidayat, 2009).

2.3.6.6 Inisiasi Menyusui Dini

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

Posisi untuk menyusui:

- a. Ibu memeluk kepala dan tubuh bayi secara lurus agar muka bayi menghadapi ke payudara ibu dengan hidung di depan puting susu ibu.

- a. Perut bayi menghadap ke perut ibu dan ibu harus menopang seluruh tubuh bayi tidak hanya leher dan bahunya.
- b. Dekatkan bayi ke payudara jika ia tampak siap untuk menghisap puting susu.
- c. Membantu bayinya untuk menempelkan mulut bayi pada puting susu di payudaranya.
 - 1) Dagunya menyentuh payudara ibu.
 - 2) Mulut terbuka lebar.
 - 3) Mulut bayi menutupi sampai ke aerola.
 - 4) Bibir bayi bagian bawah melengkung keluar.
 - 5) Bayi menghisap dengan perlahan dan dalam, serta kadang-kadang berhenti (Saifudin, 2009).

2.3.6.7 Pencegahan Infeksi pada Mata

Menurut Sari Puspita, E (2014), pencegahan infeksi dapat diberikan pada bayi baru lahir antara lain dengan:

- a. Memberikan obat tetes mata atau salep
 Diberikan 1 jam pertama bayi lahir yaitu: eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1%. Yang bisa dipakai adalah larutan perak nitrat atau Neosporin dan langsung diteteskan pada mata bayi segera setelah bayi lahir.
- b. Pemberian imunisasi awal
 Pelaksanaan penimbangan, penyuntikkan vitamin K1, salep mata dan imunisasi Hepatitis B (HB0) harus dilakukan. Pemberian layanan kesehatan tersebut dilaksanakan pada periode setelah IMD sampai 2-3 jam setelah lahir, dan akan dilaksanakan di kamar bersalin oleh dokter, bidan atau perawat. Semua BBL harus diberi penyuntikkan vitamin K1 (*Phytomenadione*) 1 mg intramuskular di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL. Salep atau tetes mata diberikan iuntuk

pencegahan infeksi mata (Oxytetrasiklin 1%) (Kemenkes, 2010). Imunisasi Hepatiti B diberikan 1-2 jam di paha kana setelah penyuntikan. Vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati. Menurut Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi (JNPK-KR) (2008), imunisasi hepatitis B bermanfaat untu mecegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu ke bayi. Imunisasi hepatitis B pertama diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K1, pada saat bayi berumur 2 jam. Selanjutnya hepatitis B dan *difteri pertusis tetanus* (DPT) diberikan pada umur 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan. Dianjurkan *bacillus calmette guerin* (BCG) dan *oral polio vaccine* (OPV) diberikan pada saat bayi berumur 24 jam (pada saat bayi pulang dari klinik) atau usia 1 bulan kunjungan neonatus (KN). Selanjutnya, *oral polio vaccine* (OPV) diberikan sebanyak 3 kali pada umur 2 bulan, 3 bulan, dan 4 bulan. Lakukan pencatatan dan anjurkan ibu untuk kembali pada jadwal imunisasi berikutnya.

2.3.6.8 Tanda Bahaya pada Bayi

Menurut Sari Puspita Eka (2014), tanda-tanda bahaya yang harus diwaspadai pada bayi baru lahir sebagai berikut:

- a. Pernafasan sulit atau >60 kali per menit.
- b. Kehangatan terlalu npanas atau (>38°C atau terlalu dingin <36°C.
- c. Warna kuning (terutama pada 24 jam pertama). Biru atau pucat, memar.
- d. Pemberian makan, hisapah lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.

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

2.3.7 Standar Asuhan Bayi Baru Lahir

2.3.7.1 Standar Kunjungan Neonatus

Menurut KemenKes RI (2010), adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu:

Tabel 2.7 Kunjungan Neonatus

Kunjungan	Waktu	Pelaksanaan
1	6-48 jam setelah bayi lahir	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan suhu tubuh bayi. Hindari memandikan bayi hingga sedikitnya enam jam dan hanya setelah itu jika tidak terjadi masalah medis dan jika suhunya 36.5°C Bungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat, kepala bayi harus tertutup. 2. Pemeriksaan fisik bayi. 3. Dilakukan pemeriksaan fisik
Kunjungan	Waktu	Pelaksanaan
		<ol style="list-style-type: none"> a. Gunakan tempat tidur yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan. b. Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan lakukan pemeriksaan. c. Telinga: Periksa dalam hubungan letak dengan mata dan kepala. d. Mata: Tanda-tanda infeksi e. Hidung dan mulut: Bibir dan langit-langit, pembekakan atau bercak hitam, tanda-tanda lahir. f. Konseling: Jaga kehangatan, Pemberian ASI, perawatan tali pusat, agar ibu mengawasi tanda-tanda bahaya.

		<p>Tanda-tanda bahaya yang harus dikenali oleh ibu: pemberian ASI sulit, sulit menghisap atau lemah hisapan, Kesulitan bernafas yaitu pernafasan cepat >60 x/m atau menggunakan otot tambahan, letargis bayi terus menerus tidur tanpa bangun untuk makan, warna kulit abnormal, kulit biru (sianosis) atau kuning, suhuterlalu panas atau terlalu dingin (hipotermi), tanda dan perilakutidak biasa, gangguan gastro internal misalnya tidak bertinja selama 3 hari, muntah terus-menerus, Perut membengkak, tinja hijau tua dan darah berlendir, mata bengkak atau mengeluarkan cairan.</p> <p>4. Lakukan perawatan tali pusat, pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Kunjungan	Waktu	Pelaksanaan
		<p>terbuka agar terkena udara dan dengan kain bersih secara longgar, lipatlah popok di bawah tali pusat, jika tali pusat terkena kotoran tinja, cuci dengan sabun dan keringkan dengan benar.</p> <p>5. Gunakan tempat yang hangat dan bersih.</p> <p>6. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan.</p> <p>7. Memberikan Imunisasi HB-0.</p>
2	Kurun waktu hari ke 3 sampai dengan hari ke 7	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering. 2. Menjaga kebersihan bayi. 3. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare.
3	setelah bayi lahir.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan ASI Bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan. 2. Menjaga keamanan bayi. 3. Menjaga suhu tubuh bayi. 4. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA. 5. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan.
Kunjungan	Waktu	Pelaksanaan

4	hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering. 2. Menjaga kebersihan bayi. 3. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan Masalah pemberian ASI.
Kunjungan	Waktu	Pelaksanaan
		<ol style="list-style-type: none"> 4. Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering. 5. Menjaga kebersihan bayi. 6. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan Masalah pemberian ASI. 7. Memberikan ASI Bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan. 8. Menjaga keamanan bayi. 9. Menjaga suhu tubuh bayi. 10. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan 11. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan.

(KemenKes, 2010)

2.3.7.2 Standar Pelayanan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

Menurut Soepardan (2008), standar pelayanan masa nifas adalah sebagai berikut:

a. Standar 13: Perawatan Bayi Baru Lahir

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

b. Standar 24: Asfiksia Neonatorum

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

2.4 Asuhan Nifas Fisiologis

2.4.1 Pengertian Asuhan Nifas Fisiologis

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

2.4.2 Tujuan Asuhan Nifas Fisiologis

Menurut Prawirohardjo (2009), tujuan asuhan masa nifas yaitu:

2.4.2.1 Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologi.

2.4.2.2 Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.

2.4.2.3 Memberikan pendidikan, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.

2.4.2.4 Memberikan pelayanan keluarga berencana.

2.4.3 Perubahan pada Masa Nifas

2.4.3.1 Perubahan Sistem Reproduksi

Menurut Saleha, S (2009), selama masa nifas, alat-alat interna maupun eksterna berangsur-angsur kembali keadaan sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genitalia ini disebut involusi. Pada masa ini terjadi juga perubahan penting lainnya, perubahan-perubahan yang terjadi antara lain sebagai berikut:

a. Uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

1) Iskemia miometrium

Hal ini disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta sehingga membuat uterus menjadi relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

2) Atrofi jaringan

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon estrogen saat pelepasan plasenta.

(Suherni, 2009).

3) Autolysis

Menrupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesterone (Saleha, 2009).

4) Efek Oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan reaksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus (Handayani, 2011).

Perubahan-perubahan normal pada uterus selama post partum adalah sebagai berikut:

Tabel 2.8 Perubahan Ukuran Uterus

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

(Saleha, 2009)

b. Lokia

Menurut Saleha (2009) Lokia adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa atau alkalis yang membuat organism berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lokia mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lokia mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lokia dapat dibagi menjadi lokia rubra, sanguilenta, serosa, dan alba. Lokia dibagi menjadi 4 jenis yaitu:

- 1) Lokia rubra, ciri-cirinya terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, dan sisa darah, warnanya merah kehitaman, dan akan keluar 1 sampai 3 hari pasca melahirkan.
- 2) Lokia sanguilenta, ciri-cirinya sisa darah bercampur darah, warnanya putih bercampur merah, dan keluar pada hari 3 sampai hari ke 7 pasca melahirkan.
- 3) Lokia serosa, ciri-cirinya lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta, warnanya kekuningan atau kecoklatan, dan keluar pada hari ke 7 sampai hari ke 14 pasca melahirkan.
- 4) Lokia alba, ciri-cirinya mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati, warnanya putih, dan dimulai dari hari ke 14 sampai satu atau dua minggu (Prawirohardjo. 2009).

Umumnya jumlah lokia lebih sedikit bila wanita post partum dalam posisi berbaring daripada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu di vagina bagian atas saat wanita dalam posisi berbaring dan kemudian akan

mengalir saat berdiri. Total jumlah rata-rata pengeluaran lokia sekitar 240 hingga 270 ml (Prawirohardjo. 2009).

c. Vagina dan Perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendor. Rugae timbul kembali pada minggu ketiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkule mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama (Saleha, 2009).

Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengalami tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian (Suherni. 2009).

2.4.3.2 Perubahan Sistem Pencernaan

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tinggi kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal (Saleha, 2009).

Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain:

a. Nafsu Makan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan. Asupan makanan menurun juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari (Handayani, 2011).

b. Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anestesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal (Saleha, 2009).

c. Pengosongan Usus

Pasca melahirkan ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun lacerasi jalan lahir. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu untuk kembali normal.

- 1) Pemberian diet atau makanan yang mengandung serat
- 2) Pemberian cairan yang cukup
- 3) Pengetahuan tentang pola eliminasi pasca melahirkan
- 4) Pengetahuan tentang perawatan luka jalan lahir

Bila usaha di atas tidak berhasil dapat dilakukan pemberian hunkah atau obat yang lain (Saleha, 2009).

2.4.3.3 Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah *partus*. Pembuluh-pembuluh darah yang ada yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Ligament-ligament

diagfragma pelvis, serta *fasia* yang meregang pada waktu persalinan, secara berangur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus jauh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum retundum menjadi kendor. Tidak jarang pula wanita mengeluh” kandungannya turun” setelah melahirkan karena ligament, *fasia*, jaringan penunjang alat genetalia menjadi kendor. Stabilitasi secara sempurna terjadi pada minggu 6-8 minggu setelah persalinan (Suherni, 2009).

2.4.3.4 Perubahan Tanda-Tanda Vital

Pada ibu pascapersalinan, terdapat beberapa perubahan tanda-tanda vital sebagai berikut:

a. Suhu

Selama 24 jam pertama, suhu mungkin meningkatkan menjadi 38°C, sebagai akibat meningkatnya kerja otot, dehidrasi dan perubahan hormonal. Jika terjadi peningkatan suhu 38°C yang menetapkan 2 hari setelah 24 jam melahirkan, maka perlu dipikirkan adanya infeksi seperti *sepsis puerperalis* (infeksi selama postpartum), infeksi saluran kemih, *edometritis* (peradangan endometrium), pembengkakan payudara, dan lain-lain (Saleha, 2009).

b. Nadi

Dalam periode waktu 6-7 jam sesudah melahirkan, sering ditemukan adanya *bradikardia* 50-70 kali permenit (normalnya 80-100 kali permenit) dan dapat berlangsung sampai 6-10 hari setelah melahirkan. Keadaan ini bisa berhubungan dengan penurunan usaha jantung, penurunan volume darah yang mengikuti pemisahan plasenta dan kontraksi *uterus* dan peningkatan stroke volume. *Takhikardi* kurang sering terjadi, bila terjadi hubungan peningkatan kehilangan darah (Suherni. 2009).

c. Tekanan darah

Selama beberapa jam setelah melahirkan, ibu dapat mengalami *hipotensi orthostik* (penurunan 20 mmHg) yang ditandai dengan adanya pusing segera setelah berdiri, yang dapat terjadi hingga 46 jam pertama. Hasil pengukuran tekanan darah seharusnya tetap stabil setelah melahirkan. Penurunan tekanan darah bisa mengindikasikan penyesuaian fisiologis terhadap penurunan tekanan *intrauterin* atau adanya *hipovolemia* sekunder yang berkaitan dengan *hemorhagi* uterus (Saleha, 2009).

d. Pernafasan

Fungsi pernafasan ibu kembali ke fungsi seperti saat sebelum hamil pada bulan ke enam setelah melahirkan (Suherni, 2009).

2.4.3.5 Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Pada kehamilan terjadi peningkatan sirkulasi volume darah yang mencapai 50%. Perubahan volume darah tergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi serta pengeluaran cairan *ekstravaskuler*. Mentoleransi kehilangan darah pada saat melahirkan perdarahan pervaginam normalnya 400-500 cc. Sedangkan melalui *seksio caesaria* kurang lebih 700-1000 cc. *Bradikardia* (dianggap normal), jika terjadi *takikardia* dapat merefleksikan adanya kesulitan atau persalinan lama dan darah yang keluar lebih dari normal atau perubahan setelah melahirkan. Pada minggu ketiga dan keempat setelah bayi lahir, volume darah biasanya menurun mencapai volume darah sebelum hamil (Saleha, 2009).

2.4.3.6 Perubahan dalam Sistem Endokrin

Sistem endokrin mengalami perubahan secara tiba-tiba selama kala IV persalinan dan mengikuti lahirnya *plasenta*.

Selama periode postpartum, terjadi perubahan hormon yang besar. Selama kehamilan, payudara disiapkan untuk laktasi (*hormon estrogen* dan *progesteron*) kolostrum, cairan payudara yang keluar sebelum produksi susu terjadi pada trimester III dan minggu pertama postpartum. Pembesaran *mammae* atau payudara terjadi dengan adanya penambahan sistem vaskuler dan limpatik sekitar *mammae*. Waktu yang dibutuhkan hormon-hormon ini untuk kembali ke kadar sebelum hamil sebagai ditentukan oleh apakah ibu menyusui atau tidak. Cairan menstruasi pertama setelah melahirkan biasanya lebih banyak dari normal, dalam 3 sampai 4 sirkulasi, seperti sebelum hamil (Suherni. 2009).

2.4.3.7 Perubahan Sistem Hematologi

Menurut Saleha, S (2009), pada minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah.

Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel-sel darah putih sebanyak 15.000 selama persalinan. Jumlah leukosit akan tetap tinggi selama beberapa hari pertama masa post partum. Jumlah sel darah putih akan tetap bisa naik lagi sampai 25.000 hingga 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama (Handayani, 2011).

Pada awal post partum, jumlah hemoglobin, hematokrit dan eritrosit sangat bervariasi. Hal ini disebabkan volume darah, volume plasenta, dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Tingkatan ini dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi dan wanita tersebut. Jika hematokrit pada hari pertama atau

kedua lebih rendah pada titik 2 persen atau lebih tinggi daripada saat memasuki persalinan awal, maka pasien dianggap telah kehilangan darah yang cukup banyak. Titik 2 persen kurang lebih sama dengan kehilangan darah 500 ml darah (Suherni, 2009).

Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 post partum akan normal dalam 4-5 minggu post partum. Jumlah kehilangan darah selama masa persalinan kurang lebih 200-500 ml, minggu pertama post partum berkisar 500-800 ml dan selama sisa masa nifas berkisar 500 ml (Saleha,2009).

2.4.4 Kebutuhan dasar Ibu Nifas

Ada beberapa kebutuhan dasar ibu dalam masa nifas, menurut Suherni (2009) yaitu:

2.4.4.1 Gizi

Ibu nifas dianjurkan untuk: makan dengan diet berimbang, cukup, karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral, mengkonsumsi makanan tambahan, nutrisi 800 kalori/hari pada bulan pertama, 6 bulan selanjutnya 500 kalori dan tahun kedua 400 kalori. Asupan cairan 3 liter/hari, 2 liter di dapat dari air minum dan 1 liter dari cairan yang ada pada kuah sayur, buah dan makanan yang lain, mengkonsumsi tablet besi 1 tablet tiap hari selama 40 hari, mengkonsumsi vitamin A 200.000 iu. Pemberian vitamin A dalam bentuk suplementasi dapat meningkatkan kualitas ASI, meningkatkan daya tahan tubuh dan meningkatkan kelangsungan hidup anak.

2.4.4.2 Kebersihan Diri

Ibu nifas dianjurkan untuk: menjaga kebersihan seluruh tubuh, mengajarkan ibu cara membersihkan daerah kelamin dengan

sabun dan air, menyarankan ibu mengganti pembalut setiap kali mandi, BAB atau BAK, paling tidak dalam waktu 3-4 jam, menyarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum menyentuh kelamin, anjurkan ibu tidak sering menyentuh luka episiotomi dan laserasi, pada ibu post sectio caesaria (SC), luka tetap di jaga agar tetap bersih dan kering, tiap hari di ganti balutan (Saleha, 2009).

2.4.4.3 Istirahat dan tidur

Ibu nifas dianjurkan untuk: istirahat cukup untuk mengurangi kelelahan, tidur siang atau istirahat selagi bayi tidur, kembali ke kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, mengatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu untuk istirahat pada siang kira-kira 2 jam dan malam 7-8 jam. Kurang istirahat pada ibu nifas dapat berakibat: mengurangi jumlah ASI, memperlambat *involsi*, yang akhirnya bisa menyebabkan perdarahan, depresi (Suherni, 2009).

2.4.4.4 Eliminasi

BAB dan BAK. Buang air kecil (BAK) dalam enam jam ibu nifas harus sudah BAK spontan, kebanyakan ibu nifas berkemih spontan dalam waktu 8 jam, urine dalam jumlah yang banyak akan di produksi dalam waktu 12-36 jam setelah melahirkan, *ureter* yang berdiltasi akan kembali normal dalam waktu 6 minggu. Selama 48 jam pertama nifas (puerperium), terjadi kenaikan *dueresis* sebagai berikut: pengurangan volume darah ibu, *autolisis* serabut otot uterus. Buang air besar (BAB) biasanya tertunda selama 2-3 hari, karena *edema* persalinan, diet cairan, obat-obatan analgetik, dan *perenium* yang sangat sakit, bila lebih 3 hari belum BAB bisa diberikan obat laksantia, *ambulasi* secara dini dan teratur akan membantu dalam regulasi BAB, Asupan cairan yang adekaut dan diet tinggi serat sangat dianjurkan (Saleha, 2009).

2.4.4.5 Pemberian ASI atau Laktasi

Hal-hal yang diberitahukan kepada ibu nifas yaitu: menyusui bayi segera setelah lahir minimal 30 menit bayi telah disusukan, ajarkan cara menyusui yang benar, memberikan ASI secara penuh 6 bulan tanpa makanan lain (ASI eksklusif), menyusui tanpa jadwal, sesuka bayi (*on demand*), di luar menyusui jangan memberikan dot/kompeng pada bayi, tapi berikan dengan sendok, penyapihan bertahap meningkatkan frekuensi makanan dan menurunkan frekuensi pemberian ASI (Suherni. 2009).

2.4.4.6 Senam Nifas

Selama kehamilan dan persalinan ibu banyak mengalami perubahan fisik seperti dinding perut menjadi kendur, longgarnya liang senggama, dan otot dasar panggul. Untuk mengembalikan kepada keadaan normal dan menjaga kesehatan agar tetap prima, senam nifas sangat baik dilakukan pada ibu setelah melahirkan. Ibu tidak perlu takut untuk banyak bergerak, karena dengan ambulasi secara dini dapat membantu rahim untuk kembali ke bentuk semula. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari yang kesepuluh, terdiri dari sederetan gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan ibu (Suherni. 2009).

2.4.4.7 Seksualitas Masa Nifas

Kebutuhan seksual sering menjadi perhatian ibu dan keluarga. Diskusikan hal ini sejak mulai hamil dan diulang pada postpartum berdasarkan budaya dan kepercayaan ibu dan keluarga. Seksualitas ibu dipengaruhi oleh derajat ruptur perineum dan penurunan hormon steroid setelah persalinan. Keinginan seksual ibu menurun karena kadar hormon rendah, adaptasi peran baru, kelelahan (kurang istirahat dan tidur).

Penggunaan kontrasepsi (ovulasi terjadi pada kurang lebih 6 minggu) diperlukan karena kembalinya masa subur yang tidak dapat diprediksi. Menstruasi ibu terjadi pada kurang lebih 9 minggu pada ibu tidak menyusui dan kurang lebih 30-36 minggu atau 4-18 bulan pada ibu yang menyusui (Handayani, 2011).

Hal-hal yang mempengaruhi seksual pada masa nifas, yaitu:

- a. Intensitas respons seksual berkurang karena perubahan faal tubuh. Tubuh menjadi tidak atau belum sensitif seperti semula.
- b. Rasa lelah akibat mengurus bayi mengalahkan minat untuk bermesraan.
- c. Bounding dengan bayi menguras semua cinta kasih, sehingga waktu tidak tersisa untuk pasangan.
- d. Kehadiran bayi di kamar yang sama membuat ibu secara psikologis tidak nyaman berhubungan intim.
- e. Pada minggu pertama setelah persalinan, hormon estrogen menurun yang mempengaruhi sel-sel penyekresi cairan pelumas vagina alamiah yang berkurang. Hal ini menimbulkan rasa sakit bila berhubungan seksual. Untuk itu, diperlukan pelumas atau rubrikan.
- f. Ibu mengalami *let down* ASI, sehingga respons terhadap orgasme yang dirasakan sebagai rangsangan seksual pada saat menyusui. Respons fisiologis ini dapat menekan ibu, kecuali mereka memahami bahwa hal tersebut adalah normal (Suherni. 2009).

Solusi untuk mengatasi masalah di atas, antara lain:

- a. Bidan biasanya memberi batasan rutin 6 minggu pasca persalinan. Akan tetapi, jika pasangan ingin lebih cepat, konsultasikan hal ini untuk mengetahui dengan pasti jenis persalinan, kondisi perineum, luka episiotomi, dan

kecepatan pemulihan sesungguhnya. Jika permintaan ditolak dokter atau bidan, pasangan hendaknya menaati dan menunggu hingga 6 minggu pasca persalinan agar tidak menyakitkan ibu secara fisik.

- b. Ungkapkan cinta dengan cara lain, seperti dengan duduk berpelukan di depan TV menggosok punggung pasangan, dan berdansa berdua. Jika tidak lelah, dapat membantu melakukan pasangan dengan masturbasi. Jika keduanya menginginkan, dapat melakukan hubungan intim oral. Namun, kadang tidak ada keintiman yang lebih memuaskan dari berbaring dan berpelukan.
- c. Program kontrasepsi harus segera dilakukan sebelum hubungan seksual karena ada kemungkinan hamil kembali dalam kurun waktu kurang dan 6 minggu (kontrasepsi untuk mencegah kehamilan) (Saleha, 2009).

2.4.4.8 Keluarga Berencana

Idealnya setelah melahirkan boleh hamil lagi setelah 2 tahun. Pada dasarnya ibu tidak mengalami ovulasi selama menyusui eksklusif atau penuh 6 bulan ibu belum mendapatkan haid (*metode amenorhe laktasi*). Meskipun setiap metode kontrasepsi beresiko, tetapi menggunakan kontrasepsi jauh lebih aman. Jelaskan pada ibu berbagai macam metode kontrasepsi yang diperbolehkan selama menyusui. Metode hormonal, khususnya oral (*estrogen-progesteron*) bukanlah pilihan pertama bagi ibu yang menyusui (Handayani, 2011).

2.4.5 Ketidaknyamanan Ibu Pada Masa Nifas dan Cara Mengatasinya

Menurut Saleha, S (2009) , adalah sebagai berikut :

2.4.5.1 Nyeri Setelah Melahirkan

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus yang terjadi secara terus menerus. Nyeri ini lebih umum terjadi pada paritas tinggi dan pada wanita

menyusui. Cara mengatasinya bisa dengan rendam duduk dua sampai tiga kali sehari dengan menggunakan air dingin.

2.4.5.2 Keringat Berlebihan

Wanita post partum mengeluarkan keringat berlebih karena menggunakan rute ini, dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan, cara mengatasinya yaitu dengan membuat kulit tetap bersih dan kering (Suherni, 2009).

2.4.5.3 Pembesaran payudara

Diperkirakan bahwa pembesaran payudara disebabkan oleh kombinasi akumulasi dan stesis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti, cara mengatasinya yaitu menggunakan BH yang dapat menyangga payudara (Handayani, 2011).

2.4.5.4 Nyeri Perineum

Selesai buang air besar, bersihkan bagian vagina. Sering ganti pembalut, dan luka harus selalu kering dan bersih (Saleha, 2009).

2.4.5.5 Konstipasi

Rasa takut menghambat fungsi bowel jika wanita takut bahwa hal tersebut dapat merobek jahitan atau akibat nyeri yang disebabkan oleh ingatannya tentang tekanan bowel pada saat persalinan. Cara mengatasinya yaitu banyak makan makanan yang mengandung serat (Suherni, 2009).

2.4.5.6 Hemoroid

Hemoroid selama masa kehamilan dapat menimbulkan traumatis dan menjadi lebih edema selama kala dua persalinan (Saleha, 2009).

2.4.6 Tanda Bahaya Masa Nifas

Perdarahan pervaginam, infeksi masa nifas, sakit kepala, nyeri epigastrik, penglihatan kabur, pembengkakkan di wajah atau ekstremitas, demam, muntah, rasa sakit waktu BAK, payudara yang berubah menjadi merah, panas dan terasa sakit, kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama, rasa sakit, merah, lunak dan pembengkakkan di kaki (Suherni. 2009).

2.4.7 Standar Asuhan Nifas

2.3.5.2 Menurut Prawirohardjo (2009), paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah terjadi. Jadwal kunjungan masa nifas yang dianjurkan:

a. Kunjungan ke 1 (6-8 jam setelah persalinan), tujuannya untuk:

- 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena antonia uteri.
- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk bila perdarahan berlanjut.
- 3) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena antonia uteri.
- 4) Pemberian ASI awal.
- 5) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- 6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.

Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

b. Kunjungan ke 2 (6 hari setelah persalinan), tujuannya untuk:

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

2.3.5.3 Standar Pelayanan Kebidanan

Menurut Dinkes (2016), standar pelayanan masa nifas adalah sebagai berikut:

- a. Standart 14: Penanganan pada dua jam pertama setelah persalinan.

Bidan melakukan pemantauan pada ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam dua jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan. Di samping itu, bidan memberikan penjelasan tentang hal-hal yang mempercepat pulihnya kesehatan ibu dan membantu ibu untuk memulai pemberian ASI.

- b. Standart 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 ke enam setelah persalinan untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar, penemuan dini, penanganan, atau perujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, Imunisasi dan KB.

2.5 Asuhan Akseptor Keluarga Berencana (KB)

2.5.1 Pengertian Asuhan Keluarga Berencana (KB)

Menurut Handayani (2010), Keluarga berencana (KB) adalah usaha untuk mewujudkan keluarga bahagia dan sejahtera melalui pengaturan kelahiran anak dengan cara menunda kelahiran anak pertama, menjarangkan kelahiran anak berikutnya, maupun membatasi kelahiran anak selanjutnya melalui penggunaan alat atau obat kontrasepsi setelah melahirkan. Pasca persalinan atau masa nifas adalah suatu keadaan/masa dimulai sejak bayi lahir diikuti dengan keluarnya

plasenta (ari-ari). Berakhir sampai rahim pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya 40 hari. Konseling tentang keluarga berencana (KB) dimulai pada saat kunjungan asuhan antenatal (perawatan kehamilan) ke fasilitas pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan (dokter atau bidan). Saat melakukan asuhan antenatal tersebut ibu akan mendapatkan konseling selain konseling keluarga berencana (KB), juga tentang gizi dan ASI eksklusif, serta konseling tentang persiapan persalinan oleh tenaga kesehatan (Hartanto, 2009).

2.5.2 Tujuan Asuhan Keluarga Berencana (KB)

2.5.2.1 Membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekutan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.

2.5.2.2 Pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga.

2.5.2.3 Memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan ibu, anak, keluarga dan bangsa.

2.5.2.4 Mengurangi angka kelahiran untuk menaikkan taraf hidup rakyat dan bangsa.

2.5.2.5 Memenuhi permintaan masyarakat akan pelayanan KB dan KR yang berkualitas, termasuk upaya-upaya menurunkan angka kematian ibu, bayi, dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi (BKKBN, 2009).

2.5.3 Pengelompokan Metode Kontrasepsi

2.5.3.1 Kontrasepsi alamiah: cara kontrasepsi yang tidak memakai alat, obat, atau tindakan operatif tetapi berdasarkan adanya masa subur dan tidak subur.

2.5.3.2 Kontrasepsi buatan: cara kontrasepsi dengan memakai alat, obat, atau tindakan operatif. (Saifuddin,2010).

2.5.4 Pentingnya ASI bagi Bayi

Asi merupakan gizi terbaik yang tidak tergantikan oleh susu formula, kontak kulit antara ibu dan bayi membuat otak bayi mengeluarkan hormon oksitosin (hormon cinta) membuat bayi tenang dan merasa terlindungi dan bayi mendapat kolostrum, kaya antibodi, penting untuk pertumbuhan usus, ketahanan infeksi, dan kehidupan bayi (Handayani, 2010).

2.5.5 Syarat Kontrasepsi di Masa Menyusui Efektif

2.5.5.1 Tidak berpengaruh terhadap Kualitas dan produksi ASI

2.5.5.2 Tidak berpengaruh terhadap Pertumbuhan bayi

2.5.5.3 Efek samping minimal

2.5.5.4 Kesuburan dapat kembali cepat, bila pemakaian kontrasepsi dihentikan (Hartanto, 2009).

2.5.6 Jenis Kontrasepsi yang aman bagi Ibu Menyusui

2.5.6.1 Metode Amenore Laktasi dan metode alami lainnya

2.5.6.2 Kontrasepsi Barrier (Kondom, Diaphragma, Spermisida).

2.5.6.3 Kontrasepsi Hormonal (hormon progestogen saja): (POP) *progestin only pil* (Mini Pil), Injeksi, Implan, LNG IUS (*levonorgstrel intra uterin system*).

2.5.6.4 IUD.

2.5.6.5 Kontrasepsi Mantap (sterilisasi) (Saifuddin, 2010).

2.5.7 Indikasi menggunakan Kontrasepsi

2.5.7.1 Semua perempuan.

2.5.7.2 Paritas berapapun.

2.5.7.3 Kurus atau gemuk.

2.5.7.4 Merokok.

2.5.7.5 Alasan kesehatan tertentu.

2.5.7.6 Alasan agama atau filosofi.

- 2.5.7.7 Tidak dapat menggunakan metode lain.
- 2.5.7.8 Ingin pantang sanggama tiap siklus.
- 2.5.7.9 Ingin mengobservasi, mencatat dan menilai
(Handayani, 2010).

2.5.8 Kontraindikasi menggunakan Kontrasepsi

- 2.5.8.1 Kehamilan merupakan risiko tinggi.
- 2.5.8.2 Belum mendapat haid.
- 2.5.8.3 Siklus haid tak teratur.
- 2.5.8.4 Pasangan tidak mau bekerja sama (Hartanto, 2009).

2.5.9 Pengertian Kontrasepsi Suntik 3 Bulan

Menurut Handayani (2010), suntikan progestin menggunakan Depo Medroksi Progesteron Asetat (DMPA) yang mengandung 150 mg DMPA yang diberikan tiap 3 bulan dengan cara disuntik Intra Muskuler (di daerah bokong). Depo provera atau depo metroxy progesterone asetat adalah satu sintesa progestin yang mempunyai efek seperti progesterone asli dari tubuh wanita. Obat ini dicoba pada tahun 1958 untuk mengobati abortus habitualis dan endometriosis ternyata pada pengobatan abortus habitualis seringkali terjadi kemandulan setelah kehamilan berakhir. Depo provera sebagai obat kontrasepsi suntikan ternyata cukup manjur dan aman dalam pelayanan keluarga berencana. Anggapan bahwa depo provera dapat menimbulkan kanker pada leher rahim atau payudara pada wanita yang mempergunakannya, belum didapat bukti-bukti yang cukup tegas, bahkan sebaliknya.

2.5.10 Kontrasepsi Suntik 3 bulan

2.5.10.1 Cara Kerja Suntik Tiga Bulan

Menurut Wiknjosastro, H (2007), secara umum kerja dari KB suntik progestin adalah sebagai berikut.

- a. Mencegah ovulasi, kadar progestin tinggi sehingga menghambat lonjakan *luteinizing hormone* (LH) secara

efektif sehingga tidak terjadi ovulasi. Kadar *follicle stimulating hormone* (FSH) dan *luteinizing hormone* (LH) menurun dan tidak terjadi lonjakan *luteinizing hormone* (LH Surge). Menghambat perkembangan folikel dan mencegah ovulasi. Progestogen menurunkan frekuensi pelepasan *follicle stimulating hormone* (FSH) dan *luteinizing hormone* (LH).

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

2.5.10.2 Indikasi Kontrasepsi Suntik Tiga Bulan

Menurut Handayani, S (2010), yang diperbolehkan menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan yaitu:

- a. Usia reproduksi (20-30 tahun).
- b. Telah memiliki anak, ataupun yang belum memiliki anak.
- c. Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektifitas yang tinggi.
- d. Menyusui ASI pasca persalinan lebih dari 6 bulan.
- e. Pasca persalian dan tidak menyusui.

- f. Anemia.
- g. Nyeri haid hebat.
- h. Haid teratur.
- i. Riwayat kehamilan ektopik.
- j. Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.

2.5.10.3 Kontraindikasi Kontrasepsi Suntik Tiga Bulan

Menurut Handayani, S (2010), yang tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi suntik tiga bulan yaitu:

- a. Hamil atau dicurigai hamil (reaksi cacat pada janin > 100.000 kelahiran).
- b. Ibu menginginkan haid teratur.
- c. Menyusui dibawah 6 minggu pasca persalinan.
- d. Ibu yang menderita sakit kuning (liver).
- e. Kelainan jantung.
- f. Varises (urat kaki keluar).
- g. Hipertensi (tekanan darah tinggi).
- h. kanker payudara atau organ reproduksi.
- i. Menderita kencing manis *diabetes mellitus* (DM). Selain itu, ibu yang merupakan perokok berat, sedang dalam persiapan operasi.
- j. Sakit kepala sebelah (migrain) merupakan kelainan-
kelainan yang menjadi pantangan penggunaan KB suntik ini.
- k. Perdarahan saluram genital yang tidak terdiagnosis.
- l. Penyakit arteri berat di masa lalu atau saat ini.
- m. Efek samping serius yang terjadi pada kontrasepsi oral kombinasi yang bukan disebabkan oleh estrogen.
- n. Adanya penyakit kanker hati.
- o. Depresi berat.

2.5.10.4 Keuntungan Kontrasepsi Suntik Tiga Bulan

Menurut Winjosastro, H (2008), keuntungan kontrasepsi suntik tiga bulan adalah sebagai berikut:

- a. Tidak mengganggu hubungan seksual.
- b. Tidak mengandung estrogen, sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
- c. Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang.
- d. Tidak mempengaruhi produksi ASI.
- e. Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- f. Dapat digunakan oleh perempuan yang berusia lebih dari 35 tahun sampai perimenopause.
- g. Mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
- h. Menurunkan kemungkinan penyakit jinak payudara.
- i. Mencegah penyebab penyakit radang panggul.
- j. Menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell).

2.5.10.5 Kekurangan Kontrasepsi Suntik Tiga Bulan

Menurut Winjosastro, H (2008), keuntungan kontrasepsi suntik tiga bulan adalah sebagai berikut:

- a. Sering ditemukan gangguan haid seperti :
 - 1) Siklus haid yang memendek atau memanjang.
 - 2) Perdarahan yang banyak atau sedikit.
 - 3) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (*spotting*).
 - 4) Tidak haid sama sekali.
- b. Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan (klien harus kembali untuk mendapatkan suntikan ulang).
- c. Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.
- d. Penambahan berat badan merupakan efek samping tersering.
- e. Tidak melindungi diri dari PMS atau HIV atau AIDS.

- f. Terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- g. Terlambatnya pemulihan kesuburan bukan karena kerusakan/kelainan pada organ genitalia melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan.
- h. Terjadinya perubahan pada lipid serum dalam penggunaan jangka panjang.
- i. Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas).
- j. Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, nervositas, jerawat.

2.5.10.6 Waktu mulai menggunakan Kontrasepsi Suntik Tiga Bulan

Menurut Saifuddin, A. B. (2010), waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntik tiga bulan adalah sebagai berikut:

- 1) Mulai suntikan pertama pada hari 1-7 siklus haid (Tidak memerlukan kontrasepsi tambahan).
- 2) Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke-7 siklus haid (Jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari).
- 3) Bila klien tidak haid (amenhorea), suntikan dapat digunakan setiap saat, asal diyakini tidak hamil (Jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja).
- 4) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi hormonal lain dan ingin menggantinya dengan suntikan progestin. Suntikan progestin dapat segera diberikan (Tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya datang).
- 5) Bila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntikan hormonal lain, dan ingin menggantinya dengan suntikan progestin. Suntikan dapat diberikan sesuai jadwal suntikan

ulang kontrasepsi sebelumnya (Tidak diperlukan metode kontrasepsi tambahan)

- 6) Bila kontrasepsi yang pernah digunakan sebelumnya adalah kontrasepsi non hormonal dan ingin menggantinya dengan suntikan progestin. Suntikan progestin dapat segera diberikan, bila kontrasepsi sebelumnya digunakan dengan benar atau ibu tersebut sedang tidak hamil. (Tidak perlu menunggu sampai haid berikutnya datang).
- 7) Bila suntikan progestin diberikan pada hari ke 1-7 siklus haid (Tidak memerlukan metode kontrasepsi lain).

2.5.11 Standar Asuhan Keluarga Berencana

2.5.11.1 Standar Praktik Kebidanan Kontrasepsi Suntik Tiga Bulan

- 1) Tutupkan gordena untuk privasi klien.
Klien dapat nyaman dengan asuhan yang diberikan.
- 2) Siapkan alat yang akan digunakan dalam pemberian KB suntik 3 bulan.
Persiapan yang matang dan tepat dalam meningkatkan kualitas dalam memberikan pelayanan kontrasepsi dan lebih efektif dalam melakukan suatu tindakan.
- 3) Cuci tangan sebelum dilakukan tindakan penyuntikan
Cuci tangan merupakan langkah awal untuk mencegah terjadinya resiko terjadinya kontaminasi silang antara petugas kesehatan dengan pasien.
- 4) Lakukan pengocokan pada vial KB suntik 3 bulan (*Medroxiprogesterone Acetate* 150 mg/3ml) secara lembut dan merata.
Pengocokan memiliki fungsi agar baik atau larutan maupun kandungan obat dapat bercampur menjadi homogen dan khasiat larutan KB dapat dirasakan oleh ibu
- 5) Lakukan penyedotan obat *Medroxiprogesterone Acetate* 150 mg/3ml dari vial sampai habis dengan menggunakan

sprit 3 cc. Pemberian dosis yang tepat dapat meningkatkan efektifitas obat lebih optimal.

6) Tentukan lokasi tempat penyuntikan

Lokasi yang tepat dalam pemberian KB suntik 3 bulan dapat meningkatkan efektifitas kerja dari kontrasepsi yang diberikan.

7) Bersihkan lokasi kulit ibu pada daerah penyuntikan KB suntik 3 bulan dengan menggunakan alkohol

Alkohol berfungsi mematikan kuman pathogen yang ada di sekitar lokasi penyuntikan.

8) Lakukan penusukan pada lokasi kulit yang sudah dibersihkan dengan jarum suntik steril dengan sudut 90 derajat, lakukan aspirasi pada lokasi tempat penyuntikan ibu dan masukkan obat ke dalam tubuh ibu.

Penusukan yang tepat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu, dilakukan aspirasi mengurangi resiko masuknya obat ke dalam vena.

9) Tidak melakukan penekanan yang berlebihan pada lokasi tempat penyuntikan, beritahu ibu untuk tidak melakukan pengusapan yang berlebihan pada lokasi tempat penyuntikan.

Pengusapan yang berlebihan menyebabkan obat lebih cepat terserap dalam tubuh ibu dan mengurangi efektifitas dari kontrasepsi yang diberikan.

10) Buang alat suntik yang benar di tempat yang aman

Pembuangan yang tepat melindungi petugas kebersihan dari cedera dan penularan infeksi melalui jarum suntik yang telah digunakan (Winjosastro, 2008).

2.5.11.2 Standar Pelayanan Kontrasepsi Suntik Tiga Bulan

Menurut Saifuddin, A.B. (2010), ada beberapa standar pelayanan dalam memberikan KB suntik tiga bulan, yaitu:

a. Konseling pra tindakan.

- b. Cara kerja kontrasepsi dalam mencegah kehamilan.
- c. Kerugian dan keuntungan termasuk efek samping terutama yang berhubungan dengan masa haid dan permasalahan.
- d. Penimbangan berat badan.
- e. Ukur tekanan darah.
- f. Waktu kembali untuk suntik berikutnya.

2.5.11.3 Standar Pelayanan Kebidanan

Menurut Soepardan (2008), standar pelayanan Keluarga Berencana (KB) yaitu:

a. Standar 13: Perawatan Bayi Baru Lahir

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

b. Standar 15: Pelayanan Bagi Ibu Dan Bayi Pada Masa Nifas

Pernyataan standar: Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu ke dua dan minggu ke enam 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 perorangan, makanan bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi dan KB.

2.5.11.4 Standar Kompetensi Bidan

Menurut Nurhayati *et al.* (2012), terdapat satu standar pra konsepsi, KB, dan ginekologi, yaitu standar kompetensi ke 2. Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan

pelayanan menyeluruh masyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua.