

## **BAB 2**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **2.1 Asuhan Kebidanan Komprehensif**

##### 2.1.1 Pengertian asuhan kebidanan komprehensif

Asuhan Kebidanan Komprehensif adalah suatu upaya untuk pelayanan kebidanan yang diberikan kepada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, masa nifas dan keluarga berencana untuk upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan kebidanan. Maka diperlukan pelayanan kebidanan secara promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara menyeluruh (Saifuddin, 2013: 23).

Tujuan Asuhan Kebidanan Komprehensif adalah melaksanakan pendekatan manajemen kebidanan pada kasus kehamilan dan persalinan, sehingga dapat menurunkan angka kesakitan ibu dan anak (Saifuddin, 2013: 23).

#### **2.2 Asuhan Kehamilan**

##### 2.2.1 Pengertian kehamilan

Kehamilan merupakan proses fisiologis yang memberikan perubahan pada ibu maupun lingkungannya. Dengan adanya kehamilan maka seluruh sistem *genetalia* wanita mengalami perubahan yang mendasar untuk mendukung perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim selama proses kehamilan berlangsung (Hutahaean, 2013: 42).

## 2.2.2 Mendiagnosa kehamilan

Seorang perempuan bisa saja memiliki semua tanda dan gejala kehamilan tetapi tidak hamil, atau hanya mempunyai beberapa tanda dan gejala tetapi jelas hamil (Hutahaean, 2013: 43).

### 2.2.2.1 Tanda kehamilan dibagi atas 3 tanda :

#### a. Tanda presumtif/dugaan

- 1) *Amenorea*
- 2) *Morning sickness*
- 3) Payudara membesar dan tegang
- 4) *Fatigue* (kelelahan)
- 5) Perubahan kulit (Hutahaean, 2013: 43)

#### b. Tanda mungkin

- 1) Pembesaran abdomen (12 minggu)
- 2) Tanda *piskacek*, yaitu pertumbuhan rahim tidak sama ke semua arah, tetapi terjadi pertumbuhan yang cepat didaerah implantasi plasenta sehingga bentuk rahim tidak simetris (usia 4-6 minggu).
- 3) Tanda *hegar*, yaitu perubahan pada isthmus uteri yang menyebabkan isthmus uteri menjadi lebih panjang dan lunak (usia 6 minggu).
- 4) Tanda *doogell*, yaitu pelunakkan pada leher rahim akibat peningkatan vaskularisasi (usia 8 minggu).
- 5) Tanda *chadwick*, yaitu warna merah tua atau kebiruan pada vagina akibat peningkatan vaskularisasi (usia 6-8 minggu).
- 6) Kontraksi *braxton hicks*, kontraksi *uterus* yang datangnya sewaktu-waktu, tidak beraturan dan tidak mempunyai irama tertentu (akhir trimester pertama).
- 7) Tes kehamilan positif (usia 7-10 hari setelah konsepsi) (Hutahaean, 2013: 43).

c. Tanda pasti

- 1) Adanya denyut jantung janin
- 2) Adanya pergerakan janin (usia 19 minggu)
- 3) Visualisasi *fetus* dalam USG (usia 5-6 minggu)

(Hutahaean, 2013: 43).

2.2.3 *Antenatal care (ANC)*

*Antenatal care* adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2013: 278).

2.2.4 Tujuan *antenatal care (ANC)*

Tujuan utama asuhan *antenatal* adalah untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayinya dengan cara membina hubungan saling percaya dengan ibu, mendeteksi komplikasi yang dapat mengancam jiwa, mempersiapkan kehamilan, memberikan pendidikan, asuhan *antenatal* penting untuk menjamin agar proses alamiah tetap berjalan normal selama kehamilan (Bartini, 2012: 52).

2.2.5 Kunjungan *antenatal care*

Pelayanan standar *antenatal care (ANC)* WHO (*World Health Organization*) menganjurkan agar setiap wanita hamil mendapatkan paling sedikit empat kali kunjungan selama periode antenatal :

- 2.2.5.1 Satu kali kunjungan selama trimester pertama (sebelum usia kehamilan 16 minggu)
- 2.2.5.2 Satu kali kunjungan selama trimester kedua (usia kehamilan antara 24-28 minggu)
- 2.2.5.3 Dua kali kunjungan selama trimester tiga (usia kehamilan antara 30-32 minggu dan antara 36-38 minggu) (Bartini, 2012: 33).

## 2.2.6 Pelayanan standar *antenatal care* (ANC)

Kebijakan program pelayanan asuhan antenatal harus sesuai standar yaitu “14T” meliputi:

- 2.2.6.1 Ukur tinggi badan/berat badan
- 2.2.6.2 Ukur tekanan darah
- 2.2.6.3 Ukur tinggi fundus uteri (TFU)
- 2.2.6.4 Pemberian imunisasi TT (tetanus toksoid)
- 2.2.6.5 Pemberian tablet zat besi (minimal 90 tablet) selama kehamilan
- 2.2.6.6 Tes terhadap penyakit menular seksual
- 2.2.6.7 Temu wicara /konseling
- 2.2.6.8 Tes/pemeriksaan kadar *hemoglobin* dalam darah
- 2.2.6.9 Tes/pemeriksaan protein urine
- 2.2.6.10 Tes/pemeriksaan reduksi urine
- 2.2.6.11 Perawatan payudara (tekan pijat payudara)
- 2.2.6.12 Pemeliharaan tingkat kebugaran (senam hamil)
- 2.2.6.13 Terapi yodium kapsul (khusus daerah endemik gondok)
- 2.2.6.14 Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis malaria (Pantikawati, 2012: 10).

## 2.2.7 Tahap-tahap pemeriksaan pada kehamilan

### 2.2.7.1 *Anamnesa*

Maksud dari anamnesa kehamilan adalah mendeteksi komplikasi-komplikasi dan menyiapkan kelahiran dengan mempelajari keadaan kehamilan ibu sekarang, kehamilan dan kelahiran terdahulu, kesehatan umum, kondisi sosial ekonomi. Informasi lengkap yang diperoleh, memudahkan petugas kesehatan untuk menentukan anjuran atau pengobatan yang akan diberikan (Mandriwati, 2008: 21).

#### a. Identifikasi ibu

Identifikasi ibu dan suami (Nama, nama suami, usia, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat).

Untuk mengenal ibu hamil dan menentukan status sosial ekonominya, serta menentukan anjuran dan pengobatan yang diperlukan (Mandriwati, 2008: 21).

b. Keluhan utama

Apakah semata-mata ingin periksa hamil, atau ada keluhan/masalah lain yang dirasakan (Mandriwati, 2008: 21).

c. Riwayat kehamilan sekarang meliputi :

- 1) HPHT (Hari pertama haid terakhir)
- 2) HPL (Hari perkiraan lahir)
- 3) Gerak janin (kapan mulai dirasakan dan apakah ada perubahan yang terjadi)
- 4) Masalah atau tanda-tanda bahaya (termasuk penglihatan kabur.
- 5) keluhan-keluhan lazim pada kehamilan (seperti mual, pusing, sakit pinggang)
- 6) Penggunaan obat-obatan (termasuk jamu-jamuan)
- 7) Kekhawatiran lain yang dirasakan

Dari informasi riwayat kehamilan yang sekarang ini dapat dipakai untuk membantu dalam menentukan usia kehamilan dengan tepat. Setelah mengetahui usia kehamilan barulah dapat diberikan konseling tentang kehamilan yang diperlukan dan dapat juga membantu mendeteksi adanya komplikasi dengan lebih baik (Mandriwati, 2008: 21).

d. Riwayat *obstetri* meliputi :

(*Menarche*/pertama kali haid, siklus, lamanya, banyak/berapa kali dalam sehari ganti pembalut, bau, konsistensi, *dismenorrhoe*, *flour albus*) (Bartini, 2012: 19).

e. Riwayat kehamilan yang lalu, meliputi :

- 1) Berapa kali hamil, anak yang lahir hidup, persalinan tepat waktu, persalinan *premature*, keguguran atau kegagalan kehamilan, persalinan dengan tindakan, (dengan *forcep*, *vakum ekstraksi* atau operasi *Caesar*)
- 2) Riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan, kelahiran atau nifas sebelumnya
- 3) Persalinan yang lalu: spontan atau buatan, aterm atau premature, perdarahan, siapa yang menolong
- 4) Riwayat *hipertensi*
- 5) Melahirkan janin dengan BB <2500 atau >4000 gram
- 6) Nifas dan laktasi
- 7) Bayi yang dilahirkan: jenis kelamin, berat dan panjang badan, hidup atau mati, bila mati umur berapa dan penyebabnya
- 8) Masalah-masalah lain yang dialami (Mandriwati, 2008: 23).

f. Riwayat kesehatan (penyakit yang pernah diderita), meliputi :

- 1) Penyakit *kardiovaskuler*
- 2) TB Paru
- 3) Hepatitis B
- 4) Diabetes
- 5) *Hipertensi*
- 6) PMS atau HIV/AIDS
- 7) Malaria
- 8) Status imunisasi TT
- 9) Lain-lain (Bartini, 2012: 22).

- g. Riwayat keluarga meliputi penyakit keturunan, anak kembar, penyakit menular dll (Bartini, 2012: 22).
- h. Riwayat sosial ekonomi, dan budaya meliputi :
- 1) Status perkawinan
  - 2) Riwayat KB
  - 3) Respon orang tua dan keluarga terhadap kehamilan ini
  - 4) Dukungan keluarga
  - 5) Pengambilan keputusan dalam keluarga
  - 6) Kebiasaan makan dan gizi yang dikonsumsi (gizi seimbang), dengan perhatian pada vitamin A dan Zat besi
  - 7) Kebiasaan hidup sehat meliputi kebiasaan merokok, minum obat/alkohol/obat tradisional, dan olahraga
  - 8) Beban kerja dan kegiatan sehari-hari
  - 9) Tempat melahirkan dan penolong yang diinginkan (Romauli, 2011: 188).

#### 2.2.7.2 Pemeriksaan objektif

- a. Keadaan umum dan tingkat kesadaran
- b. TTV meliputi Tekanan darah, suhu badan, frekuensi nadi, frekuensi nafas)
- c. Berat badan, tinggi badan , lingkar lengan atas
- d. *Inspeksi*
  - 1) Kepala dan leher adakah :
    - a) Rambut rontok
    - b) *Edema* dan *chloasma* di wajah
    - c) Mata : konjungtiva dan sklera
    - d) Mulut : bibir pucat, lidah pucat, caries gigi
    - e) Leher : pembesaran *vena jugularis*, pembengkakan saluran *limfe*, kelenjar tyroid dan tonsil.

## 2) Dada

Bentuk payudara, pigmentasi puting susu, keadaan puting susu (simetris atau tidak), keluarnya *kolostrum* (dilakukan pemeriksaan setelah usia kehamilan >28 minggu).

3) *Abdomen*

Membesar kedepan atau kesamping (*ascites*), keadaan pusat, *linea alba*, ada gerakan anak atau tidak, kontraksi rahim, *striae gravidarum* dan bekas luka operasi.

4) *Genetalia* luar (*Eksternal*)

*Varises*, perdarahan, luka, cairan yang keluar, pengeluaran, kelenjar *bartholin*, bengkak (*massa*) cairan yang keluar.

5) *Genetalia* dalam (*Interna*)

*Serviks* meliputi cairan : yang keluar, luka (*lesi*), kelunakan, posisi, mobilisasi, tertutup, atau membuka. *Vagina* meliputi cairan yang keluar, luka, dan darah. Ukuran, bentuk, posisi, mobilitas, kelunakan, massa (pada trimester pertama) (Bartini, 2012: 32).

e. *Palpasi abdomen*

Menggunakan cara *leopold* dengan langkah sebagai berikut :

1) *Leopold I*

*Leopold I* bertujuan untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian janin yang ada di fundus. Cara pelaksanaan adalah sebagai berikut.

- a) Pemeriksa menghadap pasien
- b) Kedua tangan meraba bagian fundus dan mengukur berapa tinggi fundus uteri

- c) Meraba bagian apa yang ada di fundus. Jika teraba benda bulat, melenting, mudah digerakkan, maka itu adalah kepala. Namun jika teraba benda bulat, besar, lunak, tidak melenting, dan susah digerakkan, maka itu adalah bokong janin (Astuti, 2012: 32).



Gambar 2.1 *Leopold I*  
Sumber : Linda Waty (2013 )

Tabel 2. 1  
Pemeriksaan tuanya kehamilan berdasarkan TFU

Usia Kehamilan	Palpasi Abdomen
4 minggu	Belum teraba
8 minggu	Di belakang simfisis
12 minggu	1-2 jari diatas simfisis
16 minggu	Pertengahan simfisis-pusat
20 minggu	2-3 jari di bawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	2-3 jari di atas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat-prx
36 minggu	3 jari di bawah prx/setinggi pusat

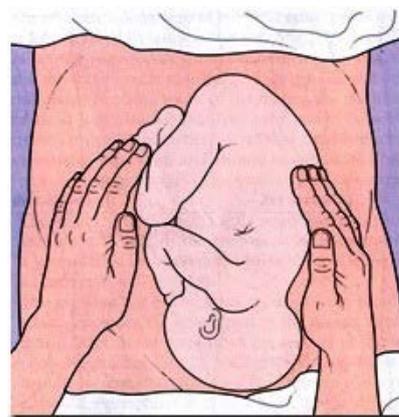
40 minggu	Sama dengan 8 bulan tapi melebar kesamping
-----------	--

Sumber : Maria Dewi (2013)

2) *Leopold II*

*Leopold II* bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada disebelah kanan atau kiri ibu. Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut.

- a) Kedua tangan pemeriksa berada disebelah kanan dan kiri perut ibu
- b) Ketika memeriksa sebelah kanan, maka tangan kanan menahan perut sebelah kiri kearah kanan.
- c) Raba perut sebelah kanan menggunakan tangan kiri, dan rasakan bagian apa yang ada disebelah kanan (jika teraba benda yang rata, tidak teraba bagian kecil, terasa ada tahanan, maka itu adalah punggung bayi, namun jika teraba bagian-bagian yang kecil dan menonjol, maka itu adalah bagian kecil janin) (Bartini, 2012: 35).

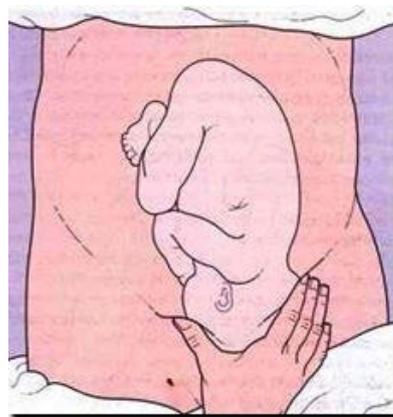


Gambar 2.2 *Leopold II*  
Sumber : Linda Waty (2013 )

### 3) *Leopold III*

*Leopold III* bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah uterus. Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut :

- a) Tangan kiri menahan fundus uteri
  - b) Tangan kanan meraba bagian yang ada dibagian bawah uterus. Jika teraba benda bulat, melenting, mudah digerakkan, maka itu adalah kepala. Namun jika teraba benda bulat, besar, lunak, tidak melenting, dan susah digerakkan, maka itu adalah bokong janin. Jika dibagian bawah tidak ditemukan kedua bagian seperti diatas, maka pertimbangkan apakah janin dalam letak lintang.
  - c) Tangan kanan meraba bagian bawah (jika teraba kepala, goyangkan, jika masih mudah digoyangkan, berarti kepala belum masuk panggul, namun jika tidak dapat digoyangkan, berarti kepala sudah masuk panggul)
- (Mandriwati, 2008: 89).



Gambar 2.3 *Leopold III*  
Sumber : Linda Waty (2013 )

#### 4) *Leopold IV*

*Leopold IV* bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah dan untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk panggul atau belum. Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut :

- a) Pemeriksaan menghadap kaki pasien.
- b) Kedua tangan meraba bagian janin yang ada dibawah.
- c) Jika teraba kepala, tempatkan kedua tangan didua belah pihak yang berlawanan dibagian bawah.
- d) Jika kedua tangan konvergen (dapat saling bertemu) berarti kepala belum masuk panggul.
- e) Jika kedua tangan divergen (tidak saling bertemu) berarti kepala sudah masuk panggul.
- f) Jika memungkinkan dalam palpasi diperkirakan juga taksiran berat janin (meskipun kemungkinan kesalahan juga masih cukup besar) pada kehamilan aterm, perkiraan berat janin dapt menggunakan rumus Johnson-Tossec yaitu :

Jika kepala sudah masuk PAP(TFU – 11) x 155  
= .... gram,

Jika kepala belum masuk PAP (TFU – 12) x 155  
= ... gram (Bartini, 2012 : 37).



Gambar 2.4 *Leopold IV*  
Sumber : Linda Waty (2013 )

f. *Auskultasi* (bila >18 minggu)

Dengan menggunakan stetoskop kayu, *laennec* atau alat *dopler* yang ditempelkan didaerah punggung janin, dihitung frekuensi 5 detik pertama, ketiga, dan ke lima, kemudian dijumlah dan dikalikan 4 untuk memperoleh frekuensi 1 menit. Batas frekuensi denyut jantung normal adalah 120-160/menit (Dewi, 2012: 41).

g. Pemeriksaan panggul

Untuk pemeriksaan panggul pada wanita hamil dilakukan jika ada indikasi dan pada anak pertama pemeriksaan ini sangat penting untuk mengidentifikasi ada tidaknya panggul sempit. Alat pengukur yang sering digunakan adalah jangkar panggul (Romauli, 2011: 43)

h. Pemeriksaan laboratorium

1) Pemeriksaan *Haemoglobin*

Dilakukan pada kunjungan ibu hamil yang pertama kali, lalu dilakukan pemeriksaan lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan HB salah satu upaya untuk mendeteksi anemia pada ibu hamil. Diterapkan tiga kategori yaitu

a) Normal >11,5gr - 12gr

- b) Ringan >10gr – 11gr
- c) Sedang > 8gr – 9gr
- d) Berat <8gr (Bartini, 2012: 12).

## 2) Pemeriksaan protein urine

Pemeriksaan ini berguna untuk mengetahui adanya protein dalam urine ibu hamil. Adapun pemeriksaannya dengan asam asetat 2-3% ditunjukkan pada ibu hamil dengan riwayat tekanan darah tinggi, kaki oedem. Pemeriksaan urine protein ini untuk mendeteksi ibu hamil kearah *pre klamsi*.

- a) Negatif : Tidak ada kekeruhan
- b) Positif + : Ada kekeruhan sedikit tanpa butir- butir
- c) Positif ++ : Kekeruhan dan tampak butir-butir
- d) Positif +++ : Kekeruhan dengan berkeping-keping.
- e) Positif ++++ : Berkeping keping besar (Astuti, 2012: 21).

## 3) Pemeriksaan reduksi urine

Dilakukan pemeriksaan urine reduksi hanya kepada ibu dengan indikasi penyakit gula/DM atau riwayat penyakit gula pada keluarga ibu dan suami. Bila hasil pemeriksaan urine reduksi positif (+) perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya *Diabetes Melitus Gestasional (DMG)*. *Diabetes Melitus Gestasional* pada ibu dapat mengakibatkan adanya penyakit berupa *pre eklamsia*, *polahidramnion*, dan bayi besar.

- a) Negatif : Biru kehijauan
- b) Positif + : Hijau kekuning-kuningan

- c) Positif ++ : Kuning keruh  
 d) Positif +++ : Kuning kemerahan  
 f) Positif ++++ : Merah Keruh

(Astuti, 2012: 21).

### 2.2.7.3 Terapi pada ibu hamil

#### a. Imunisasi TT (*Tetanus toksoid*)

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang bisa menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah tetanus *toxoid* (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus (Dewi, 2013: 30).

Tabel 2. 2

Jadwal pemberian imunisasi tetanus *toksoid*

Imunisasi	Interval	Perlindungan
TT I	Kunjungan pertama	-
TT II	4 minggu setelah TT I	3 tahun
TT III	6 bulan setelah TT II	5 tahun
TT IV	1 tahun setelah TT III	10 tahun
TT V	1 tahun setelah TT IV	25 tahun-seumur hidup

Sumber : Maria Dewi (2013: 30)

### 2.2.8 Ketidaknyamanan pada kehamilan

Tabel 2.3

Ketidaknyamanan pada kehamilan

Macam-macam Ketidaknyamanan	Penatalaksanaan
Diare	Kurangi makan berserat, makan sedikit tapi sering
Gatal-gatal	Kompres, mandi sertakan perasan air jeruk
Mengidam	KIE tentang makanan sehat
Kelelahan	Senam ringan
Keringat bertambah	Gunakan pakaian longgar & menyerap keringat, banyak minum

Mual dan muntah	Makan biskuit sedikit tapi sering, hindari makanan berminyak dan berbau tajam
Sakit kepala	Masase leher dan bahu, relaksasi, mandi air hangat
Cloasma	Gunakan perlindungan non alergis, hindari paparan matahari langsung
Edema	Hindari posisi terlentang terlalu lama, ketika istirahat miring ke kiri dengan kaki agak di angkat, hindari kaos kaki ketat
Gusi berdarah	Berkumur dengan air hangat, gosok gigi teratur
Sulit tidur	Mandi air hangat, relaksasi, minum minuman hangat seperti teh
Konstipasi	Tingkatkan intake cairan dan serat
Kram	Kurangi makan dengan fosfor tinggi seperti susu (sementara)
Mati rasa	Pastikan postur tubuh yang benar, rebahkan diri
Sesak nafas	Atur pernafasan, berdiri dengan tangan di rentangkan di atas kepala kemudian kemudian ambil nafas panjang
Panas dalam	Hindari makanan berlemak, makan sedikit tapi sering
Kembung	Hindari makanan yang mengandung gas, kunyah secara sempurna, kebiasaan BAB yang baik
Sakit punggung	Gunakan BH yang menopang, mekanisme mengangkat beban yang baik, hindari sepatu hak tinggi, gunakan kasur yang agak keras saat tidur
Varises pada kaki dan vulva	Meninggikan kaki, berbaring tegak lurus, hindari duduk/berdiri terlalu lama

Sumber : Maria Dewi (2013)

## 2.2.9 Tanda bahaya pada kehamilan

2.2.9.1 Sakit kepala hebat

2.2.9.2 Penglihatan kabur

2.2.9.3 Bengkak diwajah dan jari-jari tangan

2.2.9.4 Nyeri perut hebat

2.2.9.5 Keluar cairan dan perdarahan pervaginam

2.2.9.6 Gerakan janin tidak terasa

2.2.9.7 *Hipertensi* dalam kehamilan (Anggraini, 2011: 21).

## 2.2.10 Kebutuhan dasar ibu hamil

Kebutuhan dasar ibu hamil trimester III adalah sebagai berikut:

### 2.2.10.1 Oksigen

Kebutuhan oksigen pada bumil mengalami peningkatan 25% - 30%. Pernapasan menjadi dangkal. Ibu hamil juga memerlukan udara yang bersih (Jannah, 2012: 29).

### 2.2.10.2 *Personal hygiene*

Kebersihan alat genitalia serta kebersihan diri terutama pada bagia lipatan ditubuh seperti lipatan kulit, ketiak, buah dada (Jannah, 2012: 29).

### 2.2.10.3 *Mobilisasi*

Hindari bekerja berat, meloncat, dan beraktivitas yang dapat mengganggu kehamilan (Jannah, 2012: 30).

2.2.10.4 Persiapan Persalinan, fisik, mental, materi, dan mempersiapkan payudara untuk laktasi (Jannah, 2012: 30).

2.2.10.5 *Coitus* masih dapat dilakukan dan akan dihentikan bila terdapat tanda infeksi dengan tanda keluarnya cairan disertai nyeri dan panas (Jannah, 2012: 31)

2.2.10.6 Imunisasi vaksinisasi dengan toksoid tetanus di anjurkan untuk dapat angka kematian bayi karena infeksi tetanus. Imunisasi ini dilakukan sebanyak dua kali selama kehamilan (Jannah, 2012: 32)

#### 2.2.10.7 Nutrisi penting selama hamil

Seiring pertambahan usia kandungan, maka kebutuhan gizi ibu hamil akan meningkat, terutama setelah memasuki kehamilan trimester kedua. Sebab pada saat itu, pertumbuhan janin berlangsung pesat, terutama perkembangan otak dan susunan syaraf dan membutuhkan asupan gizi yang optimal.

Nutrisi yang diperlukan antara lain :

- a. Sumber tenaga, digunakan untuk tumbuh kembang janin dan proses perubahan biologis yang terjadi dalam tubuh yang meliputi, pembentukan sel-sel baru, pemberian makanan dari ibu ke janin melalui plasenta, serta pembentukan enzim dan hormon penunjang pertumbuhan janin.
- b. Protein diperlukan sebagai pembentuk jaringan baru janin terutama pada umur kehamilan trimester II.
- c. Mineral dan vitamin sebagai zat pengatur dapat diperoleh dari buah-buahan dan sayur-sayuran (Jannah, 2013: 33).

#### 2.2.10.8 Senam hamil

Senam hamil memberi keuntungan untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan fisik ibu hamil, memperlancar peredaran darah, mengurangi keluhan kram dan pegal-pegal, mempersiapkan pernafasan, aktivitas otot, dan panggul untuk menghadapi proses persalinan (Jannah, 2012: 35)

#### 2.2.11 Perubahan pada masa kehamilan

##### 2.2.11.1 Perubahan fisiologis pada masa kehamilan

Perubahan fisiologis yang terjadi pada masa kehamilan adalah sebagai berikut :

- a. Berat badan

- 1) Peningkatan berat badan sekitar 25% dari sebelum hamil (rata-rata 12,5 kg).
  - 2) Pada trimester II dan III sebanyak 0,5 kg/minggu
  - 3) Pengaruh dari pertumbuhan janin, pembesaran organ maternal, penyimpanan lemak dan protein, serta peningkatan volume darah dan cairan interstisial pada maternal (Hutahaean, 2013: 44).
- b. Sistem reproduksi
- 1) *Uterus*
    - a) Berat naik 20 x 50 gram
    - b) Volume 10 ml
    - c) Pembesaran uterus karena pengaruh *estrogen* adalah *hiperplasia* dan *hipertrofi* jaringan otot *uterus*. Pembesaran *uterus* pada perabaan tinggi fundus uteri ibu hamil, dapat ditafsirkan secara kasar seperti berikut ini.
      - (1) Tidak hamil atau normal sebesar telur ayam ( $\pm$  30 gr)
      - (2) 8 minggu : telur bebek
      - (3) 12 minggu : telur angsa
      - (4) 16 minggu : pertengahan simfisis ke pusat
      - (5) 20 minggu : pinggir bawah pusat
      - (6) 24 minggu : pinggir atas pusat
      - (7) 28 minggu : sepertiga pusat ke *xyphoid*
      - (8) 32 minggu : pertengahan pusat ke *xyphoid*
      - (9) 36-42 minggu : 3 jari di bawah *xyphoid*.
    - d) Kontraksi *braxton hicks* terjadi pada minggu ke-6 dengan teregangnya *uterus* karena pengaruh *estrogen* dan *progesteron*.

- e) Posisi *uterus* bergeser ke kanan, dan teraba pada usia 12 minggu (Hutahaean, 2014: 45).

## 2) *Serviks*

- a) *Serviks* terdapat tanda-tanda *chadwick*, *goodell*, dan *mucus plug*.
- b) *Serviks uteri* mengalami *hipervaskularisasi* dan pelunakkan (tanda *hegar*).
- f) Lendir *serviks* meningkat seperti gejala keputihan (Hutahaean, 2014: 45).

## 3) *Ovarium*

Tidak terjadi kematangan *ovum* selama kehamilan (Hutahaean, 2014: 45).

## 4) Payudara

- a) Payudara menjadi lebih besar, kenyal, dan terasa tegang
- b) *Areola* mengalami *hiperpigmentasi*
- c) *Glandula montgomeri* makin tampak
- d) *Papila mammae* makin membesar/menonjol
- e) Pengeluaran ASI belum berlangsung karena *prolaktin* belum berfungsi (Hutahaean, 2014: 45).

## 5) *Vulva*

*Vulva* mengalami *hipervaskularisasi* karena pengaruh *progesteron* dan *esterogen*, berwarna kebiruan (tanda *chadwick*) (Hutahaean, 2014: 45).

### 2.2.11.2 Perubahan psikologis pada masa kehamilan

Sikap atau penerimaan ibu terhadap keadaan hamilnya sangat memengaruhi kesehatan atau keadaan umum ibu serta keadaan janin dalam kehamilannya. Umumnya kehamilan yang diinginkan akan disambut dengan sikap gembira, diiringi dengan pola makan, perawatan tubuh, dan

upaya memeriksakan diri secara teratur dengan baik. Kadang timbul gejala yang lazim disebut ngidam., yaitu keinginan terhadap hal-hal tertentu yang tidak seperti biasanya (misalnya jenis makanan tertentu atau mungkin juga hal-hal lain). Akan tetapi kehamilan yang tidak diinginkan, kemungkinan kan disambut dengan sikap yang tidak mendukung, nafsu makan menurun, tidak mau memeriksakan diri secara teratur, bahkan kadang juga ibu sampai melakukan usaha-usaha untuk menggugurkan kandungannya. Respon yang dialami terhadap kehamilan. Setiap pasangan memiliki respons yang berbeda terhadap diagnosis kehamilan. Bagi sebagian pasangan hal ini merupakan sesuatu yang menggembirakan, namun bagi sebagian lainnya menjadi sesuatu yang menakutkan atau mengejutkan dikarenakan ketidaksiapan mereka (Hutahaean, 2014: 52).

## **2.3 Asuhan Persalinan**

### **2.3.1 Pengertian persalinan**

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran placenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Yanti, 2009: 3).

### **2.3.2 Tujuan asuhan persalinan**

Sebagai bidan harus mampu menggunakan pengetahuan, keterampilan pengambilan keputusan yang tepat terhadap kliennya untuk:

2.3.2.1 Memberikan dukungan baik secara fisik maupun emosional kepada ibu dan keluarganya selama persalinan dan kelahiran.

- 2.3.2.2 Melakukan pengkajian, membuat diagnosa, mencegah, menangani komplikasi-komplikasi dengan cara pemantauan ketat dan deteksi dini selama persalinan dan kelahiran.
  - 2.3.2.3 Melakukan rujukkan pada kasus-kasus yang tidak bisa ditangani sendiri untuk mendapatkan asuhan spesialis jika perlu.
  - 2.3.2.4 Memberikan asuhan yang adekuat kepada ibu, dengan intervensi minimal, sesuai dengan tahap persalinan.
  - 2.3.2.5 Memperkecil resiko infeksi dengan melaksanakan pencegahan infeksi yang aman.
  - 2.3.2.6 Selalu memberitahukan kepada ibu dan keluarganya mengenai kemajua, adanya penyulit maupun intervensi yang akan dilakukan dalam persalinan.
  - 2.3.2.7 Memberikan asuhan yang tepat untuk bayi segera setelah lahir.
  - 2.3.2.8 Membantu ibu dengan pemberian ASI dini (Yanti, 2009: 12).
- 2.3.3 Tanda dan gejala persalinan
- 2.3.3.1 His persalinan

Timbulnya his persalinan ialah his pembukaan dengan sifat-sifatnya sebagai berikut:

    - a. Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut depan.
    - b. Makin lama makin pendek intervalnya dan makin kuat intensitasnya,
    - c. Kalau dibawa berjalan tambah kuat.
    - d. Mempunyai pengaruh pada pendataran dan pembukaan *serviks* (Yanti, 2009: 9).
  - 2.3.3.2 *Bloody show* (lendir disertai darah dari jalan lahir)

Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari *canalis cervicalis* keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan

yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capilliar darah terputus (Yanti, 2009: 9).

### 2.3.3.3 *Premature rupture of membrane*

*Premature rupture of membrane* adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar (Yanti, 2009: 9).

## 2.3.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

### 2.3.4.1 *Passage*

*Passage* adalah untuk mengetahui mekanisme persalinan, terlebih dahulu harus memahami panggul wanita yang memegang peranan penting dalam persalinan, Bagian panggul wanita terdiri dari : Bagian keras yang di bentuk oleh 4 buah tulang, yaitu : 2 pangkal paha (*os coxae*), 1 tulang kelangkang (*os sacrum*), 1 tulang tungging (*os occygis*). Bagian lunak: *diafragma pelvis*, dibentuk oleh *Pars muskularis levator ani*, *Pars membranasea*, *Regio perineum* (Johariyah, 2012: 32).

#### a. Sistem bidang *hodge*

HI : bidang yang sama dengan PAP

HII : bidang sejajar dengan HI setinggi tepi bawa simfisis

HIII :bidang sejajar dengan HI setinggi *spina ischiadika*

HIV : bidang sejajar dengan HI setinggi ujung *os cocxygis* (Eka & Kurnia, 2014: 32).

#### 2.3.4.2 *Power* (his dan tenaga ibu)

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

Sifat His yang sempurna dan efektif :

- a. Adanya koordinasi dari gelombang kontraksi, sehingga kontraksi simetris
- b. Kontraksi paling kuat atau adanya dominasi di *fundus uteri*
- c. Sesudah tiap his, otot-otot *korpus uteri* menjadi lebih pendek dari sebelumnya, sehingga *servik* tertarik dan membuka karena *serviks* kurang mengandung otot.

Pembagian his dan sifat-sifatnya :

- a) His pendahuluan, his tidak kuat dan tidak teratur, menyebabkan “*show*”.
- b) His pembukaan (kala 1), his pembukaan *serviks* sampai terjadi pembukaan lengkap 10 cm, his mulai kuat teratur dan sakit.
- c) His pengeluaran atau his mendedan (kala 2)
- d) His pelepasan uri (kala 3)
- e) His pengiring (kala 4) (Eka & Kurnia, 2014: 33).

#### 2.3.4.3 *Passanger*

Kepala janin merupakan bagian yang paling besar dan keras daripada bagian-bagian lain janin yang akan dilahirkan. Janin dapat memengaruhi jalannya persalinan dengan besarnya dan posisi kepala.

- a. Kepala janin

Berbagai posisi kepala janin dalam kondisi *defleksi* dengan lingkaran yang melalui jalan lahir bertambah

panjang sehingga menimbulkan masalah. Kedudukan rangkap yang paling berbahaya adalah antara kepala dan tali pusat, sehingga makin turun kepala makin terjepit tali pusat, menyebabkan *asfiksia* sampai kematian janin dalam rahim.

Kepala janin (bayi) merupakan bagian penting dalam proses persalinan dan memiliki ciri sebagai berikut :

- 1) Bentuk kepala oval, sehingga setelah bagian besarnya lahir, maka bagian lainnya lebih mudah lahir
- 2) Persendian kepala terbentuk kugel, sehingga dapat digerakan kesegala arah dan memberikan kemungkinan untuk melakukan putaran paksi dalam
- 3) Letak persendian kepala sedikit ke belakang, sehingga kepala melakukan *fleksi* untuk putaran paksi dalam.

Kepala janin mempunyai kemampuan untuk berubah bentuk yang disebut dengan *moulase* (Deslidel, 2012: 41).

#### b. Badan janin

Ukuran badan janin yang lain :

- 1) Lebar bahu : jarak antara kedua *akromion* (12 cm)
- 2) Lingkar bahu (34 cm)
- 3) Lebar bokong, diameter *intertrokantrika* (12 cm)  
Lingkar bokong (27 cm) (Deslidel, 2012: 41).

#### 2.3.4.4 Psikologi ibu

Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dengan menciptakan suasana nyaman, memberikan sentuhan dan *massase* punggung (Deslidel, 2012: 42).

#### 2.3.4.5 Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses persalinan tergantung dari kemampuan atau keterampilan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan (Deslidel, 2012: 42).

#### 2.4.5.6 Posisi persalinan

Posisi yang aman saat persalinan yaitu :

- a. Posisi duduk atau setengah duduk agar lebih mudah bagi Bidan untuk membimbing kelahiran kepala bayi dan mengamati/menyokong *perineum*
- b. Posisi merangkak, baik untuk persalinan dengan punggung yang sakit, membantu bayi melakukan rotasi, peregangan minimal pada *perineum*
- c. Berjongkok atau berdiri, membantu penurunan kepala bayi, memperbesar ukuran panggul dan memperbesar dorongan untuk meneran (dapat memberi kontribusi pada *laserasi*)
- d. Berbaring miring ke kiri, memberi rasa santai bagi ibu yang letih, memberi oksigenisasi yang baik bagi bayi dan membantu mencegah terjadinya *laserasi*.
- e. Posisi terlentang atau *litotomi* tidak dianjurkan pada saat bersalin, dengan alasan :
  - 1) Dapat menyebabkan *hipotensi* yang mengakibatkan ibu pingsan dan hilangnya suplai oksigen bagi bayi.
  - 2) Dapat menambah rasa sakit
  - 3) Dapat memperlama proses persalinan
  - 4) Lebih sulit bagi ibu untuk melakukan pernafasan
  - 5) Mempersulit berkemih atau *defekasi*
  - 6) Membatasi pergerakan ibu
  - 7) Mempersulit proses meneran

- 8) Dapat menambah kemungkinan terjadinya *laserasi* pada *perineum*
- 9) Dapat menimbulkan kerusakan saraf pada kaki dan punggung (Johariyah, 2012: 35).

### 2.3.5 Mekanisme persalinan

Putaran dan penyesuaian lain yang terjadi pada proses kelahiran manusia. Tujuh gerakan kondisi presentasi puncak kepala pada mekanisme persalinan adalah

*engagement*, *descent* (penurunan), *fleksi*, putar paksi dalam, *ekstensi*, putar paksi luar dan akhirnya kelahiran melalui *ekspulsi*.

#### 2.3.5.1 *Engagement*

Kepala dikatakan telah menancap pada pintu atas panggul apabila diameter *biparietal* kepala melewati pintu atas panggul. Pada *nulipara*, hal ini terjadi sebelum persalinan fase aktif dimulai karena otot-otot abdomen masih tegang sehingga bagian presentasi terdorong ke dalam panggul. Pada *multipara* yang otot-otot abdomennya lebih kendur kepala sering kali tetap dapat digerakkan di atas permukaan panggul sampai persalinan dimulai (Eka & Kurnia, 2014: 29).

#### 2.3.5.2 *Descent* (penurunan)

Pada *primigravida*, masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan, tetapi pada *multigravida* biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan. Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala I dan kala II persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya kontraksi dan retraksi dari segmen atas rahim yang menyebabkan tekanan langsung fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari *segmen* bawah rahim sehingga terjadi penipisan dan *dilatasi*

*serviks*. Keadaan ini menyebabkan bayi tedorong ke dalam jalan lahir (Eka & Kurnia, 2014: 29).

#### 2.3.5.3 *Fleksi*

Dengan majunya kepala biasanya juga *fleksi* bertambah hingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambahnya *fleksi* ialah ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir. *Fleksi* ini disebabkan karena anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir atas panggul, *serviks*, dinding panggul atau dasar panggul (Eka & Kurnia, 2014: 29).

#### 2.3.5.4 Putaran paksi dalam

Yang dimaksud dengan putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan memutar ke depan ke bawah *symphisis*. putaran paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul (Eka & Kurnia, 2014: 30).

#### 2.3.5.5 *Ekstensi*

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul terjadilah *ekstensi* dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan atas sehingga kepala harus mengadakan *ekstensi* untuk melaluinya (Eka & Kurnia, 2014: 30).

#### 2.3.5.6 Putar paksi luar

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam selanjutnya putaran

diteruskan hingga belakang kepala berhadapan dengan *tuber ischiadicum* (Eka & Kurnia, 2014: 30).

#### 2.3.5.7 Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan samai di bawah symphysis dan menjadi *hypomochlion* untuk melahirkan bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir (Eka & Kurnia, 2014: 32).

### 2.3.6 Tahapan persalinan

#### 2.3.6.1 Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung mulai pembukaan 0 cm sampai dengan 10 cm (lengkap). Lamanya kala I untuk *primigravida* berlangsung 12 jam sedangkan *multigravida* berlangsung sekitar 8 jam (Khumaira, 2012: 26).

Dalam kala I dibagi menjadi 2 fase :

##### 1) Fase laten

Fase laten adalah berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm (Khumaira, 2012: 26).

##### 2) Fase aktif

Fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Berdasarkan *kurve friedman*, diperhitungkan pembukaan pada *primigravida* 1 cm /jam dan pembukaan *multigravida* 2 cm /jam (Nurasiah, 2012: 26).

Fase aktif dibagi 4 fase :

- a) Fase *akselerasi* : dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- b) Fase *dilatasi* maksimal : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

Fase *deselerasi* : pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm (lengkap) (Nurasiah, 2012: 26).

- 3) Asuhan pada kala 1 :
  - a) Memberikan dukungan emosional
  - b) pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya
  - c) Menghargai keinginan ibu untuk memilih pendamping selama persalinan
  - d) Peran aktif anggota keluarga selama persalinan
  - e) mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman
  - f) memberikan cairan nutrisi dan hidrasi
  - g) memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur dan spontan
  - h) Pencegahan infeksi (Nurasiah, 2012: 26).

#### 2.3.6.2 Kala II

Kala II adalah Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan *serviks* sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Lama kelahiran kala II pada *primigravida* 2 jam pada *multigravida* 1 jam (Khumaira, 2012: 28).

- a. Asuhan pada kala II adalah :
  - 1) Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya oleh suami dan anggota keluarga yang lain.
  - 2) Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan.

- 3) Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan dan kelahiran bayi.
- 4) Membuat hati ibu merasa tenang selama kala II persalinan.
- 5) Menganjurkan ibu meneran bila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran dengan cara memberikan kesempatan istirahat sewaktu tidak ada his.
- 6) Mencukupi asupan makan dan minum selama kala II
- 7) Memberikan rasa aman dan nyaman.
- 8) Pencegahan infeksi pada kala II dengan membersihkan *vulva* dan *perineum* ibu .
- 9) Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan (Nurasiah, 2012: 27).

#### 2.3.6.3 Kala III

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta/uri. Rata-rata lamanya berkisar 15-30 menit (tidak lebih dari 30 menit), baik *primipara* dan *multipara* (Khumaira, 2012: 30).

##### a. Fisiologi kala III

Pada kala III persalinan, otot terus menyebabkan berkurangnya ukuran rongga sehingga menyebabkan *implantasi*, karena tempat *implantasi* menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah (Khumaira, 2012: 30).

- b. Lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda dibawah ini :
  - a) Perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri.
  - b) Tali pusat bertambah panjang.
  - c) Terjadi semburan darah secara tiba-tiba perdarahan

(Khumaira, 2012: 30).

- c. Asuhan pada kala III
  - a) Memberikan kesempatan pada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera.
  - b) Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan.
  - c) Pencegahan infeksi pada kala III
  - d) Memantau keadaan ibu (Tana-tanda vital, kontraksi, perdarahan)
  - e) Melakukan kolaborasi atau rujukan bila terjadi kegawatdaruratan.
  - f) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.  
Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III (Khumaira, 2012: 32).

#### 2.3.6.4 Kala IV

Kala IV dimulai setelah plasenta lahir, ibu sudah dalam keadaan aman dan nyaman dan akan dilakukan pemantauan selama 2 jam. Penting untuk berada disamping ibu dan bayinya selama 2 jam pasca persalinan (Khumaira, 2012: 34).

- a. Selama 2 jam pertama pasca persalina :
  - 1) Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus uteri, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit salama satu jam kedua kala empat.
  - 2) Pantau temperatur tubuh setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan.
  - 3) Nilai perdarahan. Periksa *perineum* dan vagina setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua pada kala empat.  
*Massase* uterus untuk membuat kontraksi uterus menjadi baik setiap 15 menit selama satu jam

pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua (Khumaira, 2012: 34).

b. Asuhan pada kala IV

- 1) Lakukan rangsangan *taktil uterus* untuk merangsang *uterus* berkontraksi baik dan kuat
- 2) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan dan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya fundus uteri setinggi pusat atau beberapa jari diatas pusat. Sebagai contoh, hasil pemeriksaan ditulis : “dua jari dibawah pusat”
- 3) Memperkirakan kehilangan darah secara keseluruhan
- 4) Periksa kemungkinan perdarahan dan robekan
- 5) Evaluasi keadaan umum ibu

Dokumentasi semua asuhan dan temuan selama persalinan kala IV dibelakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan (Khumaira, 2012: 36).

2.3.7 Aspek 5 benang merah dalam asuhan persalinan normal

Aspek 5 benang merah dalam asuhan persalinan normal yang harus diperhatikan oleh bidan adalah asuhan sayang ibu, pencegahan infeksi, pengambilan keputusan klinik, pencatatan dan rujukan.

2.3.7.1 Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik adalah proses pemecahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan asuhan bagi ibu dan bayi baru lahir. Langkah-langkah dalam proses pengambilan keputusan klinik, yaitu :

- a. Pengumpulan data
- b. Diagnosis
- c. Penatalaksanaan asuhan atau perawatan evaluasi (Khumaira, 2012: 37).

### 2.3.7.2 Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan dari pasien. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi (Khumaira, 2012: 37).

### 2.3.7.3 Pencegahan infeksi

Tindakan pencegahan infeksi (PI) merupakan komponen yang tidak terpisahkan dengan tindakan-tindakan dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi.

- a. Mencuci tangan
- b. Memakai sarung tangan
- c. Memakai perlengkapan perlindungan diri (celemek, kaca mata, sepatu tertutup)
- d. Menggunakan aseptis dan tehnik aseptik  
Memproses alat bekas pakai (Khumaira, 2012: 37).

### 2.3.7.4 Pencatatan (rekam medik)

Catat setiap asuhan yang sudah di berikan kepada ibu maupun bayi (Khumaira, 2012: 38).

### 2.3.7.5 Rujukan

Tindakan rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas kesehatan rujukan atau yang memiliki sarana lebih lengkap (bidan, alat, keluarga, surat, obat, kendraan, uang) (Khumaira, 2012: 38).

## 2.3.8 Langkah-langkah asuhan persalinan normal

Langkah-langkah Asuhan Persalinan Normal, standar 60 langkah asuhan persalian normal, Berdasarkan Buku Acuan Pelatihan Asuhan Persalinan Normal (2012) standar 60 langkah APN sebagai berikut :

Tabel 2. 4  
Standar 60 Langkah APN

NO	KEGIATAN
I. Mengenali Gejala dan Tanda Kala II	
1.	a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina c) Perineum menonjol d) Vulva-vagina dan springter ani membuka
II. menyiapkan Pertolongan Persalinan	
2.	Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul <i>oxytocin</i> 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam <i>partus set</i> .
3.	Memakai alat perlindungan diri seperti memakai celemek plastic, topi, masker, kacamata, sepatu tertutup.
4.	Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali/pribadi yang bersih.
5.	Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk pemeriksaan dalam.
6.	Memasukkan <i>oxysitocin</i> kedalam tabung suntik ( dengan menggunakan sarung tangan DTT atau steril ) dan meletakkan kembali di <i>partus set</i> /wadah DTT atau steril tanpa mendekontaminasi tabung suntik.
III. Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin Baik	
7.	Membersihkan <i>vulva</i> dan <i>perineum</i> , menyeka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang sudah dibasahi air <i>disinfeksi</i> tingkat tinggi. Jika mulut <i>vagina</i> , <i>perineum</i> atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan kebelakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi.
8.	Dengan menggunakan teknik <i>aseptic</i> , melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan <i>serviks</i> sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan <i>amniotomi</i>
9.	Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit lalu mencuci tangan
10.	Memeriksa denyut Jantung Janin ( DJJ ). Setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal ( 120-180x/menit ) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
IV. Menyiapkan Ibu & keluarga untuk membantu proses pimpinan persalinan	
11.	Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu dalam posisi yang nyaman sesuai keinginan. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
12.	Meminta bantuan kepada keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran
13.	Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran : - Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk

	<p>meneran.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran</li> <li>- Anjurkan ibu beristirahat di antara kontraksi</li> <li>- Berikan asupan cairan peroral</li> </ul>
14.	Menganjurkan ibu untuk berjalan, jongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit.
V. Persiapan Pertolongan Persalinan	
15.	Jika kepala bayi telah membuka <i>vulva</i> dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
16.	Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
17.	Membuka <i>partus set</i> .
18.	Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
VI. Menolong Kelahiran Bayi	
19.	Saat kepala bayi membuka <i>vulva</i> dengan diameter 5-6 cm, lindungi <i>perineum</i> dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kassa yang bersih
20.	Memeriksa lilitan tali pusat <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.</li> <li>b. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.</li> </ul>
21.	Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22.	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya kearah bawah dan kearah keluar hingga bahu <i>anterior</i> muncul di bawah <i>arkus pubis</i> dan kemudian dengan lembut menarik kearah atas kuat untuk melahirkan bahu <i>posterior</i> .
23.	Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah kearah <i>perineum</i> tangan, membiarkan bahu dan lengan <i>posterior</i> lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati <i>perineum</i> , gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan <i>anterior</i> ( bagian atas ) untuk mengendalikan siku dan tangan <i>anterior</i> bayi saat keduanya lahir.
24.	Setelah tubuh dan lengan lahir, telusuri tangan yang ada di atas ( <i>anterior</i> ) dari punggung kearah kaki bayi untuk menyangga saat punggung dan kaki lahir. Pegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati dan bantu kelahiran kaki.
VII. Penanganan Bayi Baru Lahir	
25.	Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya ( bila tali pusat terlalu pendek, letakkan bayi ditempat yang memungkinkan )
26.	Segera mengeringkan badan bayi, dan membungkus kepala bayi menggunakan topi.
27.	Melakukan <i>palpasi abdomen</i> untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua
28.	Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik

29.	Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan <i>oxytocin</i> 10 unit, IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
30.	Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama ( kearah ibu )
31	Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
32.	Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI.
33.	Memindahkan klem pada tali pusat 5-10 cm ke depan perineum.
34.	Meletakkan satu tangan diatas perut ibu, tepat diatas tulang <i>pubis</i> , dan gunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabil kan <i>uterus</i> . Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
35.	Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan peregangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan <i>uterus</i> kearah atas dan belakang ( <i>dorsokranial</i> ) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya <i>inversion uteri</i> . Jika plasenta tidak lahir setelah 30- 40 detik, hentikan peregangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika <i>uterus</i> tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsang puting susu.
36.	Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat kearah bawah dan kemudian kearah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva. b. Jika plasenta tidk lepas setelah melakukan peregangan tali pusat selama 15 menit. Ulangi pemberian <i>oxytocin</i> 10 unit IM, nilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik <i>aseptic</i> jika perlu.
37.	Jika plasenta terlihat di <i>introitus vagina</i> , lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati, memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan lahirkan selaput ketuban tersebut.
38.	Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan <i>massase</i> uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan <i>massase</i> dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga <i>uterus</i> berkontraksi ( fundus menjadi keras ).
VIII. Menilai Perdarahan	

39.	Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh.
40.	Mengevaluasi adanya <i>laserasi</i> pada vagina dan <i>perineum</i> dan segera menjahit <i>laserasi</i> yang mengalami perdarahan aktif.
41.	Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
42.	Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit lalu mencuci tangan.
IX. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan.	
43.	Melanjutkan pemantauan kontraksi <i>uterus</i> dan perdarahan serta cek kandung kemih.
44.	Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan <i>massase uterus</i> dan memeriksa kontraksi <i>uterus</i> .
45.	Mengevaluasi kehilangan darah.
46.	Memeriksa tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama sejam kedua pasca persalinan.
47.	Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih dan kering.
48.	Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi ( 10 menit ). Mencuci dan membilas semua peralatan setelah dekontaminasi.
49.	Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
50.	Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan cairan ketuban, lendir, darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
51.	Memastikan bahwa ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
52.	Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
53.	Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54.	Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
55.	Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi
56.	Dalam satu jam pertama, beri salep mata, vitamin K 1 mg IM dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, cek pernafasan dan suhu tubuh bayi.
57.	Setelah satu jam pemberian vit K berikan suntikan immunisasi Hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
58.	Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
59.	Cuci kedua tangan dengan sabun dengan air mengalir kemudian keringkan

	dengan handuk pribadi yang bersih dan kering.
60.	Lengkapi partograf

Sumber: JNPK-KR (2008)

### 2.3.9 Partograf

#### 2.3.9.1 Pengertian partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala I persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (JNPK-KR, 2008: 57)

#### 2.3.9.2 Tujuan partograf yaitu:

- a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan *serviks* melalui pemeriksaan dalam.
- b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan normal.  
Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik, dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu di catat secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir (JNPK-KR, 2008: 57).

#### 2.3.9.3 Penggunaan partograf

- a. Untuk semua ibu dalam fase aktif kala 1 persalinan sampai dengan kelahiran bayi dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis
- b. Selama persalinan dan kelahiran di semua tempat (rumah, puskesmas, BPM, Rumah sakit, dll)
- c. Oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (JNPK-KR, 2008: 57)

**PARTOGRAF**

No. Register: \_\_\_\_\_ Nama Ibu: \_\_\_\_\_ Umur: \_\_\_\_\_ O: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_  
 No. Pendaftaran: \_\_\_\_\_ Tanggal: \_\_\_\_\_ Pukul: \_\_\_\_\_  
 Keterangan: \_\_\_\_\_ sejak pukul \_\_\_\_\_ Mulai sejak pukul \_\_\_\_\_

200  
190  
180  
170  
160  
150  
140  
130  
120  
110  
100  
90  
80

Denyut Jantung Janin (DJJ)

Air ketuban penyusutan

10  
9  
8  
7  
6  
5  
4  
3  
2  
1  
0

Fraksi (ml) (100 ml) atau ml  
Tinggi (cm) atau cm

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

Maktu (jam)

4 3 2 1

Kontraksi  
10-20 menit  
20-40 menit  
40-60 menit

Observasi UJT, tenesmus

Obat dan Cairan IV

• Nadi 180  
170  
160  
150  
140  
130  
120  
110  
100  
90  
80  
70  
60  
50

Tekanan darah

160  
140  
120  
100  
80  
60  
40  
20  
0

Suhu °C

Urin  
Protein  
Asam  
Vitamin

Gambar 2.5 Halaman depan partograf  
 Sumber : JNPK-KR (2008: 58)

#### 2.3.9.4 Informasi tentang ibu

- a. Nama, Umur
- b. *Gravida, Para, abortus*
- c. Nomor catatan medik
- d. Tanggal dan waktu mulai dirawat
- e. Waktu pecahnya selaput ketuban (JNPK-KR, 2008: 58)

#### 2.3.9.5 Kondisi janin

- a. Denyut jantung janin( DJJ)

Denyut jantung janin dinilai dan dicatat setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin) catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ kemudian hubungkan setiap titik dengan garis.

- b. Warna dan adanya air ketuban

Nilai kondisi air setiap kali melakukan periksa dalam dan nilai warna air ketuban.

U : selaput ketuban utuh (belum pecah)

J : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih

M : selaput ketuban sudah pecah dan dan bercampur mekonium

D : selaput ketuban sudah pecah dan bercampur darah

K : selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban tidak mengalir lagi (kering)

c. Penyusupan kepala janin

Catat temuan penyusupan kepala janin dikotak yang sesuai dibawah lajur air ketuban.

Gunakan lambang-lambang berikut ini.

0 : tulang-tulang kepala janin terpisah

1 : tulang-tulang kepala janin saling bersentuhan

2 : tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan

3 : tulang-tulang kepal janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan (JNPK-KR, 2008: 60).

### 2.3.9.6 Kemajuan persalinan

a. Pembukaan *serviks*

Nilai dan catat pembukaan *serviks* setiap 4 jam ( lebih sering dilakukan bila ada tanda-tanda penyulit)

b. Penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin diperiksa setiap kali melakukan periksa dalam.

c. Garis waspada atau garis bertindak

d. Garis waspada dimulai dari pembukaan *serviks* 4 cmdan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap.

Pencatatan fase aktif dimulai dari garis waspada (JNPK-KR, 2008: 62).

#### 2.3.9.7 Jam dan waktu

Satu kotak menyatakan satu jam penuh dan berkaitan dengan dua kotak waktu 30 menit pada lajur kotak di atasnya dan lajur kontraksi di bawahnya (JNPK-KR, 2008: 63).

#### 2.3.9.8 Kontraksi *uterus*

Setiap 30 menit raba dan catat jumlah kontraksi *uterus* dalam sepuluh menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit menggunakan simbol:

- a. Beri titik-titik pada kotak yang sesuai bila kontraksi lamanya kurang dari 20 detik.
- b. Beri garis-garis di kotak yang sesuai bila kontraksi lamanya 20 detik sampai dengan 40 detik
- c. Isi penuh kotak yang sesuai bila kontraksi lamanya lebih dari 40 detik (JNPK-KR, 2008: 64).

#### 2.3.9.9 Obat-obatan dan cairan yang diberikan

##### a. *Oksitosin*

Hitung jumlah unit per 500 cc dan jumlah tetesan per menit

##### b. Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan

Catat semua pemberian obat-obatan tambahan dan/ atau cairan *intravena* dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya (JNPK-KR, 2008: 65).

#### 2.3.9.10 Kondisi ibu

##### a. Tanda-tanda vital

- 1) Nilai nadi setiap 30 menit selama masa aktif persalinan. Beri tanda titik pada kolom yang sesuai.

- 2) Nilai dan catat tekanan darah ibu setiap 4 jam selama fase aktif persalinan. Beri tanda panah pada partograf pada kolom yang sesuai
- 3) Nilai dan catat temperatur tubuh ibu setiap 2 jam dan catat pada kolom yang sesuai (JNPK-KR, 2008: 65-66).

b. Volume urine, aseton, dan protein

Ukur dan catat jumlah produksi urine ibu sedikitnya setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih) (JNPK-KR, 2008: 66).

2.3.9.11 Yang perlu diingat pada partograf, yakni :

- a. Fase laten persalinan didefinisikan sebagai pembukaan *serviks* kurang dari 4 cm. Biasanya fase laten berlangsung tidak lebih dari 8 jam.
- b. Dokumentasikan asuhan, pengamatan, dan pemeriksaan selama fase laten persalinan pada catatan kemajuan persalinan yang dibuat secara terpisah atau pada kartu KMS.
- c. Fase aktif persalinan didefinisikan sebagai pembukaan *serviks* dari 4-10 cm. Biasanya selama fase aktif, terjadi pembukaan *serviks* sedikitnya 1 cm/jam.
- d. Jika ibu datang pada saat fase aktif persalinan pencatatan kemajuan pembukaan *serviks* dilakukan pada garis waspada.
- e. Pada persalinan tanpa penyulit, catatan pembukaan *serviks* umumnya tidak akan melewati garis waspada (JNPK-KR, 2008: 66).

2.3.9.12 Lembar belakang partograf

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran bayi, serta tindakan-tindakan yang dilakukan

sejak kala I hingga kala IV dan Bayi Baru Lahir (JNPK-KR, 2008: 67).

**CATATAN PERSALINAN**

- Tanggal : .....
- Nama bidan : .....
- Tempat Persalinan :
  - Rumah Ibu  Puskesmas
  - Polindes  Rumah Sakit
  - Klinik Swasta  Lainnya : .....
- Alamat tempat persalinan : .....
- Catatan :  rukuk, kala : I / II / III / IV
- Alasan merujuk : .....
- Tempat rujukan : .....
- Pendamping pada saat menjujuk :
  - Bidan  Teman
  - Suami  Dukun
  - Keluarga  Tidak ada

**KALA I**

- Partogram melewati garis waspada : Y / T
- Masalah lain, sebutkan : .....
- Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
- Hasilnya : .....

**KALA II**

- Epistiotomi :
  - Ya, indikasi .....
  - Tidak .....
- Pendamping pada saat persalinan :
  - Suami  Teman  Tidak ada
  - Keluarga  Dukun
  - Cowok Jajin : .....
  - Ya, tindakan yang dilakukan .....
  - Tidak .....
- Distosia bahu :
  - Ya, tindakan yang dilakukan .....
  - Tidak .....
- Masalah lain, sebutkan : .....
- Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
- Hasilnya : .....

**KALA III**

- Lama kala III : ..... menit
- Pemberian Oksitosin 10 U / m ?
  - Ya, waktu : ..... menit sesudah persalinan
  - Tidak, alasan .....
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
  - Ya, alasan .....
  - Tidak .....
- Penggunaan tali pusat terkendali ?
  - Ya, .....
  - Tidak, alasan .....

**PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV**

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Pendarahan
1							
2							

Masalah kala IV : .....

Penatalaksanaan masalah tersebut : .....

Hasilnya : .....

**BAYI BARU LAHIR :**

- Berat badan : ..... gram
- Panjang : ..... cm
- Jenis kelamin : L / P
- Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
- Bayi lahir :
  - Normal, tindakan : .....
  - mengeringkan
  - menghangatkan
  - rangsang taktil
  - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
  - Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan : .....
  - mengeringkan  bebaskan jalan napas
  - rangsang taktil  menghangatkan
  - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
  - lain - lain sebutkan .....
- Cepat bawakan, sebutkan : .....
- Hipotermi, tindakan : .....
- Hasilnya : .....
- Pemberian ASI :
  - Ya, waktu : ..... jam setelah bayi lahir
  - Tidak, alasan .....
- Masalah lain, sebutkan : .....
- Hasilnya : .....

[HTTP://SHIDUN3SHS.BLOGSPOT.COM](http://shidun3shs.blogspot.com)

Gambar 2.6 Halaman belakang partograf  
Sumber : JNPK-KR (2008: 67)

## 2.4 Asuhan Bayi Baru Lahir Normal

### 2.4.1 Pengertian bayi baru lahir normal

Yang dimaksud dengan bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui *vagina* tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai Apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah, 2012: 2).

### 2.4.2 Tanda-tanda bayi baru lahir normal

Tanda-tanda bayi baru lahir normal adalah :

- 2.4.2.1 Berat badan 2500-4000 gram.
- 2.4.2.2 Panjang badan 48-50 cm
- 2.4.2.3 Lingkar dada bayi 32-34 cm
- 2.4.2.4 Lingkar kepala 33-35 cm.

- 2.4.2.5 Frekuensi jantung pertama  $\pm$  180x/menit, kemudian turun sampai 140-120x/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
  - 2.4.2.6 Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80x/menit disertai pernafasan *cuping* hidung, *retraksi suprasternal* dan *interkostal*, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
  - 2.4.2.7 Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan *sub kutan* cukup.
  - 2.4.2.8 Rambut *lanugo* tidak terlihat.
  - 2.4.2.9 Rambut kepala biasanya telah sempurna.
  - 2.4.2.10 Kuku agak panjang dan lemas.
  - 2.4.2.11 Genitalia perempuan *labia mayora* sudah menutupi *labia minora*, Genitalia laki-laki *testis* sudah turun, *skrotum* sudah ada.
  - 2.4.2.12 Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
  - 2.4.2.13 Refleks *moro* atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
  - 2.4.2.14 Refleks *graps* atau menggenggam sudah baik.
  - 2.4.2.15 Eliminasi baik, *mekonium* akan keluar dalam 24 jam pertama, *mekonium* berwarna hitam kecoklatan (Sondakh, 2013: 26).
- 2.4.3 Tanda-tanda bahaya bayi baru lahir
- Semua bayi baru lahir harus dinilai adanya tanda-tanda kegawatan atau kelainan yang menunjukkan suatu penyakit. Bayi baru lahir dinyatakan sakit apabila mempunyai salah satu atau beberapa tanda antara lain: Sesak nafas, frekuensi pernapasan sulit atau  $>60$ /menit, adanya gerakan retraksi dinding dada, malas minum, panas atau suhu tubuh bayi rendah, gerakan kurang aktif, berat lahir rendah (500-2500 gram).

Tanda-tanda bayi sakit berat apabila terdapat salah satu atau lebih tanda seperti: sulit minum, *sianosis sentral* (lidah biru), perut kembung, priode *apneu*, kejang atau periode kjang-kejang kecil, merintih, perdarahan, sangat kuning dan berat badan lahir rendah (500-2500 gram) (Rukiyah, 2012: 28).

#### 2.4.4 Asuhan kebidanan bayi baru lahir

##### 2.4.4.1 Merawat tali pusat

- a. Setelah plasenta dilahirkan dan kondisi ibu dianggap stabil, ikat atau jepitan klem plastic tali pusat pada puting tali pusat.
- b. Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam larutan klorin 0. 5%.
- c. Bilas tangan dengan air matang
- d. Keringkan tangan dengan handuk kering dan bersih
- e. Ikat ujung tali pusat sekitar 1 cm dari pusat bayi dengan menggunakan benang desinfeksi tingkat tinggi.
- f. Jika menggunakan benang tali pusat lingkarkan benang sekeliling ujung tali pusat dan lakukan pengikatan kedua dengan simpul kunci dibagian tali pusat dengan sisi yang berlawanan.
- g. Lepaskan klem penjepit tali pusat dan letakkan didalam larutan clorin 0. 5%.

Selimuti ulang bayi dengan kain bersih dan kering (Yeyeh & Lia, 2012: 8).

##### 2.4.4.2 *Bounding attechment*

*Bounding attechment* adalah kontak dini secara langsung antara ibu dan bayi setelah proses persalinan, dimulai pada kala III sampai dengan *post partum*. Keuntungan *bounding attachment* yaitu bayi merasa dicintai, diperhatikan, percaya diri, merasa aman, menimbulkan

sikap social, serta berani mengeks-plorasi lingkungan barunya (Ari, 2012: 8).

#### 2.4.4.3 Inisiasi menyusui dini (IMD)

Untuk mempererat ikatan batin antara ibu-anak, setelah dilahirkan sebaiknya bayi langsung diletakkan di dada ibunya sebelum bayinya di bersihkan. Sentuhan kulit dengan kulit mampu menghadirkan efek psikologis yang dalam antara ibu dan anak. Pada jam pertama si bayi menemukan payudara ibunya, ini adalah awal hubungan menyusui yang berkelanjutan dalam kehidupan antara ibu dan bayi menyusui (Ari, 2012: 8).

#### 2.4.4.4 Pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir

Pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir meliputi:

##### a. Kondisi umum

Yang perlu diperhatikan dalam kondisi umum adalah :

- 1) Keadaan umum : kesadaran dan keaktifan
- 2) Gizi sesuai dengan masa kehamilan atau gestasi atau tidak.
- 3) Penampakan: kelainan yang jelas ada atau tidak.
- 4) Kulit

Pada bayi baru lahir kulit tampak lunak, lembut/halus sedikit transparan, elastis, berwarna kemerahan/merah muda dengan deskuamasi pada hari ke-3. Tekstur kulit bayi baru lahir lembut dan tampak bengkak terutama sekitar mata, kaki, bagian punggung tangan serta skrotum atau labia. Warna kulit bayi tergantung pada latar belakang keluarga dan rasnya. Kuku dan *skrotum* lebih berpigmentasi

pada bayi yang berkulit gelap. *Ikterus* fisiologi biasanya tampak setelah 24 jam pertama. Bayi baru lahir mempunyai *lanugo* (rambut halus) terutama pada bahu dan leher dan *vernix caseosa* terutama pada lipatan-lipatan jari dan lipatan labia (Maryunani, 2008: 74).

b. Pengukuran

1) Berat badan

Berat badan pada bayi cukup bulan normalnya 2.500-4.000 gram. Timbang berat badan bayi segera setelah lahir karena dapat terjadi penurunan berat badan agak cepat. Cara penimbangan yang baik adalah letakkan kain atau kertas pelindung dan atur skala timbangan ke titik nol. Lindungi bayi baru lahir supaya tidak kehilangan panas. Timbanglah pada waktu yang sama setiap hari. Normalnya bayi baru lahir kehilangan 10% dari berat badan lahirnya pada minggu pertama kehidupannya karena adanya kehilangan cairan ekstraseluler dan mekonium yang berlebihan maupun asupan makanan/minuman yang terbatas, terutama pada bayi yang menyusui ASI (Maryunani, 2008: 71).

2) Panjang badan

Panjang badan yang diukur dari puncak kepala sampai tumit pada bayi cukup bulan normalnya adalah 48-53 cm. Terkadang agak sulit dilakukan pada bayi cukup bulan karena adanya molase, ekstensi lutut tidak sempurna (Maryunani, 2008: 71).

3) Lingkar kepala

Lingkar kepala, ukur dengan menggunakan meteran mulai dari bagian depan kepala (diatas alis/area frontal) dan area *occipital* disebut lingkar *okspitofrontalis* yang merupakan diameter terbesar. Lingkar kepala yang normalnya 31-35,5 cm pada bayi cukup bulan. Sekitar 2-3 cm lebih besar dari lingkar dada. *Circumferentia mento oksipitalis* 40 cm, *circumferentia fronto oksipitalis* 32 cm, dan *circumferentia subokspito bregmatika* 32 cm. (Maryunani, 2008: 69).

4) Lingkar dada

Lingkar dada pada bayi cukup bulan normalnya 30,5-33 cm. Sekitar 2 cm lebih kecil daripada lingkar kepala. Pengukuran dilakukan tepat pada garis buah dada (Maryunani, 2008: 70).

c. Pengukuran tanda-tanda vital

1) Temperatur

Sebaiknya mengukur temperatur melalui *aksila* karena mengukur temperatur melalui rektal/rektum dapat menyebabkan *perforasi* pada mukosa. Temperatur tubuh bayi internal adalah 35,6°C-37,5°C. Di lingkungan yang netral, temperatur kulit sedikit rendah daripada temperatur tubuh internal bayi. Oleh karena itu, temperatur yang diukur melalui *aksila* lebih rendah sekitar 0,2°C daripada yang diukur melalui *rektal* atau *membran timpani* (Maryunani, 2008: 72).

2) Pernafasan

Denyut pernafasan pada bayi baru lahir adalah berkisar dari 30-60 kali permenit. Pengukuran dilakukan dengan menghitung selama 60 detik penuh untuk mendeteksi ketidak teratura dalam kecepatan, irama dan kualitasnya. Normalnya pernafasan bayi baru lahir adalah tenang, cepat dan melambat. Pernafasan mudah diamati dengan dengan melihat gerakan *abdomen* karena pernafasan bayi baru lahir sebagian besar dibantu oleh *diafragma* dan otot-otot abdomen (Maryunani, 2008: 73).

3) Nadi

Denyut nadi normal pada bayi baru lahir adalah 100-180 kali permenit, jika kondisi bayi telah stabil dari 120-140 kali permenit. Pengukuran denyut nadi juga dilakukan dengan menghitung selama 60 detik penuh untuk mendeteksi ketidakteraturan dalam kecepatan, irama (Maryunani, 2008: 73).

d. Pemeriksaan bagian tubuh

1) Kepala

Lingkar kepala pada bayi baru lahir normal sekitar 31.35,5cm. Lingkar kepala biasanya lebih besar 2cm daripada lingkar dada (Maryunani, 2008: 81).

2) Mata

Yang perlu diperiksa pada mata adalah sebagai berikut:

a) Posisi mata

- b) Kelopak mata, akan tampak *edema* beberapa hari akibat proses kelahiran dan iritasi kimia
- c) Adanya perdarahan *subkonjungtiva* karena tekanan pada kepala bayi selama persalinan
- d) Pupil, perhatikan kesimetrisan dan refleksi cahaya.
- e) Lensa mata, perhatikan apakah ada katarak (Maryunani, 2008: 85).

### 3) Telinga

Yang perlu diperiksa pada telinga adalah:

- a) Kematangan atau simetris
- b) Letak bentuk dan ukuran
- c) Lubang telinga (Maryunani, 2008: 86).

### 4) Hidung

Yang perlu diperiksa pada hidung bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

- a) Bentuk dan ukuran
- b) Lubang hidung

Nafas cuping hidung menunjukkan adanya *distress* pernafasan (Maryunani, 2008: 87).

### 5) Mulut

Yang perlu diperiksa pada mulut bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

- a) Posisi, ukuran dan simetris
- b) Bibir: celah bibir
- c) *Palatum*
- d) *Mukosa* dan lidah: normalnya merah muda
- e) Gusi: perhatikan adanya kista kecil
- f) Gigi neonatus
- g) Rahang: ukuran

h) Air liur: bila banyak curiga adanya *atresia esofagus* (Maryunani, 2008: 87).

6) Leher

Yang perlu diperiksa pada leher bayi baru lahir adalah:

a) Bentuk

b) *Massa*: normal kelenjar tidak teraba

Leher bayi baru lahir pendek, tebal, dikelilingi lipatan kulit, fleksibel dan mudah digerakkan serta tidak ada selaput (*no webbing*) (Maryunani, 2008: 89).

7) Payudara

Inspeksi payudara mengenai bentuk, ukuran, bentuk puting susu, lokasi dan jumlahnya. Normalnya puting susu pada bayi baru lahir menonjol, sudah terbentuk baik dan letak simetris (Maryunani, 2008: 90).

8) Jantung

Yang perlu diperiksa pada jantung bayi baru lahir adalah:

a) Denyut jantung: 120-160 kali/menit di daerah *brachial dan femoral*

b) Tekanan darah: sistolik 50-70 mmHg

c) Murmur: bisa terdengar pada hari pertama (Maryunani, 2008: 91).

9) Paru-paru

Yang perlu diperiksa pada paru-paru bayi baru lahir:

a) Frekuensi nafas: 40-60 kali/menit

- b) *Irreguler* pada fase tidur tertentu nafas priodik tanpa menyebabkan perubahan denyut jantung dan warna kulit
- c) Bentuk dan gerak dada: simetris
- d) *Perkusi*: normal
- e) *Auskultasi*: gerakkan. Masuknya udara (Maryunani, 2008: 93).

#### 10) *Abdomen*

*Abdomen* berbentuk silindris, lembut dan biasanya menonjol dengan terlihat vena pada *abdomen*. Bising usus terdengar beberapa jam setelah lahir. Gelombang *peristaltik* bisa diobservasi pada bayi yang kurus tetapi pada bayi yang sehat seharusnya tidak terlihat. *Inspeksi* talipusat dilakukan untuk mengetahui adanya cairan yang keluar, *edema* atau kemerahan disekitar dasar tali pusat (Maryunani, 2008: 94).

#### 11) *Anus*

Yang perlu diperiksa pada anus bayi baru lahir adalah:

- a) Paten, *atresia ani*
- b) Feses: *mekonium* keluar dalam 48 jam pertama, berwarna kuning mulai hari ke-5, feses kehijauan dan berlendir apabila bayi mengkonsumsi ASI (Maryunani, 2008: 97).

#### 12) *Genitalia*

Pada bayi wanita, labia minora dan *klitoris* membengkak pada waktu lahir, hal ini diakibatkan karena hormon wanita yang tinggi dalam darah ibu. Kadang pada bayi wanita yang

baru lahir juga terdapat lendir putih di dalam vaginanya.

Pada bayi laki-laki, *inspeksi* penis adanya lubang uretra, yang terletak diujungnya. Namun, lubang sepenuhnya ditutupi oleh *prepusium* atau kulub yang menutupi *glans penis* (Maryunani, 2008: 98).

### 13) *Ekstremitas* atas dan bawah

Pada *ekstremitas* atas dan bawah, periksa *ekstremitas* mengenai kesimetrisan, rentang pergerakan sendi, dan tanda-tanda malformasi atau trauma, hitung jari-jari tangan dan kaki serta perhatikan garis-garis telapak tangan (Maryunani, 2008: 99).

#### 2.4.4.5 Refleks normal pada bayi baru lahir

Tabel 2.5  
Refleks normal pada bayi baru lahir

<b>Refleks</b>	<b>Cara merangsang</b>	<b>Respon bayi</b>
Menghisap (dan membuka mulut)	Sentuh bibir, pipi atau sudut mulut dengan puting	Bayi menoleh ke arah stimulus, membuka mulut, memasukkan puting dan menghisap
Menalan	Beri bayi minum	Otot-otot tenggorokkan menutup <i>trachea</i> dan membuka <i>esofagus</i> ketika minuman berada dalam mulut
Gag	Beri bayi minum, <i>suction</i> , <i>passetube</i> /selang	Pada rangsangan <i>uvula</i> , <i>esofagus</i> terbuka, terjadi <i>peristaltik</i> balik
Moro	Gendong bayi dalam posisi setengah duduk,	Rangsangan mendadak menyebabkan

	biarkan kepala dan badan jatuh kebelakang dengan sudut 30°, tempatkan bayi pada permukaan yang rata, hentakkan pada permukaan untuk mengejutkan bayi	lengan terangkat keatas dan kebawah, terkejut dan rileks dengan lambat
Tonus leher	Putar kepala bayi dengan cepat kearah satu sisi pada saat bayi jatuh tertidur atau dalam keadaan tidur	Bila bayi menghadap kesisi kanan, lengan dan kaki pada sisi tersebut akan lurus. Sementara itu lenga dan tungkai akan berada dalam posisi <i>fleksi</i>
Menggenggam	Tempatkan jari pada telapak tangan bayi	Bayi menggenggam jari pemeriksa dengan cukup kuat sehingga dapat menyebabkan tubuhnya terangkat
Mata berkedip	Sorotkan saja sebentar cahaya terang secara langsung ke mata bayi	Bayi mengedip, ditandai dengan kelopak mata menutup dan membuka pada saat dirangsang dengan cahaya atau sentuhan
Bersin	-	Respon spontan pada aliran hidung terhadap iritasi atau <i>obstruksi</i>
Batuk	-	Iritasi pada membran mukosa laring atau cabang <i>tracheobronchea</i> menyebabkan batuk
Melangkah atau berjalan	Pegang bayi secara vertikal, biarkan	Bayi akan melakukan

	salah satu bayi menyentuh permukaan meja	gerakkan seperti berjalan, kaki bergantian <i>fleksi</i> dan <i>ekstensi</i> , bayi prematur akan berjalan dengan ujung jarinya, bayi cukup bulan berjalan dengan telapak tangannya.
Merangkak	Baringkan bayi dengan tengkurap	Bayi kan melakukan gerakan merangkak dengan menggunakan lengan dan tungkainya

Sumber: Maryunani (2008 : 43)

#### 2.4.5 Nilai apgar

Nilai apgar merupakan alat yang dikembangkan untuk mengkaji kondisi fisik bayi pada saat kelahiran. Lima dimensi denyut jantung, upaya napas, *tonus* otot, respons terhadap rangsangan, dan warna-diberi nilai nol, satu, atau dua. Oleh sebab itu, nilai maksimum adalah 10. Waktu melakukan apgar score (Marmi, 2012: 45).

2.4.5.1 1 menit pertama kelahiran yaitu untuk memberi kesempatan pada bayi untuk memulai perubahan.

2.4.5.2 Menit ke 5

2.4.5.3 Menit ke-10, penilaian dapat dilakukan lebih sering jika ada nilai yang lebih rendah dan perlu tindakan resusitasi.

Tabel 2.3  
Skor Apgar

Tanda	0	1	2
<i>Appearance</i>	Biru, pucat	Badan pucat, tungkai biru	Semuanya merah muda
<i>Pulse</i>	Tidak teraba	< 100	> 100
<i>Grimace</i>	Tidak ada	Lambat	Menangis

			kuat
<i>Activity</i>	Lemas/lumpuh	Gerakan sedikit/fleksi tungkai	Aktif/fleksi tungkai baik/reaksi melawan
<i>Respiratory</i>	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Baik, menangis kuat

Sumber: Maryunani, (2008: 45)

a. Penilaian :

- 1) Setiap variabel dinilai : 0, 1 dan 2.
- 2) Nilai tertinggi adalah 10.
- 3) Nilai 7-10 menunjukkan bahwa bayi dalam keadaan baik.
- 4) Nilai 4-6 menunjukkan bayi mengalami depresi sedang dan membutuhkan tindakan resusitasi.
- 5) Nilai 0-3 menunjukkan bayi mengalami depresi serius dan membutuhkan resusitasi segera sampai ventilasi.

2.4.6 Pencegahan infeksi mata

Salep mata antibiotik diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata. Salep ini sebaiknya diberikan 1 jam setelah lahir. Salep mata antibiotik yang biasanya digunakan adalah *Tetrasiklin* 1 % (Yeyeh & Lia, 2013: 12).

2.4.7 Pemberian vitamin K

pemberian vit K diberikan pada 1 jam setelah lahir untuk mencegah terjadinya perdarahan, pada semua bayi baru lahir, apalagi bayi berat lahir rendah, diberikan suntikan vitamin K1 (*Phytomenadione*) sebanyak 1 mg dosis tunggal, *intamuscular* pada *anterolateral* paha kiri (Yeyeh & Lia, 2013: 15).

2.4.8 Pemberian imunisasi HB0 (Hepatitis B)

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Jadwal pertama imunisasi Hepatitis B, yaitu usia 0 (segera setelah lahir

menggunakan *unijet*) sampai bayi berusia 7 hari. Manfaat imunisasi Hepatitis B akan meningkat jika diberikan sejak dini (biasanya pada usia bayi 0 sampai 7 hari). Pemberian imunisasi HB0 dilakukan satu jam setelah pemberian vitamin K1. Penyuntikan dilakukan secara *intramuskuler* di sepertiga paha kanan atas bagian luar (Ari, 2013: 19).

#### 2.4.9 Mekanisme kehilangan panas

##### 2.4.9.1 *Konduksi*

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke tubuh benda di sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi. (Ari, 2013: 25).

##### 2.4.9.2 *Konveksi*

Panas hilang dari bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung pada kecepatan dan suhu udara) (Ari, 2013: 25).

##### 2.4.9.3 *Radiasi*

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (Ari, 2013: 26).

##### 2.4.9.4 *Evaporasi*

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembaban udara (Ari, 2013: 26).

#### 2.4.10 Kunjungan neonatal

Tabel 2.6  
Kunjungan Neonatal

<b>Kunjungan</b>	<b>Penatalaksanaan</b>
Kunjungan neonatal ke-1 (KN 1 dilakukan dalam kurun waktu 6-48 jam setelah bayi lahir)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan suhu tubuh bayi Hindari memandikan bayi sedikitnya 6 jam dan hanya setelah itu jika tidak terjadi masalah medis dan jika suhunya 36.5°C. Bungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat, kepala bayi harus tertutup.</li> <li>2. Pemeriksaan fisik bayi</li> </ol>

	<p>3. Dilakukan pemeriksaan fisik bayi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Gunakan tempat tidur yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan</li> <li>b. Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan</li> <li>c. Telinga : periksa dalam hubungan letak mata dan kepala</li> <li>d. Mata : tanda-tanda infeksi</li> <li>e. Hidung dan mulut : bibir dan langit-langit, periksa adanya sumbing, dan refleks hisap dilihat pada saat menyusu</li> <li>f. Leher : pembengkakkan dan gumpalan</li> <li>g. Dada : bentuk, puting, bunyi nafas dan bunyi jantung</li> <li>h. Bahu, lengan dan tangan : gerakan normal dan jumlah jari</li> <li>i. Sistem syaraf : adanya refleks moro</li> <li>j. Perut : bentuk, penonjolan sekitar tali pusat pada saat menangis, perdarahan tali pusat.</li> <li>k. Kelamin laki-laki : testis berada dalam <i>skrotum</i>, penis berlubang pada ujung lubang.</li> <li>l. Kelamin perempuan : vagina berlubang, uretra berlubang, <i>labia mayor</i> menutupi <i>labia minor</i>.</li> <li>m. Tungkai dan kaki : gerak normal dan jumlah jari normal.</li> <li>n. Punggung dan anus : pembengkakkan dan cekungan, anus berlubang.</li> <li>o. Kulit : <i>verniks</i>, warna, pembengkakkan, tanda lahir.</li> <li>p. Konseling : jaga kehangatan, pemberian ASI, perawatan tali pusat, dan tanda-tanda bahaya pada bayi.</li> <li>q. Tanda-tanda bahaya yang harus dikenal oleh ibu: pemberian ASI sulit, sulit menghisap atau hisapan lemah, kesulitan bernafas, yaitu pernafasan cepat &gt;60 x/m , bayi terus-menerus tidur tanpabangun untuk</li> </ol>
--	---

	<p>menyusu, warna kulit abnormal, kulit biru atau kuning, suhu terlalu panas (<i>febris</i>) atau terlalu dingin (<i>hipotermi</i>), gangguan <i>gastrointernas</i> misalnya tidak BAB selama 3 hari muntah terus-menerus, perut bengkak, tinja hijau tua dan berlendir darah, mata bengkak atau mengeluarkan cairan.</p> <p>r. Lakukan perawatan tali pusat, pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dengan dengan kain bersih secara longgar, lipatlah popok dibawah tali pusat , jika tali pusat terkena kotoran maka cuci dengan sabun dan air bersih dan keringkan dengan benar.</p> <p>4. Gunakan tempat yang hangat dan bersih</p> <p>5. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan</p> <p>6. Memberikan imunisasi HB-0</p>
<p>Kujungan Neonatal ke-2 (KN 2 dilakukan dalam kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah bayi lahir)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering</li> <li>2. Menjaga kebersihan bayi</li> <li>3. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, <i>ikterus</i>, diare, berat badan rendah dan masalah pemberian ASI</li> <li>4. Memberikan ASI bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam dalam 2 minggu persalinan</li> <li>5. Menjaga keamanan bayi</li> <li>6. Menjaga suhu tubuh bayi</li> <li>7. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif pencegahan <i>hipotermi</i> dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah dengan menggunakan buku KIA</li> <li>8. Penanganan dan rujukkan kasus bila diperlukan</li> </ol>
<p>Kujungan Neonatal ke3 (KN 3 dilakukan dalam kurun</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering</li> </ol>

waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-37 setelah bayi lahir)	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Menjaga kebersihan bayi</li> <li>3. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, <i>ikterus</i>, diare, berat badan rendah, dan masalah pemberian ASI.</li> <li>4. Memberikan ASI bayi harus disusukan minimal 10-15 kal dalam 24 jam dalam 2 minggu persalinan</li> <li>5. Menjaga keamanan bayi</li> <li>6. Menjaga suhu tubuh bayi</li> <li>7. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah dengan menggunakan buku KIA</li> <li>8. Penanganan dan rujuk kasus bila diperlukan.</li> </ol>
--	---

Sumber : Ari (2012 : 29)

## 2.5 Asuhan Masa Nifas

### 2.5.1 Pengertian masa nifas

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Saleha, 2009: 36).

### 2.5.2 Tujuan asuhan masa nifas

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

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

2.5.2.3 Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan dini, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi pada bayi dan perawatan bayi sehat

2.5.2.4 Memberikan pelayanan KB

2.5.2.5 Mendapatkan kesehatan emosi (Ambarwati, 2009: 54).

### 2.5.3 Tahapan dalam masa nifas

Tahapan dalam masa nifas adalah sebagai berikut :

- 2.5.3.1 *Puerperium* dini (*immediate puerperium*) : waktu 0-24 jam postpartum. Yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- 2.5.3.2 *Puerperium Intermedial (early puerperium)* :kepuhlian menyeluruh alat-alat *genitalia* yang lamanya 6-8 minggu.
- 2.5.3.3 *Remote puerperium*, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan kembali sehat sempurna, terutama jika selama hamil atau sewaktu persalinan timbul komplikasi. Waktu untuk mencapai kondisi sehat sempurna dapat berminggu-minggu, bulanan, atau tahunan (Mochtar, 2013: 37)

### 2.5.4 Kebijakan program pemerintah dalam asuhan masa nifas

Tabel 2.7  
Kunjungan Masa Nifas Normal

KUNJUNGAN	WAKTU	ASUHAN
I	6-8 Jam PP	a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri b. Pemantauan keadaan umum ibu c. Melakukan hubungan antara bayi dan ibu d. ASI eksklusif
II	6 Hari PP	a. Memastikan <i>involution uterus</i> berjalan normal, <i>uterus</i> berkontraksi, fundus dibawah <i>umbilicus</i> dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal b. Menilai adanya tanda- tanda demam, infeksi dan perdarahan Abnormal c. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup d. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit

III	2 Minggu PP	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memastikan <i>involsi uterus</i> berjalan normal, <i>uterus</i> berkontraksi, fundus dibawah <i>umbilicus</i> dan tidak ada tanda- tanda perdarahan abnormal</li> <li>b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan Abnormal</li> <li>c. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup</li> <li>d. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi</li> <li>e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit</li> </ul>
IV	6 Minggu PP	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami</li> <li>b. Memberikan konseling untuk KB secara dini, Imunisasi, senam nifas, dan tanda - tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.</li> </ul>

Sumber : Ambarwati (2009)

## 2.5.5 Perubahan fisiologis masa nifas

### 2.5.6.1 Perubahan sistem reproduksi

- a. *Involsi* atau pengerutan *uterus* merupakan suatu proses dimana *uterus* kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus (Saleha, 2009: 39)

Tabel 2.8  
Perubahan Uterus Masa Nifas

<b>Involsi Uteri</b>	<b>Tinggi Fundus Uteri</b>	<b>Berat Uterus</b>
Bayi lahir	Setinggi Pusat, 2 jari dibawah pusat	1000 gr
1 minggu	Pertengahan antara pusat dan symphysis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	350 gr
6 minggu	Normal	60 gr

Sumber : Saleha (2009)

b. *Lochea* adalah *ekresi* cairan rahim selama masa nifas. *Lochea* mengandung darah dan sisa jaringan *desidua* yang *nekrotik* dari dalam *uterus*. Proses keluarnya darah nifas atau *lochea* terdiri atas empat tahapan :

- 1) *Lochea rubra* atau merah (*kruenta*), *lochea* ini muncul pada hari 1-4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar.
- 2) *Lochea Sanguinolenta*, cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke 4 sampai hari ke 7 post partum.
- 3) *Lochea Serosa*, *lochea* ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, *leukosit* dan robekan atau laserasi *plasenta*. Muncul pada hari ke 7 sampai hari ke 14 *post partum*.
- 4) *Lochea Alba* atau putih, mengandung *leukosit*, sel *desidua*, sel *epitel*, selaput lendir *serviks* dan serabut jaringan yang mati. *Lochea alba* bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu post partum. (Astuti, 2015: 15).

c. *Serviks*

*Serviks* mengalami *invulusi* bersama-sama dengan *uterus*. Warna *serviks* sendiri , merah kehitam-hitaman karena pembuluh darah. konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi atau perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, *serviks* tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil (Johariah, 2012: 23).

d. *Vulva* dan *vagina*

*Vulva* dan *vagina* mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 68 minggu post partum (Johariah, 2012: 23).

#### 2.5.6.2 Perubahan sistem pencernaan

Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (*dehidrasi*), kurang makan, *haemorroid*, laserasi jalan lahir (Ambarwati, 2009: 34)

#### 2.5.6.3 Perubahan sistem perkemihan

Hari pertama biasanya ibu mengalami kesulitan buang air kecil, selain khawatir nyeri jahitan juga karena penyempitan saluran kencing akibat penekanan kepala bayi saat proses persalinan (Ambarwati, 2009: 34).

### 2.5.6 Perubahan psikologis masa nifas

#### 2.5.6.1 Fase *takin in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri (Johariah, 2012: 26).

#### 2.5.6.2 Fase *taking hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase *taking hold*, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Selain itu perasaannya sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati (Johariah, 2012: 26).

#### 2.5.6.3 Fase *letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah

melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya (Johariah, 2012: 27)

## 2.5.7 Kebutuhan dasar masa nifas

### 2.5.8.1 Nutrisi dan cairan

- a. Sumber tenaga (*energy*) yang diperlukan untuk pembakaran tubuh dan pembentukan jaringan baru. Karbohidrat berasal dari padi-padian, kentang, umbi, jagung, sagu, tepung roti, mie dan lain-lain. Lemak bisa diambil dari hewani dan nabati.
- b. Protein diperlukan untuk pertumbuhan dan pergantian sel-sel yang rusak atau mati. Sumber protein dapat diperoleh dari hewani (telur, daging, ikan, udang, kerang, susu, dan keju) dan protein nabati (tahu, tempe, kacang-kacangan).
- c. Ibu menyusui minum air sedikitnya 3 liter setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali habis menyusui). Sumber zat pengatur dan pelindung biasa diperoleh dari semua jenis sayuran dan buah - buahan segar (Ambarwati, 2009: 32).

### 2.5.8.2 *Ambulasi dini*

*Early ambulation* adalah kebijakan untuk selekas mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya selekas mungkin berjalan. Klien sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post Partum (Ambarwati, 2009: 32).

### 2.5.8.3 Eliminasi

#### 1) *Miksi*

*Miksi* disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam (Ambarwati, 2009: 34).

## 2) Defekasi

Biasanya 2-3 hari post Partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ke tiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan *supositoria* dan minum air hangat (Ambarwati, 2009: 35).

### 2.5.8.4 Menjaga kebersihan diri

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

#### 1) Kebersihan genetalia

Anjurkan ibu untuk membersihkan alat genetaliaanya dengan menggunakan air bersih, membersihkan daerah *vulva* terlebih dahulu dilanjutkan dengan sekitar anus. Keringkan dulu sebelum memakaikan pembalut, dan gentilah pembalut minimal 3 kali sehari (Ambarwati, 2009: 36).

#### 2) Pakaian

Sebaiknya pakaian terbuat dari bahan yang mudah menyerap keringat karena produksi keringat pada ibu nifas akan lebih banyak. Sebaiknya menggunakan pakaian yang longgar dibagian dada, sehingga payudara tidak tertekan dan kering. Demikian juga dengan pakaian dalam, agar tidak terjadi iritasi pada daerah sekitarnya akibat *lochea* (Ambarwati, 2009: 29).

#### 3) Perawatan payudara

Anjurkan ibu untuk membersihkan puting susunya sebelum menyusui bayinya, lakukan perawatan payudara rutin agar tidak terjadi pembengkakan akibat bendungan ASI (Ambarwati, 2009: 29).

### 2.5.8.5 Istirahat

Untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, usahakan untuk rileks dan istirahat yang cukup, terutama saat bayi

sedang tidur. Meminta bantuan suami atau keluarga yang lain jika ibu merasa lelah. Putarkan dan dengarkan lagu-lagu klasik pada saat ibu dan bayi istirahat untuk menghilangkan tegang dan lelah (Astuti, 2015: 20).

#### 2.5.8.6 Seksual

Secara fisik, aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya ke dalam *vagina* tanpa ada rasa nyeri. Begitu ibu merasa aman untuk melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu sia (Astuti, 2015: 20).

#### 2.5.8.7 Rencana akseptor keluarga berencana

Pemilihan kontrasepsi harus sudah dipertimbangkan pada masa nifas. Apabila hendak memakai kontrasepsi yang mengandung *hormone*, harus menggunakan obat yang tidak mengganggu produksi ASI (Ambarwati, 2009: 30).

#### 2.5.8.8 Senam nifas

Latihan senam nifas dapat diberikan hari ke dua.

- a. Ibu terlentang lalu kedua kaki ditekuk, kedua tangan ditaruh diatas dan menekan perut. Lakukan pernapasan dada lalu pernapasan perut
- b. Dengan posisi yang sama, angkat bokong lalu taruh kembali. Kedua kaki diluruskan dan disilangkan lalu kencangkan otot seperti menahan miksi dan defekasi.
- c. Duduklah pada kursi, perlahan bungkukan badan sambil tangan berusaha menyentuh tumit (Astuti, 2015: 21).

### 2.5.8 Deteksi dini masa nifas dan penyulit masa nifas

#### 2.5.9.1 Perdarahan *post partum primer*

adalah mencakup semua kejadian perdarahan dalam 24 jam setelah kelahiran.

#### 2.5.9.2 Perdarahan *post partum sekunder*

Adalah mencakup semua kejadian PPH yang terjadi antara 24 jam setelah kelahiran bayi dan 6 minggu masa *post partum*.

2.5.9.3 Sakit kepala, nyeri *epigastrik*, penglihatan kabur.

2.5.9.4 Pembengkakan di wajah atau ekstremitas.

2.5.9.5 Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih (Johariah, 2012: 29).

2.5.9 Asuhan masa nifas

2.5.10 Langkah-langkah pemeriksaan fisik

a. Pemeriksaan keadaan umum

- 1) Keadaan umum: cara berjalan dan bergerak
- 2) Ekspresi wajah
- 3) Perilaku: tampak sesuai budaya ibu
- 4) Kebersihan: bersih, tidak bau badan
- 5) Kulit: adakah tampak luka atau memar bekas kekerasan dalam rumah tangga
- 6) *Konjungtiva* (Astuti, 2015: 33).

b. Pemeriksaan tanda vital

Ibu duduk atau berbaring dalam keadaan nyaman dan rileks, sambil mengukur suhu, lakukan:

- 1) Pengukuran tekanan darah: batas normal sistolik 90-140 mmHg, diastolik < 90 mmHg. Bila sistolik < 90 mmHg, segera lakukan *rapid assessment* dan bila diastolik antara 90-110 mmHg, tanyakan adakah nyeri kepala hebat, pandangan mata kabur, atau lihat kenaikan tekanan darah sebelumnya. Bila distolik >110 mmHg, lakukan *rapid assessment*.
- 2) Suhu: normal < 38°C. Bila suhu > 38°C, lihat pengeluaran vagina apakah berbau.

3) Nadi: batas normal ,110 kali/menit (Astuti, 2015: 34).

c. Pemeriksaan payudara

Bantu ibu untuk membuka bajunya untuk pemeriksaan payudara dan jaga privasi ibu. Ibu berada dalam posisi berbaring yang nyaman. Lakukan *inspeksi* payudara untuk mengetahui kontur tidak ada dimpling, tidak terlihat benjolan yang abnormal, kulit licin, tidak ada kerutan, tidak kemerahan dan perhatikan adakah kelainan. Minta ibu untuk meletakkan lengan kirinya di atas kepala, kemudian lakukan :

- 1) Palpasi payudara secara sistematis sampai ketiak. Payudara normal teraba lembut dan tidak ada nyeri tekan. Pada ibu menyusui, teraba padat. Pemeriksaan pada hari ke dua menunjukkan payudara bengkak dan keras/tegang.
- 2) Perhatikan apakah terdapat pembesaran kelenjar getah bening.
- 3) Perhatikan puting, apakah menonjol. Tidak ada luka atau lecet, dan apakah keluar *klostrum* (Astuti, 2015: 34).

d. Pemeriksaan abdomen

Minta ibu untuk membuka baju dibagian perutnya.

- 1) Periksa bekas luka. Jika terdapat operasi baru *sectio caesarea*, periksa ada/tidaknya luka yang terbuka atau nanah.
- 2) Palpasi uterus untuk mengetahui tinggi fundus uteri (TFU). Tinggi fundus akan turun 1 cm setiap hari sampai hari ke-9 atau 10. Pada hari ke-9 atau 10 tersebut, fundus uteri sudah tidak teraba lagi. Hari keenam, TFU berada di pertengahan

antara pusat dan simfis pubis. Lakukan pemeriksaan terhadap lokasi dan konsistensi uterus (keras) (Astuti, 2015: 37).

e. Pemeriksaan kandung kemih

Lakukan palpasi di atas simfisis pubis, kandung kemih tidak teraba. Bila teraba, tanyakan apakah sakit atau ibu mempunyai dorongan untuk berkemih (Astuti, 2015: 38).

Palpasi atau ketuk daerah *kostovertebral* untuk mengetahui adanya rasa nyeri (Astuti, 2015: 38).

f. Pemeriksaan kaki

Pemeriksaan kaki dilakukan secara bergantian antara kaki kiri dan kanan. Lakukan pemeriksaan pada satu kaki terlebih dahulu :

- 1) Palpasi untuk mengetahui *vena varises*.
- 2) Periksa *edema* pada tibia dan pergelangan kaki. Perhatikan tingkat edema jika ada.
- 3) *Dorsofleksikan* setiap kaki untuk memeriksa ada tidaknya nyeri pada betis (Astuti, 2015: 39).

g. Pemeriksaan daerah perineum

Pemeriksaan daerah *perineum* memerlukan visualisasi yang baik, seperti sinar atau cahaya. Ibu dalam posisi berbaring dengan lutut sedikit ditekuk (posisi *dorsal recumbent*). Gunakan senter atau lampu sorot atau cermin besar yang diletakkan di depan daerah tersebut sehingga ibu dapat melihat perineumnya sendiri bila mengiginkan. Hal ini dapat mengurangi kekhawatiran ibu dan persepsi yang salah. Siapkan pembalut utuk ganti, minta ibu untuk membuka pakaian bagian dalam dan jaga privasi ibu. Lakukan pemeriksaan pada :

- 1) Luka/jahitan : *edema*, kemerahan, memar, *hematoma*, penyembuhan dari *laserasi/episiotomi*.
- 2) Vena varises (di vulva dan anus).
- 3) Cairan vagina (*lochia*) : warna, jumlah, konsistensi, ada/tidaknya bekuan darah.
- 4) Bau : ada/tidak, apakah berbau busuk.

Untuk memeriksa ujung jahitan dan anus, minta ibu untuk berbaring miring (posisi *sim*). Ucapkan terimakasih atas kerjasama ibu dan minta ibu untuk mengenakan kembali pakaian dalamnya. Cuci tangan dengan sabun dan air mengalir, lalu keringkan dengan handuk bersih dan kering (Astuti, 2015: 39).

## **2.6 Asuhan Keluarga Berencana**

### **2.6.1 Keluarga Berencana**

Pengertian Program Keluarga Berencana menurut UU No 10 tahun 1992 (tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan 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 (Setiyaningrum, 2014: 173).

### **2.6.2 Tujuan umum**

Tujuan umum keluarga berencana adalah membentuk keluarga kecil yang sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara mengatur kelahiran anak. Dengan demikian, akan diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Jika ditilik lebih dalam sebenarnya keluarga berencana bertujuan untuk memerhatikan berbagai kepentingan manusia dan masyarakat (Setiyaningrum, 2014: 175).

### 2.6.3 Jenis-jenis kontrasepsi

#### 2.6.4.1 Metode sederhana tanpa alat

##### a. Teknik pantang berkala

Teknik pantang berkala yaitu menghindari senggama pada saat masa subur yaitu dekat pertengahan siklus haid atau terdapat tanda-tanda adanya kesuburan yaitu keluarnya lendir encer dari liang vagina. (Setyorini, 2014: 140).

##### 1) Manfaat teknik pantang berkala

- a) Dapat digunakan untuk menghindari kehamilan.
- b) Tidak ada resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi.
- c) Tidak ada efek samping sistemik.
- d) Murah/tanpa biaya (Setyorini, 2014: 140).

##### 2) Keterbatasan

- a) Keefektifan tergantung dari kemauan dan disiplin pasangan untuk mengikuti intruksi.
- b) Perlu pantangan selama masa subur menghindari kehamilan.
- c) Tidak terlindung dari infeksi menular seksual (IMS) (Setyorini, 2014: 141).

##### b. Metode kalender

Metode kalender atau yang dikenal sebagai metode *knous-ogino* bergantung pada hitungan hari untuk memperkirakan kapan jatuhnya masa subur (Setyorini, 2014: 147).

##### 1) Kekurangan metode kalender

Metode kalender tidak akurat karena panjang siklus menstruasi setiap wanita tidaklah sama. Dalam dalam praktek sukar untuk menentukan saat

*ovulasi* dengan tepat. Agar efektif harus sering dilakukan pantang (Setyorini, 2014: 147).

- 2) Kelebihan metode kalender
  - a) Tanpa efek samping
  - b) Gratis, tidak perlu membeli obat ataupun kedokter
  - c) Tidak menggunakan bahan kimia
  - d) Dapat digunakan baik untuk mencapai kehamilan maupun untuk kontrasepsi
  - e) Dapat digunakan oleh semua wanita, baik tua maupun muda, bahkan untuk wanita yang siklus menstruasinya tidak teratur.
  - f) Apabila dipraktekkan dengan benar, keefektifitasannya mencapai 99% (Setyorini, 2014: 148).

c. *Metode amenorea laktasi*

*Metode amenorea laktasi* (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan air susu ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan ataupun minuman lainnya. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi apabila menyusui secara penuh, belum haid dan harus dilanjutkan oleh metode kontrasepsi lainnya (Setyorini, 2014: 151).

- 1) Keuntungan metode amenorea laktasi
  - a) Efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pasca persalinan)
  - b) Tidak mengganggu senggama
  - c) Tidak ada efek samping secara sistemik
  - d) Tidak perlu obat, alat atau pengawasan medis
  - e) Meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi (Setyorini, 2014: 152).

- 2) Keterbatasan *metode amenorea laktasi*
  - a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan.
  - b) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial.
  - c) Tidak melindungi terhadap IMS (Setyorini, 2014: 152).
- d. Metode suhu basal

Metode ini berdasarkan kenaikan suhu tubuh setelah ovulasi sampai sehari sebelum menstruasi sebelumnya. Untuk mengetahui suhu benar-benar naik, maka harus selalu diukur dengan termometer yang sama dan pada tempat yang sama. (di mulut, anus, atau aksila) setelah pagi setiap bangun tidur sebelum mengerjakan pekerjaan apapun dan di catat pada tabel. Syaratnya tidur malam paling sedikit selama 5-6 jam sehari secara berturut-turut, suhu rendah ( $36,4^{\circ}\text{C}$ - $36,7^{\circ}\text{C}$ ), kemudian tiga hari berturut-turut suhu lebih tinggi ( $36,9^{\circ}\text{C}$ - $37,5^{\circ}\text{C}$ ), maka setelah itu dapat dilakukan senggama tanpa menggunakan alat kontrasepsi (Setyorini, 2014: 154).
- e. Metode lendir *serviks*

Perubahan bentuk lendir bervariasi bagi setiap wanita dan pada setiap siklus haid. Untuk mengamati perubahan ini bagi wanita tertentu cukup dengan mengamati lendir yang berada di liang vagina tetapi bagi wanita lain mungkin harus mengambil dari mulut rahim. Jika lendir mulai keluar atau bagi wanita yang mengalami keputihan (sering mengeluarkan lendir) lendir mengencer, menggumpal-gumpal dan lengket,

maka hal ini menunjukkan akan terjadi ovulasi, sehingga senggama harus dihindari atau dengan menggunakan alat kontrasepsi. Pada puncak masa subur, yaitu menjelang dan pada saat ovulasi lendir akan keluar dalam jumlah yang lebih banyak, menjadi transparan, encer dan bening seperti putih telur dan dapat ditarik. Tiga hari setelah puncak masa subur dapat dilakukan senggama tanpa alat kontrasepsi (Setyorini, 2014: 155).

#### 2.6.4.2 Metode kontrasepsi sederhana dengan alat

##### a. Kondom

Kondom adalah alat kontrasepsi yang terbuat dari karet sintetis yang tipis berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu (Setyorini, 2014: 157).

##### 1) Efektivitas kondom

Kondom cukup efektif bila digunakan secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pemasangan kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan pertahun (Setyorini, 2014: 158).

##### 2) Manfaat kondom

- a) Efektif bila digunakan dengan benar
- b) Tidak mengganggu produksi ASI
- c) Tidak mengganggu kesehatan klien
- d) Tidak mempunyai pengaruh sistemik
- e) Murah dan dapat dibeli secara umum
- f) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus

- g) Merupakan salah satu perlindungan terhadap IMS
  - h) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda (Setyorini, 2014: 158).
- 3) Keterbatasan kondom
- a) Efektivitas tidak terlalu tinggi
  - b) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi
  - c) Agak mengganggu hubungan seksual dan mengurangi sentuhan langsung
  - d) Pada beberapa klien menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi
  - e) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual
  - f) Beberapa klien malu untuk membeli kondom ditempat umum
  - g) Pembuangan kondom bekas pakai mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah (Setyorini, 2014: 159).

b. *Diafragma*

*Diafragma* adalah kap berbentuk cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan kedalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup *serviks* (Setyorini, 2014: 162).

1) Cara kerja *diafragma*

Menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (*uterus* dan *tuba falopi*) dan sebagai alat tempat *spermisida* (Setyorini, 2014: 163).

2) Manfaat *diafragma*

- a) Efektif bila digunakan dengan benar
- b) Tidak mengganggu produksi ASI
- c) Tidak mengganggu hubungan seksual karena telah terpasang sampai 6 jam sebelumnya
- d) Tidak mengganggu kesehatan klien
- e) Merupakan salah satu perlindungan terhadap IMS
- f) Tidak mempunyai pengaruh sistemik (Setyorini, 2014: 163).

3) Keterbatasan *diafragma*

- a) Efektivitas sedang (bila menggunakan spermisida angka kegagalan 6-16 kehamilan per 100 wanita pada tahun pertama).
- b) Keberhasilan sebagai kontrasepsi bergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan
- c) Motivasi diperlukan berkesinambungan dengan menggunakannya setiap berhubungan seksual.
- d) Pada 6 jam pasca berhubungan seksual, alat masih harus berada pada posisinya (Setyorini, 2014: 163).

c. *Spermisida*

*Spermisida* adalah bahan kimia yang digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Biasanya dikemas dalam bentuk *aerosol* (busa), tablet vagina *supositoria* atau *dissolvable film* dan krim (Setyorini, 2014: 167).

1) Cara kerja *spermisida*

Menyebabkan sel membran sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma dan

menurunkan kemampuan pembunahan sel telur (Setyorini, 2014: 167).

- 2) Keuntungan *spermisida*
  - a) Efektif seketika
  - b) Tidak mengganggu produksi ASI
  - c) Bisa digunakan sebagai pendukung metode lain
  - d) Tidak mengganggu kesehatan lain
  - e) Mudah digunakan
  - f) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus (Setyorini, 2014: 168).
- 3) Keterbatasan *spermisida*
  - a) Efektif kurang (18-19 kehamilan per 100 wanita pertahun pertama).
  - b) Efektifitas sebagai kontrasepsi bergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan.
  - c) Ketergantungan pengguna dari motivasi berkelanjutan dengan memakai setiap melakukan hubungan seksual.
  - d) Pengguna harus menunggu 10-15 menit setelah aplikasi sebelum melakukan hubungan seksual.
  - e) Efektifitas aplikasi hanya 1-2 jam (Setyorini, 2014: 168).

#### 2.6.4.3 Metode kontrasepsi hormonal

##### a. Pil kombinasi

Pil kombinasi adalah pil yang mengandung hormon *esterogen* dan *progesteron*.

##### 1) Jenis pil kombinasi yaitu

- 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 (Saputra, 2014: 45).

## 2) Cara kerja pil kombinasi

Menekan *ovulasi*, mencegah *implantasi*, lendir *serviks* mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula (Saputra, 2014: 45).

## 3) Manfaat pil kombinasi

Memiliki efektivitas yang tinggi (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan), risiko terhadap kesehatan sangat kecil, tidak mengganggu hubungan seksual, siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid, dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan, dapat digunakan sejak usia remaja hingga *menopause*, mudah dihentikan setiap saat, kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan, membantu mencegah *kehamilan ektopik*, *kanker ovarium*, *kanker endometrium*, *kista ovarium*,

penyakit radang panggul, kelainan jinak pada payudara, *dismenorea atau akne* (Saputra, 2014: 46).

#### 4) Keterbatasan pil kombinasi

Membosankan karena harus menggunakannya setiap hari, mual terutama 3 bulan pertama, perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama 3 bulan pertama, pusing, nyeri payudara, berat badan naik sedikit, amenorea, tidak boleh diberikan pada ibu menyusui, pada sebagian kecil perempuan dapat menimbulkan depresi dan perubahan suasana hati, berkurangnya *libido*, meningkatnya tekanan darah dan retensi cairan, sehingga risiko *stroke* dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat pada perempuan usia >35 tahun dan merokok perlu hati-hati, tidak mencegah IMS, HIV/AIDS (Saputra, 2014: 47).

#### 5) Yang dapat menggunakan pil kombinasi

Usia reproduksi, telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak, gemuk atau kurus, menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi, setelah melahirkan dan tidak menyusui, setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif, sedangkan semua cara kontrasepsi yang dianjurkan tidak cocok bagi ibu tersebut, pasca keguguran, anemia karena haid berlebihan, nyeri haid hebat, siklus haid tidak teratur, riwayat kehamilan *ektopik*, kelainan payudara jinak, kencing manis tanpa komplikasi pada ginjal, pembuluh darah, mata, dan saraf, penyakit *tiroid*, penyakit radang panggul, *endometriosis*, atau *tumor ovarium*

jinak, menderita *tuberculosis*, *varises vena* (Saputra, 2014: 49).

6) Yang tidak boleh menggunakan pil kombinasi

Hamil atau dicurigai hamil, menyusui eksklusif, perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya, penyakit hati akut (hepatitis), perokok dengan usia >35 tahun, riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah >180/110 mmHg, riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis >20 tahun, kanker payudara (Saputra, 2014: 50).

7) Waktu mulai menggunakan pil kombinasi

Setiap selagi haid, hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, boleh menggunakan pada hari ke-8, tetapi perlu menggunakan kondom mulai hari ke-8 sampai hari ke-14 atau tidak melakukan hubungan seksual sampai anda telah menghabiskan paket pil tersebut, setelah melahirkan setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif, setelah 3 bulan dan tidak menyusui, pasca keguguran (setelah atau sebelum 7 hari), bila berhenti menggunakan kontrasepsi injeksi, dan ingin menggantinya dengan pil kombinasi, pil dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid (Saputra, 2014: 51).

b. Mini pil

Mini pil adalah pil yang hanya mengandung hormon *progesteron*.

1) Cara kerja mini pil

- a) Menekan sekresi *gonadotropin* dan sintesis *steroids* ses di *ovarium* (tidak begitu kuat)

- b) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga *implamantasi* lebih sulit.
- c) Mengentalkan lendir *serviks* sehingga menghambat penetrasi sperma.
- d) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu (Saputra, 2014: 52).

## 2) Manfaat pil kombinasi

Memiliki efektivitas yang tinggi (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan), risiko terhadap kesehatan sangat kecil, tidak mengganggu hubungan seksual, tidak mempengaruhi produksi ASI, kesuburan dapat kembali, nyaman, mudah digunakan, sedikit efek samping, dapat dihentikan setiap saat, tidak mengandung estrogen (Setyorini, 2014: 173).

## 3) Keterbatasan pil kombinasi

Membosankan karena harus menggunakannya setiap hari, hampir 30-60% mengalami gangguan haid, peningkatan atau penurunan berat badan, bila lupa satu pil saja kegagalan lebih besar, payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat (Setyorini, 2014: 175).

## 4) Yang dapat menggunakan pil kombinasi

Usia reproduksi, telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak, gemuk atau kurus, menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi, setelah melahirkan dan tidak menyusui, setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif, pasca keguguran, perokok segala usia, mempunyai tekanan darah tinggi (selama <180/110), ibu yang tidak boleh menggunakan *estrogen* atau

lebih senang tidak menggunakan *esterogen* (Setyorini, 2014: 176).

5) Yang tidak boleh menggunakan pil kombinasi

Hamil atau dicurigai hamil, perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya, tidak dapat menerima gangguan haid, sering lupa menggunakan pil, kanker payudara atau riwayat kanker payudara, menggunakan obat *tuberculosis rifampisin* atau obat untuk *epilepsy* (Setyorini, 2014: 176).

c. Suntik 3 bulan

KB suntik adalah salah satu metode mencegah kehamilan yang saat ini banyak digunakan di negara-negara berkembang. KB suntik bekerja mengentalkan lendir rahim sehingga sulit untuk ditembus oleh sperma untuk pembuahan (Setyorini, 2014: 186).

Jenis KB suntik dibagi menjadi 2 jenis yaitu :

- 1) KB Suntik 3 bulan adalah jenis suntikan yang mengandung *hormon Medroxyprogesteron Acetate (hormon progestin)* dengan volume 150 mg. Alat kontrasepsi ini diberikan setiap 3 bulan atau 12 minggu (6 minggu setelah melahirkan) (Setyorini, 2014: 186).
- 2) KB Suntik 1 bulan adalah jenis suntikan KB yang diberikan 1 bulan sekali. Dengan pemberian suntikan yang sama dengan suntik 3 bulan, yaitu setelah 7 hari pertama periode menstruasi. Alat kontrasepsi ini mengandung kombinasi (*hormon Estrogen*) (Setyorini, 2014: 191).
- 3) Kelebihan

Adalah metode kontrasepsi hormonal efektif mencegah kehamilan hingga 99 %, memberikan kenyamanan kepada suami istri karena dengan satu kali suntikan tidak perlu memikirkan kontrasepsi selama 1 sampai 3 bulan, kehamilan bisa didapatkan kembali setelah meng-hentikan penggunaan KB suntik, kb suntik 3 bulan tidak mengganggu produksi ASI (Setyorini, 2014: 191).

#### 4) Kekurangan

Adalah siklus haid menjadi tidak teratur, terjadi penambahan berat badan, ibu mengalami jerawat, sakit kepala, nyeri payudara, perubahan suansana hati, penggunaan KB 3 bulan memicu terjadinya *osteoporosis* (Setyorini, 2014: 192).

#### 5) Indikasi dan Kontraindikasi

Yang dapat menggunakan kontrasepsi suntikan *progestin* adalah Usia reproduksi, *Multipara* dan yang telah memiliki anak, Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektifitas tinggi, Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai, Setelah melahirkan, abortus, banyak anak.

Perokok, tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah, menggunakan obat *Epilepsi*, *Tuberkulosis*, Sering lupa bila menggu-nakan pil, Anemia defisiensi besi, Remaja (16 tahun) sampai wanita usia 40 tahunan dari *nuligravida* sampai *granda multipara* (Setyorini, 2014: 192).

#### d. Implan

Implan adalah alat kontrasepsi jangka panjang yang dipasang di bawah kulit (Saputra, 2014: 62).

1) Efek samping utama :

Berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak dan amenorea. Aman dipakai pada masa laktasi (Setyorini, 2014: 199).

2) Cara kerja implan :

Lendir *serviks* menjadi kental, mengganggu proses pembentukan *endometrium* sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma, menekan ovulasi (Setyorini, 2014: 199).

3) Keuntungan

Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (3 tahun untuk *jadenal*), pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh *estrogen*, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu ASI, klien hanya perlu kembali ke klinik jika ada keluhan, dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan (Saputra, 2014: 63).

4) Kekurangan implan

Nyeri kepala, peningkatan/penurunan berat badan, nyeri payudara, mual, pening/pusing kepala, perubahan perasaan (*mood*) atau kegelisahan, membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan, tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk AIDS, klien tidak menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai dengan keinginan, akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan, efektivitasnya menurun bila menggunakan obat *tuberculosis* atau obat *epilepsi*, terjadinya kehamilan

ektopik sedikit lebih tinggi (1,3 per 100.000 wanita pertahun) (Setyorini, 2014: 200).

#### 2.6.4.4 Metode kontrasepsi non hormonal

##### a. Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)

AKDR adalah bahan *inert sintetik* (dengan atau tanpa unsur tambahan untuk sinergi efektivitas) dengan berbagai bentuk yang dipasangkan dalam rahim untuk menghasilkan efek kontraseptif. Bentuk AKDR yang beredar dipasaran adalah spiral (lippes loop), huruf T (Tcu200C dan Nova T) (Setyorini, 2014: 205).

##### 1) Indikasi

Usia reprodusi, keadaan *nulipara*, menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang, menyusui dan menginginkan kontrasepsi, setelah melahirkan dan tidak menyusui, setelah mengalami keguguran dan tidak terlihat adanya infeksi, resiko rendah IMS, tidak menghendaki metode hormonal (Setyorini, 2014: 207).

##### 2) Kontraindikasi

Sedang hamil atau diduga hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, sedang menderita infeksi genitalia, kanker alat genitalia (Setyorini, 2014: 208).

##### 3) Efek samping

*Amenorea*, kejang, perdarahan vagina yang hebat dan tidak teratur, benang yang hilang, adanya pengeluaran cairan dari vagina/dicurigai adanya PRP (Setyorini, 2014: 206).

##### 4) Waktu penggunaan

Setiap waktu dalam siklus haid yang dapat dipastikan pasien tidak hamil, hari pertama sampai

hari ke-7 silus haid, segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pasca persalinan, setelah 6 bulan apabila menggunakan metode *amenorea* laktasi, setelah *abortus* atau keguguran (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi, selama 1-5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi (Setyorini, 2014: 208).

#### 5) Keuntungan

Baik tembaga maupun hormonal memiliki keuntungan *nonkontraseptif*. Tekanan yang tercipta dari AKDR tembaga dan AKDR plastik tanpa obat kemungkinan memberi perlindungan terhadap kanker *endometrium*, AKDR hormonal (Setyorini, 2014: 206).

#### b. Metode operatif wanita (MOW)

Cara kontrasepsi ini dipersiapkan melalui tindakan operasi kecil dengan cara mengikat dan memotong saluran telur (*Tuba*) pada istri. Dengan demikian telur dari *ovarium* tidak dapat mencapai rongga rahim, sehingga tidak terjadi pembuahan. Indikasinya yaitu kelahiran *cesarean* yang berulang, *multi paritas*, penyakit kehamilan serius yang berulang, penyakit akut atau *kronis* dan *stressor* ekonomi atau emosional (Setyorini, 2014: 216).

Caranya dengan

##### 1) *Ligasi tuba*

Yaitu operasi sterilisasi dengan memotong dan mengikat dengan *cauterisasi* dengan tuba.

## 2) *Histerektomi*

Yaitu prosedur mengikat uterus. Indikasi *Histerektomi* setelah kehamilan dengan *rupture/inversion uteri, tumor fibroid* dan pendarahan tak terkontrol (Setyorini, 2014: 217).

### c. Metode operasional pria (MOP)

*Vasektomi* adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi. Metode ini membuat sperma (yang disalurkan melalui *vas deferens*) tidak dapat mencapai *vesikula seminalis* yang pada saat ejakulasi dikeluarkan bersamaan dengan cairan *semen*. Untuk *oklusi vas deferens*, diperlukan tindakan insisi (minor) pada daerah *rafe skrotalis*. Penyesalan terhadap *vasektomi*, tidak segera memulihkan fungsi reproduksi karena memerlukan tindakan pembedahan ulang. *Vasektomi* termasuk metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang (Setyorini, 2014: 222).

#### 1) Manfaat

Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang, tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi (Setyorini, 2014: 222).

#### 2) Keterbatasan *vasektomi*

Permanen (*non-reversible*) dan timbul masalah bila klien menikah lagi, bila tak siap ada kemungkinan penyesalan di kemudian hari, perlu pengosongan depot sperma di *vesikula seminalis* sehingga perlu 20 kali ejakulasi, risiko dan efek samping pembedahan kecil, adanya nyeri/rasa tak nyaman pasca bedah, perlu tenaga pelaksana terlatih, tidak

melindungi klien terhadap PMS (misalkanya : HBV, HIV/AIDS) (Setyorini, 2014: 223).

3) Indikasi *vasektomi*

*Vasektomi* merupakan upaya untuk menghentikan *fertilitas* dimana fungsi reproduksi merupakan ancaman atau gangguan terhadap kesehatan pria dan pasangannya serta melemahkan ketahanan dan kualitas keluarga (Setyorini, 2014: 224).