

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Menurut Saminem (2009) kehamilan adalah kondisi dimana wanita memiliki janin yang sedang tumbuh di dalam tubuhnya (yang pada umumnya didalam rahim). Kehamilan pada manusia berkisar 40 minggu atau 9 bulan, dihitung dari awal *periode* menstruasi terakhir sampai melahirkan.

2.1.2 Filosofi Asuhan Kehamilan

Menurut Bartini (2012) kehamilan merupakan proses alamiah dalam *periode* pertumbuhan seorang wanita. Perubahan fisik maupun psikologis yang terjadi selama kehamilan bersifat fisiologis bukan patologis. Asuhan yang diberikan diupayakan untuk membantu ibu beradaptasi dengan perubahan selama hamil dan mengantisipasi keadaan abnormal dari perubahan fisik maupun psikologis ibu. Asuhan kehamilan lebih ditekankan pada upaya promotif dan menghindari tindakan medikalisasi. Pelayanan berkesinambungan (*continuity of care*), dengan *focus* utama pada ibu (*women centered*). Ibu adalah individu yang mampu mengambil pilihan dan membuat keputusan tentang jenis perawatan dan tempat untuk persalinan berdasarkan informasi dari bidan. Pengambilan keputusan untuk perawatan kehamilan juga melibatkan keluarga (*family centered*). Keluarga diharapkan mampu membuat pilihan dan mengambil keputusan untuk menjamin kesejahteraan ibu dan janin.

2.1.3 Prinsip Pokok Asuhan Kehamilan

Kehamilan adalah bagian dari tahapan atau siklus hidup seorang wanita. Kehamilan juga disebut sebagai *periode* penting dalam siklus

kehidupan wanita. Menurut Bartini (2012) sebagai bagian dari siklus hidup wanita, kehamilan merupakan proses yang normal, alami dan sehat, bukan suatu penyakit atau kelainan. Meskipun kadang-kadang perubahan suhu tubuh ibu hamil menimbulkan reaksi yang tidak nyaman, tetapi hal tersebut bukanlah suatu penyakit yang perlu ditangani secara medis, kecuali oleh karena faktor tertentu keadaan semakin memburuk (terjadi komplikasi). Prinsip pokok asuhan kehamilan menurut Bartini (2012) adalah sebagai berikut:

2.1.3.1 Pemberdayaan Wanita

Wanita/ibu hendaknya memahami betul kondisinya dan mampu beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi sehingga segala bentuk ketidaknyamanan dapat dikurangi bahkan wanita/ibu hamil bisa merawat kehamilan dengan baik sampai proses persalinan berlangsung. Kesejahteraan ibu dan janin lah yang menjadi tujuan utama dalam perawatan ibu hamil, sehingga *outcome* kehamilan lebih baik.

2.1.3.2 Otonomi

Dalam asuhan kebidanan, pasien/klien mempunyai hak untuk menentukan atau mengambil keputusan untuk perawatan kesehatannya, misalnya untuk memilih tempat pelayanan persalinannya, memilih penolong persalinannya hingga posisi saat bersalin. Bidan akan mengarahkan dengan memberikan konseling sesuai kondisi pasien/klien dan terbaik untuk pasien.

2.1.3.3 Tidak Membahayakan

Dengan prinsip bahwa kehamilan adalah proses normal, maka dalam asuhan kehamilan tidak banyak menggunakan intervensi medis atau cenderung menghindari intervensi medis yang tidak penting dan membahayakan ibu hamil.

2.1.3.4 Tanggung Jawab

Asuhan kebidanan kehamilan merupakan asuhan yang bersifat alami, menghindari intervensi medis yang tidak perlu dan cenderung mengutamakan hak-hak pasien. Asuhan yang diberikan dilandasi dengan ilmu dan pengetahuan yang benar, sehingga hasil yang diharapkan dapat di pertanggung jawabkan guna kesejahteraan ibu dan janin.

2.1.4 Hak-hak Wanita Hamil

Menurut Bartini (2012) adapun hak-hak wanita hamil yaitu:

- 2.1.4.1 Mendapatkan keterangan tentang kondisi kesehatan nya.
- 2.1.4.2 Mendiskusikan keprihatinan nya, kondisi nya, serta harapan nya terhadap sistem pelayanan.
- 2.1.4.3 Mengetahui sebelumnya tentang prosedur yang akan dilakukan pada nya.
- 2.1.4.4 Mendapatkan pelayanan secara pribadi dan dihormati privasi nya.
- 2.1.4.5 Menerima asuhan senyaman mungkin.
- 2.1.4.6 Menyatakan pandangan dan pilihan nya tentang pelayanan yang diberikan.

2.1.5 Standar Asuhan Kehamilan

Pemeriksaan kehamilan sebaiknya dilakukan sedini mungkin, segera setelah seorang wanita dirinya hamil. Kebijakan pemerintah tentang kunjungan antenatal menetapkan frekuensi kunjungan antenatal menurut Depkes (2007) dalam Bartini (2012) sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu sebagai berikut:

- 2.1.5.1 Minimal 1 kali pada trimester pertama = K1
- 2.1.5.2 Minimal 1 kali pada trimester kedua = K2
- 2.1.5.3 Minimal 2 kali pada trimester ketiga = K3 dan K4

Apabila terdapat kelainan atau penyulit kehamilan seperti mual, muntah, keracunan kehamilan, perdarahan, kelainan letak dan sebagainya, maka frekuensi pemeriksaan disesuaikan dengan kebutuhan.

Menurut Prawirohardjo (2013) dalam pelaksanaan *antenatal care*, dikenal standar minimal pelayanan “14 T”, yang terdiri dari:

a. Timbang Berat Badan

Berat badan diukur setiap ibu datang atau berkunjung pada saat melakukan pemeriksaan untuk mengetahui kenaikan ataupun penurunan berat badan. Kenaikan berat badan ibu hamil normal rata-rata antara 6,5-16 kg.

b. Ukur Tekanan Darah

Tujuan dilakukan ukur tekanan darah agar dapat mendeteksi adanya gejala hipertensi sehingga akan mengarah ke preeklamsia. Apabila turun dibawah normal kita pikirkan kearah anemia. Tekanan darah normal berkisar *systole/diastole* 110/80-120/80 mmHg.

c. Ukur Tinggi Fundus Uteri

Pengukuran tinggi fundus uteri dengan menggunakan pita *centimeter*, letakkan titik nol pada tepi atas simfisis dan rentangkan sampai fundus uteri.

d. Pemberian Tablet *Fe* Sebanyak 90 Tablet Selama Kehamilan

Tujuan pemberian tablet *Fe* adalah untuk memenuhi kebutuhan *Fe* pada ibu hamil dan nifas, karena pada masa kehamilan kebutuhannya meningkat seiring dengan pertumbuhan janin

e. Pemberian Imunisasi TT Lengkap

Pemberian TT adalah untuk melindungi janin dari tetanus neonatorum. Efek samping nya yaitu nyeri, kemerah-

merahan dan bengkak untuk 1-2 hari pada tempat penyuntikan dan akan sembuh dengan sendirinya.

f. Pemeriksaan *Hemoglobin* (HB)

Pemeriksaan *Hemoglobin* (HB) adalah salah satu upaya untuk mendeteksi anemia pada ibu hamil.

g. Pemeriksaan Penyakit Menular Seksual

Apabila hasil tes dinyatakan positif, ibu hamil dilakukan pengobatan/rujukan. Akibat fatal yang dapat terjadi adalah kematian janin pada kehamilan <16 minggu, pada kehamilan lanjut dapat menyebabkan kelahiran prematur, cacat bawaan.

h. Perawatan Payudara

Untuk merangsang kelenjar susu agar produksi ASI lancar dan mempersiapkan ibu dalam laktasi.

i. Pemeliharaan Tingkat Kebugaran atau Senam Hamil

Senam ibu hamil bermanfaat untuk membantu ibu hamil dalam mempersiapkan persalinan dan mempercepat pemulihan setelah melahirkan serta mencegah sembelit. Tujuan senam hamil agar merelaksasi kan otot-otot dinding perut dan otot-otot dasar panggul dilakukan pada usia kehamilan diatas 22 minggu.

j. Temu Wicara Dalam Rangka Persiapan Rujukan

Membantu ibu hamil untuk mengatasi masalah yang dirasakannya dan membantu untuk menemukan asuhan kehamilan, penolong persalinan yang bersih dan aman.

k. Pemeriksaan Protein *Urine* Atas Indikasi

Pemeriksaan ini untuk mengetahui adanya protein dalam *urine* ibu hamil dan untuk mendeteksi ibu hamil kearah preeklamsia. Pemeriksaannya dengan menggunakan asam asetat 2-3% ditujukan pada ibu hamil dengan riwayat tekanan darah tinggi, kaki odem.

l. Pemeriksaan Reduksi *Urine* Atas Indikasi

Dilakukan pemeriksaan *urine* reduksi hanya kepada ibu dengan indikasi penyakit gula/*diabetes mellitus* (DM) atau riwayat penyakit gula pada keluarga ibu dan suami.

m. Pemberian Terapi Kapsul Yodium Untuk Daerah Endemis Gondok

Diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan yodium di daerah endemis.

n. Pemberian Terapi Anti Malaria Untuk Daerah Endemis Malaria

Pemberian obat malaria diberikan khusus pada ibu hamil didaerah endemik malaria atau kepada ibu hamil pendatang baru berasal dari daerah malaria, dampak yang akan terjadi pada ibu hamil yaitu bisa terjadi abortus pada kehamilan muda, partus prematur dan juga anemia.

2.1.6 Pertimbangan untuk Menegakkan Diagnosis

2.1.6.1 *Primigravida* (nulipara) atau *Multigravida* (multipara)

Terdapat perbedaan dalam perawatan kehamilan sampai dengan pertolongan persalinan *primigravida* dan *multigravida*. Dalam proses pengkajian bidan perlu mencocokkan hasil anamnesis dengan pemeriksaan fisik agar data sebagai dasar pertimbangan diagnosis *valid* dan dapat dipertanggung jawabkan.

Tabel 2.1 Perbedaan Fisik Nulipara dan Multipara

No	Nulipara	Multipara
1.	Perut tegang.	Perut longgar, perut menggantung, banyak <i>striae</i> .
2.	Perut menonjol.	Tidak begitu menonjol.
3.	Rahim tegang.	Agak lunak.
4.	Labia mayora tampak bersatu.	Labia mayora terbuka.
5.	Himen koyak pada	<i>Karunkula himenalis</i> .

	beberapa tempat.	
6.	Payudara tegang.	Kurang tegang dan tergantung, ada <i>striae</i> .
7.	Vagina sempit dan <i>rugae</i> yang utuh.	Lebih lebat, <i>rugae</i> kurang menonjol.
8.	Serviks licin, bulat, dan tidak dapat dilalui oleh satu jari.	Bisa terbuka satu jari, kadang ada bekas robekan persalinan yang lalu.
9.	Perinium utuh dan baik.	Ada bekas robekan/episiotomi.
10.	Pembukaan serviks, diawali dengan mendatarnya serviks setelah itu membuka, pembukaan 1-2 cm.	Serviks mendatar sekaligus membuka, pembukaan 2 cm dalam 1 jam.
11.	Bagian terbawah janin turun 4-6 minggu sebelum persalinan.	Biasanya tidak terfiksasi pada PAP sampai persalinan dimulai.

Sumber: Sulistyawati (2012)

2.1.6.2 Tua nya Kehamilan

Menurut Sulistyawati (2012) yang dapat menentukan tua nya dalam kehamilan yaitu:

- a. *Amenore* (tidak haid).
- b. TFU.
- c. Mulai merasakan pergerakan janin.
- d. Mulai terdengar DJJ.
- e. Masuknya kepala ke dalam panggul.

2.1.6.3 Janin Hidup/Mati

Dalam mengakkan diagnosis janin dalam keadaan hidup atau mati , ada beberapa hal yang dapat kita jadikan sebagai dasar, seperti dalam tabel berikut ini:

Perbedaan Ciri-ciri Janin Hidup/Mati menurut Sulistyawati (2012) yaitu:

- a. Janin Hidup
 - 1) DJJ terdengar.
 - 2) Rahim membesar seiring dengan bertambahnya TFU.
 - 3) Pada palpasi tersebut jelas bagian-bagian janin.
 - 4) Ibu merasakan gerakan janin.

b. Janin Mati

- 1) DJJ tidak terdengar.
- 2) Rahim tidak membesar/ TFU menurun.
- 3) Palpasi tidak jelas.
- 4) Ibu tidak merasakan gerakan janin. Pada pemeriksaan ronsen terdapat tanda *spalding* (tulang tengkorak tumpang tindih), tulang punggung melengkung, ada gelembung gas dalam janin. Reaksi biologis akan muncul setelah 10 hari janin mati.

2.1.6.4 Janin Tunggal atau Kembar

Selain kesejahteraan janin, banyaknya janin dalam uterus juga harus dipastikan, agar dapat di prediksi gambaran persalinan yang akan dilalui. Untuk memastikan janin tunggal atau ganda dapat dibedakan dari beberapa hal, seperti dalam tabel berikut ini:

Perbedaan Janin Tunggal atau Kembar menurut Sulistyawati (2012) yaitu:

a. Janin Tunggal

- 1) Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan.
- 2) Palpasi: teraba 2 bagian besar (kepala, bokong).
- 3) Teraba bagian-bagian kecil hanya di satu pihak (kanan atau kiri).
- 4) Denyut jantung janin (DJJ) terdengar hanya di satu tempat.
- 5) Ronsen hanya tampak satu kerangka janin.

b. Janin Kembar

- 1) Pembesaran perut tidak sesuai dengan usia kehamilan.
- 2) Teraba 2 bagian besar (kepala, bokong). Meraba dua bagian besar berdampingan.
- 3) Meraba banyak bagian kecil.

- 4) Terdengar dua DJJ pada dua tempat dengan perbedaan 10 denyutan/lebih.
- 5) Ronsen tampak dua kerangka janin.

2.1.6.5 Postur Janin dalam Rahim

a. Situs atau Letak

Letak janin adalah letak sumbu panjang anak terhadap sumbu panjang ibu, misalnya memanjang atau melintang. Jenis-jenis letak janin dalam rahim adalah sebagai berikut.

- 1) Letak membujur (*longitudinal*)
 - a) Letak Kepala
 - 1)) Letak fleksi atau letak belakang kepala
 - 2)) Letak dahi
 - 3)) Letak muka
 - b) Letak sungsang atau bokong
 - 1)) Letak bokong sempurna (*complete breech*)
 - 2)) Letak bokong (*frank breech*)
 - 3)) Letak bokong tidak sempurna (*incomplete breech*)
- 2) Letak lintang (*transversal*)
- 3) Letak miring (oblik)

b. Sikap (*habitus*)

Menunjukkan hubungan bagian-bagian janin terhadap sumbu nya, khususnya terhadap tulang punggung, misalnya fleksi atau defleksi.

c. Posisi (*position*)

Untuk menetapkan apakah bagian janin yang ada di bagian bawah uterus berada disebelah kanan, kiri, belakang, atau depan terhadap sumbu tubuh ibu (ubun-ubun kecil kiri depan).

d. Presentasi (*presentation*)

Untuk menentukan bagian janin yang ada dibagian uterus, seperti presentasi kepala atau bokong.

2.1.6.6 Janin *Intrauteri* atau *Ekstrauteri*

Kepastian janin berada diluar atau didalam uteri sangat diperlukan. Ini berkaitan dengan tindakan yang akan dilakukan karena menyangkut kondisi kegawatdaruratan. Meskipun diagnosis ini sebenarnya sangat mudah untuk ditegakkan, namun tidak ada salahnya jika kembali kita cermati perbedaannya seperti dalam tabel berikut ini:

Perbedaan Janin *Intrauteri* dan *Ekstrauteri* menurut Sulistyawati (2012) yaitu:

a. *Intrauteri*

- 1) Ibu tidak merasa nyeri jika ada pergerakan janin.
- 2) Janin tidak begitu mudah diraba.
- 3) Ada kemajuan persalinan; pembukaan.
- 4) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus bertambah seiring dengan berjalannya waktu persalinan, penurunan kepala janin bertambah.

b. *Ekstrauteri*

- 1) Pergerakan janin di rasa nyeri sekali.
- 2) Janin lebih mudah diraba.
- 3) Tidak ada kemajuan persalinan.

2.1.6.7 Keadaan Jalan Lahir

Menurut Sulistyawati (2012) menilai keadaan jalan lahir yaitu:

- a. Adanya tanda *Chadwick*.
- b. Adanya tanda *Hegar*.
- c. Tidak adanya kemungkinan panggul sempit (melalui pemeriksaan panggul).

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik Kebidanan

Pemeriksaan diagnostik kebidanan menurut Sulistyawati (2012) yaitu:

2.1.7.1 Tes urine kehamilan (Tes HCG)

- a. Dilaksanakan seawal mungkin begitu diketahui ada *amenore* (satu minggu setelah koitus).
- b. Upayakan *urine* yang digunakan adalah *urine* pagi hari.

2.1.7.2 Palpasi *Abdomen*

Menggunakan cara Leopold dengan langkah sebagai berikut:

a. Leopold I

Bertujuan untuk mengetahui TFU dan bagian janin yang ada di fundus.

Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut.

- 1) Pemeriksaan menghadap pasien.
- 2) Kedua tangan meraba bagian fundus dan mengukur berapa tinggi fundus uteri.
- 3) 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 dan tidak melenting, dan susah digerakkan maka itu adalah bokong janin.

b. Leopold II

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada di sebelah kanan atau kiri ibu.

Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut.

- 1) Kedua tangan pemeriksa berada disebelah kanan dan kiri perut ibu.
- 2) Ketika memeriksa sebelah kanan, maka tangan kanan menahan perut sebelah kiri ke arah kanan.
- 3) 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).

c. Leopold III

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah uterus.

Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut.

- 1) Tangan kiri menahan fundus uteri.
- 2) Tangan kanan meraba bagian yang ada di bagian bawah uterus. Jika teraba bagian yang bulat, melenting, keras, dan dapat digoyangkan maka itu adalah kepala. Namun jika teraba bagian yang bulat, besar, lunak, dan sulit digerakkan, maka ini adalah bokong. Jika di bagian bawah tidak ditemukan kedua bagian seperti diatas, maka pertimbangkan apakah janin dalam letak melintang.
- 3) Pada letak sungsang (melintang) dapat dirasakan ketika tangan kanan menggoyangkan bagian bawah, tangan kiri akan merasakan *ballotement* (pantulan dari kepala janin, terutama ini ditemukan pada usia kehamilan 5-7 bulan).
- 4) 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), lalu lanjutkan pada pemeriksaan leopold IV untuk mengetahui seberapa jauh kepala sudah masuk panggul.

d. Leopold IV

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada di bawah dan untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk panggul atau belum.

Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut.

- 1) Periksa menghadap kaki pasien.
- 2) Kedua tangan meraba bagian janin yang ada di bawah.
- 3) Jika teraba kepala, tempatkan kedua tangan di dua belah pihak yang berlawanan di bagian bawah.
- 4) Jika kedua tangan *konvergen* (dapat saling bertemu) berarti kepala belum masuk panggul.
- 5) Jika tangan *divergen* (tidak saling bertemu) berarti kepala sudah masuk panggul.

2.1.7.3 Pemeriksaan USG

Pemeriksaan USG menurut Sulistyawati (2012)

- a. Dilaksanakan sebagai salah satu diagnosis pasti kehamilan.
- b. Gambaran yang terlihat, yaitu adanya rangka janin dan kantong kehamilan.

2.1.7.4 Pemeriksaan *Rontgen*

Pemeriksaan *rontgen* menurut Sulistyawati (2012) yaitu:

- a. Merupakan salah satu alat untuk melakukan penegakan diagnosis pasti kehamilan.
- b. Terlihat gambaran kerangka janin. yaitu tengkorak dan tulang belakang.

2.1.8 Perubahan Anatomi pada Ibu Hamil

Perubahan anatomi pada ibu hamil menurut (Saminem, 2009) yaitu :

2.1.8.1. Uterus

Uterus akan membesar pada bulan - bulan pertama dibawah pengaruh *estrogen* dan *progesteron*.

Uterus bertambah berat sekitar 70 - 1.100 gram selama kehamilan.

Tabel 2.2 TFU Menurut Usia Kehamilan

Usia kehamilan	Fundus Uteri (TFU)	TFU dalam Cm
12 minggu	Pertengahan simfisis dan pusat	9 cm
16 minggu	3 jari pertengahan simfisis dan pusat	16 – 18 cm
20 minggu	3 jari dibawah pusat	20 cm
24 minggu	Sepusat	23 cm
28 minggu	3 jari diatas pusat	26 cm
32 minggu	½ pusat <i>proccesus xifoideus</i> (prx)	30 cm
36 minggu	1 jari dibawah prx	33 cm
40 minggu	3 jari dibawah prx	37,7 cm

Sumber: Saminem (2009)

2.1.8.2. Serviks Uteri

Meningkatnya suplai darah maka konsistensi serviks menjadi lunak atau disebut dengan tanda *goodell*. Peningkatan aliran darah uterus dan *limfe* mengakibatkan *kongesti* panggul dan *udema*.

2.1.8.3. Vagina dan Vulva

Hipervaskularisasi pada vagina dan vulva mengakibatkan lebih merah, kebiru-biruan yang disebut dengan tanda *chadwick*. Warna portio pun tampak *livide*. Keasaman vulva dan vagina berubah dari 4 menjadi 6,5 rentan terhadap infeksi jamur.

2.1.8.4. Ovarium

Sampai kehamilan 16 minggu masih terdapat *korpus luteum graviditas* dengan diameter 3 cm yang memproduksi *estrogen* dan *progesteron*.

2.1.8.5. Payudara

Payudara menjadi lebih besar, areola payudara makin hiperpigmentasi dan puting susu makin menonjol.

2.1.9 Kebutuhan Nutrisi pada Ibu Hamil

Tambahan energi ini bertujuan untuk memasok kebutuhan ibu dalam memenuhi kebutuhan janin. Pada trimester I kebutuhan energi meningkat untuk *organogenesis* atau pembentukan organ-organ penting janin, dan jumlah tambahan energi ini terus meningkat pada trimester II dan III untuk pertumbuhan janin.

Adapun menurut Sulistyawati (2012) kebutuhan ibu hamil yaitu:

2.1.9.1 Protein

Ibu hamil mengalami peningkatan kebutuhan protein sebanyak 68%. Widya Karya Pangan dan Gizi Nasional menganjurkan untuk menambah asupan protein menjadi 12% per hari atau 75-100 gram.

Bahan pangan yang dijadikan sebagai sumber protein sebaiknya bahan pangan dengan nilai biologi yang tinggi, seperti daging tak berlemak, ikan, telur, susu, dan hasil olahannya.

2.1.9.2 Zat Besi

Kebutuhan zat besi selama hamil meningkat sebesar 300% (1.040 mg selama hamil) dan peningkatan ini tidak dapat tercukupi hanya dari asupan makanan ibu selama hamil melainkan perlu ditunjang dengan suplemen zat besi. Pemberian suplemen zat besi dapat diberikan sejak minggu ke-12 kehamilan sebesar 30-60 gram setiap hari selama kehamilan dan enam minggu setelah kelahiran untuk mencegah anemia postpartum.

2.1.9.3 Asam Folat

Asam folat merupakan satu-satunya vitamin yang kebutuhannya meningkat dua kali lipat selama hamil. Asam folat sangat berperan dalam metabolisme normal makanan menjadi energi, pematangan sel darah merah, sintesis DNA, pertumbuhan sel, dan pembentukan heme. Jika kekurangan

asam folat maka ibu dapat menderita anemia megalobastik dengan gejala diare, depresi, lelah berat, dan selalu mengantuk. Jenis makanan yang banyak mengandung asam folat adalah ragi, hati, brokoli, sayur berdaun hijau (bayam, asparagus, dll) dan kacang-kacangan (kacang kering, kacang kedelai). Sumber lain adalah ikan, daging, buah jeruk, dan telur.

2.1.9.4 Kalsium

Metabolisme kalsium selama hamil mengalami perubahan yang sangat berarti. Kadar kalsium dalam darah ibu hamil turun drastis sebanyak 5%. Oleh karena itu, asupan yang optimal perlu dipertimbangkan. Sumber utama kalsium adalah susu dan hasil olahannya, udang, sarden dalam kaleng, dan beberapa bahan makanan nabati, seperti sayuran warna hijau tua dan lain-lain.

2.1.9.5 Kalori

Jumlah kalori yang diperlukan ibu hamil setiap harinya adalah 2500 kalori. Jumlah kalori yang berlebih dapat menyebabkan obesitas, dan ini merupakan faktor predisposisi atas terjadinya preeklamsia. Total pertambahan berat badan sebaiknya tidak melebihi 10-12 kg selama hamil.

2.1.9.6 Air

Air berfungsi untuk membantu sistem pencernaan makanan dan membantu proses transportasi. Selama hamil, terjadi perubahan nutrisi dan cairan pada membran sel. Air menjaga keseimbangan sel, darah, getah bening, dan cairan vital tubuh lainnya. Air menjaga keseimbangan suhu tubuh, karena itu dianjurkan untuk minum 6-8 gelas (1500-2000 ml) air.

Sebaiknya membatasi minuman yang mengandung kafein seperti teh, coklat, kopi dan minuman yang mengandung

pemanis buatan (sakarin) karena bahan ini mempunyai reaksi silang terhadap plasenta.

2.1.10 Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

Menurut Sulistyawati (2012) kebutuhan fisik ibu hamil yaitu:

2.1.10.1 Oksigen

Meningkatnya jumlah *progesterone* selama kehamilan memengaruhi pusat pernapasan, CO₂ menurun dan O₂ meningkat, O₂ meningkat akan bermanfaat bagi janin. Kehamilan menyebabkan hiperventilasi, di mana keadaan CO₂ menurun. Pada trimester III, janin membesar dan menekan *diafragma*, menekan *vena cava inferior*, yang menyebabkan napas pendek-pendek.

2.1.10.2 Pakaian

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil adalah pemenuhan kriteria berikut ini.

- a. Pakaian harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut.
- b. Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat.
- c. Pakailah bra yang menyokong payudara.
- d. Memakai sepatu dengan hak yang rendah.
- e. Pakaian dalam yang selalu bersih.

2.1.10.3 Istirahat dan Tidur

Pada trimester akhir kehamilan sering diiringi dengan bertambahnya ukuran janin, sehingga terkadang ibu kesulitan untuk menentukan posisi yang paling baik dan nyaman untuk tidur. Posisi tidur yang dianjurkan pada ibu hamil adalah miring ke kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, dan untuk mengurangi rasa nyeri pada perut, ganjal dengan bantal pada perut bawah sebelah kiri.

2.1.10.4 Kebersihan Tubuh

Kebersihan tubuh ibu hamil perlu diperhatikan karena dengan perubahan sistem metabolisme mengakibatkan peningkatan pengeluaran keringat. Keringat yang menempel di kulit meningkatkan kelembapan kulit dan memungkinkan menjadi tempat berkembangnya mikroorganisme. Jika tidak dibersihkan dengan mandi, maka ibu hamil akan sangat mudah untuk terkena penyakit kulit.

Bagian tubuh lain yang sangat membutuhkan perawatan kebersihan adalah daerah vital, karena saat hamil terjadi pengeluaran secret vagina yang berlebihan. Selain dengan mandi, mengganti celana dalam secara rutin minimal dua kali sehari sangat dianjurkan.

2.1.10.5 Perawatan Payudara

Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam perawatan payudara adalah sebagai berikut.

- a. Hindari pemakaian bra dengan ukuran yang terlalu ketat dan yang menggunakan busa, karena akan mengganggu penyerapan keringat payudara.
- b. Gunakan bra dengan bentuk yang menyangga payudara.
- c. Hindari membersihkan puting dengan sabun mandi karena akan menyebabkan iritasi. Bersihkan puting susu dengan minyak kelapa lalu bilas dengan air hangat.
- d. Jika ditemukan pengeluaran cairan yang berwarna kekuningan dari payudara berarti produksi ASI sudah dimulai.

2.1.10.6 Eliminasi

Sering buang air kecil merupakan keluhan yang umum dirasakan oleh ibu hamil, terutama pada trimester I dan III. Hal tersebut adalah kondisi yang fisiologis. Ini terjadi karena pada awal kehamilan terjadi pembesaran uterus yang

mendesak kantong kemih sehingga kapasitasnya berkurang. Sedangkan pada trimester III terjadi pembesaran janin yang juga menyebabkan desakan pada kantong kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan ini sangat tidak dianjurkan, karena akan menyebabkan dehidrasi.

2.1.10.7 Seksual

Hubungan seksual selama kehamilan tidak dilarang selama tidak ada riwayat penyakit seperti berikut ini.

- a. Sering abortus dan kelahiran prematur.
- b. Perdarahan pervaginam.
- c. Koitus harus dilakukan dengan hati-hati terutama pada minggu terakhir kehamilan.
- d. Bila ketuban sudah pecah, koitus dilarang karena dapat menyebabkan infeksi janin *intrauteri*.

2.1.10.8 Sikap Tubuh yang Baik (*Body Mechanic*)

Perubahan tubuh yang paling jelas adalah tulang punggung bertambah *lordosis* karena tumpuan tubuh bergeser lebih ke belakang dibandingkan sikap tubuh ketika tidak hamil. Keluhan yang sering muncul dari perubahan ini adalah rasa pegal di punggung dan kram kaki ketika tidur di malam hari. Untuk mencegah dan mengurangi keluhan ini perlu adanya sikap tubuh yang baik yaitu:

- a. Pakailah sepatu dengan hak yang rendah/tanpa hak.
- b. Posisi tubuh saat mengangkat beban, yaitu dalam keadaan tegak dan pastikan beban terfokus pada lengan.
- c. Tidur dengan posisi kaki di tinggikan.
- d. Duduk dengan posisi punggung tegak.
- e. Hindari duduk atau berdiri terlalu lama.

2.1.10.9 Senam Hamil

Kegunaan senam hamil adalah melancarkan sirkulasi darah, nafsu makan bertambah, pencernaan menjadi lebih baik, dan tidur menjadi lebih nyenyak. Bidan hendaknya menyarankan agar ibu hamil melakukan masing-masing gerakan sebanyak dua kali pada awal latihan dan dilanjutkan dengan kecepatan dan frekuensi menurut kemampuan dan kehendak ibu hamil sendiri.

2.1.10.10 Imunisasi

Imunisasi merupakan salah satu cara yang *efektif* dan *efisien* dalam mencegah penyakit dan merupakan bagian kedokteran *preventif* yang mendapatkan prioritas. Kehamilan bukan saat untuk memakai program imunisasi terhadap berbagai penyakit yang dapat dicegah. Hal ini karena kemungkinan adanya akibat yang membahayakan janin. Imunisasi harus diberikan pada wanita hamil hanya imunisasi TT untuk mencegah kemungkinan tetanus neonatorum. Imunisasi TT harus diberikan sebanyak 2 kali, dengan jarak waktu TT1 dan TT2 minimal 1 bulan, dan ibu hamil harus sudah di imunisasi lengkap pada umur kehamilan 8 bulan. Vaksinasi dengan toksoid dianjurkan untuk dapat menurunkan angka kematian bayi karena infeksi tetanus.

Tabel 2.3 Imunisasi TT

Imunisasi	Interval	Durasi Perlindungan
TT1	selama kunjungan antenatal pertama	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun (seumur hidup)

Sumber: Rismalinda (2015)

2.1.11 Faktor Resiko Kehamilan (4T)

Faktor resiko kehamilan menurut Bartini (2012) yaitu:

2.1.11.1 Terlalu Muda (Usia <20 Tahun)

Terlalu Muda adalah ibu hamil pertama pada usia kurang dari 20 tahun. Dimana kondisi panggul belum berkembang secara optimal dan kondisi mental yang belum siap menghadapi kehamilan dan menjalankan peran sebagai ibu. Dampak kehamilan resiko tinggi pada usia muda ialah:

- a. Keguguran.
- b. Persalinan prematur, berat badan lahir rendah (BBLR), dan kelainan bawaan.
- c. Mudah terjadi infeksi.
- d. Anemia kehamilan/ kekurangan zat besi.
- e. Keracunan kehamilan.
- f. Kematian ibu.

2.1.11.2 Terlalu Tua (Usia >35 Tahun)

Terlalu Tua adalah ibu hamil pertama pada usia ≥ 35 tahun. Pada usia ini organ kandungan menua, jalan lahir tambah kaku, ada kemungkinan besar ibu hamil mendapat anak cacat, terjadi persalinan macet dan perdarahan. Dampak kehamilan resiko tinggi pada usia tua ialah:

- a. Hipertensi/ tekanan darah tinggi.
- b. Pre-eklamsi.
- c. Ketuban pecah dini.
- d. Persalinan macet.
- e. Perdarahan setelah bayi lahir.
- f. Bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) <2500 gr.

2.1.11.3 Terlalu Dekat Jarak Kehamilan

Terlalu Dekat Jarak Kehamilan adalah jarak antara kehamilan satu dengan berikutnya kurang dari 2 tahun (24 bulan). Kondisi rahim ibu belum pulih, waktu ibu untuk

menyusui dan merawat bayi kurang. Resiko yang dapat terjadi ialah:

- a. Keguguran.
- b. Anemia.
- c. Bayi lahir belum waktunya.
- d. Berat badan lahir rendah (BBLR).
- e. Cacat bawaan.
- f. Tidak optimalnya tumbuh kembang balita.

2.1.11.4 Terlalu Banyak Anak

Terlalu Banyak Anak adalah ibu pernah hamil atau melahirkan lebih dari 4 kali atau lebih. Kemungkinan akan di temui kesehatan yang terganggu, kekendoran pada dinding perut, tampak pada ibu dengan perut yang menggantung. Resiko yang dapat terjadi ialah:

- a. Kelainan letak.
- b. Robekan rahim, pada kelainan letak lintang.
- c. Persalinan lama.
- d. Perdarahan pasca persalinan.

2.1.12 Tanda Bahaya Kehamilan

Deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan atau keselamatan ibu hamil. Faktor predisposisi dan adanya penyakit penyerta sebaiknya juga dikenali sejak dini sehingga bisa dilakukan berbagai upaya maksimal untuk mencegah gangguan yang berat, baik terhadap kehamilan dan keselamatan ibu maupun bayi. Menurut Rismalinda (2015) tanda bahaya kehamilan pada trimester III adalah sebagai berikut:

2.1.12.1 Perdarahan

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan bawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran.

2.1.12.2 Nyeri Perut yang Hebat

Bila hal tersebut terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan beberapa riwayat atau tanda tertentu, diagnosis nya mengarah pada solusio plasenta.

2.1.12.3 Sakit Kepala yang Hebat

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan di atas 20 minggu disertai adanya peningkatan tekanan darah di atas normal. Sakit kepala yang menunjukkan kemungkinan masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan hanya beristirahat. Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari preeklamsia.

2.1.12.4 Masalah penglihatan/ Pandangan Kabur

Akibat pengaruh hormonal, ketajaman penglihatan ibu bisa berubah selama kehamilan. Masalah *visual* yang mengidentifikasikan keadaan yang mengancam jiwa adalah perubahan *visual* mendadak, misalnya pandangan kabur atau berbayang. Perubahan penglihatan ini mungkin disertai dengan sakit kepala yang hebat, dan mungkin merupakan tanda preeklamsia.

2.1.12.5 Bengkak pada Muka atau Tangan

Hampir separuh ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki, yang biasanya muncul pada sore hari, dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meninggikan kaki. Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius bila muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan keluhan fisik lain. Ini bisa jadi merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau preeklamsia.

2.1.12.6 Bayi Kurang Bergerak

Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Gerakkan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan bila ibu makan dan minum dengan baik.

2.1.13 Pemeriksaan Panggul

Menurut Kumalasari (2015) pemeriksaan panggul pada ibu hamil terutama pada *primigravida* perlu dilakukan untuk menilai keadaan dan bentuk panggul apakah terdapat kelainan atau keadaan yang dapat menimbulkan penyulit persalinan. Terdapat 4 cara dalam melakukan pemeriksaan panggul yaitu sebagai berikut:

- 2.1.13.1 Pemeriksaan pandang (*inspeksi*), dapat diperoleh gambaran mengenai dugaan kesempitan atau kelainan panggul, misalnya pada ibu yang berjalan pincang, ibu yang sangat pendek atau tinggi badannya yang kurang 145 cm, terdapat kelainan tulang belakang seperti *kifosis* atau *skoliosis* dan kelainan belah ketupat contohnya tidak simetris.
- 2.1.13.2 Pemeriksaan raba (*palpasi*), diduga mengalami kesempitan atau kelainan panggul bila pada *primigravida* dengan usia kehamilan 36 minggu atau lebih kepala janin belum masuk pintu atas panggul, pada *primigravida* dengan kehamilan aterm terdapat kelainan letak.
- 2.1.13.3 Pengukuran ukuran panggul luar yang paling sering menggunakan jangka panggul. Diantara ukuran-ukuran panggul luar yang dinilai adalah sebagai berikut:
 - a. *Distansia spinarum* yaitu jarak antara *spina iliaca anterior superior* kanan dan kiri dengan ukuran normal 23-26 cm.

- b. *Distansia kristarum* yaitu terjauh antara *krista iliaka* kanan dan kiri dengan ukuran normal 26-29 cm. Bila terdapat selisih antara *distansia spinarum* dan *distansia kristarum* kurang dari 2,5 cm kemungkinan besar adanya panggul sempit.
- c. *Distansia tuberum* atau ukuran melintang dari pintu bawah panggul atau ukuran *inter tuber ischii* yaitu jarak antar *tuber ischiadikum* kanan dan kiri dengan ukuran normal 10,5-11 cm.
- d. *Conjungata eksterna* atau *boudeloque* yaitu jarak antara tepi atas *simfisis* dan *prosesus spinosus lumbal V* (tulang pinggang ke lima) dengan ukuran normal 18-20 cm. Bila diameter *boudeloque* kurang dari 16 cm maka kemungkinan besar adanya panggul sempit.

2.1.13.4 Pengukuran panggul dalam, lakukan penilaian akomodasi panggul bila usia kehamilan 36 minggu karena jaringan rongga panggul lebih lunak, sehingga tidak menimbulkan rasa sakit.

2.1.14 Pemeriksaan Perkusi Ginjal

Menurut Sulistyawati (2012) lakukan perkusi ginjal di dinding abdomen belakang pada sudut *costo vertebral* dengan dialasi telapak tangan kiri, maka kita lakukan *perkusi* dengan sisi ulnar kepalan tangan kanan.

2.2 Konsep Persalinan

2.2.1 Pengertian Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2013) persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari rahim ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai dengan penyulit.

2.2.2 Tujuan Asuhan Persalinan

2.2.2.1 Tujuan Asuhan Persalinan menurut Kuswanti dan Fitria (2014) adalah sebagai berikut:

- a. Memberikan dukungan baik secara fisik maupun emosional kepada ibu dan keluarga selama persalinan dan kelahiran.
- b. Melakukan pengkajian, membuat diagnosis, mencegah, menangani komplikasi-komplikasi dengan cara pemantauan ketat dan deteksi dini selama persalinan dan kelahiran.
- c. Melakukan rujukan pada kasus-kasus yang tidak bisa ditangani sendiri untuk mendapatkan asuhan spesialis jika perlu.
- d. Memberikan asuhan yang adekuat pada ibu, sesuai dengan intervensi minimal tahap persalinan nya.
- e. Memperkecil resiko infeksi dengan melaksanakan pencegahan infeksi yang aman.
- f. Selalu memberitahukan kepada ibu dan keluarga nya mengenai kemajuan, adanya penyulit maupun intervensi yang akan dilakukan dalam persalinan.
- g. Memberikan asuhan yang tepat untuk bayi segera setelah lahir.
- h. Membantu ibu dengan pemberian ASI dini.

2.2.3 Manajemen Persalinan Kala I

Manajemen persalinan kala I berupa identifikasi masalah yang dilaksanakan dengan mengkaji riwayat kesehatan dan melakukan pemeriksaan fisik. Adapun manajemen persalinan kala I menurut Erawati (2011) yaitu:

2.2.3.1 Mengkaji Riwayat Kesehatan

Tujuan anamnesis adalah mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan dan kehamilan untuk digunakan dalam proses membuat keputusan klinis guna menentukan diagnosis dan mengembangkan rencana asuhan yang sesuai.

2.2.3.2 Pemeriksaan Fisik

Tujuan pemeriksaan fisik adalah menilai kesehatan dan kenyamanan fisik ibu dan bayi nya untuk membuat keputusan klinis guna menentukan diagnosis dan mengembangkan rencana asuhan yang paling sesuai.

2.2.3.3 Pemeriksaan *Abdomen*

Pemeriksaan *abdomen* berguna untuk:

a. Menentukan tinggi fundus uterus (TFU).

b. Memantau kontraksi uterus.

Pada fase aktif minimal terjadi dua kali kontraksi dalam waktu 10 menit, lama kontraksi 40 detik atau lebih.

c. Memantau denyut jantung janin (DJJ).

d. Menentukan presentasi

Untuk menentukan presentasi janin (kepala atau bokong).

e. Menentukan penurunan bagian terendah janin.

Untuk memberikan informasi mengenai kemajuan persalinan dan membantu mencegah pemeriksaan dalam yang tidak perlu.

Ukuran perlina penurunan kepala janin adalah sebagai berikut:

1) 5/5: jika seluruh kepala janin dapat diraba diatas *simfisis pubis*.

2) 4/5: jika sebagian besar kepala janin berada di atas *simfisis pubis* (dapat diraba empat jari).

3) 3/5: jika tiga jari bagian kepala janin berada di atas *simfisis pubis*.

- 4) 2/5: jika dua jari bagian kepala janin berada diatas *simfisis pubis*. Ini berarti hampir seluruh kepala janin turun ke dalam panggul (bulatnya kepala janin tidak dapat diraba dan kepala janin sudah tidak dapat digerakkan).
- 5) 1/5: jika hanya satu jari bagian kepala janin teraba diatas *simfisis pubis*.
- 6) 0/5: jika kepala janin sudah tidak teraba dari luar (seluruh kepala janin sudah masuk panggul).

Bidan harus merujuk *primigravida* yang berada pada fase aktif persalinan dan kepala janin masih teraba 5/5 karena:

- 1) Kepala janin harus sudah masuk ke dalam rongga panggul pada fase aktif kala I persalinan.
- 2) Jika kepala janin tidak turun, mungkin diameternya lebih besar dibandingkan dengan rongga panggul ibu.
- 3) Jika ada dugaan *cephalopelvic disproportion (CPD)*, untuk mendapatkan hasil yang optimal, sebaiknya ibu segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang dapat melaksanakan *section caesarea*.
- 4) Jika kepala janin tidak turun, resiko terjadinya tali pusat menubung lebih tinggi pada saat ketuban pecah.

2.2.3.4 Pemeriksaan Dalam

Langkah-langkah pemeriksaan dalam yaitu:

- a. Tutupi badan ibu dengan sarung atau selimut.
- b. Minta ibu berbaring telentang dengan lutut ditekuk dan paha dibentangkan.
- c. Gunakan sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau *steril*.
- d. Gunakan kapas atau kassa DTT basah, lakukan *vulva hygiene* dengan benar.

- e. Periksa *genitalia eksternal* untuk mengetahui adanya luka atau massa (termasuk kondilomata), *varikosis vulva* atau *rectum* atau luka parut di *perinium*.
- f. Periksa cairan vagina dan tentukan apakah terdapat bercak darah, perdarahan per vagina, atau mekonium.
 - 1) Jika ada perdarahan per vagina, jangan lakukan pemeriksaan dalam.
 - 2) Jika ketuban pecah, lihat warna dan baunya. Jika mekonium ditemukan, tentukan kental atau encer, dan periksa DJJ.
 - 3) Jika mekonium kental, periksa DJJ, dan segera rujuk.
 - 4) Jika ada bau busuk, mungkin ibu mengalami infeksi dan segera rujuk.
- g. Buka labia dengan jari manis dan ibu jari tangan, masukkan jari telunjuk dengan hati-hati yang diikuti dengan jari tengah. Pada saat kedua jari berada di dalam vagina, jangan mengeluarkan nya sebelum pemeriksaan selesai.
- h. Periksa Vagina:
 - 1) Lentur atau kaku? (mudah diregangkan atau tidak).
 - 2) Ada tumor atau *varises*?
 - 3) Ada luka parut lama?
- i. Periksa penipisan (*effacement*) dan pembukaan serviks.
- j. Periksa adanya penumbungan tali pusat atau bagian kecil dari janin.
- k. Periksa penurunan presentasi janin ke dalam rongga panggul.

- l. Jika kepala janin dapat diraba, cari *fontanel* dan *sutura sagitalis* untuk memeriksa *molage* tulang kepala dan apakah kepala janin sesuai dengan diameter jalan lahir.
- m. Jika pemeriksaan sudah lengkap, keluarkan kedua jari dengan hati-hati, celupkan tangan ke dalam larutan klorin 0,5%. Lepaskan sarung tangn secara terbalik dan rendam ke dalam larutan tersebut selama 10 menit.
- n. Cuci tangan dan segera keringkan dengan handuk bersih dan kering.
- o. Bantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman.
- p. Jelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.
- q. Kemudian catat dan dokumentasikan.

2.2.3.5 Penggunaan Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan.

a. Pencatatan Selama Fase *Laten* Persalinan

Seperti yang sudah dibahas, kala I persalinan dibagi menjadi fase *laten* dan fase aktif yang dibatasi oleh pembukaan serviks:

- 1) Fase *laten*: pembukaan serviks kurang dari 4 cm.
- 2) Fase aktif: pembukaan serviks 4 cm sampai 10 cm.

Kondisi ibu dan bayi juga harus diperiksa dan di catat secara seksama, yaitu sebagai berikut:

- 1) Denyut jantung janin setiap 30 menit.
- 2) Frekuensi dan lama nya kontraksi uterus setiap 30 menit.
- 3) Nadi setiap 30 menit.
- 4) Pembukaan serviks setiap 4 jam.
- 5) Penurunan kepala janin setiap 4 jam.
- 6) Tekanan darah dan suhu tubuh setiap 4 jam.
- 7) Produksi *urine*, *aseton*, protein setiap 2-4 jam.

b. Pencatatan Selama Fase Aktif Persalinan

- 1) Informasi tentang ibu:
 - a) Nama ibu, usia.
 - b) *Gravida*, para, abortus (keguguran).
 - c) Nomor catatan medis/nomor puskesmas.
 - d) Tanggal dan waktu mulai dirawat.
 - e) Waktu pecahnya selaput ketuban.
- 2) Kondisi Janin:
 - a) DJJ.
 - b) Warna dan adanya air ketuban.
 - c) *Molage* (penyusupan kepala janin).
- 3) Kemajuan Persalinan:
 - a) Pembukaan serviks.
 - b) Penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin.
 - c) Garis waspada dan garis tindakan.
- 4) Pukul dan Waktu:
 - a) Waktu dan mulai nya fase aktif persalinan.
 - b) Waktu *actual* saat pemeriksaan atau penilaian.
- 5) Kontraksi Uterus
Frekuensi dan lama nya.
- 6) Obat-obatan dan cairan yang diberikan:
 - a) Oksitosin.
 - b) Obat-obatan lain nya dan cairan IV yang diberikan.
- 7) Kondisi Ibu
 - a) Nadi, tekanan darah dan suhu tubuh.
 - b) *Urine* (*volume*, *aseton* atau protein).
- 8) Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinis lain nya dicatat dalam kolom yang tersedia pada parotgraf atau catat dalam kemajuan persalinan.

c. Pencatatan Temuan Pada Partograf

- 1) Informasi tentang ibu.
- 2) Kesehatan dan kenyamanan janin.

Kolom, lajur, dan skala angka pada partograf ditujukan untuk pencatatan denyut jantung janin (DJJ), air ketuban, dan penyusupan kepala janin.

a) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Kaji dan catat DJJ setiap 30 menit.

b) Warna dan adanya air ketuban.

Catat temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ. Gunakan lambing berikut ini:

- 1)) U: ketuban utuh (belum pecah).
- 2)) J: ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium.
- 3)) M: ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah.
- 4)) K: ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban (kering).

c) *Molage* (penyusupan kepala janin).

Tulang kepala yang saling menyusup atau tumpang tindih, menunjukkan kemungkinan adanya *disproporsi sefalopelvik* (CPD). Setiap kali melakukan pemeriksaan dalam, kaji penyusupan kepala janin. Catat temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban. Gunakan lambang berikut ini:

- 1)) 0: tulang-tulang kepala janin terpisah, *sutura* dengan mudah dapat di palpasi.
- 2)) 1: tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan.

3)) 2: tulang-tulang kepala janin tumpang tindih, tetapi masih dapat dipisahkan.

4)) 3: tulang-tulang kepala janin tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan.

3) Kemajuan Persalinan.

a) Pembukaan serviks.

Kaji dan catat pembukaan serviks setiap 4 jam. Apabila ibu sudah berada pada fase aktif catat pada partograf dengan menggunakan tanda "X" ditulis di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks.

b) Penurunan Bagian Terbawah Janin

Pada saat melakukan pemeriksaan dalam kaji penurunan bagian terbawah janin kemudian catat pada partograf dengan tanda "O", misalnya kepala janin di palpasi 4/5 berarti ditulis di nomor 4.

c) Garis Waspada dan Garis Tindakan

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada.

4) Pukul dan Waktu

Di bagian bawah lajur pembukaan serviks dan penurunan kepala pada partograf, terdapat kotak yang diberi angka 1-16. Setiap kotak menyatakan waktu satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan.

5) Kontraksi Uterus

Catat jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan mengisi angka pada kotak yang sesuai.

Catat lama nya kontraksi dengan:

- a) Memberi titik-titik di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lama nya kurang dari 20 detik.
- b) Memberi garis-garis di kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lama nya 20-40 detik.
- c) Mengisi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lama nya lebih dari 40 detik.

6) Obat-Obatan dan Cairan Yang Diberikan

Di bawah lajur kotak observasi kontraksi uterus, terdapat lajur kotak untuk mencatat oksitosin, obat-obatan lain nya dan cairan IV.

7) Kesehatan dan Kenyamanan Ibu

Bagian terakhir pada halaman depan partograf berkaitan dengan kesehatan dan kenyamanan ibu

- a) Nadi, tekanan darah dan suhu tubuh.
- b) Volume *urine*, protein, atau *aseton*.

8) Asuhan, Pengamatan, dan Keputusan Klinis Lainnya

Catat semua asuhan lain, hasil pengamatan, dan keputusan klinis di sisi luar kolom partograf, atau buat catatan terpisah tentang kemajuan persalinan dan cantumkan tanggal dan waktu.

2.2.4 Tanda Mulainya Persalinan

Beberapa tanda-tanda dimulainya proses persalinan menurut Sondakh (2013) adalah sebagai berikut:

2.2.4.1 Terjadinya His Persalinan

Sifat his persalinan adalah:

a. Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan.

Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar. Makin beraktivitas (jalan), kekuatan akan makin bertambah.

b. Pengeluaran Lendir dengan Darah

Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan:

1) Pendataran dan pembukaan.

Pembukaan menyebabkan lender yang terdapat pada *kanalis servikalis* lepas. Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah.

2) Pengeluaran Cairan

Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam.

2.2.4.2 Hasil-hasil yang Didapatkan pada Pemeriksaan Dalam

Adapun hasil-hasil yang didapatkan pemeriksaan dalam menurut Sondakh (2013) yaitu:

a. Perlunakan serviks.

b. Pendataran serviks.

c. Pembukaan serviks.

2.2.5 Macam-macam His

Menurut Erawati (2011) his adalah salah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin kebawah. Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk kedalam rongga panggul. His yang tidak adekuat adalah

suatu keadaan dimana his tidak normal, baik kekuatannya maupun sifatnya sehingga menghambat kelancaran persalinan.

2.2.5.1 Kontraksi Dini

Kontraksi jenis ini biasanya terjadi saat awal-awal kehamilan atau saat trimester pertama kehamilan. Kondisi ini terjadi saat tubuh masih sedang dalam proses penyesuaian dengan berbagai perubahan akibat adanya kehamilan. Jika kontraksi di awal kehamilan ini diikuti oleh adanya bercak darah maka segeralah anda ke dokter untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.

2.2.5.2 Kontraksi Palsu

Jenis kontraksi ini biasa disebut dengan istilah *Braxton-Hicks*, biasanya terjadi saat kehamilan memasuki usia 32-34 minggu. Waktunya tidak bisa ditentukan namun biasanya terjadi setiap 30 menit sekali dengan lama kontraksi sekitar 30 detik. Rasanya seperti nyeri saat kram haid. Jika kontraksi ini tidak terjadi menjadi lama, kemudian intervalnya semakin memendek dan tidak bertambah kuat, maka persalinan tidak akan terjadi dalam waktu sekarang.

2.2.5.3 Kontraksi Saat Berhubungan

Pada saat berhubungan dapat juga menimbulkan terjadinya kontraksi. Oleh karena itu sebelum anda berhubungan, pastikan terlebih dulu melalui pemeriksaan dokter bahwa kehamilan anda dinyatakan sehat. Kontraksi yang terjadi saat berhubungan, tidak akan menjadikan resiko lahir prematur, selama kehamilannya sehat dan tanpa komplikasi.

2.2.5.4 Kontraksi Sebenarnya

Kontraksi sebenarnya terjadi menjelang persalinan. Kontraksi berlangsung selama 40-60 detik, terjadi di setiap 10 sampai 20 menit atau satu jam, kemudian kontraksi terjadi menjadi lebih sering. Kontraksi sebenarnya akan diikuti oleh

pembukaan mulut rahim, keluarnya cairan atau lendir yang bercampur darah yang berwarna kecoklatan yang merupakan sebagai sumbatan lendir atau mukus pada leher rahim.

2.2.6 Faktor-Faktor Yang Dapat Memengaruhi Proses Persalinan

Faktor-faktor yang dapat memengaruhi jalannya proses persalinan menurut Sondakh (2013) adalah :

2.2.6.1 Penumpang (*passenger*)

Penumpang dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal-hal yang perlu diperhatikan mengenai janin adalah ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin, sedangkan yang perlu diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar dan luasnya.

2.2.6.2 Jalan lahir (*Passage*)

Jalan lahir terbagi atas dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal-hal yang perlu diperhatikan dari jalan lahir keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul, sedangkan yang perlu diperhatikan pada jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina, dan introitus vagina.

2.2.6.3 Kekuatan (*Power*)

Faktor kekuatan dalam persalinan dibagi atas dua, yaitu:

a. Kekuatan Primer (kontraksi *involunter*).

Kontraksi berasal dari segmen atas uterus yang menebal dan dihantarkan ke uterus bawah dalam bentuk gelombang. Istilah yang digunakan untuk menggambarkan kontraksi *involunter* ini antara lain frekuensi, durasi dan intensitas kontraksi. Kekuatan primer ini mengakibatkan serviks menipis (*effacement*) dan berdilatasi sehingga janin turun.

b. Kekuatan Sekunder (kontraksi *volunter*).

Pada kekuatan ini, otot-otot *diafragma* dan *abdomen* ibu berkontraksi dan mendorong keluar isi ke jalan lahir sehingga menimbulkan tekanan *intraabdomen*. Tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan dan mendorong keluar. Kekuatan sekunder tidak memengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting dalam usaha untuk mendorong keluar dari uterus dan vagina.

2.2.6.4 Posisi Ibu (*positioning*)

Posisi ibu dapat memengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologis persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak (contoh: posisi berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok) memberi sejumlah keuntungan, salah satunya adalah memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin. Selain itu, posisi ini dianggap dapat mengurangi kejadian penekanan tali pusat.

2.2.6.5 Respons Psikologi (*Psychology Response*).

Respon psikologi ibu dapat dipengaruhi oleh:

- a. Dukungan ayah bayi/pasangan selama proses persalinan
- b. Dukungan kakek-nenek (saudara dekat) selama persalinan
- c. Saudara kandung bayi selama persalinan.

2.2.7 Amniotomi

2.2.7.1 Pengertian Amniotomi

Menurut Indrayani dan Moudy (2013) amniotomi adalah pemecahan selaput ketuban bila ketuban belum pecah dan dilakukan pada saat pembukaan sudah lengkap.

2.2.7.2 Indikasi Amniotomi

Indikasi Amniotomi menurut Indrayani dan Moudy (2013) adalah:

- a. Jika ketuban belum pecah dan serviks telah membuka sepenuhnya.
- b. Akselerasi persalinan.
- c. Persalinan pervaginam.

2.2.7.3 Keuntungan Dilakukan Amniotomi

Keuntungan dilakukan amniotomi menurut Indrayani dan Moudy (2013) adalah:

- a. Untuk melakukan pengamatan ada tidaknya mekonium.
- b. Menentukan *punctum* maksimum denyut jantung janin akan lebih jelas.
- c. Mempermudah perekaman pada saat memantau janin.
- d. Mempercepat proses persalinan karena mempercepat proses pembukaan serviks.

2.2.7.4 Kerugian Dilakukan Amniotomi

Kerugian dilakukan amniotomi menurut Indrayani dan Moudy (2013) adalah:

- a. Dapat menimbulkan trauma pada kepala janin yang mengakibatkan kecacatan pada tulang kepala akibat dari tekanan *deferensial* meningkat.
- b. Dapat menambah kompresi tali pusat akibat jumlah cairan *amniotic* berkurang.

2.2.8 Episiotomi

2.3.8.1 Pengertian Episiotomi

Menurut Indrayani dan Moudy (2013) episiotomi adalah suatu tindakan *operatif* berupa sayatan pada perinium meliputi selaput lendir *vagina*, cincin selaput dara, jaringan

pada *septum rektovaginal*, otot-otot dan *fascia* perinium dan kulit depan perinium.

2.3.8.2 Indikasi Episiotomi

Indikasi episiotomi menurut Indrayani dan Moudy (2013) adalah:

- a. Gawat janin.
- b. Persalinan pervaginam dengan penyulit.
- c. Jaringan parut pada perinium ataupun pada vagina yang menghalangi kemajuan persalinan.
- d. Perinium kaku dan pendek.

2.3.8.3 Jenis Episiotomi

Jenis episiotomi menurut Indrayani dan Moudy (2013) yaitu:

a. Episiotomi *Medialis*

Sayatan dimulai pada garis tengah *komissura posterior* lurus ke bawah tetapi tidak sampai mengenai serabut *sfincter ani*.

b. Episiotomi *Medialateralis*

Sayatan dimulai dari bagian belakang *introitus vagina* menuju ke arah belakang dan samping. Arah sayatan dapat dilakukan ke arah kanan ataupun kiri.

c. Episiotomi *Lateralis*

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

d. Insisi *Schuchardt*.

Jenis ini merupakan variasi dari episiotomi *medialateralis*, tetapi sayatan nya melengkung ke arah bawah *lateral*, melingkari *rectum*, serta sayatan nya lebih lebar.

2.2.9 Tahapan Persalinan

2.2.9.1 Kala I (Kala Pembukaan)

Menurut Sondakh (2013), kala I dimulai dari saat persalinan mulai (pembukaan nol) sampai pembukaan lengkap (10 cm).

Proses ini terbagi dalam 2 fase, yaitu:

- a. Fase *Laten*: berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm
- b. Fase Aktif: berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering, dibagi dalam 3 fase:
 - 1) *Fase Akselerasi*: dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
 - 2) *Fase Dilatasi Maksimal*: dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
 - 3) *Fase Deselarsi*: pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Proses diatas terjadi pada *primigravida* ataupun *multigravida*, tetapi pada *multigravida* memiliki jangka waktu yang lebih pendek. Pada *primigravida*, kala I berlangsung ± 12 jam, sedangkan pada *multigravida* ± 8 jam.

2.2.9.2 Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Lamanya kala II untuk *primigravida* 1,5-2 jam dan *multigravida* 1,5-1 jam. Menurut Sondakh (2013) gejala utama kala II adalah sebagai berikut:

- a. His semakin kuat, dengan *interval* 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- b. Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.

- c. Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan akibat tertekannya *pleksus frankenhauser*.
- d. Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi:
 - 1) Kepala membuka pintu.
 - 2) *Subocciput* bertindak sebagai *hipomoglion*, kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.
 - 3) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.
 - 4) Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan cara:
 - a) Kepala dipegang pada *os occiput* dan dibawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunakan cunam ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan ke atas untuk melahirkan bahu belakang.
 - b) Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait untuk melahirkan sisa badan bayi.
 - c) Bayi lahir diikuti oleh sisi air ketuban.

2.2.9.3 Kala III (Pelepasan Plasenta)

Menurut Sondakh (2013), kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.

Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda di bawah ini:

- a. Uterus menjadi bundar.
- b. Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- c. Tali pusat bertambah panjang.
- d. Terjadi semburan darah tiba-tiba.

Plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan. Apakah setiap bagian plasenta lengkap atau tidak lengkap. Bagian plasenta yang diperiksa yaitu permukaan maternal yang pada normal nya memiliki 6-20 *kotiledon*, permukaan *fetal*, dan apakah terdapat tanda-tanda plasenta suksenturia. Jika plasenta tidak lengkap, maka disebut ada sisa plasenta. Keadaan ini dapat menyebabkan perdarahan yang banyak dan infeksi.

2.2.9.4 Kala IV (Kala Pengawasan/Observasi/Pemulihan)

Menurut Sondakh (2013), kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam *post partum*. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan *post partum* paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Darah yang keluar selama perdarahan harus ditakar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikatakan normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. Jika perdarahan lebih dari 500 cc, maka sudah dianggap abnormal, dengan demikian harus dicari penyebab nya. Penting untuk diingat jangan meninggalkan wanita bersalin 1 jam sesudah bayi dan plasenta lahir.

Sebelum pergi meninggalkan ibu yang baru melahirkan periksa ulang terlebih dahulu dan perhatikan lah 7 pokok penting berikut:

- a. Kontraksi rahim: baik atau tidak nya diketahui dengan pemeriksaan palpasi. Jika perlu lakukan masase dan berikan uterotanika, seperti methergin, atau emetrin dan oksitosin.
- b. Perdarahan: ada atau tidak, banyak atau biasa.

- c. Kandung kemih: harus kosong, jika penuh, ibu dianjurkan berkemih dan kalau tidak bisa lakukan kateter.
- d. Luka-luka: jahitannya baik atau tidak, ada perdarahan atau tidak.
- e. Plasenta dan selaput ketuban harus lengkap.
- f. Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernapasan, dan masalah lain.
- g. Bayi dalam keadaan baik.

2.2.10 Asuhan Persalinan Normal

2.1.10.1. Pengertian

Menurut Prawirohardjo (2013) asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, *hipotermia*, dan asfiksia bayi baru lahir.

2.1.10.2. Standar Asuhan Persalinan Normal 60 langkah

Tabel 2.4 Asuhan Persalinan Normal Standar 60 Langkah

No	Kegiatan
1.	a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada <i>rectum</i> dan vagina c) <i>Perineum</i> menonjol d) Vulva-vagina dan <i>sfringter ani</i> membuka
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 partus set.
3.	Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
4.	Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali/pribadi yang bersih.
5.	Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk pemeriksaan dalam.
6.	Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (dengan menggunakan

	sarung tangan DTT atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah DTT atau steril tanpa mendekontaminasi tabung suntik.
7.	Membersihkan vulva dan perineum, menyeka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. 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 serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
9.	Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit lalu mencuci tangan.
10.	Memeriksa denyut Jantung Janin (DJJ). Setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-180x/menit). Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada patograf.
11.	Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu dalam posisi yang nyaman sesuai keinginan. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
12.	Meminta bantuan kepada keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
13.	Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran: <ol style="list-style-type: none"> a. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran. b. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran c. Anjurkan ibu beristirahat di antara kontraksi d. Berikan asupan cairan peroral

14.	Menganjurkan ibu untuk berjalan, jongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit.
15.	Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih untuk menyambut bayi
16.	Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
17.	Membuka partus set.
18.	Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
19.	Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir. Setelah itu dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain yang bersih
20.	Memeriksa lilitan tali pusat <ul style="list-style-type: none"> a. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi. b. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
21.	Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22.	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya kearah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik kearah atas luar untuk melahirkan bahu belakang.
23.	Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah kearah perineum posisi tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

24.	Setelah tubuh dan lengan lahir, telusuri tangan yang ada di atas (<i>anterior</i>) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangga saat punggung dan kaki lahir. Pegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati dan bantu kelahiran kaki.
25.	Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, letakkan bayi ditempat yang memungkinkan).
26.	Segera mengeringkan badan bayi, dan membungkus kepala bayi serta menggunakan topi pada bayi agar terjaga kehangatan bayi serta dapat di selimuti bayi ketika diletakkan pada perut ibu.
27.	Melakukan palpasi <i>abdomen</i> untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua atau memastikan bahwa janin tunggal.
28.	Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik di suntik oksitosin untuk merangsang rahim sehingga berkontraksi.
29.	Dalam waktu 1 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit, intra muskular di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu lalu suntikkan.
30.	Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
31.	Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
32.	Memberikan bayi atau meletakkan bayi pada dada ibunya lalu menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan juga memulai untuk pemberian ASI (air susu ibu) pertama kalinya untuk bayi.
33.	Memindahkan klem pada tali pusat 5-10 cm ke depan perineum untuk memudahkan peregangan tali pusat.
34.	Meletakkan satu tangan diatas perut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan gunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
35.	Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan peregangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (<i>dorsokraniel</i>) dengan hati-hati

	<p>untuk membantu mencegah terjadinya inversion uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30- 40 detik, hentikan peregangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsang puting susu.</p>
36.	<p>Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk menera sambil menarik tali pusat kearah bawah dan kemudian kearah atas, mengikuti <i>kurve</i> jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. Perhatikan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan peregangan tali pusat selama 15 menit. Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM, nilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jikaperlu.
37.	<p>Jika plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati, memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan lahirkan selaput ketuban.</p>
38.	<p>Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan massase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).</p>
39.	<p>Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh.</p>
40.	<p>Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.</p>
41.	<p>Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.</p>
42.	<p>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.</p>
43.	<p>Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan serta cek kandung kemih apakah kosong atau penuh</p>

44.	Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan massase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
45.	Mengevaluasi kehilangan darah.
46.	Memeriksa tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi pada ibu, setiap 15 menit sekali selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit sekali selama sejam kedua pasca persalinan.
47.	Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih dan kering.
48.	Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas semua peralatan setelah dekontaminasi.
49.	Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
50.	Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan cairan ketuban, 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 1mg IM di paha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, cek pernafasan dan suhu tubuh bayi.
57.	Setelah satu jam pemberian vit K berikan suntikan imunisasi 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: Prawirohardjo (2013).

2.3 Konsep Bayi Baru Lahir

2.3.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Menurut Rukiyah & Lia (2012), 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.

2.3.2 Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut Saifuddin (2010) tujuan asuhan bayi baru lahir yaitu:

- 2.3.2.1 Mengatur dan mempertahankan suhu bayi pada tingkat yang normal.
- 2.3.2.2 Mengetahui cara dan manfaat inisiasi menyusu dini.
- 2.3.2.3 Memahami cara memotong, mengikat, dan merawat tali pusat.
- 2.3.2.4 Memahami pentingnya pemberian vitamin K sekaligus cara memberikannya.
- 2.3.2.5 Mengetahui cara memandikan bayi secara benar.

2.3.3 Adaptasi Fisiologis Bayi Baru Lahir

Menurut Sondakh (2013) adaptasi bayi baru lahir terhadap kehidupan di luar uterus adalah sebagai berikut:

- 2.3.2.1 Memulai segera pernapasan dan perubahan dalam pola sirkulasi. Konsep ini merupakan hal yang esensial pada kehidupan ekstrasuterin.
- 2.3.2.2 Dalam 24 jam setelah lahir, sistem ginjal, *gastrointestinal*, *hematologi*, *metabolic*, dan sistem *neurologis* bayi baru lahir

harus berfungsi secara memadai untuk mempertahankan kehidupan *ekstrauteri*.

2.3.4 Tanda Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Sondakh (2013) bayi baru lahir dikatakan normal jika termasuk dalam kriteria sebagai berikut:

- 2.3.3.1 Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram.
- 2.3.3.2 Panjang badan bayi 48-50 cm.
- 2.3.3.3 Lingkar dada bayi 32-34 cm.
- 2.3.3.4 Lingkar kepala bayi 33-35 cm.
- 2.3.3.5 Bunyi jantung dalam menit pertama $\pm 180x$ /menit, kemudian turun sampai 140-120x/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
- 2.3.3.6 Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80x/menit disertai pernapasan cuping hidung, retraksi *suprasternal* dan *interkostal*, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
- 2.3.3.7 Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi *verniks kaseosa*.
- 2.3.3.8 Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik.
- 2.3.3.9 Kuku telah agak panjang dan lemas.
- 2.3.3.10 *Genitalia*: testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
- 2.3.3.11 Reflek isap, menelan dan moro telah terbentuk.
- 2.3.3.12 Eliminasi, urin dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

2.3.5 Periode Transisi Bayi Baru Lahir

Menurut Sondakh (2013) setiap bayi baru lahir akan mengalami periode transisi, yaitu:

- 2.3.4.1 Periode ini merupakan fase tidak stabil selama 6-8 jam pertama kehidupan, yang akan dilalui oleh seluruh bayi dengan mengabaikan usia gestasi atau sifat persalinan atau melahirkan.
- 2.3.4.2 Pada periode pertama reaktivitas (segera setelah lahir), akan terjadi pernapasan cepat (dapat mencapai 80x/menit) dan pernapasan cuping hidung yang berlangsung sementara, retraksi, serta suara seperti mendengkur dapat terjadi. Denyut jantung dapat mencapai 180x/menit selama beberapa menit kehidupan.
- 2.3.4.3 Setelah respon awal ini, bayi baru lahir ini akan menjadi tenang, relaks, dan jatuh tertidur. Tidur pertama ini (dikenal sebagai fase tidur) terjadi dalam 2 jam setelah kelahiran dan berlangsung beberapa menit sampai beberapa jam.
- 2.3.4.4 Periode kedua reaktivitas, dimulai ketika bayi bangun, ditandai dengan respons berlebihan terhadap stimulus, perubahan warna kulit dari merah muda menjadi agak sianosis, dan denyut jantung cepat
- 2.3.4.5 Lendir mulut dapat menyebabkan masalah yang bermakna, misalnya tersedak/aspirasi, tercekik, dan batuk.

2.3.6 Pemeriksaan Fisik Bayi Baru Lahir

Pemeriksaan fisik bayi baru lahir menurut Sondakh (2013) adalah sebagai berikut:

- 2.3.5.1 Kepala: pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutup/melebar, adanya *caput succedaneum*, *cepal hematoma*, *kraniotabes*, dan sebagainya.
- 2.3.5.2 Mata: pemeriksaan terhadap perdarahan, *subkonjungtiva*, tanda-tanda infeksi (pus).

- 2.3.5.3 Hidung dan mulut: pemeriksaan terhadap *labiakizis*, *labiopalatoskizis*, dan reflek isap (dinilai dengan mengamati bayi sata menyusui).
- 2.3.5.4 Telinga: pemeriksaan terhadap *preaurical tog*, kelainan daun/bentuk telinga.
- 2.3.5.5 Leher: pemeriksaan terhadap hematom *sterbocleidomastoideus*, *ductus*, *thyroglossali*, *hygroma colli*.
- 2.3.5.6 Dada: pemeriksaan terhadap bentuk, pembesaran buah dada, pernapasan, *retraksi intercostal*, *subcostal sifoid*, merintih, pernapasan cuping hidung, serta bunyi paru-paru (*sonor*, *vesicular*, *bronkial*, dan lain-lain).
- 2.3.5.7 *Abdomen*: pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati, limpa, tumor aster), *scaphoid* (kemungkinan bayi menderita *diafragmatika/ atresia esofagus* tanpa *fistula*).
- 2.3.5.8 Tali pusat: pemeriksaan terhadap perdarahan, jumlah darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat, *hernia* di tali pusat atau di selangkangan.
- 2.3.5.9 Alat kelamin: pemeriksaan terhadap testis apakah berada dalam skrotum, penis berlubang ujung (pada bayi laki-laki), vagina berlubang , apakah labia mayora menutupi labia minora (pada bayi perempuan).

2.3.7 Refleks Fisiologis Bayi

Menurut Sondakh (2013), refleks fisiologis pada bayi antara lain:

2.3.7.1 Reflek *Moro*

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

2.3.7.2 Reflek *Rooting*

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

2.3.7.3 Reflek *Sucking*

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

2.3.7.4 Reflek *Grasping*

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

2.3.7.5 Reflek *Tonicneck*

Apabila bayi ditengkurapkan, maka kepala bayi akan Ekstensi (menengadahkan ke atas) dan ekstrimitas akan fleksi.

2.3.7.6 Reflek *Babynsky*

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

2.3.7.7 Reflek *Walking*

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

2.3.8 Asuhan Pada Bayi baru Lahir

2.3.8.1 Penilaian awal bayi baru lahir

Menurut Walyani dan Endang (2015), segera setelah lahir lakukan 2 penilaian awal, apakah bayi menangis kuat atau bernafas tanpa kesulitan dan apakah bayi bergerak dengan aktif atau lemas. Jika bayi tidak bernafas atau megap-megap, atau lemah maka segera lakukan resusitasi bayi baru lahir.

2.3.8.2 Penilaian *APGAR Score*

Menurut Kusuma dan Amin (2014), menilai (skor) *APGAR* digunakan sebagai dasar keputusan untuk tindakan resusitasi.

Penilaian harus dilakukan segera sehingga keputusan resusitasi tidak didasarkan pada penilaian *apgar*, tetapi cara *apgar* tetap dipakai untuk menilai kemajuan kondisi BBL pada saat 1 menit, 5 menit dan 10 menit setelah lahir. Interpretasi: Nilai 0-3 asfiksia berat, Nilai 4-6 asfiksia sedang, Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal).

Tabel 2.5 *APGAR Score*

Tanda	Nilai		
	0	1	2
Frekuensi Jantung	Tidak ada	<100x/menit	>100x/menit
Usaha nafas	Tidak ada	Lemah, merintih	Tangisan kuat
Tonus Otot	Lumpuh	Fleksi lemah	Aktif
Reflek	Tidak ada	Gerakan sedikit	Menangis
Warna kulit	Biru/pucat	Tubuh kemerahan, ekstremitas biru	Tubuh dan ekstremitas kemerahan
Penilaian : 7 - 10 = normal 4 - 6 = asfiksia sedang 0 - 3 = asfiksia berat			

Sumber: Kusuma dan Amin Huda (2014)

2.3.8.3 Pencegahan Umum Kehilangan Panas Tubuh Bayi

Menurut Walyani dan Endang (2015) mekanisme pengaturan tubuh pada BBL belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka BBL dapat mengalami hipotermi. Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relative hangat.

2.3.8.4 Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Menurut Rukiyah dan Lia (2012) setelah bayi lahir sebaiknya langsung di letakkan di dada ibu sebelum bayi dibersihkan karena pada satu jam pertama insting bayi membawanya untuk mencari puting susu sang bunda, ini juga untuk mempererat ikatan batin antara ibu dan anak.

2.3.8.5 Pemberian Vitamin K

Menurut Rukiyah dan Lia (2012) semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K1 injeksi 1mg *intramuscular* di paha kiri sesegera mungkin untuk mencegah perdarahan pada bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.

2.3.8.6 Pencegahan Infeksi Mata

Menurut Prawirohardjo (2013), *konjungtivis* pada bayi baru lahir sering terjadi terutama pada bayi dengan ibu yang menderita penyakit menular seksual seperti *gonore* dan *klamidiasis*. *Profilaksis* mata yang sering digunakan yaitu tetes mata *silver nitrat* 1%, salep mata *eritromisin*, dan salep mata *tetrasiklin*. Saat ini *nitrat silver* tidak dianjurkan lagi karena sering terjadi efek samping berupa iritasi dan kerusakan mata.

2.3.8.7 Perawatan Tali Pusat

Menurut Walyani dan Endang (2015), yang terpenting dalam perawatan tali pusat ialah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih. Jangan mengoles salep atau zat apapun ke tempat tali pusat, hindari juga pembungkusan tali pusat. Tali pusat yang tidak tertutup akan mengering dan puput lebih cepat dengan komplikasi yang lebih sedikit. Sedangkan menurut WHO dalam Sodikin (2012) melakukan perawatan tali pusat adalah dengan menggunakan pembalut kassa bersih yang sering diganti. Kadang bakteri memasuki daerah tali pusat sebelum adanya penyembuhan. Oleh sebab itu diperlukan kewaspadaan untuk menghindarinya yaitu dengan menutupi sekitar tali pusat dengan kassa atau perban kecil, kering dan steril untuk melindungi kulit *abdomen* dari tali pusat yang basah.

2.3.8.8 Pemberian Imunisasi

Menurut Walyani dan Endang (2015) berikan imunisasi Hepatitis B regimen tunggal sebanyak 3 kali, pada usia 0 bulan (segera setelah lahir), usia 1 bulan, usia 6 bulan, atau pemberian regimen kombinasi sebanyak 4 kali, pada usia 0 bulan, usia 2 bulan (DPT+Hep B), usia 3 bulan, usia 4 bulan pemberian imunisasi Hepatitis B. Adapun tabel imunisasi selanjutnya adalah sebagai berikut:

Tabel 2.6 Jadwal Imunisasi Bayi

Umur	Jenis Imunisasi
0-7 hari	HB0
1 bulan	BCG, Polio I
2 bulan	DPT/HB I, Polio II
3 bulan	DPT/HB II, Polio III
4 bulan	DPT/HB III, Polio IV
9 bulan	Campak

Sumber : Walyani dan Endang (2015)

2.3.8.9 Tanda Bahaya pada Bayi

Menurut Rukiyah dan Lia (2012), Tanda bahaya bayi sebagai berikut:

- a. Pernapasan: sulit atau >60 kali per menit.
- b. Suhu: terlalu panas (>38°C) atau terlalu dingin (<36°C).
- c. Warna: kuning (terutama dalam 24 jam pertama), biru (sianosis) atau pucat, memar.
- d. Pemberian ASI: sulit menghisap, hisapan lemah, mengantuk berlebihan, muntah.
- e. Tali pusat: merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah.
- f. Infeksi: suhu meningkat, bengkak, merah, keluar cairan (nanah), berbau busuk, pernapasan sulit.
- g. Tinja/kemih: tidak BAB dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, tinja ada lendir atau darah.

- h. Aktivitas: lemas, terlalu mengantuk, lunglai, terlalu menggingil, kejang halus, tidak bisa tenang, menangis terus menerus, sangat mudah tersinggung.

2.4 Konsep Masa Nifas

2.4.1 Pengertian Masa Nifas

Menurut Prawirohardjo (2013) masa nifas (puerperium) dimulai sampai plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama 6 minggu. Wanita yang melalui periode puerperium disebut puerpura. Puerperium (nifas) berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu yang diperlukan untuk pulih nya alat kandungan pada keadaan yang normal.

2.4.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan asuhan masa nifas menurut Nurjanah dkk (2013) yaitu:

- 2.4.2.1 Memulihkan kesehatan umum penderita.
 - a. Menyediakan makanan sesuai kebutuhan
 - b. Mengatasi anemia
 - c. Mencegah infeksi dengan memperhatikan kebersihan dan sterilisasi
 - d. Mengembalikan kesehatan umum dengan pergerakan otot untuk memperlancar peredaran darah.
- 2.4.2.2 Mempertahankan kesehatan psikologis.
- 2.4.2.3 Mencegah infeksi dan komplikasi.
- 2.4.2.4 Memperlancar pembentukan air susu ibu (ASI).
- 2.4.2.5 Mengajarkan ibu untuk melaksanakan perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan memelihara bayi dengan baik, sehingga bayi dapat mengalami pertumbuhan dan perkembangan normal.

2.4.3 Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas menurut Nurjanah dkk (2013) yaitu:

2.4.3.1 Puerperium Dini (*Immediate Puerperium*)

Waktu 0-24 jam post partum, yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

2.4.3.2 Puerperium Intermedial (*Early Puerperium*)

Waktu 1-7 hari post partum.

2.4.3.3 Remote Puerperium (*Later Puerperium*)

Waktu 1-6 minggu post partum. Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil dan waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan atau tahun.

2.4.4 Psikologi Masa Nifas

Dalam masa nifas ibu akan mengalami beberapa fase yang berhubungan dengan adaptasi khusus pada keadaan psikologi ibu. Menurut Nurjanah dkk (2013), fase-fase ini dibagi menjadi 3 fase:

2.4.4.1 Fase *Taking-In*

Periode ketergantungan yang berlangsung pada hari ke-2 setelah melahirkan. Pada saat itu, ibu fokus pada perhatian dirinya sendiri. Ibu cenderung pasif dengan lingkungannya

2.4.4.2 Fase *Taking Hold*

Berlangsung 3-10 hari post partum. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan sangat *sensitive* sehingga mudah tersinggung dan gampang marah.

2.4.4.3 Fase *Letting Go*

Fase menerima tanggung jawab barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya serta kepercayaan diri sudah meningkat.

2.4.5 Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

2.4.5.1 Perubahan Sistem Reproduksi

Perubahan sistem reproduksi menurut Nurjanah dkk (2013) yaitu:

a. Uterus

Involusi uteri 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. Dengan involusi uterus ini, lapisan dan desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi *neurotic* (layu/mati).

Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU-nya (tinggi fundus uteri) yaitu:

- 1) Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000 gram.
- 2) Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari dibawah pusat dengan berat 750 gram.
- 3) Pada 1 minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat simfisis dengan berat 500 gram.
- 4) Pada 2 minggu post partum, TFU teraba diatas simfisis dengan berat 350 gram.
- 5) Pada 6 minggu post partum, fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram.
- 6) Pada 8 minggu post partum, fundus uteri sebesar normal dengan berat 30 gram.

b. Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama nifas. Lokhea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang

nekrotik dari dalam uterus. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita.

Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya, yaitu :

1) Lokhea Rubra

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah segar karena terisi darah, jaringan plasenta, dinding rahim, lemak bayi, *lanugo*, dan mekonium.

2) Lokhea Sanguilenta

Lokhea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.

3) Lokhea Serosa

Lokhea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

4) Lokhea Alba

Lokhea ini mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati dan berlangsung selama 2-6 minggu post partum.

5) Lokhea Purulenta

Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

6) Lokhea Stasis

Lokhea tidak lancar keluarnya atau tertahan.

c. Perubahan Serviks

Bentuk serviks agak menganga seperti corong, segera setelah bayi lahir. Bentuk ini disebabkan oleh *carpus uteri* yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks

tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks berbentuk semacam cincin. Setelah bayi lahir, tangan dapat masuk ke dalam rongga rahim. Setelah 2 jam, hanya dapat dimasuki 2-3 jari pada minggu ke-6 post partum.

d. Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan *rugae* dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.

e. Perinium

Perinium menjadi kendur segera setelah melahirkan karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada *postnatal* hari ke-5, perinium sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan. Penggunaan *analgetik* dan *anastesi* yang berlebihan dapat memperlambat pemulihan kontraksi dan *motilitas* otot.

f. Payudara

Bagi setiap ibu yang melahirkan akan tersedia makanan bagi bayi nya dan bagi si anak akan merasa puas dalam pelukan ibu nya, merasa aman, tenteram, hangat akan kasih sayang ibu nya. Produksi ASI masih sangat dipengaruhi oleh faktor kejiwaan, ibu yang selalu dalam

keadaan tertekan, sedih, kurang percaya diri, dan berbagai ketegangan emosional akan menurunkan volume ASI bahkan tidak terjadi produksi ASI. Ibu yang sedang menyusui juga jangan terlalu banyak di bebani urusan pekerjaan rumah tangga, urusan kantor dan lain nya, karena hal ini juga dapat memengaruhi produksi ASI.

2.4.6 Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Kebutuhan dasar masa nifas menurut Nurjanah dkk (2013) ialah:

2.4.6.1 Nutrisi dan Cairan

Ibu nifas memerlukan nutrisi dan cairan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan, cadangan serta untuk memenuhi produksi air susu. Zat-zat yang dibutuhkan ibu pasca persalinan antara lain :

- a. Kalori
- b. Protein
- c. Kalsium dan vitamin D
- d. Magnesium
- e. Sayuran hijau dan buah
- f. Karbohidrat kompleks
- g. Lemak
- h. Garam
- i. Vitamin (vitamin A, vitamin B6, vitamin E, zing)
- j. DHA

2.4.6.2 Ambulasi

Menurut Nurjanah dkk (2013) setelah bersalin, ibu akan merasa lelah, oleh karena itu ibu harus istirahat. Ibu post partum diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah melahirkan. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan/kiri, duduk kemudian berjalan. Akan tetapi menurut Walyani dan Endang (2015) mengatakan

aktivitas ibu setelah melahirkan dapat dilakukan secara bertahap, memberikan jarak antara aktivitas dan istirahat. Dalam 2 jam setelah bersalin ibu harus sudah bisa melakukan mobilisasi. Dapat dilakukan dengan miring ke kanan atau ke kiri terlebih dahulu, kemudian duduk dan berangsur-angsur untuk berdiri dan jalan.

2.4.6.3 Eliminasi

- a. Miksi (BAK) ibu secepatnya setiap 3-4 jam.
- b. Defeksasi (BAB) diharapkan ibu dapat BAB sekitar 3-4 hari post partum.
- c. Personal *hygiene*.

2.4.6.4 Senam nifas

Menurut Walyani dan Endang (2015) senam nifas bertujuan untuk mempercepat penyembuhan, mencegah timbulnya komplikasi, serta memulihkan dan menguatkan otot-otot punggung, otot dasar panggul dan otot perut. Pada saat hamil, otot perut dan sekitar rahim, serta vagina telah teregang dan melemah. Latihan senam nifas dilakukan untuk membantu pengencangan otot-otot tersebut.

2.4.6.5 Perawatan payudara

2.4.6.6 Mobilisasi

Disebabkan lelah sehabis bersalin ibu harus istirahat, tidur terlentang selama 8 jam pasca perslinan. Keuntungan dari mobilisasi dini :

- a. Melancarkan pengeluaran lokhea
- b. Mempercepat involusi
- c. Melancarkan fungsi alat gastrointestinal dan alat perkemihan
- d. Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme.

2.4.7 ASI Eksklusif

Menurut Astuti *et al.* (2015) pemberian ASI secara eksklusif adalah bayi hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan cairan selain seperti susu formula, jeruk, madu, air teh, air putih, dan tanpa pemberian tambahan makanan padat seperti pisang, papaya, bubuk susu, biskuit, bubur nasi, dan tim. WHO merekomendasikan ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupan. Pada usia enam bulan, bayi diperkenalkan makanan padat seperti buah-buahan dan sayuran yang dihaluskan untuk melengkapi ASI sampai anak berusia 2 tahun.

2.4.8 Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan masa nifas menurut Nurjanah dkk (2013) adalah:

2.4.7.1 Kunjungan I : 6-8 jam post partum

- a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
- c. Memberikan konseling pada keluarga untuk mencegah perdarahan masa nifas
- d. Pemberian ASI awal
- e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- f. Menjaga bayi tetap sehat dengan mencegah hipotermi

2.4.7.2 Kunjungan II : 6 hari post partum

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

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

2.4.7.3 Kunjungan III: 2 minggu post partum

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus dibawah *umbilicus*, tidak perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- b. Menilai ada tanda-tanda demam , infeksi atau perdarahan abnormal.
- c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat.
- d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

2.4.7.4 Kunjungan IV : 6 minggu post partum

- a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami.
- b. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

2.5 Konsep Keluarga Berencana (KB)

2.5.1 Pengertian KB

Menurut Purwoastuti dan Elisabeth (2015) keluarga berencana merupakan usaha antara suami dan isteri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Usaha yang dimaksud termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi sel telur wanita (*fertilisasi*) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang di dalam rahim.

2.5.2 Tujuan KB

Menurut Purwoastuti dan Elisabeth (2015) meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dalam mewujudkan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) dan meningkatkan penggunaan alat kontrasepsi dan kesehatan keluarga berencana dengan mengendalikan kelahiran dan mengatur jarak kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk.

2.5.3 Konseling KB Awal

Menurut Yuhedi dan Titik (2014) ditujukan pada akseptor yang sama sekali belum tahu mengenai KB. Konseling dilakukan dengan memberikan berbagai alasan membentuk keluarga kecil dan upaya mencapai kesejahteraan keluarga. Konseling awal bertujuan untuk memutuskan metode apa yang akan dipakai, di dalamnya termasuk mengenalkan semua tentang cara KB atau pelayanan kesehatan, prosedur klinis, kebijakan dan bagaimana pengalaman klien pada kunjungannya. Hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan konseling awal adalah menanyakan cara kontrasepsi apa yang disukai klien, apa yang diketahui mengenai cara kontrasepsi, menguraikan secara ringkas tentang cara kerja, kelebihan dan kekurangan berbagai metode kontrasepsi. Bila dilakukan dengan objektif, konseling awal membantu klien untuk memilih jenis KB yang cocok.

2.5.4 Konseling KB Khusus

Menurut Yuhedi dan Titik (2014) konseling khusus mengenai metode KB memberi kesempatan kepada klien untuk mengajukan pertanyaan tentang cara KB tertentu dan membicarakan pengalamannya, mendapatkan informasi lebih rinci tentang cara KB yang tersedia. Konseling khusus memungkinkan klien mendapat bantuan untuk memilih metode KB yang cocok serta mendapat penjelasan lebih lanjut

tentang bagaimana menggunakan metode tersebut dengan aman, efektif dan memuaskan.

2.5.5 Macam-macam Metode Kontrasepsi

2.5.5.1 Metode Amenore Laktasi

Menurut Yuhedi dan Titik (2014) metode amenore laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI tanpa makanan atau minuman apa pun hingga 6 bulan.

Efektivitas MAL dapat mencapai hingga 6 bulan (jika sesuai dengan syarat), MAL dapat memberi perlindungan sebesar 98% terhadap kehamilan.

a. Kelebihan MAL

- 1) Efektivitasnya tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pasca persalinan).
- 2) Segera efektif.
- 3) Tidak mengganggu senggama.
- 4) Tidak ada efek samping.
- 5) Tidak perlu pengawasan medis.
- 6) Tidak perlu obat atau alat.
- 7) Tanpa biaya.

b. Kekurangan

- 1) Tidak melindungi terhadap penyakit menular seksual (PMS), hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS.
- 2) Ibu yang bekerja lebih dari 6 jam menjadi penghambat.

2.5.5.2 Metode Kontrasepsi Alamiyah

Metode kontrasepsi alamiyah merupakan metode untuk mengatur kehamilan secara alamiyah, tanpa menggunakan alat. Menurut Yuhedi dan Titik (2014) macam-macam metode kontrasepsi alamiyah adalah:

a. Metode Kalender

Metode kalender atau pantang berkala memerlukan ketekunan ibu untuk mencatat waktunya selama 6-12 bulan agar waktu ovulasi dapat ditentukan. Penghitungan masa subur didasarkan pada ovulasi (umumnya terjadi pada hari ke 14+2 hari sebelum menstruasi berikutnya), masa hidup ovum 24 jam, dan masa hidup spermatozoa 2-3 hari. Angka kegagalan metode ini sebesar 14,4-47 kehamilan pada setiap 100 wanita per tahun. Tidak semua wanita memiliki siklus menstruasi teratur sebanyak 28 hari setiap bulannya. Oleh sebab itu, awal masa subur dapat dihitung dengan mengurangi 18 hari dari siklus menstruasi terpendek dan akhir masa subur dapat dihitung dengan mengurangi 11 hari dari siklus menstruasi terpanjang. Siklus menstruasi wanita yang tidak teratur dapat menjadi penghambat dalam menggunakan metode kalender ini.

b. Metode Suhu Basal

Metode kontrasepsi ini dilakukan berdasarkan pada perubahan suhu tubuh. Pengukuran dilakukan dengan mengukur suhu basal (pengukuran suhu yang dilakukan ketika bangun tidur sebelum beranjak dari tempat tidur). Tujuan pengukuran ini adalah mengetahui masa ovulasi. Waktu pengukuran harus dilakukan pada saat yang sama setiap pagi dan setelah tidur nyenyak $\pm 3-5$ jam serta masih dalam keadaan istirahat. Pengukuran dapat dilakukan per oral (3 menit), per rectal (1 menit) dan per vagina.

Suhu tubuh basal dapat meningkat sebesar $0,2-0,5^{\circ}\text{C}$ ketika ovulasi. Peningkatan suhu basal dimulai 1-2 hari setelah ovulasi disebabkan peningkatan *hormone progesteron*. Metode ini memiliki angka kegagalan

sebesar 0,3-6,6 per 100 wanita per tahun. Kerugian utama suhu basal ini adalah *abstinensia* (menahan diri tidak melakukan senggama) sudah harus dilakukan pada masa praovulasi.

c. Metode Lendir Serviks

Metode kontrasepsi ini dilakukan berdasarkan perubahan siklus lender serviks yang terjadi karena perubahan kadar *estrogen*. Pada setiap siklus menstruasi, sel serviks memproduksi 2 macam lendir serviks yaitu lendir *estrogenik* (tipe E) dan *gestagenik* (tipe G). Angka kegagalan 0,4-39,7 kehamilan pada 100 wanita per tahun. Kegagalan ini disebabkan pengeluaran lendir yang mulainya terlambat, lendir tidak dirasakan oleh ibu dan kesalahan dalam menilai lendir.

d. *Coitus Interruptus*

Coitus interruptus adalah metode kontrasepsi yang dilakukan dengan mengakhiri senggama sebelum *ejakulasi intravaginal* terjadi dan *ejakulasi* dilakukan diluar jauh dari genetalia *eksternal* wanita. Kelebihan metode ini adalah murah atau tidak mengeluarkan biaya, tidak mengandung bahan kimiawi, dapat dilakukan kapan pun dan tidak ada efek samping. Kekurangan metode ini adalah mengurangi kenikmatan seksual sehingga memengaruhi kehidupan perkawinan dan angka kegagalan cukup tinggi.

2.5.5.3 Metode Kontrasepsi Sederhana dengan Alat

Menurut Yuhedi dan Titik (2014) macam-macam metode kontrasepsi dengan alat yaitu:

a. Kondom Pria

Cara kerja kondom pria adalah menghalangi *spermatozoa* agar tidak masuk ke dalam *traktus* genetalia *internal*

wanita. Keuntungan penggunaan kondom sebagai alat kontrasepsi adalah salah satu alat kontrasepsi yang dapat diandalkan, sederhana, ringan, dan juga memiliki harga yang relatif murah. Efek samping atau masalah yang dapat terjadi pada penggunaan kondom antara lain kondom rusak atau dicurigai ada curahan di vagina saat berhubungan.

b. *Diafragma*

Diafragma memiliki bentuk seperti mangkok. Dulu *diafragma* metode paling efektif dan baik untuk wanita menyusui. *Diafragma* di pasang 6 jam atau lebih sebelum senggama. Keuntungan *diafragma* antara lain efektif, aman, diawasi sendiri oleh pemakainya, dipakai jika diperlukan, tidak memengaruhi laktasi. Kerugian pemakaian *diafragma* antara lain diperlukan motivasi tinggi karena kesukaran dalam melakukan *insersi*, wanita memanipulasi genetalia nya sendiri. Efek samping yang dapat muncul akibat pemakaian ini, seperti alergi, iritasi vagina, infeksi.

c. Kondom Wanita

Kondom wanita sebenarnya merupakan kombinasi antara *diafragma* dan kondom. Alasan utama dibuatnya kondom wanita karena kondom pria dan *diafragma* biasa tidak dapat menutupi daerah perinium sehingga masih ada kemungkinan penyebaran *mikroorganisme* penyebab IMS.

2.5.5.4 Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Menurut Yuhedi dan Titik (2014) alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) atau IUD merupakan alat kontrasepsi yang diletakkan dalam uterus. Yang dibuat dari plastik khusus yang diberi benang pada ujung nya. Selama ini belum ada AKDR yang 100% efektif. Tingkat kegagalan pemakaian AKDR bervariasi

menurut jenis AKDR yang dipakai, tetapi secara umum tingkat kegagalan AKDR sebesar 1-3 kehamilan pada 100 wanita per tahun.

a. Keuntungan

- 1) Praktis.
- 2) Ekonomis.
- 3) Aman.
- 4) Mudah diperiksa (dikontrol).

b. Kerugian

- 1) Perubahan siklus menstruasi (pada 3 bulan pertama)
- 2) Menstruasi lebih lama dan banyak.
- 3) *Spotting*.
- 4) Rasa nyeri atau mules beberapa saat setelah pemasangan.
- 5) Tidak mencegah IMS, HBV, dan HIV/AIDS.
- 6) Klien tidak dapat melepas AKDR sendiri, hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih.
- 7) Harus memeriksa kan posisi benang AKDR dari waktu ke waktu dengan memasukkan jari ke dalam vagina.

c. Indikasi Penggunaan AKDR

- 1) Wanita usia reproduksi.
- 2) Wanita nulipara, yang sudah mempunyai anak atau yang belum memiliki anak.
- 3) Wanita yang menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi.
- 4) Wanita pasca keguguran atau pasca persalinan.
- 5) Wanita hipertensi.

d. Kontraindikasi Pengguna AKDR

- 1) Hamil atau dicurigai hamil.
- 2) Wanita yang mengalami perdarahan per *vagina* yang belum jelas penyebab nya.

- 3) Wanita yang sedang menderita infeksi alat genital.
- 4) Wanita dengan kelainan bawaan uterus yang abnormal, atau tumor jinak uterus yang dapat memengaruhi *kavum uteri*.

2.5.5.5 Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal yaitu berkaitan dengan hormone *estrogen* dan *progesterone*. Mekanisme kerjanya memengaruhi *ovulasi*, *implantasi*, *transportasi gamet*, dan lendir serviks.

Macam-macam kontrasepsi hormonal menurut Yuhedi dan Titik (2014), yaitu:

a. Pil Kombinasi

Pil kombinasi adalah pil KB yang berisi hormon *estrogen* dan *progesterone*.

- 1) Kelebihan Pil Kombinasi
 - a) Efektivitas tinggi.
 - b) Tidak mengganggu hubungan seksual.
 - c) Siklus haid teratur.
 - d) Kesuburan segera kembali.
 - e) Mencegah kehamilan ektopik dan kanker ovarium.
- 2) Kekurangan Pil Kombinasi
 - a) Membosankan karena menggunakan setiap hari.
 - b) Tidak memberi perlindungan HIV.
 - c) Bercak perdarahan.
 - d) Mual.
 - e) Pusing.
 - f) Berat badan naik.
- 3) Indikasi Pil Kombinasi
 - a) Usia reproduksi.
 - b) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.

- c) Pasca keguguran.
 - d) Anemia.
- 4) Kontraindikasi Pil Kombinasi
- a) Merokok dan berusia >35 tahun.
 - b) Memiliki tekanan darah tinggi.
 - c) Baru 3 minggu melahirkan.
 - d) Menyusui kurang dari 6 bulan.
 - e) Mungkin hamil.
- 5) Efek Samping Pil Kombinasi
- a) Mual-mual.
 - b) Flek atau bercak.
 - c) Sakit kepala ringan.
 - d) Nyeri payudara.
 - e) Berat badan naik/turun.
- b. Mini Pil
- Menurut Yuhedi dan Titik (2014) minipil adalah pil KB yang hanya mengandung hormon progesteron dalam dosis rendah. Minipil atau pil progestin disebut juga pil menyusui. Dosis progestin yang digunakan 0,03-0,05 mg per tablet.
- 1) Efektivitas Mini Pil
- Pil progestin atau minipil sangat efektif (98,5%). Penggunaan yang benar dan konsisten sangat mempengaruhi tingkat efektivitasnya.
- 2) Keuntungan Mini Pil
- a) Efektivitas nya tinggi apabila dilakukan dengan benar.
 - b) Cocok untuk ibu yang menginginkan kontrasepsi yang tidak mengganggu proses menyusui.
 - c) Tidak mengganggu hubungan seksual.
 - d) Efek samping nya sedikit.

- e) Tidak mengganggu produksi ASI.
 - f) Kesuburan nya cepat kembali.
 - g) Dapat dihentikan setiap saat.
- 3) Kerugian Mini Pil
- a) Harus selalu tersedia kemasan baru.
 - b) Harus diminum setiap hari di waktu yang sama.
 - c) Tidak melindungi dari penyakit menular seksual dan HIV/AIDS.
 - d) Tidak menjamin akan melindungi dari kista ovarium bagi wanita yang pernah mengalami kehamilan ektopik.
- 4) Efek Samping Mini Pil
- a) Gangguan haid (perdarahan bercak, spotting, amenorrhea, dan haid tidak teratur).
 - b) Peningkatan berat badan.
 - c) Nyeri payudara.
 - d) Mual.
 - e) Pusing.
 - f) Perubahan mood.
 - g) Timbul jerawat.
- 5) Indikasi Mini Pil
- a) Wanita usia reproduksi.
 - b) Wanita yang telah memiliki anak ataupun yang sudah memiliki anak.
 - c) Pasca melahirkan dan tidak menyusui.
 - d) Menginginkan kontrasepsi efektif selama menyusui.
 - e) Pasca keguguran.
 - f) Tekanan darah <180/110 mmHg.
 - g) Perokok segala usia.

6) Kontraindikasi Mini Pil

- a) Wanita yang hamil atau di duga hamil.
- b) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
- c) Yang menderita kanker payudara atau yang memiliki riwayat kanker payudara.
- d) Wanita pelupa sehingga sering lupa minum pil.
- e) Penyakit hati akut.
- f) Riwayat kehamilan ektopik (Yuhedi dan Titik, 2014).

c. KB Suntik Kombinasi

Menurut Yuhedi dan Titik (2014) KB suntik kombinasi merupakan KB suntik yang berisi hormon *estrogen* dan *progesterone* yang di berikan melalui injeksi *intramuscular* (IM) 1 bulan sekali.

1) Efektivitas

Metode ini sangat efektif (0,1 - 0,4 kehamilan pada setiap 100 wanita) selama tahun pertama penggunaan.

2) Keuntungan Suntik Kombinasi

- a) Resiko terhadap kesehatan kecil.
- b) Tidak berpengaruh pada hubungan suami isteri.
- c) Tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam.
- d) Jangka panjang.
- e) Efek samping kecil.
- f) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.

3) Kerugian Suntik Kombinasi

- a) Terjadi perubahan pola haid.
- b) Perdarahan bercak atau *spotting*.
- c) Mual, sakit kepala, nyeri payudara, keluhan ini akan hilang setelah suntikkan kedua atau ketiga.
- d) Efektivitas berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat epilepsi.

- e) Penambahan berat badan.
- 4) Waktu Penyuntikkan
- a) Suntikkan pertama saat 7 hari siklus menstruasi (tidak diperlukan kontrasepsi tambahan).
 - b) Bila suntikkan pertama >7 hari siklus menstruasi, klien tidak melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain.
 - c) Bila klien tidak menstruasi, suntikkan dapat di berikan setiap saat dengan syarat pasien tidak hamil. Klien tidak boleh melakukan senggama selama 7 hari atau memakai kontrasepsi lain selama 7 hari.
 - d) Bila 6 bulan pasca persalinan, menyusui serta belum menstruasi, dapat diberikan suntikkan asal tidak hamil.
 - e) Bila >6 bulan pasca persalinan, menyusui serta telah menstruasi, suntik pada siklus hari ke 7.
- d. KB Suntik 3 bulan/ Suntikkan Progestin
- Menurut Yuhedi dan Titik (2014) KB suntik ini hanya berisi hormon *progesterone* saja, yang diberikan melalui injeksi *intramuscular* (IM) 3 bulan sekali.
- 1) Kelebihan KB Suntik 3 Bulan
- a) Sangat efektif.
 - b) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
 - c) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami isteri.
 - d) Tidak mengandung *estrogen*.
 - e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.
 - f) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
 - g) Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause.

- 2) Kekurangan KB Suntik 3 Bulan
 - a) Klien ketergantungan pada pelayanan kesehatan setiap kunjungan ulang.
 - b) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu.
 - c) Permasalahan berat badan.
 - d) Tidak menjamin perlindungan terhadap infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV.
 - e) Terlambat nya kesuburan setelah penghentian.
- 3) Indikasi KB Suntik 3 Bulan
 - a) Wanita usia reproduksi.
 - b) Nulipara dan yang telah memiliki anak.
 - c) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang.
 - d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
 - e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
 - f) Setelah abortus atau keguguran.
 - g) Perokok.
 - h) Tekanan darah <180/110 mmHg.
- 4) Kontraindikasi KB Suntik 3 Bulan
 - a) Memiliki tekanan darah.
 - b) Menyusui kurang dari 6 minggu
 - c) Hamil.
 - d) Perdarahan per *vagina* yang penyebabnya belum jelas.
 - e) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
 - f) *Diabetes mellitus* disertai komplikasi.
- 5) Waktu Penyuntikkan
 - a) Setiap saat selama siklus haid, asal tidak hamil.
 - b) Mulai hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid.

- c) Pada saat tidak haid, bisa diberikan suntikkan asal dipastikan tidak hamil dan selama 7 hari setelah suntikkan tidak boleh melakukan hubungan seksual atau menggunakan kontrasepsi lain.
- 6) Efek Samping KB Suntik 3 Bulan
 - a) Perubahan haid bulanan.
 - b) Berat badan naik.
 - c) *Amenorhea*.
- e. Implan/Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

Menurut Yuhedi dan Titik (2014) implan merupakan salah satu metode kontrasepsi hormonal yang hanya mengandung *progestin* yang penggunaannya di susupkan di bawah kulit. Ada yang *nortplant* terdiri dari 6 kapsul berisi *levonorgestrel* daya kerjanya 5 tahun, dan *nortplant* II terdiri dari 2 kapsul berisi *levonorgestrel* daya kerjanya 3 tahun.

 - 1) Keuntungan
 - a) Tidak menekan produksi ASI.
 - b) Efektif.
 - c) Tidak ada faktor lupa.
 - d) Masa pakai jangka panjang (5 tahun).
 - e) Membantu mencegah anemia.
 - f) Khasiat kontrasepsi susuk berakhir segera setelah pengangkatan implan.
 - 2) Kekurangan
 - a) Implan harus dipasang dan diangkat oleh petugas kesehatan yang terlatih.
 - b) Implan lebih mahal daripada pil KB atau suntikan dan cara KB jangka pendek lainnya.
 - c) Implan sering mengubah pola haid.

- d) Wanita tidak dapat menghentikan pemakaiannya sendiri.
 - e) Beberapa wanita mungkin enggan menggunakan cara yang belum dikenalnya.
 - f) Susuk mungkin dapat terlihat dibawah kulit.
- 3) Kontra indikasi
- a) Hamil atau diduga hamil.
 - b) Perdarahan melalui vagina yang tidak diketahui sebabnya.
 - c) Tumor/ keganasan.
 - d) Penyakit jantung, kelainan haid, darah tinggi, kencing manis.
- 4) Efek samping
- a) Gangguan haid.
 - b) Depresi.
 - c) Keputihan.
 - d) Jerawat.
 - e) Perubahan libido.
 - f) Perubahan berat badan.
 - g) Hematoma.
 - h) Infeksi.

f. Sterilisasi Pada Wanita (*Tubektomi*)

Menurut Yuhedi dan Titik (2014) sterilisasi pada wanita atau *tubektomi* merupakan metode pengikatan dan pemotongan *tuba fallopi* agar *ovum* tidak dapat dibuahi oleh sperma. Cara kerjanya menghambat perjalanan *ovum* karena *tuba fallopi* tertutup.

1) Keuntungan *Tubektomi*

- a) Permanen dan efektif.
- b) Tidak memengaruhi proses menyusui.

- c) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan *anastesi local*.
 - d) Dapat mencegah kehamilan 99%.
 - e) Tidak ada efek samping, jangka panjang dan tidak mengganggu hubungan seksual.
- 2) Kerugian *Tubektomi*
- a) Ada kemungkinan mengalami resiko pembedahan.
 - b) Rasa sakir/ketidaknyamanan jangka pendek setelah tindakan.
- 3) Indikasi
- a) Wanita yang berusia >26 tahun.
 - b) Wanita dengan *paritas* lebih dari 2.
 - c) Wanita yang yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendak nya.
 - d) Wanita yang akan memiliki resiko kesehatan yang serius apabila ia harus hamil lagi.
 - e) Wanita setelah melahirkan atau setelah keguguran.
- 4) Kontraindikasi
- a) Hamil atau dicurigai hamil.
 - b) Penderita hipertensi.
 - c) Penderita *diabetes*.
 - d) Penderita penyakit jantung.
 - e) Penderita penyakit paru.
 - f) Wanita yang mengalami perdarahan per *vagina* yang belum jelas penyebabnya.
 - g) Wanita yang tidak boleh menjalani pembedahan.
- g. Sterilisasi Pada Pria (*Vasektomi*)
- Menurut Yuhedi dan Titik (2014) sterilisasi pada pria atau *vasektomi* merupakan tindakan pengikatan dan

pemotongan *vas deferens* agar *sperma* tidak keluar dari *penis*. Cara kerjanya *vas deferens* tertutup sehingga tidak dapat menyalurkan *spermatozoa*.

- 1) Keuntungan *Vasektomi*
 - a) Permanen dan efektif.
 - b) Tidak memengaruhi proses menyusui.
 - c) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anastesi local.
 - d) Dapat mencegah kehamilan 99%.
 - e) Tidak ada efek samping, jangka panjang dan tidak mengganggu hubungan seksual.
- 2) Kerugian *Vasektomi*
 - a) Harus ada pembedahan *minor*.
 - b) Tidak dapat dilakukan pada orang yang masih ingin memiliki anak.
- 3) Indikasi
Pria subur yang sudah memiliki anak cukup (2 anak) dan isteri berisiko tinggi apabila hamil lagi.
- 4) Kontraindikasi
 - a) Ada peradangan kulit atau jamur di daerah kemaluan.
 - b) Menderita *diabetes mellitus*.
 - c) *Hidrokel* atau *varikokel* yang besar.
 - d) *Hernia inguinalis*.
 - e) Anemia berat, gangguan pembekuan darah.

2.5.6 Asuhan Akseptor KB Mini Pil

2.5.3.1 Pengertian Mini Pil

Minipil adalah pil KB yang hanya mengandung hormon progesteron dalam dosis rendah. Minipil atau pil progestin

disebut juga pil menyusui. Dosis progestin yang digunakan 0,03-0,05 mg per tablet (Yuhedi dan Titik, 2014).

2.5.3.2 Cara Kerja Mini Pil

Menurut Yuhedi dan Titik (2014) cara kerja dari kontrasepsi pil progestin atau minipil dalam mencegah kehamilan antara lain dengan cara:

1. Menghambat ovulasi.
2. Mencegah implantasi.
3. Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma.
4. Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma menjadi terganggu.

2.5.3.3 Efektivitas Mini Pil

Pil progestin atau minipil sangat efektif (98,5%). Penggunaan yang benar dan konsisten sangat mempengaruhi tingkat efektifitasnya (Yuhedi dan Titik, 2014).

2.5.3.4 Keuntungan Mini Pil

Adapun keuntungan menggunakan mini pil ini menurut Yuhedi dan Titik, (2014) yaitu:

1. Efektivitas nya tinggi apabila dilakukan dengan benar.
2. Cocok untuk ibu yang menginginkan kontrasepsi yang tidak mengganggu proses menyusui.
3. Tidak mengganggu hubungan seksual.
4. Efek samping nya sedikit.
5. Tidak mengganggu produksi ASI.
6. Kesuburan nya cepat kembali.
7. Dapat dihentikan setiap saat.

2.5.3.5 Kerugian Mini Pil

Adapun juga kerugian menggunakan mini pil ini menurut Yuhedi dan Titik (2014) yaitu:

1. Harus selalu tersedia kemasan baru.

2. Harus diminum setiap hari di waktu yang sama.
3. Tidak melindungi dari penyakit menular seksual dan HIV/AIDS.
4. Tidak menjamin akan melindungi dari kista ovarium bagi wanita yang pernah mengalami kehamilan ektopik.

2.5.3.6 Efek Samping Mini Pil

Efek samping dari penggunaan mini pil ini menurut Yuhedi dan Titik (2014) yaitu:

1. Gangguan haid (perdarahan bercak, *spotting*, *amenorrhea*, dan haid tidak teratur).
2. Peningkatan berat badan.
3. Nyeri payudara.
4. Mual.
5. Pusing.
6. Perubahan mood.
7. Timbul jerawat.

2.5.3.7 Indikasi Mini Pil

Adapun wanita yang boleh menggunakan mini pil ini menurut Yuhedi dan Titik (2014) yaitu:

1. Wanita usia reproduksi.
2. Wanita yang telah memiliki anak ataupun yang sudah memiliki anak.
3. Pasca melahirkan dan tidak menyusui.
4. Menginginkan kontrasepsi efektif selama menyusui.
5. Pasca keguguran.
6. Tekanan darah <180/110 mmHg.
7. Perokok segala usia.

2.5.3.8 Kontraindikasi Mini Pil

Adapun juga wanita yang tidak boleh menggunakan mini pil ini menurut Yuhedi dan Titik (2014) yaitu:

1. Wanita yang hamil atau di duga hamil.
2. Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
3. Yang menderita kanker payudara atau yang memiliki riwayat kanker payudara.
4. Wanita pelupa sehingga sering lupa minum pil.
5. Penyakit hati akut.
6. Riwayat kehamilan ektopik.

2.5.3.9 Waktu Mulai Menggunakan Mini Pil

Menurut Yuhedi dan Titik (2014), mulai menggunakan mini pil ini ialah:

1. Minum pil setiap hari pada saat yang sama minum pil yang pertama pada hari pertama haid.
2. Mulai hari pertama sampai hari kelima siklus haid. Tidak diperlukan pencegahan dengan kontrasepsi lain.
3. Dapat digunakan setiap saat, asal saja tidak terjadi kehamilan. Bila menggunakannya setelah hari kelima siklus haid, jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk dua hari saja.
4. Bila klien tidak haid (*amenorhea*), minipil dapat digunakan setiap saat, asal saja di yakini tidak hamil. Jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk dua hari saja.
5. Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pascapersalinan dan tidak haid, minipil dapat dimulai setiap saat. Bila menyusui penuh, tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan.