

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dengan ovum yang dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi yang berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, dimana trimester 1 berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga (minggu ke-28 hingga ke-40 minggu) (Walyani, 2015:69).

Kehamilan merupakan hasil pembuahan sel telur dari perempuan dan sperma dari laki-laki, sel telur akan bisa hidup selama maksimal 48 jam, spermatozoa sel yang sangat kecil dengan ekor yang panjang bergerak memungkinkan untuk dapat menembus sel telur (konsepsi), sel-sel benih ini akan dapat bertahan kemampuan fertilitasnya selama 2-4 hari, proses selanjutnya akan terjadi nidasi, jika nidasi ini terjadi, barulah disebut adanya kehamilan (Sunarti, 2013:31).

2.1.2 Tanda dan Gejala Kehamilan

2.1.2.1 Dugaan Hamil (*Presumptive Diagnosis*)

- a. Amenorea
- b. Mual dan Muntah
- c. Payudara menegang
- d. Miksing/sering buang air kecil
- e. Berat badan bertambah (Sulistyawati, 2014:85).

2.1.2.2 Kemungkinan Hamil (*Probable Diagnosis*)

- a. Pembesaran Abdomen (rahim membesar)
- b. *Ballotement*

- c. Kontraksi Uterus
- d. Tes urine kehamilan (tes HCG) positif
- e. Pada Organ Panggul
 - 1) Tanda *Chandwick*
 - 2) Tanda *Hegar*



Gambar 1. Pemeriksaan bimanual interna untuk mengetahui tanda Hegar

- 3) *Tanda Piskacek* (Sulistiyawati, 2014:83).

2.1.2.3 Pasti Hamil (*Positive Diagnosis*)

Diagnosis kehamilan pasti didasarkan pada temuan objektif yang tidak selalu dapat ditemukan pada trimester pertama

- a. Terdengar Detak Jantung Janin
- b. Palpasi Bagian Janin
 - 1) Bentuk tubuh janin sering dapat diperiksa melalui palpasi abdomen pada kehamilan lebih dari 28 minggu
 - 2) Gerakan janin dapat dirasakan setelah kehamilan 18 minggu
- c. Ultrasonografi
 - 1) Aktivitas jantung dapat dilihat pada kehamilan 5-6 minggu
 - 2) Ektremitas janin terlihat pada kehamilan 7-8 minggu
 - 3) Gerakan janin tangan terlihat pada kehamilan 9-10 minggu

- 4) Terlihat tulang-tulang/rangka janin pada pemeriksaan foto rontgen (>16 minggu) (Maternity *et al.*, 2016:65).

2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Kehamilan

2.1.3.1 Faktor Fisik

a. Status Kesehatan

Ada dua klasifikasi dasar yang berkaitan dengan status kesehatan atau penyakit yang dialami ibu hamil :

- 1) Penyakit atau komplikasi langsung akibat kehamilan, yaitu hyperemesis gravidarum, pre-eklamsia/eklamsia, kehamilan ektopik, kelainan plasenta/selaput janin, dan perdarahan antepartum
- 2) Penyakit atau kelainan tidak langsung yaitu adanya timbal balik dimana penyakit ini dapat memperberat serta mempengaruhi kehamilan atau penyakit ini dapat diperberat oleh kehamilan. Contoh : penyakit jantung, hipertensi, asma, diabetes melitus, dan penyakit menular seksual. Beberapa pengaruh terhadap kehamilan adalah abortus, *intra uterin fetal death* (IUFD), anemia berat, partus prematurus, asfiksia neonatorum, syok dan perdarahan

b. Status Gizi

1) Asam folat

Asam folat adalah bagian dari vitamin B kompleks yang dapat diisolasi dari daun hijau (seperti bayam), buah segar, kulit, hati, ginjal dan jamur. Kebutuhan akan asam folat adalah 50-100 mg/hari pada wanita normal dan 300-400 mg/hari pada wanita hamil. Kekurangan asam folat menyebabkan gangguan

plasenta, abortus habituais, solusio plasenta, dan kelainan kongenital pada janin.

2) Energi

Kebutuhan gizi ibu hamil adalah 285 kalori untuk proses tumbuh kembang janin dan perubahan pada tubuh ibu

3) Protein

Pada proses pembentukan jaringan dari janin dan tubuh ibu dibutuhkan protein sebesar 910 gram, dalam 6 bulan terakhir kehamilan dibutuhkan tambahan 12 gram protein sehari untuk ibu hamil

4) Zat Besi (Fe)

Pemberian suplemen tablet tambah darah atau zat besi secara rutin adalah untuk membangun cadangan besi, sintesis sel darah merah, dan sintesis darah otot. Setiap tablet besi mengandung $FeSO_4$ 320 mg (zat besi 30 mg), minimal 90 tablet per hari

5) Kalsium

Untuk pembentukan tulang dan gigi bayi, kebutuhan kalsium ibu hamil adalah sebesar 500 ,g per hari (Maternity *et al.*, 2016:68).

c. Gaya Hidup

1) Substance abuse adalah perilaku yang merugikan atau membahayakan bagi ibu hamil termasuk penyalahgunaan zat-zat atau obat tertentu (misalnya tetrasiklin) (Maternity *et al.*, 2016:70).

2) Perokok

Ibu hamil yang merokok akan sangat merugikan dirinya dan bayinya. Bayi akan kekurangan oksigen dan racun yang diisap melalui rokok dapat ditransfer lewat plasenta kedalam tubuh bayi dan berisiko

keguguran, kelahiran premature, BBLR atau kematian janin (Sulistyawti, 2014:101).

3) Kebiasaan Minum Jamu

Minum jamu merupakan salah satu kebiasaan yang berisiko bagi wanita hamil, karena efek minum jamu dapat membahayakan tumbuh kembang janin seperti menimbulkan kecacatan, bayi berat lahir rendah (BBLR), kelainan ginjal/jantung janin, asfiksia neonatorum dan kematian janin dalam kandungan. Efek pada ibu hamil, misalnya keracunan, kerusakan ginjal dan jantung, shock dan perdarahan (Bartini, 2012:56).

2.1.3.2 Faktor Psikologis

- a. Stressor Internal : kecemasan, ketegangan, ketakutan, penyakit, cacat, tidak percaya diri, perubahan penampilan, dll
- b. Stressor Eksternal : pengalaman, dan gangguan emosional
- c. Support Keluarga
- d. Partner Abuse (kekerasan selama kehamilan oleh pasangan) (Maternity *et al.*, 2016:71).

2.1.3.3 Faktor Lingkungan, Sosial, Budaya Ekonomi

- a. Kebiasaan Adat Istiadat
- b. Fasilitas Kesehatan
- c. Ekonomi (Maternity *et al.*, 2016:72).

2.1.4 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil (Trimester I, II, dan III)

2.1.4.1 Kebutuhan Fisik

- a. Oksigen

Kebutuhan oksigen pada ibu hamil meningkat 20% sebagai respons dari kehamilannya seperti pernapasan

menjadi dalam. Pada ibu hamil kebutuhan oksigen meningkat dari 500 mL menjadi 700 mL dan ini relative sama dari trimester I, II dan III (Maternity *et al.*, 2016:96).

b. Nutrisi

Kebutuhan nutrisi ibu hamil adalah seperti protein, energi, vitamin dan mineral tujuannya adalah untuk mengenal atau mengubah pola kebiasaan makan dan menetapkan kenaikan berat badan sesuai anjuran. Kenaikan berat badan wanita hamil berkisar antara 6,5-16 kg selama kehamilan (Maternity *et al.*, 2016:97).

c. Personal Hygiene

Sistem metabolisme mengakibatkan peningkatan keringat, keringat yang menempel dikulit meningkatkan kelembapan kulit dan memungkinkan menjadi tempat berkembangnya mikroorganisme yang dapat menimbulkan penyakit kulit terutama pada daerah vital karena saat hamil terjadi pengeluaran secret vagina yang berlebihan

d. Pakaian

Pakaian yang dikenakan ibu hamil harus nyaman, mudah menyerap keringat, mudah dicuci dan tanpa sabuk atau pita yang menekan dibagian perut atau pergelangan tangan yang dapat menghambat sirkulasi darah

e. Eliminasi

Untuk memperlancar mengurangi infeksi kandung kemih, ibu hamil perlu banyak minum dan menjaga kebersihan sekitar kelamin. Perubahan hormonal mempengaruhi aktivitas usus halus dan usus besar sehingga ibu hamil sering mengalami obstipasi (sembelit) yang dapat terjadi karena menurunnya gerakan ibu hamil

f. Perawatan Payudara

Perawatan payudara dilakukann 2 kali sehari sebelum mandi dan dimulai pada kehamilan 6 bulan yang bertujuan untuk menjaga kebersihan payudara terutama puting susu dan mempersiapkan ibu dalam laktasi (Pantiawati, 2012:13).

g. Hubungan Seksual

Hubungan seksual dapat dilakukan seperti biasa kecuali jika terjadi perdarahan atau keluar cairan dari kemaluan dan ada riwayat abortus sebelumnya, koitus ditunda sampai usia kehamilan diatas 16 minggu. Beberapa kepustakaan menganjurkan agar koitus mulai dihentikan pada 3-4 minggu terakhir menjelang perkiraan tanggal persalinan

h. Mobilisasi Body Mekanik

Body mekanik (sikap tubuh yang baik) di instruksikan kepada wanita hamil karena diperlukan untuk membentuk aktivitas sehari-hari yang aman dan nyaman selama kehamilan karena sikap tubuh yang kurang baik akan mengakibatkan sakit pinggang (Maternity *et al.*, 2016:97).

i. Exercise atau Senam Hamil

Tujuan utama senam hamil adalah sebagai berikut :

- 1) Menyesuaikan tubuh dengan baik dalam menyangga beban kehamilan
- 2) Memperkuat otot untuk menopang tekanan
- 3) Membangun daya tahan tubuh
- 4) Memperbaiki sirkulasi dan respirasi
- 5) Meredakan ketegangan dan membantu rileks

j. Istirahat dan Tidur

Kebiasaan tidur larut malam dan kegiatan malam hari harus dipertimbangkan dan kalau mungkin dikurangi agar dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan pertumbuhan dan perkembangan janin. Tidur malam \pm sekitar 8 jam dan istirahat atau tidur siang \pm 2 jam

k. **Immunisasi**

Pada masa kehamilan ibu hamil diharuskan melakukan immunisasi Tetanus Toksoid (TT) agar dapat menurunkan kemungkinan kematian bayi karena tetanus dan terutama melindungi bayi dari penyakit tetanus neonatorum. Pemberian imunitasi Tetanus Toxoid (TT) pada kehamilan umumnya diberikan 2 kali saja. Imunitasi pertama diberikan pada usia 16 minggu untuk yang kedua diberikan 4 minggu kemudian.

Menurut WHO, seorang ibu yang tidak pernah diberikan immunisasi tetanus, sedikitnya diberikan 2x injeksi selama kehamilan (1x pada kunjungan antenatal I dan 1x pada 2 minggu kemudian)

Tabel 1. Jadwal pemberian imunitasi tetanus toksoid

Imunitasi	Interval	Perlindungan
TT 1	Selama antenatal I	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 minggu setelah TT 2	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun-seumur hidup

(Maternity *et al.*, 2016:100).

2.1.4.2 **Kebutuhan Psikologis**

- a. Dukungan Keluarga
- b. Dukungan Tenaga Kesehatan
- c. Rasa Aman dan Nyaman selama Kehamilan

- d. Persiapan mejadi Orangtua
- e. Persiapan Sibling (Saudara Kandung) (Maternity *et al.*, 2016:110)

2.1.5 Ketidaknyamanan pada Trimester III dan Cara Mengatasi

2.1.5.1 Sering kencing

Tertekannya kandung kemih oleh uterus yang semakin membesar dan menyebabkan kapasitas kandung kemih berkurang serta frekuensi berkemih meningkat. Janin yang memasuki PAP sehingga kandung kemih terdorong kedepan dan keatas. Cara mengatasinya yaitu menjelaskan bahwa yang dialami ibu adalah hal yang normal yang terjadi selama kehamilan, menganjurkan mengurangi asupan cairan 2 jam sebelum tidur malam agar tidak terganggu

2.1.5.2 Varises dan Wasir

Varises yaitu pelebaran pada pembuluh darah balik vena sehingga katup vena melemah dan menghambat aliran pembuluh darah balik. Biasanya terlihat pada kaki, vulva dan anus. Tingginya kadar hormon progesteron dan estrogen sehingga aliran darah balik jantung melemah dan vena dipaksa bekerja terlalu keras untuk dapat memompa darah. Cara mengatasinya yaitu dengan posisi kaki lebih tinggi selama 10-15 menit dan dalam keadaan miring hindari duduk dengan posisi kaki menggantung

2.1.5.3 Sesak nafas

Meningkatnya usaha bernafas pada ibu hamil dikarenakan oleh rahim yang membesar sesuai kehamilan mempengaruhi keadaan diafragma pada ibu hamil, diafragma terdorong keatas sekitar 4 cm disertai pergeseran ke atas tulang iga. Cara mengatasinya yaitu menganjurkan ibu mengurangi aktivitas yang berlebihan, memperhatikan posisi duduk dan

berbaring dengan punggung tegak jika perlu disangga bantal pada bagian punggung, menghindari posisi tidur telentang karena mengakibatkan terganggunya pernapasan

2.1.5.4 Bengkak

Penumpukan retensi cairan pada daerah luar sel berpindahnya cairan intraseluler ke ekstraseluler. Uterus yang meningkat mempengaruhi sirkulasi cairan. Cara mengatasinya yaitu menghindari posisi kaki menggantung saat duduk, menghindari pakaian ketat, dan mengonsumsi makanan mengandung kalsium dan vitamin B.

2.1.5.5 Kram pada kaki

Adanya gangguan sirkulasi darah pada pembuluh darah panggul yang disebabkan uterus yang membesar. Meningkatnya kadar fosfat dan penurunan kadar kalsium terionisasi dalam serum. Cara mengatasinya yaitu menganjurkan ibu meluruskan kakinya dalam posisi berbaring ataupun berdiri dengan menekan tumit, memposisikan kaki lebih tinggi dari tempat tidur 20-25 cm dan melakukan pijatan ringan juga mengonsumsi vitamin B, C, D, kalsium dan fosfor

2.1.5.6 Gangguan tidur dan mudah lelah

Disebabkan oleh sering kencing terbangun di malam hari dan mengganggu tidur ibu hamil, juga dikarenakan tidur yang tidak nyenyak karena sering terbangun. Cara mengatasinya yaitu dengan mandi air hangat, minum air hangat contohnya susu sebelum tidur

2.1.5.7 Nyeri perut bawah

Tertariknya ligamentum sehingga menimbulkan nyeri, membesarnya uterus sehingga keluar dari rongga panggul menuju abdomen. Cara mengatasinya yaitu menghindari

berdiri secara tiba-tiba dari posisi berjongkok, mencari posisi yang diinginkan ibu

2.1.5.8 Kontraksi braxton hicks

Kontraksi sering terjadi 10-20 menit dan pada akhir kehamilan kontraksi ini menimbulkan rasa tidak nyaman juga menjadi penyebab persalinan palsu. Salah satu dampak klinis yang baru ini dibuktikan bahwa 75% wanita dengan 12 atau lebih kontraksi per jam didiagnosa memasuki persalinan aktif dalam 24 jam (Irianti *et al.*, 2015:134).

2.1.5.9 Striae gravidarum

Cara mengatasinya: Gunakan antipruritik jika ada indikasinya dan gunakan baju longgar yang dapat menopong payudara dan abdomen (Dewi, 2011:132).

2.1.5.10 Haemoroid

Cara mengatasinya: Makan-makanan yang berserat, buah dan sayuran serta banyak minum air putih dan sari buah, lakukan senam hamil untuk mengatasi hemoroid dan jika hemoroid menonjol keluar (Romauli, 2011:198).

2.1.5.11 Keputihan

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

Tanda bahaya keputihan sebagai berikut.

- a. Cairannya keputihan yang keluar berstektur kental dan menimbulkan bau busuk
- b. Cairan keputihan terkadang menimbulkan rasa gatal dan rasa tidak nyaman di sekitar organ kewanitaan
- c. Warna cairan keputihan yang keluar hijau atau kuning
- d. Timbul rasa panas di sekitar vagina (Dewi, 2011:134).

2.1.6 Tanda Bahaya Kehamilan

2.1.6.1 Mual dan Muntah Berlebihan (Hiperemesis Gravidarum)

2.1.6.2 Kurang Darah (Anemia)

2.1.6.3 Berat Badan Ibu Hamil Tidak Naik

2.1.6.4 Nyeri Kepala, Gangguan Penglihatan, Kejang, Koma dan Tekanan Darah Tinggi

2.1.6.5 Gerakan Janin Berkurang atau Tidak Ada

2.1.6.6 Penyakit Ibu yang Berpengaruh terhadap Kehamilan

2.1.6.7 Ketuban Pecah Dini (KPD)

2.1.6.8 Perdarahan dan Demam Tinggi (Maternity *et.al.*, 2016:108).

2.1.7 Antenatal Care (ANC)

2.1.7.1 Asuhan Antenatal

Asuhan antenatal (*antenatal care*) adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim (Maryunani & Puspita, 2013:129). Pemeriksaan kehamilan atau ANC merupakan pemeriksaan ibu hamil baik fisik dan mental serta menyelamatkan ibu dan anak dalam kehamilan, persalinan dan masa nifas sehingga keadaan mereka post partum sehat dan normal, tidak hanya fisik tetapi juga mental (Padila, 2014:91).

2.1.7.2 Tujuan Asuhan Antenatal Care

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin
- b. Mendeteksi secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan

- c. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, persalinan dengan selamat baik ibu maupun bayi dengan trauma seminimal mungkin
- d. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan dengan normal dan sehat serta memberikan ASI eksklusif (Rukiyah & Yulianti, 2015:55).

2.1.7.3 Standar Minimal Kunjungan Kehamilan

- a. Menurut WHO Kebijakan program pelayanan antenatal menetapkan frekuensi kunjungan antenatal minimal sebanyak 4 kali selama kehamilan :
 - 1) 1 kali pada trimester I (K1 : sebelum 14 minggu)
 - 2) 1 kali pada trimester II (K2 15-27 minggu)
 - 3) 2 kali pada trimester III (K3 dan K4 : 28-36 minggu) (Walyani, 2015:84).
- b. Jadwal kunjungan ulang sebaiknya :
 - 1) Setiap 4 minggu (usia kehamilan sampai dengan 28 minggu)
 - 2) Setiap 2 minggu (usia kehamilan antara 28-36 minggu)
 - 3) Setiap minggu (usia kehamilan antara 36 sampai kelahiran) (Walyani, 2015:139).

2.1.7.4 Pelayanan Asuhan Standar Antenatal

Pelayanan ANC minimal 5T, meningkat menjadi 7T dan sekarang menjadi 12T, sedangkan untuk daerah gondok dan endemic malaria menjadi “14T” yaitu :

- a. Mengukur tinggi badan dan menimbang berat badan
- b. Mengukur tekanan darah
- c. Mengukur tinggi fundus
- d. Melakukan pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT)
- e. Melakukan pemberian tablet zat besi (minimal 90 biji selama kehamilan)

- f. Melakukan pemeriksaan *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL)
- g. Melakukan temu wicara/konseling
- h. Memeriksa Haemoglobin (Hb)
- i. Memeriksa tes protein urine
- j. Memeriksa tes reduksi urine
- k. Merawat payudara (tekan pijat payudara)
- l. Memelihara tingkat kebugaran/senam ibu hamil
- m. Memberikan terapi yodium kapsul (khusus daerah endemis gondok)
- n. Memberikan terapi obat malaria (Walyani, 2015:80).

2.1.7.5 Kebijakan Program Asuhan Antenatal

a. Standar Pelayanan Kebidanan

Terdapat 8 standar dalam standar pelayanan antenatal :

- 1) Standar Pelayanan Umum (2 standar)
 - a) Standar 1 : Persiapan untuk kehidupan keluarga sehat
 - b) Standar 2 : Pencatatan dan pelaporan
- 2) Standar pelayanan antenatal (6 standar)
 - a) Standar 3 : Identifikasi ibu hamil
 - b) Standar 4 : Pemeriksaan dan pemantauan antenatal
 - c) Standar 5 : Palpasi abdominal
 - d) Standar 6 : Pengelolaan anemia pada ibu hamil
 - e) Standar 7 : Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan
 - f) Standar 8 : Persiapan persalinan (Rismalinda, 2015:9).

2.1.7.6 Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)

Program Perencanaan persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi pada ibu hamil, termasuk perencanaan pemakaian alat kontrasepsi pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran untuk meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu, bayi baru lahir dan KB.

Lima Komponen Penting Rencana Persalinan, antara lain :

- a. Membuat rencana persalinan
- b. Membuat rencana untuk pengambilan keputusan jika terjadi kegawatdaruratan pada saat pengambil keputusan utama tidak ada
- c. Mempersiapkan transportasi jika terjadi kegawatdaruratan
- d. Membuat rencana atau pola menabung.
- e. Mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk persalinan (Maternity *et al.*, 2016:33).

2.2 Persalinan

2.2.1 Pengertian Persalinan

Persalinan normal menurut WHO (*World Health Organization*) adalah persalinan dimulai secara spontan berisiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi dilahirkan spontan dengan presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 hingga 42 minggu lengkap. Setelah persalinan ibu dan bayi dalam keadaan baik (Purwoastuti & Walyani, 2015:23). Persalinan atau partus adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar (Maternity *et al.*, 2016:8).

2.2.2 Jenis-jenis Persalinan

Ada 2 jenis persalinan, yaitu berdasarkan bentuk persalinan dan menurut usia kehamilan :

2.2.2.1 Jenis persalinan berdasarkan bentuk persalinan

- a. Persalinan spontan
- b. Persalinan buatan
- c. Persalinan anjuran

2.2.2.2 Jenis persalinan menurut usia kehamilan

- a. Abortus
- b. Partus immatur
- c. Partus premature
- d. Partus matur atau partus aterm
- e. Partus serotinus atau partus postmatur (Nurasiah *et al.*, 2014:3).

2.2.3 Sebab Mulainya Persalinan

2.2.3.1 Penurunan hormon progesteron

Pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun menjadikan otot rahim sensitif sehingga menimbulkan his.

2.2.3.2 Keregangan otot-otot

Otot rahim akan meregang dengan majunya kehamilan, oleh karena isinya bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya atau mulai persalinan.

2.2.3.3 Peningkatan hormon oksitosin

Pada akhir kehamilan hormon oksitosin bertambah sehingga dapat menimbulkan his.

2.2.3.4 Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal pada janin memegang peranan dalam proses persalinan, oleh karena itu pada *anencepalus* kehamilan lebih lama dari biasanya.

2.2.3.5 Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan dari desidua meningkat saat umur kehamilan 15 minggu. Prostaglandin menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan.

2.2.3.6 Plasenta menjadi tua

Dengan tuanya kehamilan plasenta menjadi tua, *Villi corialis* mengalami perubahan sehingga kadar progesteron dan estrogen menurun (Nurasiah *et al.*, 2014:4).

2.2.4 Tanda-tanda Persalinan

2.2.4.1 Tanda-tanda persalinan sudah dekat

a. Lightening

Pada minggu ke-36 pada primigravida terjadi penurunan fundus karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh : kontraksi *Braxton hicks*, ketegangan otot perut, etegangan ligamemtum rotundum dan gaya berat janin kepala kearah bawah

b. Terjadinya his permulaan

Makin tua uisa kehamilan, pengeluaran progesteron dan estrogen semakin berkurang sehingga oksitosin dapat

menimbulkan kontraksi yang lebih sering disebut his palsu.

2.2.4.2 Tanda-tanda persalinan

a. Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai sifat :

- 1) Pinggang terasa sakit yang menjalar kedepan
- 2) Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar. Lama his berkisar 45-60 detik
- 3) Kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus
- 4) Makin beraktivitas (jalan), kekuatan makin bertambah

b. *Bloody show* (pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina)

Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah yang menjadikan perdarahan sedikit

c. Pengeluaran cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang pecah pada pembukaan kecil. . Jika ketuban sudah pecah maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam (Nurasiah, A *et al.*, 2014:6).

d. Dilatasi dan *effacement*, pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas (Sari & Rimandini, 2014:22).

2.2.5 Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

2.2.5.1 Power (Kekuatan)

Power adalah kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi :

a. His (Kontraksi Uterus)

Kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi.

Tabel 2. Perbedaan his sejati dan his palsu

Kontraksi pada persalinan sejati	Kontraksi pada persalinan palsu
Kontraksi terjadi dengan interval teratur	Kontraksi terjadi dengan interval tidak teratur
Interval secara bertahap memendek	Interval tetap lama
Nyeri dipunggung dan abdomen	Nyeri diperut bawah
Serviks mendatar dan membuka	Tidak ada perubahan serviks
Nyeri tidak hilang dengan sedasi	Nyeri mereda dengan sedasi
Sering kali ada lendir darah	Tidak ada
Bagian terendah janin turun	Tidak turun

(Nurasiah *et al.*, 2014:28).

b. Tenaga mendedan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah atau dipecahkan serta pembagian presentasi sudah berada didasar panggul, sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mendedan atau usaha *volunter*. Keinginan mendedan ini disebabkan karena :

- 1) Kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra abdominal dan tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan untuk mendorong keluar
- 2) Tenaga ini serupa dengan tenaga mengedan sewaktu buang air besar (BAB) tapi jauh lebih kuat
- 3) Saat kepala sampai kedasar panggul, timbul reflex yang mengakibatkan ibu menutup *glotisnya*, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragmanya ke bawah
- 4) Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his (Nurasiah *et al.*, 2014:31).

2.2.5.2 Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yaitu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus (lubang luar vagina). Jalan lahir dalam persalinan berkaitan keadaan segmen atas dan segmen bawah rahim. Jaringan lunak sebelum persalinan dimulai, uterus terdiri dari korpus uteri dan serviks uteri. Saat persalinan dimulai kontraksi uterus menyebabkan korpus uteri berubah menjadi 2 bagian yaitu bagian atas yang tebal dan berotot dan bagian bawah yang berotot pasif dan berdinding tipis. Segmen bawah uterus secara bertahap membesar karena mengakomodasi isi dalam rahim, sedangkan bagian atas menebal dan kapasitas akomodasinya menurun. Kontraksi korpus uteri menyebabkan janin tertekan ke bawah, terdorong ke arah serviks. Serviks kemudian menipis dan berdilatasi (terbuka) secukupnya sehingga memungkinkan bagian pertama janin turun memasuki vagina. Vagina kemudian mengembang, berdilatasi untuk mengakomodasi sehingga memungkinkan janin ke dunia

luar. Walaupun jaringan lunak terutama otot dasar panggul membantu kelahiran bayi tetapi pelvik ibu jauh lebih berperan dalam proses kelahiran. Oleh karena itu ukuran dan bentuknya harus sesuai (Marmi, 2016:50).

2.2.5.3 Passenger (Janin dan Plasenta)

a. Janin

Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dia dianggap sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal

1) Kepala Janin

Kepala janin adalah bagian yang terpenting karena dalam persalinan perbandingan antara besarnya kepala dan luasnya panggul merupakan hal yang menentukan. Jika kepala dapat melalui jalan lahir, bagian-bagian lainnya dapat menyusul dengan mudah (Indrayani, 2013:65).

2) Letak janin dalam uterus

Letak janin dalam uterus sangat penting dalam diagnose persalinan. Beberapa letak seperti lintang dan letak dahi tidak dapat lahir spontan, jika tidak diperbaiki maka berbahaya bagi ibu maupun janin (Nurasiah *et al.*, 2014:39).

b. Plasenta

Plasenta berasal dari lapisan *trofoblas* pada ovum yang dibuahi, lalu terhubung dengan sirkulasi ibu untuk melakukan fungsi-fungsi yang belum dapat dilakukan oleh janin itu sendiri selama kehidupan intrauterine.

Keberhasilan janin untuk hidup tergantung atas keutuhan dan efisiensi plasenta. Plasenta adalah alat yang sangat penting bagi janin karena merupakan alat pertukaran zat antara ibu dan anak atau sebaliknya.

Struktur plasenta

1) Bagian Janin/Permukaan Fetal (Fetal Portion)

Ciri-cira permukaan fetal :

- a) Terdiri dari *vili*
- b) Menghadap ke janin
- c) Warnanya keputih-putihan dan licin karena tertutup oleh amnion. Dibawah amnion nampak pembuluh-pembuluh darah

2) Bagian Ibu/Permukaan Maternal (Maternal Portion)

Ciri-ciri permukaan maternal :

- a) Terdiri dari *desidua compacta* dan sebagian *desidua spongiosa* yang kelak ikut lepas dengan plasenta
- b) Menghadap ke dinding rahim
- c) Warnanya merah dan terbagi oleh celah-celah. Plasenta terdiri dari 16-20 kotiledon
- d) Permukaannya kasar beralur-alur

3) Letak Plasenta

Letak plasenta pada umumnya pada korpus uteri bagian depan atau belakang agak ke arah fundus uteri. Hal ini adalah fisiologis karena permukaan bagian atas korpus uteri lebih luas, sehingga lebih banyak tempat untuk berimplantasi.

4) Bentuk dan Ukuran Plasenta

Plasenta berbentuk bundar atau oval. Ukuran diameter 15-20 cm, tebal 2-3 cm dan beratnya \pm 500 gram. Panjang tali pusat 30-100 cm, terdiri dari 2

arteri dan 1 vena (arteri mengandung darah “kotor” dan vena mengandung darah “bersih”).

Biasanya plasenta akan terbentuk lengkap pada usia kehamilan kira-kira 16 minggu, dimana ruang amnion telah mengisi seluruh rongga rahim

5) Fungsi Plasenta

- a) Nutrisasi
- b) Eksresi
- c) Respirasi
- d) Immunisasi (Nurasiah *et al.*, 2014:44).

2.2.5.4 Psikologi Persalinan

Psikologis persalinan merupakan hubungan saling mempengaruhi yang rumit antara dorongan psikologis dan fisiologis dalam diri wanita dengan pengaruh dorongan tersebut pada proses kelahiran bayi. Salah satu kondisi psikologis yang dapat menghambat proses persalinan adalah rasa cemas. Beberapa determinan terjadinya kecemasan pada ibu bersalin, antara lain :

- a. Cemas sebagai akibat dari nyeri persalinan
- b. Keadaan fisik ibu
- c. Riwayat pemeriksaan kehamilan (riwayat ANC)
- d. Kurangnya pengetahuan tentang proses persalinan
- e. Dukungan dari lingkungan sosial (suami/keluarga)
- f. Latar belakang psikososial
- g. Penurunan kontraksi rahim yang akan menyebabkan pemanjangan waktu (Sari & Rimandini, 2014:67).

2.2.5.5 Posisi Ibu

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologis persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi

posisi berdiri, berjalan, duduk dan jongkok. Posisi tegak memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin. Kontraksi biasanya lebih kuat dan lebih efektif untuk membantu penipisan dan dilatasi serviks sehingga persalinan menjadi lebih cepat. Selain itu posisi tegak dianggap mengurangi insiden penekanan tali pusat (Marmi, 2016:62).

Posisi yang aman saat persalinan yaitu :

- a. Posisi duduk atau setengah duduk agar lebih mudah bagi bidan untuk membimbing kelahiran kepala bayi dan mengamati/menyokong perineum
- b. Posisi merangkak, baik untuk persalinan dengan punggung yang sakit, membantu bayi melakukan rotasi, peregangan minimal pada perineum
- c. Berjongkok atau berdiri, membantu penurunan kepala bayi, memperbesar ukuran panggul dan memperbesar dorongan untuk meneran (dapat memberi kontribusi pada laserasi)
- d. Berbaring miring ke kiri, memberi rasa santai bagi ibu yang letih, memberi oksigenisasi yang baik bagi bayi dan membantu mencegah terjadinya laserasi (Purwoastuti & Walyani, 2015:47).

2.2.5.6 Pysician (Penolong)

Peran penolong adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu baik dari segi emosi atau perasaan maupun fisik (Marmi, 2016:61).

2.2.6 Tahapan Persalinan

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 kala, yaitu :

2.2.6.1 Kala I Persalinan (Kala Pembukaan)

Dimulai sejak adanya his yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) yang menyebabkan pembukaan,

sampai serviks membuka lengkap (10 cm). kala fase terdiri dari dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif

a. Fase laten

Dimulai sejak awal berkontraksi uterus yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks hingga 3–4 cm, pada umumnya fase laten berlangsung dalam 8 jam kontraksi mulai teratur tapi lamanya 20-30 detik

b. Fase aktif

Dari pembukaan 4 cm mencapai pembukaan 10 cm akan terjadi dengan kecepatan rata-rata pembukaan serviks 1 cm/jam (primipara) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara) (Nurasiah *et al.*, 2014:5).

Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dengan multigravida. Pada primi ostium uteri internum akan membuka lebih dulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis baru kemudian ostium internum dan eksternum membuka bersama-sama. Pada multigravida ostium internum sudah sedikit terbuka, ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran serviks terjadi pada saat yang sama (Maternity *et al.*, 2016:11).

Fase aktif dibagi menjadi 3 fase yaitu :

1) Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm

2) Fase dilatasi maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan serviks berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm

3) Fase deselerasi

Pembukaan serviks menjadi lambat, dalam waktu 2 jam dari pembukaan 9 cm menjadi 10 cm

2.2.6.2 Kala II Persalinan (Pengeluaran Janin)

Persalinan Kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Tanda pasti kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam yang hasilnya adalah pembukaan serviks telah lengkap (10 cm) dan terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina. Proses kala II berlangsung 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara. Dalam kondisi yang normal pada kala II kepala janin sudah masuk dalam dasar panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara refleks menimbulkan rasa ingin mengedan. Wanita merasa adanya tekanan pada rektum dan seperti akan buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan melebar dengan membukanya anus. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak di vulva saat ada his. Dengan kekuatan his dan mengedan maksimal kepala dilahirkan dengan suboksiput dibawah simfisis dan dahi, muka, dagu melewati perineum. Setelah his istirahat sebentar, maka his akan mulai lagi untuk mengeluarkan anggota badan bayi (Nurasiah *et al.*, 2014:5).

Tabel 3. Lama Persalinan

Tahapan Persalinan	Para 0	Multipara
Kala I	13 jam	7 jam
Kala II	1 jam	½ jam
Kala III	½ jam	¼ jam
	14 ½ jam	7 ¼ jam

(Maternity *et al.*, 2016:11).

Tindakan Medis (Episiotomi) pada Kala II

Untuk melancarkan jalannya persalinan, dapat dilakukan insisi pada perineum pada saat kepala janin tampak dari luar dan mulai meregangkan perineum.

a. Jenis episiotomi

Berdasarkan lokasi sayatan maka dikenal 4 jenis episiotomi yaitu :

1) Episiotomi medialis

Sayatan dimulai pada garis tengah komissura posterior lurus ke bawah tetapi tidak sampai menegai serabut sfinger ani.

2) Episiotomi mediolateralis

Sayatan disini dimulai dari bagian belakang introitus vagina menuju ke arah belakang dan samping. Arah sayatan dapat dilakukan ke arah kanan ataupun kiri tergantung kebiasaan orang yang melakukannya, panjang sayatan kira-kira 4 cm

3) Episiotomi lateralis

Sayatan disini dilakukan ke arah lateral mulai dari kira-kira jam 3 atau 9 menurut arah jarum jam. Jenis episiotomi ini sekarang tidak dilakukan lagi karena banyak menimbulkan komplikasi

4) Insisi Schuchardt

Jenis ini merupakan variasi dari episiotomi mediolateralis tetapi sayatannya melengkung ke arah bawah lateral, melingkari rektum serta sayatannya lebih lebar

b. Indikasi episiotomi

Indikasi episiotomi dapat berasal dari faktor ibu maupun faktor janin :

1) Indikasi ibu antara lain adalah :

- a) Primigravida dan arkus pubis yang sempit
- b) Perineum kaku dan riwayat robekan perineum pada persalinan yang lalu

- c) Apabila terjadi peregangan perineum yang berlebihan misalnya pada persalinan sungsang, persalinan dengan cunam, dan ekstraksi vakum
- 2) Indikasi janin antara lain adalah :
 - a) Sewaktu melahirkan janin yang premature. Tujuannya untuk mencegah terjadinya trauma yang berlebihan pada kepala janin
 - b) Sewaktu melahirkan janin letak sungsang, letak defleksi dan janin besar dan pada keadaan dimana ada indikasi untuk mempersingkat kala II seperti pada gawat janin, dan tali pusat menumbung
- c. Kontraindikasi episiotomi
 - 1) Bila persalinan tidak berlangsung pervaginam
 - 2) Bila terdapat kondisi untuk terjadinya perdarahan yang banyak seperti penyakit kelainan darah maupun terdapatnya varises yang luas pada vulva dan vagina (Sari & Rimandini, 2014:183).
- d. Waktu yang tepat melakukan episiotomi
 - 1) Pada waktu puncak his dan saat pasien meneran.
 - 2) Perineum sudah tipis.
 - 3) Lingkar kepala pada perineum sekitar 5 cm.

2.2.6.3 Kala III Persalinan (Kala Pengeluaran Plasenta)

Persalinan kala III dimulai segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan dari fundus uteri (Nurasiah *et al.*, 2014:6).

Tanda lepasnya plasenta adalah :

- a. Uterus menjadi bundar

- b. Uterus terdorong ke atas, karena plasenta di lepas ke segmen bawah rahim
- c. Tali pusat bertambah Panjang
- d. Pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

Setelah plasenta lahir dan melakukan masase uterus, cek perdarahan dan laserasi. Jika terdapat laserasi lakukan hecting agar perdarahan akibat robekan perineum dapat berhenti.

- a. Macam-macam laserasi jalan lahir

Laserasi jalan lahir berdasarkan luasnya robekan yaitu:

- 1) Derajat 1 : mengenai mukosa dan kulit perineum
- 2) Derajat 2 : mengenai mukosa vagina, kulit perineum dan otot perineum
- 3) Derajat 3 : mengenai mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum dan otot sfingter ani eksterna
- 4) Derajat 4 : mengenai mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum, mukosa sfingter ani eksterna dan mukosa rektum.

2.2.6.4 Kala IV Persalinan (Kala 2 Jam Postpartum)

Kala IV adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi lahir, untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum. Observasi yang dilakukan adalah tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan), kontraksi uterus dan terjadinya perdarahan (perdarahan dikatakan normal bila tidak melebihi 400 sampai 500 cc) (Maternity *et al.*, 2016:11).

Langkah-langkah penjahitan laserasi perineum :

- a. Cuci tangan dan gunakan sarung tangan steril.

- b. Pastikan bahwa peralatan dan bahan-bahan yang digunakan steril.
- c. Setelah memberikan anestesi lokal dan memastikan bahwa daerah tersebut telah dianestesi, telusuri dengan hati-hati dengan menggunakan satu jari untuk secara luas menentukan batas-batas luka.
- d. Buat jahitan pertama kurang lebih 1 cm di atas ujung laserasi di bagian dalam vagina. Setelah membuat tusukan pertama, buat ikatan dan potong pendek benang yang lebih pendek dari ikatan.
- e. Tutup mukosa vagina dengan jahitan jelujur, jahit ke arah bawah ke arah cincin himen.
- f. Tepat sebelum cincin himen, masukkan jarum ke dalam mukosa vagina lalu ke bawah cincin himen sampai jarum berada di bawah laserasi. Periksa bagian antara jarum di perineum dan bagian atas laserasi. Perhatikan seberapa dekat jarum ke atas puncak luka.
- g. Teruskan ke arah bawah, tetapi tetap pada luka, hingga jelujur mencapai bagian bawah laserasi. Pastikan bahwa jarak antara jahitan sama dan otot yang terluka telah dijahit. Jika laserasi meluas ke dalam otot, mungkin perlu melakukan satu atau dua lapisan putus-putus untuk menghentikan perdarahan dan atau mendekatkan jaringan tubuh secara efektif.
- h. Setelah mencapai ujung laserasi, arahkan jarum ke atas dan teruskan penjahitan dengan menggunakan jahitan jelujur untuk menutup jaringan *subkutikuler*. Jahitan ini akan menjadi jahitan lapis kedua. Periksa lubang bekas jarum tetap terbuka berukuran 0,5 cm atau kurang. Luka ini akan menutup dengan sendirinya saat penyembuhan luka.

- i. Tusukkan jarum dari robekan perineum ke dalam vagina. Jarum harus keluar dari belakang cincin himen.
- j. Ikat benang dengan membuat simpul di dalam vagina. Potong ujung benang dan sisakan sekitar 1,5 cm.
- k. Ulangi pemeriksaan dalam vagina dengan lembut untuk memastikan tidak ada kasa atau peralatan yang tertinggal di dalam.
- l. Dengan lembut, masukkan jari paling kecil ke dalam anus. Raba apakah ada jahitan pada rektum. Jika ada jahitan yang teraba, ulangi pemeriksaan rektum enam minggu pasca persalinan
- m. Cuci daerah genital secara lembut dengan sabun dan air disinfeksi tingkat tinggi, kemudian keringkan. Bantu ibu mencari posisi yang nyaman.
- n. Nasihati ibu untuk menjaga perineumnya selalu bersih dan kering, menghindari penggunaan obat-obatan tradisional pada perineum, mencuci perineum dengan sabun dan air mengalir tiga sampai empat kali per hari, kembali dalam seminggu untuk memeriksakan penyembuhan lukanya.

2.2.7 Kebutuhan Dasar Selama Persalinan

Asuhan Fisik dan Psikologis

2.2.7.1 Mengatur aktivitas dan posisi ibu

2.2.7.2 Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his

2.2.7.3 Menjaga kebersihan ibu

2.2.7.4 Pemberian cairan dan nutrisi

Memastikan ibu untuk mendapat asupan (makanan ringan dan minum air) selama persalinan dan kelahiran bayi karena fase aktif ibu hanya ingin mengkonsumsi cairan dengan menganjurkan anggota keluarga untuk menawarkan ibu

minum sesering mungkin dan makan ringan selama persalinan untuk memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi (Marmi, 2016:65).

2.2.8 Tanda-tanda Bahaya Persalinan

2.2.8.1 Syok pada saat persalinan

2.2.8.2 Perdarahan pada saat persalinan

2.2.8.3 Nyeri kepala dan gangguan penglihatan

2.2.8.4 Kejang atau koma

2.2.8.5 Tekanan darah tinggi

2.2.8.6 Persalinan yang lama

2.2.8.7 Gawat janin dalam persalinan

2.2.8.8 Demam dalam persalinan

2.2.8.9 Nyeri perut hebat

2.2.8.10 Sukar bernafas (Sari & Rimandini, 2014:45).

2.2.9 Asuhan Persalinan

2.2.9.1 Pengertian Asuhan Persalinan

Asuhan persalinan normal merupakan asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama pendarahan pasca persalinan, hipotermi, dan asfiksia bayi baru lahir. Sementara itu, focus utamanya adalah mencegah terjadinya komplikasi (Prawirohardjo, 2014:334).

2.2.9.2 Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman dengan memberikan aspek sayang ibu dan sayang bayi (Maternity *et al.*, 2016:12).

2.2.9.3 Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan dan Kelahiran Bayi

a. Pengambilan keputusan klinik

Aspek pemecahan masalah yang diperlukan untuk menentukan Pengambilan Keputusan Klinik (*Clinical Decision Making*) memiliki empat tahapan dimulai dari pengumpulan data (subjektif dan objektif), diagnosis, perencanaan dan penatalaksanaan asuhan perawatan (membuat rencana dan melaksanakan rencana) serta evaluasi yang merupakan pola pikir yang sistematis bagi para petugas kesehatan yang memberikan asuhan persalinan.

b. Aspek sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Berikut adalah asuhan sayang ibu selama persalinan :

- 1) Panggil ibu sesuai namanya, hargai privasi ibu dan perlakukan ibu sesuai martabatnya
- 2) Jelaskan semua asuhan dan perawatan kepada ibu sebelum memulai asuhan tersebut
- 3) Jelaskan proses persalinan kepada ibu dan keluarganya, mendengarkan dan menanggapi pertanyaan/kekhawatiran ibu
- 4) Anjurkan ibu untuk ditemani suami atau anggota keluarga yang lain selama persalinan dan kelahiran bayinya
- 5) Anjurkan ibu mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayi

- 6) Anjurkan ibu untuk minum dan makan-makanan ringan sepanjang ia menginginkannya
 - 7) Hargai dan perbolehkan praktik-praktik tradisional yang tidak merugikan kesehatan ibu
 - 8) Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah bayi lahir
- c. Pencegahan infeksi
- Tujuan pencegahan infeksi yaitu mencegah terjadinya transmisi penyakit yang disebabkan oleh bakteri, virus dan jamur serta menurunkan resiko terjangkit mikroorganisme yang menimbulkan penyakit berbahaya seperti HIV/AIDS.
- Tindakan-tindakan pencegahan infeksi sebagai berikut:
- 1) Cuci tangan dan memakai sarung tangan
 - 2) Memakai perlengkapan pelindung (celemek, kaca mata, sepatu tertutup
 - 3) Penggunaan cairan antiseptic, pemrosesan alat bekas pakai dan pembuangan sampah (Prawirohardjo, 2014:340).
- d. Aspek pencatatan (Dokumentasi)
- Aspek-aspek penting dalam pencatatan sebagai berikut:
- 1) Tanggal dan waktu asuhan tersebut diberikan
 - 2) Identifikasi penolong persalinan
 - 3) Paraf atau tanda tangan (dari penolong persalinan) pada semua catatan
 - 4) Mencakup informasi yang berkaitan secara tepat, dicatat dengan jelas, dan dapat dibaca
 - 5) Kerahasiaan dokumen-dokumen medis
- a. Aspek rujukan
- tepat waktu merupakan bagian dari asuhan sayang ibu dan menunjang terwujudnya program *Safe Motherhood*.

Hal penting dalam mempersiapkan rujukan yaitu :

- 1) B (bidan)
- 2) A (alat)
- 3) K (keluarga)
- 4) S (surat)
- 5) O (obat)
- 6) K (keluarga)
- 7) U (uang)
- 8) Da (donor dan doa) (Marmi, 2016:16).

2.2.9.4 Asuhan Persalinan Normal 60 Langkah

Tablel 4. Asuhan persalinan normal 60 langkah

No	Langkah-langkah asuhan persalinan normal
I. Mengenali tanda dan gejala kala II	
1.	<ol style="list-style-type: none"> a. Ibu merasa ada keinginan meneran b. Ibu merasakan tekanan semakin meningkat pada rectum dan vagina c. Perineum menonjol d. Vulva dan spinger ani membuka
II. Menyiapkan pertolongan persalinan	
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.
3.	Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan
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/pribadi yang bersih
5.	Pakai satu sarung tangan DTT atau steril untuk pemeriksaan dalam
6.	Memasukan oksitosin ke dalam tabung suntik (dengan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)
III. Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik	

7.	Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air DTT. 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 klorin 0,5%)
8.	melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap
9.	Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan
10.	Memeriksa denyut jantung janin setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit). Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil pemeriksaan lainnya pada partograf
IV. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses meneran	
11.	Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya dan tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran. Mendokumentasikan semua temuan yang ada. Menjelaskan kepada anggota keluarga untuk memberi semangat pada ibu
12.	Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran pada saat his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman
13.	Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran, mendukung dan memberi semangat saat meneran, anjurkan ibu istirahat disela kontraksi, berikan asupan cairan peroral, menilai djj setiap kontraksi selesai.
V. Persiapan pertolongan kelahiran bayi	

14.	Meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi Setelah kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6cm,
15.	Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu
16.	Membuka partus set dan periksa kelengkapannya
17.	Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
VI. Menolong kelahiran bayi	
18.	Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain, 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 menran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir
19.	Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih
20.	Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi
21.	Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan
22.	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang kepala bayi secara biparetal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik kearah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu belakang
23.	Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah kearah perineum 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 dari lengan lahir, menelusurkan tanagn yang ada di atas anterior dari punggung kearah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dngan hati-hati membantu kelahiran kaki. Setelah tubuh dari lengan lair, menelusurkan tangan yang ada di atas anterior dari

	punggung kearah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki
VII. Penanganan bayi baru lahir	
25.	Melakukan penilaian sepintas, apakah bayi cukup bulan? Apakah bayi menagis kuat? Apakah bayi bergerak aktif ?. bila salah satu jawaban TIDAK lanjut ke langkah resusitasi pada BBL
26.	Segera mengeringkan tubuh bayi dari muka kepala dan badan bayi kecuali kedua tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan yang kering
27.	Periksa kembali uterus untuk memastikan janin tunggal
28.	Memberitahu kepada ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik
29.	Dalam waktu 1 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu
30.	Setelah 2 menit kelahiran bayi, pegang tali pusat dengan satu tangan sekitar 5cm dari pusar bayi, jari telunjuk dan jari tengah menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem kearah ibu dan memasang klem kedua 2cm dari klem pertama
31.	Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut
32.	Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya
VIII. Manajemen aktif kala III	
33.	Memindahkan klem pada tali pusat 5-10 cm ke depan perineum
34.	Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain
35.	Menunggu uterus berkontraksi dan melakukan penegangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah atas dan belakang dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir

	setelah 30-40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut ulangi prosedur diatas. Jika uterus tidak berkontraksi minta keluarga untuk melakukan stimulasi 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
37.	Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melahirkan plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilih. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut dan tempatkan pada wadah yang telah disediakan
38.	Lakukan masase uterus, letakkan tangan di fundus lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi
39.	Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh.
40.	Meletakkan plasenta di dalam kantung plastic atau tempat khusus
41.	Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum.
42.	Lakukan penjahit bila terjadi laserasi yang luas dan menimbulkan pendarahan
43.	Menilai ulang uterus dan memastikan berkontraksi dengan baik.
44.	Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering. Pakai sarung tangan
45.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik serta kandung kencing kosong
46.	Ajarkan keluarga/ ibu cara melakukan masase uterus dan menilai uterus
47.	Evaluasi jumlah kehilangan darah

48.	Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan umum, kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan
49.	Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya
50.	Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi 10 menit. Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi
51.	Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan cairan ketuban, lender dan 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 ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
54.	Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk pribadi/ tissue
55.	Pakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
56.	Dalam satu jam pertama beri salep/tetes mata, vit K secara Im dipaha sebelah kiri bawah lateral. Pemeriksaan fisik bayi baru lahir, cek pernafasan dan suhu tubuh
57.	Setelah satu jam pemberiak vit K berikan suntikan hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi dalam jangkauan ibu agar sewaktu dapat disusukan
58.	Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
59.	Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk pribadi/ tissue
60.	Lengkapi pertograf

Prawirohardjo (2014:341).

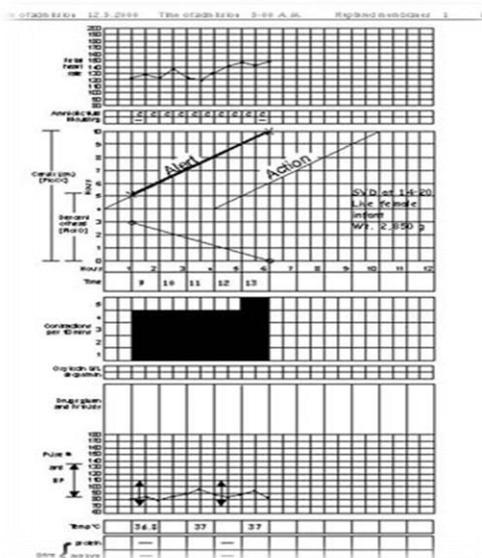
2.2.9.5 Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan dimulai dari fase aktif ketika pembukaan serviks 4 cm (Prawirohardjo, 2014:315).

Partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan sebagai elemen penting asuhan persalinan. Partograf harus digunakan baik tanpa ataupun adanya penyulit.

Tujuan utama penggunaan partograf :

- Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
- Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal, sehingga dapat melakukan deteksi dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama dan penyulit lainnya.
- Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran dan mencatat kondisi ibu dan janinnya (Sari & Rimandini, 2014:279).



Gambar 2. Patograf

Sumber : (Prawirohardjo, 2014:318).

2.3 Bayi Baru Lahir

2.3.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah janin yang lahir melalui proses persalinan dan telah mampu hidup diluar kandungan (Elmeida, I.F., 2015:42). BBL (bayi baru lahir) normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram (Rukiah & Yulianti, 2013:2).

Neonatus atau bayi baru lahir normal adalah bayi dengan berat badan lahir antara 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (Kumalasari, 2015:209).

2.3.2 Karakteristik Bayi Baru Lahir Normal

2.3.2.1 Usia 36-42 minggu

2.3.2.2 Berat badan lahir 2500 – 4000 gr

2.3.2.3 Dapat bernafas dengan teratur dan normal. Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80x/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.

2.3.2.4 Organ fisik lengkap dan dapat berfungsi dengan baik

2.3.2.5 Panjang badan 48-52 cm

2.3.2.6 Lingkar dada bayi 30-38 cm

2.3.2.7 Lingkar kepala 33-35 cm.

2.3.2.8 Frekuensi jantung pertama \pm 180x/menit, kemudian turun sampai 160-120x/menit pada saat bayi berumur 30 menit.

2.3.2.9 Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup.

2.3.2.10 Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna

2.3.2.11 Kuku agak panjang dan lemas

2.3.2.12 Genitalia perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, Genetalia laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.

2.3.2.13 Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik

2.3.2.14 Refleks moro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik

2.3.2.15 Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Kumalasari, 2015:209).

2.3.3 Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir

Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus.

2.3.3.1 Perubahan metabolisme karbohidrat

Dalam waktu 2 jam setelah lahir kadar gula darah tali pusat akan menurun, energi tambahan yang diperlukan neonatus pada jam-jam pertama sesudah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula darah dapat mencapai 120 Mg/100 museum Lampung.

2.3.3.2 Perubahan suhu tubuh

Ketika bayi baru lahir, bayi berada pada suhu lingkungan yang lebih rendah dari suhu di dalam rahim. Akibat suhu yang rendah metabolisme jaringan meningkat dan kebutuhan O₂ pun meningkat

2.3.3.3 Perubahan pernafasan

Selama dalam rahim ibu janin mendapat O₂ dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir pertukaran gas melalui paru-paru bayi. Pernapasan pertama pada BBL normal dalam waktu 30 detik setelah persalinan. Dimana tekanan rongga dada bayi pada melalui jalan lahir mengakibatkan cairan paru-paru kehilangan 1/3 dari jumlah

cairan tersebut sehingga cairan yang hilang tersebut diganti dengan udara. Paru-paru mengembang menyebabkan rongga dada terbolak pada bentuk semula, jumlah cairan paru-paru pada bayi normal 80-100 ml.

2.3.3.4 Perubahan struktur

Dengan berkembangnya paru-paru mengakibatkan tekanan O_2 meningkat, tekanan CO_2 menurun yang mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh darah paru-paru sebagian sehingga aliran darah ke pembuluh darah tersebut meningkat. Hal ini menyebabkan darah dari *arteri pulmonalis* mengalir ke paru-paru dan *ductus arteriosus* menutup. Dan menciutnya *arteri* dan *vena umbilicalis* kemudian tali pusat dipotong sehingga aliran darah dari plasenta melalui *vena cava inferior* dan *foramen oval atrium* kiri terhenti, sirkulasi darah bayi sekarang berubah menjadi seperti semula (Sari & Rimandini, 2014:240).

2.3.3.5 Sistem GI

Neonatus yang lahir pada usia kehamilan diatas 32-34 minggu sudah memiliki koordinasi mengisap dan menelan yang memadai. Neonatus masih memiliki kemampuan mencerna lemak yang terbatas karena enzim amilase dan lipase belum terdapat pada saat dilahirkan. Usus bagian bawah mengandung meconium pada saat neonatus lahir, meconium pertama (yang steril berwarna hitam kehijauan dan kental) biasanya mengalir keluar dalam 24 jam pertama (Lockhart & Saputra, 2014:14).

2.3.4 Refleks Bayi Baru Lahir

Refleks pada 24-36 jam pertama postpartum

2.3.4.1 Refleks glaber

Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan dengan menggunakan jari telunjuk maka bayi akan mengedipkan mata pada 4 – 5 ketukan pertama

2.3.4.2 Refleks *sucking* (mengisap)

Benda menyentuh bibir disertai refleks menelan dan tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas akan menimbulkan isapan yang kuat dan cepat yang dapat dilihat waktu bayi menyusu

2.3.4.3 Refleks *rooting* (mencari)

Bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipinya, misalnya mengusap pipi bayi dengan lembut maka bayi akan menolehkan kepala nya ke arah jari kita dan membuka mulutnya

2.3.4.4 Refleks *graps* (genggam)

Dengan meletakkan jari telunjuk pada palmar, tekan dengan lembut, normalnya bayi akan menggenggam dengan kuat dan Jika telapak tangan bayi ditekan maka bayi akan mengepalkan tangannya

2.3.4.5 Refleks *babinsky*

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respons berupa semua jari kaki hiperekstensi dengan ibu jari dorsi-fleksi

2.3.4.6 Refleks moro

Timbulnya pergerakan tangan yang simteris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan untuk menguji kondisi umum bayi serta kenormalan sistem saraf pusatnya (Maternity *et al.*, 2016:84).

2.3.5 Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

2.3.5.1 Pernapasan sulit atau > 60x/menit.

- 2.3.5.2 Terlalu hangat (>38oC) atau terlalu dingin (<36oC).
- 2.3.5.3 Kulit bayi kering, pucat, atau memar.
- 2.3.5.4 Isapan saat menyusu lemah, rewel, muntah.
- 2.3.5.5 Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan berbau busuk, berdarah.
- 2.3.5.6 Tidak BAB (buang air besar) dalam tiga hari, tidak BAK (buang air kecil) dalam 24 jam. Feses lembek, atau cair, terdapat lendir atau berdarah.
- 2.3.5.7 Mengigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, hingga tidak tenang (Sulistyawati, 2013:5).

2.3.6 Asuhan Bayi Baru Lahir

2.3.6.1 Pengertian Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan pada bayi segera setelah lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran. Pengakjian bayi baru lahir dapat dilakukan segera setelah lahir yaitu untuk mengkaji penyesuaian bayi dari kehidupan intrauterin ke ekstrauterin (Nurasiah *et al.*, 2014:200).

2.3.6.2 Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir

- a. Mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi dan menghindari risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan
- b. Mengetahui aktivitas bayi normal/tidak dan identifikasi masalah kesehatan BBL yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan (Sari & Rimandini, 2014:240).

2.3.6.3 Kunjungan Bayi Baru Lahir

Jadwal kunjungan bayi baru lahir dan neonatus menurut Rukiyah *et al* (2013:54) yaitu:

- a. Kunjungan I (KN 1) pada hari pertama sampai hari ke-2 (sejak 6 jam setelah lahir sampai 48 jam) :
 - 1) 6 jam dari kelahiran bidan melanjutkan pengamatan terhadap pernafasan, warna, tingkat aktivitas, suhu tubuh dan perawatan untuk setiap penyulit yang muncul.
 - 2) Bidan melakukan pemeriksaan fisik yang lebih lengkap. Rujuk ke dokter bila tampak tanda bahaya dan penyulit.
 - 3) Jika bayi sudah cukup hangat (minimal 36,5 °C) bidan memandikan bayi dan melakukan perawatan tali pusat,
 - 4) Bidan juga memberitahukan tanda bahaya kepada ibu agar segera membawa bayinya ke tim medis bila timbul tanda bahaya, selanjutnya bidan mengajarkan cara menyusui dan merawat bayi.
- b. Kunjungan II (KN 2) hari ke 3 sampai hari ke 7
 - 1) Bidan menanyakan keseluruhan keadaan kesehatan bayi, masalah-masalah yang dialami terutama dalam proses menyusui, apakah ada orang lain dirumahnya atau disekitarnya yang dapat membantu ibu.
 - 2) Bidan mengamati keadaan dan kebersihan rumah ibu, persediaan makanan dan air, amati keadaan suasana hati ibu dan bagaimana cara ibu berinteraksi dengan bayinya.
 - 3) Bidan juga melakukan pemeriksaan fisik pada bayi. Bayi tidak aktif, menyusui tidak baik, atau tampak kelainan lain, rujuk bayi pada klinik untuk perawatan selanjutnya
- c. Kunjungan III (KN 3) pada hari ke 8 sampai hari ke 28

- 1) Melakukan pemeriksaan fisik
- 2) Menjaga kebersihan bayi
- 3) Memberitah ibu mengenai tanda-tanda bahaya bayi baru lahir dan secepatnya untuk ke fasilitas kesehatan terdekat jika ditemukan tanda bahaya
- 4) Memberitahukan ibu untuk memberikan ASI (air susu ibu) minimal 10-15 kali dalam 24 jam, menjaga keamanan, menjaga suhu tubuh, dan
- 5) Memberitaukan tentang imunisasi BCG supaya anak tidak terkena penyakit TBC serta dapat melakukan imunisasi selanjutnya

2.3.6.4 Penatalaksanaan Awal Bayi Baru Lahir

a. Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi merupakan penatalaksanaan awal yang harus dilakukan pada bayi baru lahir karena BBL sangat rentan terhadap infeksi.

Tindakan pencegahan infeksi sebagai berikut :

- 1) Mencuci tangan sebelum dan setelah melakukan kontak dengan bayi
- 2) Memakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan
- 3) Memastikan semua peralatan, termasuk klem gunting dan benang tali pusat telah didesinfeksi tingkat tinggi atau streil. Jika menggunakan bola karet penghisap, pakai yang bersih dan baru. Jangan pernah menggunakan bola karet penghisap untuk lebih dari satu bayi
- 4) Memastikan bahwa semua pakaian, handuk, selimut serta kain yang digunakan untuk bayi telah dalam keadaan bersih

- 5) Menganjurkan ibu untuk menjaga kebersihan diri, terutama payudara nya dengan mandi setiap hari (putting susu tidak boleh disabun)
 - 6) Membersihkan muka, pantat dan tali pusat bayi baru lahir dengan air bersih, hangat dan sabun setiap hari
- b. Penilaian Segera Setelah Lahir
- 1) Apakah bayi cukup bulan ?
 - 2) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium ?
 - 3) Apakah bayi menangis kuat dan tau bernafas spontan tanpa kesulitan ?
 - 4) Apakah kulit bayi berwarna merah ?
 - 5) Apakah tonus otot atau kekuatan otot cukup, apakah bayi bergerak dengan aktif ?
- c. Mencegah Kehilangan Panas
- Mekanisme kehilangan panas
- 1) Konduksi
Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke tubuh benda di sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (Sulistyawati, 2013:25).
 - 2) Konveksi
Panas hilang dari bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung pada kecepatan dan suhu udara) (Sari, E.P & Rimandini, K.D., 2014:23).
 - 3) Radiasi
Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (Sulistyawati, 2013:25).
 - 4) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembaban udara (Sari & Rimandini, 2014:23).

d. Membebaskan Jalan Nafas

Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir, apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan nafas dengan cara sebagai berikut :

- 1) Letakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat
- 2) Gulung sepotong kain dan letakkan dibawah bahu
- 3) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kassa steril
- 4) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar
- 5) Alat penghisap lendir mulut (De Lee) atau alat penghisap lainnya yang steril

e. Memotong dan Merawat Tali Pusat

Cara perawatan tali pusat adalah sebagai berikut :

- 1) Hindari pembungkusan tali pusat
- 2) Jangan mengoleskan salep apapun atau zat lain ke tampuk tali pusat. Mengoleskan alkohol atau povidone iodine masih diperkenankan tetapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat lembab/basah
- 3) Berikan nasihat pada ibu dan keluarga sebelum meninggalkan bayi :
 - a) Lipat popok dibawah tali pusat
 - b) Jika puntung tali pusat kotor, cuci secara hati-hati dengan air matang (DTT) dan sabun. Keringkan dengan kain bersih

- c) Jelaskan pada ibu bahwa ia harus mencari bantuan perawatan jika pusar menjadi merah atau mengeluarkan nanah/darah

f. Inisiasi Menyusu Dini

Inisiasi menyusu dini merupakan gambaran bahwa IMD bukan program ibu menyusui bayi tetapi bayi yang harus aktif menemukan sendiri puting susu ibu.

Langkah Inisiasi Menyusu Dini :

Keuntungan Inisiasi Menyusu Dini bagi Ibu dan Bayi :

Keuntungan IMD bagi Ibu :

- 1) Merangsang produksi oksitosin yang berfungsi untuk menstimulasi kontraksi uterus dan menurunkan risiko perdarahan pascapersalinan, merangsang pengeluaran kolstrum dan pengalihan rasa nyeri
- 2) Merangsang produksi prolaktin yang berfungsi untuk meningkatkan produksi ASI, membantu ibu mengatasi stress terhadap berbagai rasa kurang nyaman, memberi efek relaksasi pada ibu setelah bayi selesai menyusu dan menunda ovulasi

Keuntungan IMD bagi Bayi:

- 1) Makanan dengan kualitas dan kuantitas optimal. Mendapat kolostrum segera yang disesuaikan dengan kebutuhan bayi
- 2) Segera memberikan kekebalan pasif pada bayi. Kolostrum adalah imunisasi alami pertama bagi bayi dan meningkatkan kecerdasan
- 3) Meningkatkan jalinan kasih sayang antara ibu dan bayi dan mencegah kehilangan panas (Marmi, 2016:339).

g. Memberikan Vitamin K

Bayi baru lahir sangat membutuhkan vitamin K karena sangat rentan mengalami defisiensi vitamin K yang disebabkan oleh proses pembekuan darah (*koagulan*) menurun dengan cepat dan mencapai titik terendah pada usia 48-72 jam. Untuk mencegah terjadinya perdarahan akibat defisiensi vitamin K semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K₁ injeksi 1 mg intramuskuler setelah satu jam kontak kulit ke kulit dan bayi selesai menyusui (Marmi, 2016:348).

h. Memberikan Obat Tetes atau Salep Mata

Untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual) atau *oftalmia neonatorum*, perlu diberikan obat mata pada 1 jam pertama persalinan, yaitu pemberian obat mata *eritromisin* 0,5% atau *tetrasiklin* 1% sedangkan salep mata biasanya diberikan 5 jam setelah bayi lahir (Marmi, 2016:350).

i. Pemberian Imunisasi BBL

Imunisasi hepatitis B yang bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi terutama jalur penularan ibu. Imunisasi Hepatitis B diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K₁, pada saat bayi berumur 2 jam atau setelah dilakukan IMD. Imunisasi Hepatitis dalam bentuk Unijex diberikan dalam dosis 0,5 ml secara intramuscular dipaha kanan anterolateral (Marmi, 2016:351).

2.4 Nifas

2.4.1 Pengertian Masa Nifas

Masa nifas adalah periode yang dimulai setelah plasenta lahir, dan sebagai penanda berakhirnya masa nifas adalah ketika alat-alat kandungan sudah kembali seperti keadaan sebelum hamil sampai 6 minggu (42 hari) setelah lahir (Astuti, *et al.*, 2015:6).

Masa nifas adalah masa yang dimulai setelah selesainya persalinan dan berakhir setelah alat-alat reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil atau tidak hamil sebagai akibat dari adanya perubahan fisiologi dan psikologi karena proses persalinan yang berlangsung selama 6-8 minggu setelah persalinan (Maryunani, 2015:4).

2.4.2 Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi dalam 3 tahapan yaitu :

2.4.2.1 Puerperium dini (immediate puerperium)

Pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan (waktu 0-24 jam postpartum).

2.4.2.2 Puerperium intermedial (early puerperium)

Pemulihan organ-organ reproduksi secara menyeluruh selama kurang lebih 6-8 minggu

2.4.2.3 Remote puerperium (later puerperium)

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurnaserta bertahap terutama jika selama masa nifas kehamilan dan persalinan ibu mengalami komplikasi, waktu untuk sehat berminggu-minggu, bulan bahkan tahun (Nurjannah *et al.*, 2013:4).

2.4.3 Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

2.4.3.1 Fase taking in (fase ketergantungan)

Lamanya 3 hari pertama setelah melahirkan. Fokus pada diri ibu sendiri, tidak ada bayi, ibu membutuhkan waktu untuk tidur dan istirahat. Pasif, ibu mempunyai ketergantungan dan tidak bisa membuat keputusan. Ibu memerlukan bimbingan dalam merawat bayi dan mempunyai perasaan takjub ketika melihat bayinya yang baru lahir

2.4.3.2 Fase taking hold (fase independen)

Akhir hari ke-3 sampai hari ke-10. Aktif, mandiri dan bisa membuat keputusan. Memulai aktivitas perawatan diri, fokus pada perut dan kandung kemih. Fokus pada bayi dan menyusui. Merespon instruksi tentang perawatan bayi dan perawatan diri, dapat mengungkapkan kurangnya kepercayaan diri dalam merawat bayi

2.4.3.3 Letting go (fase interdependen)

Terakhir hari ke-10 sampai 6 minggu postpartum. Ibu sudah mengubah peran barunya. Menyadari bayi merupakan bagian dari dirinya. Ibu sudah dapat menjalankan perannya (Astuti, *et al.*, 2015:22).

2.4.4 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Perubahan fisik masa nifas ini dibagi dalam 2 fase, yaitu masa nifas dini dan masa nifas lanjut

2.4.4.1 Perubahan Sistem Reproduksi

a. Involusi uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Setelah beberapa hari pascapersalinan, perubahan involusi berlangsung cepat. Fundus turun kira-kira 1-2 cm setiap 24 jam.

Tabel 6. Proses Involusi Uterus

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus
Bayi lahir	Sepusat	1000 gram	12,5 cm
Plasenta lahir	2 jari dibawah pusat	750 gram	10 cm
7 hari	Pertengahan pusat-sympisis	500 gram	7,5 cm
14 hari	Tidak teraba diatas sympisis	350 gram	5 cm
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram	2,5 cm
8 minggu	Normal	30 gram	±1,5 cm

(Maryunani, 2015:19).

b. Involusi tempat plasenta

Uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm.

c. Perubahan ligamen

Setelah bayi lahir, *ligament* dan *diafragma pelvis fasia* yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan kembali seperti sedia kala

d. Perubahan serviks

Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi lahir, tangan pemeriksa masih dapat dimasukan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk.

e. Lochea

Percampuran antara darah dan desidua dinamakan lochea. Lochea adalah eksresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal.

Tabel 7. Perubahan lochea karena proses involusi

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan sisa darah
Sanguinolenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan / kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

f. Perubahan vulva, vagina dan perineum

Rugae timbul kembali pada minggu ketiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi *karankulae mitiformis* yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

2.4.4.2 Perubahan sistem pencernaan

Tingginya kadar progesteron dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolesterol darah dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca

melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan dapat berupa nafsu makan, motilitas dan pengosongan usus

2.4.4.3 Perubahan Sistem Perkemihan

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar *steroid* tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Pada pasca melahirkan kadar *steroid* menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu 1 bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

2.4.4.4 Perubahan Sistem Musculoskeletal/*Disatasis Rectie Abdominis*

Perubahan sistem muskleton terjadi pada saat umur kehamilan semakin bertambah. Adaptasi musculoskeletal ini mencakup : peningkatan berat badan, bergesernya pusat akibat pembesaran rahim, relaksasi dan mobilitas.

Adaptasi sistem musculoskeletal pada masa nifas meliputi : dinding perut, peritoneum, kulit abdomen dan *striae*

2.4.4.5 Perubahan Tanda-Tanda Vital

Pada masa nifas, tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain : suhu badan, nadi, tekanan darah dan pernapasan

2.4.4.6 Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Volume darah yang normal diperlukan plasenta dan pembuluh darah uterin, meningkat selama kehamilan. Diuresis terjadi akibat adanya penurunan hormon estrogen yang dengan cepat mengurangi volume plasma menjadi normal kembali. Plasma darah tidak banyak mengandung cairan sehingga daya koagulasi meningkat. Aliran ini terjadi

dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urin.

2.4.4.7 Perubahan Sistem Hemotologi

Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar *fibrinogen* dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama postpartum, kadar *fibrinogen* dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan *viskositas* sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah (Nugroho *et al.*, 2014:94-114).

2.4.5 Kebutuhan Dasar Masa Nifas

2.4.5.1 Nutrisi dan Cairan

Ibu nifas memerlukan nutrisi dan cairan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan, cadangan tenaga serta untuk memenuhi produksi air susu. Ibu nifas dianjurkan untuk memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut :

- a. Mengonsumsi makanan tambahan kurang lebih 500 kalori tiap hari
- b. Makan dengan diet gizi seimbang untuk memenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral. Dan zat-zat lain seperti (kalori, kalsium dan vitamin D, magnesium, sayuran hijau dan buah, karbohidrat kompleks, garam, cairan, zinc dan DHA)
- c. Minum sedikitnya 3 liter setiap hari
- d. Mengonsumsi tablet besi selama 40 hari postpartum
- e. Mengonsumsi vitamin A 200.000 intra unit

2.4.5.2 Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Ibu postpartum diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan.

Anjurkan ibu untuk memenuhi mobilisasi dengan miring kanan/kiri, duduk kemudian berjalan

Keuntungan ambulasi dini adalah :

- a. Ibu merasa lebih sehat dan kuat
- b. Fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik serta memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu dan mencegah thrombosis pada pembuluh tungkai

Early ambulation tidak dianjurkan pada ibu post partum dengan penyulit, seperti anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam dan sebagainya.

2.4.5.3 Eliminasi : BAB/BAK

Buang air sendiri sebaiknya dilakukan secepatnya. Miksi normal bila dapat BAK spontan setiap 3-4 jam.

Defekasi, ibu diharapkan dapat BAB sekitar 3-4 hari post partum. Apabila mengalami kesulitan BAB/obstipasi, lakukan diet teratur dengan cukup cairan, konsumsi makanan berserat, olahraga, berikan obat rangsangan peroral/per rektal

2.4.5.4 Kebersihan diri dan Perineum

Kebersihan diri berguna untuk mengurangi infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman. Beberapa hal yang dapat dilakukan ibu post partum dalam menjaga kebersihan diri adalah :

- a. Mandi teratur minimal 2 kali sehari
- b. Mengganti pakaian dan alas tempat tidur
- c. Menjaga lingkungan sekitar tempat tinggal
- d. Melakukan perawatan perineum
- e. Mengganti pembalut minimal 2 kali sehari
- f. Mencuci tangan setiap membersihkan daerah genetalia

2.4.5.5 Istirahat

Istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Hal-hal yang dapat dilakukan ibu dalam memenuhi kebutuhan istirahatnya antara lain :

- a. Anjurkan ibu untuk cukup istirahat, tidur siang atau istirahat saat bayi tidur
- b. Sarankan ibu untuk melakukan kegiatan rumah tangga secara perlahan

Kurang istirahat dapat menyebabkan :

- a. Jumlah ASI berkurang
- b. Memperlambat proses involusio uteri
- c. Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan dalam merawat bayi sendiri

2.4.5.6 Seksual

Hubungan seksual dilakukan begitu darah berhenti. Selama periode nifas, hubungan seksual juga dapat berkurang. Hal yang dapat menyebabkan pola seksual selama nifas berkurang antara lain : gangguan/ketidaknyamanan fisik kelelahan dan ketidakseimbangan hormon serta kecemasan berlebihan. Program KB sebaiknya dilakukan ibu setelah nifas selesai atau 40 hari (6 minggu) dengan tujuan menjaga kesehatan ibu

2.4.5.7 Latihan / senam nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari ke-10

Tujuan senam nifas adalah sebagai berikut :

- a. Membantu mempercepat pemulihan kondisi ibu, memulihkan dan mengencangkan otot panggul, perut dan perineum yang menunjang proses kehamilan dan persalinan

- b. Mempercepat proses involusio uteri dan memperlancar pengeluaran lochea
- c. Membantu mengurangi rasa sakit
- d. Mengurangi kelainan dan komplikasi masa nifas (Nugroho *et al.*, 2014:134).

2.4.6 Tanda Bahaya ibu Masa Nifas

- 2.4.6.1 Demam tinggi melebihi 38°C
- 2.4.6.2 Perdarahan hebat disertai gumpalan darah yang besar dan berbau busuk
- 2.4.6.3 Nyeri perut hebat/rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung serta ulu hati
- 2.4.6.4 Sakit kepala parah dan pandangan kabur
- 2.4.6.5 Pembengkakan pada wajah, jari-jari atau tangan
- 2.4.6.6 Payudara membengkak, kemerahan dan disertai demam
- 2.4.6.7 Putting payudara berdarah atau merekah
- 2.4.6.8 Kehilangan nafsu makan dalam waktu lama (Asih & Risneni, 2016:250).

2.4.7 Asuhan Masa Nifas

2.4.7.1 Pengertian Asuhan Masa Nifas

Asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil (Maryunani, 2015:6).

2.4.7.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

- a. Pencegahan, diagnosis dini, dan pengobatan komplikasi pada ibu

- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi baik pada ibu maupun bayi
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayi dan perawatan bayi sehat
- d. Memberikan pelayanan KB
- e. Mengajarkan ibu untuk melaksanakan perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan memelihara bayi dengan baik, sehingga bayi dapat mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang normal (Nurjannah *et al.*, 2013:3).

2.4.7.3 Peran dan Tanggung Jawab Bidan dalam Masa Nifas

- a. Mendukung dan memantau kesehatan fisik ibu dan bayi
- b. Mendukung dan memantau kesehatan psikologis, emosi, sosial serta memberikan semangat kepada ibu
- c. Membantu ibu dalam menyusui bayinya dan mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman
- d. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenai tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman (Astuti *et al.*, 2015:28).

2.4.7.4 Kunjungan Masa Nifas

Menurut Kemenkes RI (2015) kunjungan masa nifas setidaknya 3 kali, yaitu :

- a. Kunjungan nifas pertama (KF1) (6 jam sampai dengan 3 hari setelah persalinan).

Asuhannya yaitu:

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal.
 - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi perdarahan abnormal.
 - 3) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
 - 4) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi.
 - 5) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - 6) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari.
- b. Kunjungan nifas kedua (KF2) (4 hari sampai 28 hari setelah persalinan).

Asuhannya yaitu:

- 1) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik, fundus dibawah umbilicus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal.
 - 2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi perdarahan abnormal.
 - 3) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
 - 4) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi.
 - 5) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - 6) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari.
- c. Kunjungan nifas ketiga (KF3) (29 hari sampai dengan 42 hari setelah persalinan)

Asuhannya yaitu :

- 1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami.
- 2) Memberikan konseling keluarga berencana (KB) secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.
- 3) Periksa tanda-tanda vital (keadaan umum, fisik: perdarahan pervaginam, lochea, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi uterus, tinggi fundus dan temperature secara rutin, tekanan darah, nilai fungsi berkemih, fungsi cerna, penyembuhan luka, sakit kepala, rasa lelah dan nyeri punggung).
- 4) Tanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didapatkannya dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya (Asih & Risneni, 2016:230).

2.4.7.5 Kebijakan Minimal Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan pada masa nifas dilakukan minimal 4 kali kunjungan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah yang terjadi

Tabel 8. Minimal Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> a. Mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain pendarahan, rujuk jika pendarahan berlanjut c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bila terjadi pendarahan banyak d. Pemberian ASI awal

		<p>e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir</p> <p>f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi</p>
2	6 hari setelah persalinan	<p>a. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada pendarahan abnormal dan tidak berbau</p> <p>b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau pendarahan abnormal</p> <p>c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat</p> <p>d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan memperhatikan tanda-tanda penyakit</p> <p>e. Memberikan konseling mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari</p>
3	2-3 minggu setelah persalinan	Sama dengan kunjungan nifas ke 2 (6 hari setelah persalinan)
4	4-6 minggu setelah persalinan	<p>a. Menanyakan kepada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi dialami</p> <p>b. Memberikan konseling untuk KB secara dini</p> <p>c. Perhatikan kondisi umum bayi, apakah ada ikterus atau tidak.</p>

(Ambarwati & Wulandari, 2010:119)

2.5 Keluarga Berencana

2.5.1 Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana merupakan usaha suami-istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang di inginkan (Purwoastuti & Walyani, 2015:182). Pengertian keluarga berencana menurut UU No. 10 Tahun 1991 tentang perkembangan kependudukan dan pengembangan keluarga sejahtera adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP) pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil bahagia dan sejahtera (Setyorini, 2014:123).

2.5.2 Tujuan Keluarga Berencana

Meningkatkan penggunaan alat kontrasepsi dan kesejahteraan keluarga berencana dengan cara pengaturan jarak kelahiran (Purwoastuti & Walyani, 2015:182).

2.5.3 Pelayanan kontrasepsi

2.5.3.1 Pengertian Alat Kontrasepsi

Kontrasepsi terdiri dari dua kata, yaitu kontra (menolak) dan konsepsi (pertemuan antara sel telur yang telah matang dengan sel sperma), maka kontrasepsi dapat diartikan sebagai cara untuk mencegah pertemuan antara sel telur dan sel sperma sehingga tidak terjadi pembuahan dan kehamilan (Purwoastuti & Walyani, 2015:181).

2.5.3.2 Tujuan Kontrasepsi

- a. Fase menunda kehamilan/kesuburan
- b. Fase menjarangkan kehamilan
- c. Fase menghentikan/mengakhiri kehamilan/kesuburan (Pinem, 2015:202).

2.5.4 Macam-macam Metode Kontrasepsi :

2.5.4.1 Kontrasepsi oral kombinasi (estrogen dan progesteron)

a. Jenis pil kombinasi :

- 1) Monofasik yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- 2) Bifasik yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dengan 2 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- 3) Trifasik yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dengan 3 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif (Pinem, 2015:256).

b. Cara kerja pil kombinasi :

- 1) Menekan ovulasi dan mencegah implantasi
- 2) Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma
- 3) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula

2.5.4.2 Kontrasepsi oral progestin (Mini Pil)

a. Mini Pil digunakan oleh perempuan yang ingin menggunakan kontrasepsi oral tetapi menyusui atau untuk perempuan yang harus menghindari estrogen oleh sebab apapun. Mini pil :

- 1) Sangat efektif pada masa laktasi dan tidak menurunkan produksi ASI
- 2) Efek samping yang utama adalah perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak
- 3) Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat

b. Cara kerja mini pil :

- 1) Mencegah terjadinya ovulasi pada beberapa siklus
- 2) Mengentalkan lendir serviks yang mengganggu penetrasi atau daya hidup spermatozoa
- 3) Endometrium berubah sehingga menghalangi implantasi ovum yang telah dibuahi (Pinem, 2015:263).



Gambar 3. Pil Kombinasi dan Pil Mini

2.5.4.3 Kontrasepsi suntikan progestin

a. Jenis suntikan progestin :

- 1) DMPA (*Depot Medroxyprogesterone Asetat*) atau *Depo Provera*, diberikan setiap 3 bulan dengan dosis 150 mg, disuntikkan secara intramuscular di daerah bokong
- 2) NET-EN (*Norethidrone enanthate*) atau *Noristerat* : diberikan dalam dosis 200 mg sekali setiap 8 minggu atau 8 minggu untuk 6 bulan pertama (=3 kali suntikan pertama), kemudian selanjutnya setiap 12 minggu sekali.

b. Cara kerja suntikan progestin :

- 1) Lendir serviks menjadi kental dan sedikit sehingga menurunkan kemampuan penetrasi spermatozoa
- 2) Membuat endometrium tipis dan *atrofi* sehingga kurang baik untuk implantasi ovum yang telah dibuahi
- 3) Mempengaruhi kecepatan transport ovum oleh tuba fallopi dan mencegah ovulasi (Pinem, 2015:270).

2.5.4.4 Kontrasepsi suntikan kombinasi (estrogen-progesteron)

- a. Jenis suntikan kombinasi :
 - 1) Depo Medroksiprogesteron Asetat 25 mg
 - 2) Estradiol Sipionat 5 mg yang diberikan injeksi secara intramuscular sebulan sekali (Cyclofem)
 - 3) Noretindrom Enantat 50 mg
 - 4) Estradiol Valerat 5 mg yang diberikan dengan injeksi intramuskluar sebulan sekali
- b. Cara kerja suntikan kombinasi :
 - 1) Mengentalkan lendir serviks sehingga mengganggu penetrasi sperma
 - 2) Menghambat transportasi gamet oleh tuba (Pinem, 2015:276).



Gambar 4. KB Suntik Progestin dan Kombinasi

2.5.4.5 Kontrasepsi Implant (*Subdermal*)

- a. Pengertian
Implant atau susuk kontrasepsi merupakan alat kontrasepsi yang berbentuk batang dengan panjang sekitar 4 cm yang didalamnya terdapat hormon progesteron, yang dimasukkan ke dalam kulit di bagian lengan atas. Hormon tersebut akan dilepaskan secara perlahan dan implant ini dapat efektif sebagai alat kontrasepsi selama 3 tahun. Sama seperti pada kontrasepsi suntik, disarankan penggunaan kondom untuk minggu pertama sejak pemasangan implant kontrasepsi tersebut (Purwoastuti & Walyani, 2015:203).

b. Jenis Implan :

- 1) Norplant terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan Panjang 3,4 cm dan diameter 2,4 mm yang diisi dengan 36 mg Levonorgestrel dengan lama kerja 5 tahun
- 2) Implanon terdiri dari 1 batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm yang diisi dengan 68 mg 3 Keto desogestrel dengan lama kerja 3 tahun
- 3) Jadena dan indoplant terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg Lenovogestrel dengan lama kerja 3 tahun (Pinem, 2015:282).



Gambar 5. Implant

2.5.4.6 Kontrasepsi *Patch* (Koyo)

Patch ini didesain untuk melepaskan $20\mu\text{g}$ ethinyl estradiol dan $150\ \mu\text{g}$ norelgestromin. Mencegah kehamilan dengan cara yang sama seperti kontrasepsi oral (pil) yang digunakan selama 3 minggu dan 1 minggu bebas *patch* untuk siklus menstruasi (Purwoastuti & Walyani, 2015:204).



Gambar 6. Koyo KB

2.5.4.7 Metode Barrier (penghalang)

- a) Kondom untuk Pria

Kondom merupakan sarung/selubung karet yang berbentuk silinder, dapat terbuat dari lateks (karet), plastic (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat bersenggama.

Cara kerja kondom yaitu menghalangi terjadinya pertemuan spermatozoa dan ovum dengan cara menampung sperma diujung kondom sehingga sperma tersebut tidak masuk kedalam vagina perempuan.



Gambar 7. Kondom

b) Barrier Intra vaginal pada Perempuan

Menghalangi masuknya spermatozoa kedalam saluran genitalia interna wanita dan immobilisasi atau mematikan spermatozoa oleh spermisidanya.

1) Keterbatasan metode barrier intra-vaginalis :

- a) Angka kegagalan relatif tinggi
- b) Aktifitas hubungan seks harus dihentikan sementara untuk memasangnya
- c) Perlu dipakai setiap kali bersenggama

2) Macam-macam Barrier Intra-vaginal :

- a) Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung (mangkok), terbuat dari lateks (karet) yang di insersikan kedalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks
- b) Kap serviks adalah suatu alat kontrasepsi yang hanya menutupi serviks saja. Kap serviks lebih tinggi kubahnya (lebih dalam) daripada diafragma tetapi lebih kecil dimeternya, lebih

kaku dan menutupi serviks karena hisapan, bukan karena pegas.

- c) Spons intravaginal bentuknya seperti bantal dan salah satu sisinya cekung, terbuat dari polyurethane yang mengandung spermisida. Sisi lainnya mempunyai tali untuk mempermudah pengeluarannya.
- d) Spermisida adalah alat kontrasepsi yang mengandung bahan kimia (nonoksinol-9) yang digunakan untuk membunuh sperma. Jenis spermisida terbagi menjadi :
 - (1) Aerosol (busa)
 - (2) Tablet vagina, suppositoria, dan dissolvable film
 - (3) Krim (Purwoastuti & Walyani, 2015:202).

2.5.4.8 Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Yang boleh menggunakan AKDR :

- a. Usia reproduktif ataupun Nullipara
- b. Ingin kontrasepsi jangka panjang
- c. Setelah melahirkan dan menyusui ataupun tidak menyusui bayinya
- d. Setelah mengalami abortus dan tidak terjadi infeksi
- e. Resiko rendah dari IMS
- f. Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari pascapersalinan (Pinem, 2015:289).



Gambar 8. AKDR

2.5.4.9 Metoda Keluarga Berencana Alamiah (KBA)

Dasar : menentukan masa subur yang terjadi ketika waktu ovulasi yang umumnya kira-kira 14 hari sebelum haid berikutnya, menghindari senggama selama 7-18 hari termasuk masa subur dari tiap siklus (Pinem, 2015:224).

2.5.4.10 Metoda Senggama Terputus (*Coitus Interruptus*)

Metoda kontrasepsi dimana senggama diakhiri sebelum terjadi ejakulasi intra-vaginal dengan cara : alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina (Pinem, 2015:237).

2.5.4.11 Metoda Amenorea Laktasi (MAL)

MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif. Dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila menyusui secara penuh, lebih efektif jika pemberian 8x sehari sebelum haid dan usia bayi kurang dari 6 bulan dan harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya (Pinem, 2015:221).

2.5.4.12 Kontrasepsi Darurat

Kontrasepsi darurat adalah kontrasepsi yang dapat mencegah kehamilan bila digunakan segera setelah hubungan seksual yang sering disebut kontrasepsi pascasenggama atau "*morning after pill*" atau "*morning after treatment*".

Jenis kontrasepsi darurat :

- a. AKDR (Copper T, Multiload, Nova T) : pemberian dalam waktu 5 hari pascasenggama dengan dosis 1x pemasangan
- b. Pil (Microgynon, Ovril, Neogynon, Nordiol, Eugynon) : pemberian dalam waktu 3 hari pascasenggama dengan dosis 2x2 tablet dan dosis kedua 12 jam kemudian (Pinem, 2015:218).

2.5.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemilihan Metoda Kontrasepsi

2.5.5.1 Faktor pasangan : usia, gaya hidup, frekuensi senggama, jumlah keluarga yang diinginkan, pengalaman dengan kontrasepsi yang lalu, sikap kewanitaan, sikap keperiaan

2.5.5.2 Faktor kesehatan : kontraindikasi absolut atau relatif, status kesehatan, riwayat haid, riwayat keluarga, pemeriksaan fisik, pemeriksaan panggul

2.5.5.3 Faktor metode kontrasepsi : penerimaan dan pemakaian berkesinambungan dipandang dari pihak calon akseptor dan pihak medis (petugas KB), efektifitas, efek samping minor, kerugian, biaya dan komplikasi potensial (Pinem, 2015:208).

2.5.6 Kontrasepsi Pascapersalinan

Pada klien pascapersalinan yang tidak menyusui, masa infertilitas berlangsung rata-rata sekitar 6 minggu sedangkan pada menyusui, masa infertilitas lebih lama tetapi kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan.

2.5.6.1 Anjuran pada Klien Pascapersalinan

- a. Memberi ASI Eksklusif (hanya memberi ASI saja) kepada bayi sejak lahir sampai berusia 6 bulan. Setelah 6 bulan, bayi diberi makanan pendamping ASI sedangkan pemberian ASI diteruskan sampai anak berusia 2 tahun
- b. Tidak menghentikan ASI untuk memulai suatu metoda kontrasepsi

2.5.6.2 Jenis Kontrasepsi dan Saat Mulai Penggunaannya

Metoda yang langsung dapat digunakan adalah : spermisida, kondom dan koitus interruptus.

- a. Klien menyusui :
 - 1) Klien yang menyusui tidak memerlukan kontrasepsi pada 6 minggu pascapersalinan

- 2) Kontrasepsi kombinasi (merupakan pilihan terakhir pada klien karena) :
 - a) Jangan dipakai sebelum 6-8 minggu pascapersalinan karena akan mengurangi ASI dan mempengaruhi tumbuh kembang bayi
 - b) Sebaiknya tidak dipakai dalam waktu 6 minggu sampai 6 bulan pascapersalinan karena akan meningkatkan resiko pembekuan darah
 - 3) Progestin
 - a) Selama 6 minggu pasca persalinan dapat mempengaruhi tumbuh kembang bayi
 - b) Tidak berpengaruh terhadap ASI
 - 4) AKDR
 - a) Dapat dipasang langsung pasca persalinan, sewaktu secsio caesarea atau sesudah 48 jam pascapersalinan
 - b) Sesudah 4-6 minggu pascapersalinan
 - c) Jika sudah haid maka inersi dilakukan sesudah yakin tidak ada kehamilan
 - 5) Diafragma : sebaiknya ditunggu sampai 6 minggu pascapersalinan, tidak berpengaruh terhadap laktasi
- b. Klien tidak menyusui :
- 1) Kondom, MAL, progestin dapat segera digunakan
 - 2) Kontrasepsi kombinasi : dapat dimulai 3 minggu pascapersalinan, lebih dari 6 minggu atau sesudah dapat haid (Pinem, 2015:214).

2.5.7 Kontrasepsi Prpgestin (KB Suntik 3 Bulan)

2.5.7.1 Profil kontrasepsi suntikan progestin

Sangat efektif, aman, dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi, kembalinya kesuburan lebih lambat

kira-kira 4 bulan, tidak menekan produksi ASI sehingga cocok untuk masa laktasi

2.5.7.2 Mekanisme kerja suntikan progestin

Mencegah ovulasi, lendir serviks menjadi kental dan sedikit sehingga menurunkan kemampuan penetrasi spermatozoa, membuat endometrium tipis dan atrofi sehingga kurang baik untuk implantasi ovum yang telah dibuahi, mempengaruhi kecepatan transport ovum oleh tuba fallopi

2.5.7.3 Keuntungan suntikan progestin

- a. Sangat efektif dan mempunyai efek pencegahan kehamilan jangka panjang
- b. Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri
- c. Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah
- d. Tidak mempengaruhi ASI
- e. Tidak perlu menyimpan obat suntik
- f. Dapat digunakan oleh perempuan yang berusia diatas 35 tahun sampai perimenopause
- g. Mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik
- h. Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara

2.5.7.4 Keterbatasan suntikan progestin

- a. Sering ditemukan gangguan haid (perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak, perubahan dalam frekuensi, lama dan banyaknya darah yang keluar atau tidak haid sama sekali)
- b. Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya dan peningkatan berat badan
- c. Tidak menjamin perlindungan terhadap infeksi menular seksual, infeksi HIV dan hepatitis B virus

- d. Setelah pemakaian dihentikan kesuburan terlambat kembali karena pelepasan obat suntikan dari depannya belum habis
- e. Pada penggunaan jangka panjang : terjadi perubahan pada lipid serum, dapat sedikit menurunkan densitas (kepadatan) tulang, dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, dapat menimbulkan gangguan emosi (tetapi jarang), sakit kepala, jerawat dan *nervositas*

2.5.7.5 Cara penyuntikan

- a. Kontrasepsi suntikan DMPA, setiap 3 bulan dengan dosis 150 mg secara intramuscular dalam-dalam didaerah pantat (bila suntikan terlalu dangkal maka penyerapan kontraksi berlangsung lambat, tidak bekerja segera dan efektif). Suntikan diberikan setiap 90 hari. Jangan melakukan masase pada tempat suntikan
- b. Memberikan kontrasepsi suntikan Noristerat dalam dosis 200 mg sekali setiap 8 minggu atau sekali setiap 8 minggu untuk 6 bulan pertama (= 3 kali suntikan pertama) kemudian untuk selanjutnya setiap 12 minggu sekali
- c. Bersihkan kulit yang akan disuntik dengan kapas alcohol yang telah dibasahi dengan isopropyl alcohol 60%-90%. Tunggu dulu sampai kulit kering baru disuntik

2.5.7.6 Efek samping

- a. Meningkat/menurunnya berat badan
- b. Gangguan haid (Amenorea / perdarahan)

2.5.7.7 Instruksi yang perlu disampaikan pada Klien

Klien harus kembali ke klinik untuk mendapatkan suntikan kembali, setiap 12 minggu untuk DMPA, dan setiap 8 minggu untuk Noristerat (Pinem, 2015:269).