

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Kehamilan

2.1.1 Pengertian

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Dihitung dari fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu (10 bulan atau 9 bulan) menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu (minggu ke-0 hingga minggu ke-12), trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga minggu ke-27) dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga minggu ke-40) (Prawirohardjo, 2013a).

Menurut Manuaba (2008), Kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari: Ovulasi, migrasi, spermatozoa dan ovum. Konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.

Kehamilan adalah masa terjadinya perubahan yang besar, diperlukan sejumlah penyesuaian fisik, emosional, dan sosial bahkan sebelum bayinya lahir (Abrahams, 2014).

2.1.2 Tanda dan Gejala Kehamilan

2.1.2.1 Tanda-tanda dugaan hamil yaitu:

a. Amenore.

Amenore (terlambat datang bulan). Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya pembentukan folikel de

Graff dan ovulasi. Dengan mengetahui hari pertama haid terakhir dengan perhitungan rumus Naegle, dapat ditentukan perkiraan persalinan (Manuaba *et al.*, 2010). Sedangkan amenorea menurut Mochtar (2012), wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditaksi umur persalinan dan taksiran tanggal persalinan (TTP).

b. Mual dan muntah.

Mual (nausea) dan muntah (emesis). Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual dan muntah terutama pada pagi hari disebut *morning sickness*. Dalam batas yang fisiologis, keadaan ini dapat dibatasi. Akibat mual dan muntah, nafsu makan berkurang (Manuaba *et al.*, 2010). Mual muntah biasa terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama (Mochtar, 2012).

c. Ngidam.

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam (Manuaba *et al.*, 2010).

d. *Syncope* atau pingsan.

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan syaraf pusat dan menimbulkan *syncope* atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu (Manuaba *et al.*, 2010). Sedangkan menurut Mochtar (2012) pingsan dapat terjadi jika berada di tempat-tempat ramai yang sesak dan padat.

e. Payudara tegang.

Pengaruh estrogen, progesteron dan somatotropin menimbulkan deposit lemak, air dan garam pada payudara sehingga payudara membesar dan tegang. Ujung syaraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama (Mochtar, 2012).

f. Sering miksi atau Buang Air Kecil (BAK).

Desakan rahim ke depan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering BAK. Pada trimester kedua, gejala ini sudah menghilang (Manuaba *et al.*, 2010).

g. Konstipasi atau obstipasi.

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus, menyebabkan kesulitan untuk Buang Air Besar (Pantikawati & Saryono, 2010).

h. Pigmentasi kulit.

Menurut Manuaba *et al.* (2010), terjadi karena keluarnya *Melanophore Stimulating Hormone* (MSH) hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi kulit di sekitar pipi (kloasma gravidarum), pada dinding perut (strie livid, strie albikan, linea alba dan linea nigra) dan sekitar payudara (hiperpigmentasi areola payudara, puting susu makin menonjol) di sekitar pipi (kloasma gravidarum).

i. Varises atau penampakkan pembuluh darah vena.

Penampakan pembuluh darah vena karena pengaruh dari estrogen dan progesteron, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakkan pembuluh darah itu terjadi di sekitar genitalia eksterna, kaki dan betis dan payudara. Penampakkan pembuluh darah ini dapat menghilang setelah persalinan (Manuaba *et al.*, 2010).

2.1.2.2 Tanda kemungkinan kehamilan menurut Lockhart & Lyndon (2014) yaitu:

- a. Pembesaran uterus
- b. Tanda Goodell (pelunakan serviks)
- c. Tanda Chadwick (membran mukosa vagina, serviks dan vulva yang berwarna kebiruan
- d. Tanda hegar (pelunakan segmen bawah uterus)

2.1.2.3 Tanda pasti kehamilan menurut Mochtar (2012) yaitu:

- a. Gerakan janin dalam rahim.

Gerakan janin pada primigravida dapat di rasakan oleh ibunya pada kehamilan 18 minggu. Sedangkan pada multigravida gerakan dapat dirasakan pada kehamilan 16 minggu karena telah berpengalaman pada kehamilan terdahulu.

- b. Terlihat atau teraba gerakan janin. Teraba bagian-bagian janin.
- c. Denyut Jantung Janin (DJJ).

Denyut jantung janin secara obyektif dapat diketahui dengan pemeriksaan menggunakan:

- 1) Fetal elektrokardiograph pada kehamilan 12 minggu.
- 2) Sistem doppler pada kehamilan 12 minggu
- 3) Stetoskop laenec pada kehamilan 18-20 minggu.

- d. Terlihat kerangka janin pada pemeriksaan sinar rontgen.
- e. Dengan menggunakan USG dapat terlihat gambar janin berupa ukuran kantong janin, panjang janin dan diameter biparetalis hingga dapat diperkirakan tuanya kehamilan.

2.1.3 Perubahan Anatomi dan Fisiologi pada Ibu Hamil

2.1.3.1 Uterus

Menurut Prawirohardjo (2013a), selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta dan amnion) sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali seperti keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan.

Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hiperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Otot rahim mengalami hiperplasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin (Manuaba *et al.*, 2010).

2.1.3.2 Vagina

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak makin berwarna merah dan kebiru-biruan (Manuaba *et al.*, 2010)

2.1.3.3 Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu (Manuaba *et al.*, 2010).

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga di tunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal (Prawirohardjo, 2013a).

2.1.3.4 Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormon saat kehamilan, yaitu estrogen, progesteron dan somatotropin (Manuaba *et al.*, 2010).

Pada awal kehamilan perempuan akan merasa payudaranya menjadi lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman dan tegak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut kolestrum akan keluar (Prawirohardjo, 2013a).

2.1.3.5 Sirkulasi darah ibu

Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (hemodilusi) dengan puncaknya pada usia kehamilan 32 minggu (Manuaba *et al.*, 2010)

2.1.3.6 Sistem pernafasan

Pada kehamilan terjadi juga perubahan sistem pernafasan untuk dapat memenuhi kebutuhan oksigen (O_2), disamping itu desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada umur kehamilan 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan oksigen yang meningkat, ibu hamil akan bernafas lebih dalam sekitar 20% sampai 25% dari pada biasanya (Benson & Martin, 2009).

2.1.3.7 Traktus urinarius

Karena pengaruh desakan hamil muda dan turunnya kepala bayi pada hamil tua, terjadi gangguan dalam bentuk sering BAK (Manuaba *et al.*, 2010).

2.1.3.8 Perubahan pada kulit

Pada kulit terjadi perubahan deposit pigmen dan hiperpigmentasi karena pengaruh MSH lobus hipofisis anterior dan pengaruh kelenjar suprarenalis. Hiperpigmentasi ini terjadi pada striae gravidarum livid atau alba, areola payudara, papila payudara, linea nigra, pipi (kloasma gravidarum). Setelah persalinan hiperpigmentasi ini akan hilang (Manuaba *et al.*, 2010).

2.1.3.9 Metabolisme

Dengan terjadinya kehamilan, metabolisme tubuh mengalami perubahan yang mendasar, dimana kebutuhan nutrisi makin tinggi untuk pertumbuhan janin dan persiapan memberikan ASI (Manuaba *et al.*, 2010).

Tabel 2.1 Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan

Jaringan dan cairan	10 minggu	20 minggu	30 minggu	40 minggu
Janin	5	300	1500	3400
Plasenta	20	170	430	650
Cairan amnion	30	350	750	800
Uterus	140	320	600	970
Mammae	45	180	360	405
Darah	100	600	1300	1450
Cairan ekstraseluler	0	30	80	1480
Lemak	310	2050	3480	3345
total	650	4000	8500	12500

Prawirohardjo (2013a).

2.1.4 Perubahan dan Adaptasi Psikologis dalam Masa Kehamilan

Perubahan adaptasi psikologis dalam masa kehamilan meliputi:

2.1.4.1 Perubahan psikologi pada kehamilan trimester I

Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian. Penyesuaian terhadap kenyataan bahwa ia sedang mengandung. Sebagian wanita merasa sedih tentang kenyataan bahwa ia hamil. Kurang lebih 80% wanita mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan, depresi dan kesedihan. Beberapa wanita yang telah merencanakan kehamilan atau berusaha keras untuk hamil, merasa senang sekaligus tidak percaya bahwa dirinya telah hamil dan mencari tanda bukti kehamilan pada setiap jengkal tubuhnya. Hasrat seksual pada trimester pertama sangat bervariasi. Ada beberapa wanita mengalami peningkatan hasrat seksual, tetapi secara umum merupakan waktu terjadi penurunan libido (Kusmiyati *et al.*, 2010).

Pada beberapa minggu pertama kehamilan, wanita bisa merasa cepat lelah. Sebagai tambahan, banyak wanita mengalami fenomena aneh seperti perubahan rasa kecap di mulutnya, perubahan ini disebabkan oleh meningkatnya kadar hormon. Keadaan ini yang menyebabkan wanita hamil tidak menyukai makan-makanan yang biasa ia sukai (Abrahams, 2014).

2.1.4.2 Perubahan psikologis pada trimester II. Trimester kedua dibagi menjadi dua fase meliputi:

a. Fase *prequickening*

Selama akhir trimester pertama dan masa *Prequickening* pada trimester kedua, ibu hamil mengevaluasi lagi hubungannya dan segala aspek di dalamnya dengan ibunya yang telah terjadi selama ini. Ibu menganalisa dan mengevaluasi kembali segala hubungan interpersonal yang telah terjadi dan akan menjadi dasar bagaimana ia mengembangkan hubungan dengan anak yang

dilahirkannya. Ia akan menerima segala nilai dengan rasa hormat yang telah diberikan ibunya, namun bila ia menemukan adanya sikap yang negatif, maka ia akan menolaknya.

b. Fase *postquickening*

Setelah ibu hamil merasakan *quickening*, identitas keibuan yang jelas akan muncul. Ibu hamil akan fokus pada kehamilannya dan persiapan menghadapi peran baru sebagai seorang ibu. Perubahan ini bisa menyebabkan kesedihan meninggalkan peran lamanya sebelum kehamilan, terutama pada ibu yang mengalami hamil pertama kali dan wanita karir. Trimester kedua sering dikenal sebagai periode kesehatan yang baik, yakni periode ketika wanita merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan yang normal dialami saat hamil. Pada saat ini sebagian wanita mengalami kemajuan yang nyata dalam hubungan seksual mereka dibanding pada trimester pertama (Kusmiyati *et al*, 2010).

2.1.4.3 Perubahan psikologis pada trimester III

Trimester tiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayinya sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia tidak sabar menanti kehadiran bayi. Perasaan waspada mengingat bayi dapat lahir kapanpun, membuatnya berjaga-jaga dan memperhatikan serta menunggu tanda dan gejala persalinan muncul (Lockhart & Lyndon, 2014).

2.1.5 Ketidaknyaman pada Kehamilan dan Cara Mengatasinya

Ketidaknyaman pada kehamilan dan penatalaksanaannya yaitu:

2.1.5.1 *Morning sickness* (mual dan muntah)

Biasanya dirasakan pada saat kehamilan dini. Disebabkan oleh respons terhadap hormon dan merupakan pengaruh fisiologi. Untuk penatalaksanaan khusus bisa dengan diet. Untuk asuhannya berikan nasihat tentang gizi, makan sedikit-sedikit tetapi sering, makan makanan padat sebelum bangkit dari berbaring (Rukiyah *et al.*, 2009).

2.1.5.2 Mengidam

Terjadi setiap saat, disebabkan karena respon papila pengecap pada hormon sedangkan pada sebagian wanita, mungkin untuk mendapatkan perhatian. Untuk pelaksanaan khusus yaitu dengan nasihat dan menentramkan perasaan pasien. Berikan asuhan dengan meyakinkan bahwa diet yang baik tidak akan terpengaruh oleh makanan yang salah (Mochtar, 2012).

2.1.5.3 Konstipasi

Terjadi pada bulan-bulan terakhir dan disebabkan karena progesteron dan usus yang terdesak oleh rahim yang membesar atau bisa juga karena efek dari terapi tablet zat besi. Penatalaksanaan khusus yaitu dengan diet atau kadang-kadang dapat diberikan pencahar ringan (dengan resep dokter). Asuhan yang diberikan yaitu dengan nasehat makanan tinggi serat, buah dan sayuran, ekstra cairan, hindari makanan berminyak dan anjurkan olahraga tanpa dipaksa (Rukiyah *et al.*, 2009).

2.1.5.4 Buang air kecil yang sering

Keluhan dirasakan saat kehamilan dini, kemudian kehamilan lanjut yang disebabkan adanya tekanan pada kandung kemih karena pembesaran rahim atau kepala bayi yang turun ke rongga panggul. Yang harus dilakukan adalah dengan menyingkirkan kemungkinan infeksi. Berikan nasihat untuk mengurangi minum setelah makan malam atau minimal 2 jam

sebelum tidur, menghindari minum yang mengandung kafein, dan jangan mengurangi kebutuhan air minum (minimal 8 gelas per hari) perbanyak minum di siang hari (Mochtar, 2012).

2.1.5.5 Bengkak pada kaki

Dikarenakan adanya perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan. Yang harus dilakukan adalah dengan segera berkonsultasi dengan dokter jika bengkak yang dialami pada kelopak mata, wajah dan jari yang disertai tekanan darah tinggi, sakit kepala, pandangan kabur (tanda pre-eklampsia). Kurangi asupan makanan yang mengandung garam, hindari duduk dengan kaki bersilang, gunakan bangku kecil untuk menopang kaki ketika duduk, memutar pergelangan kaki juga perlu dilakukan (Rukiyah *et al.*, 2009).

2.1.6 Tanda dan Bahaya

Adapun tanda dan bahaya dalam kehamilan sebagai berikut:

2.1.6.1 Perdarahan pervaginam.

Perdarahan vaginam yang terjadi pada wanita hamil menurut Prawirohardjo (2013b) dapat dibedakan menjadi 2 bagian:

- a. Pada awal kehamilan: abortus, mola hidatidosa, dan kehamilan ektopik terganggu.
- b. Pada akhir kehamilan: solutio plasenta dan plasenta previa.

2.1.6.2 Sakit kepala hebat dan menetap

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat adalah salah satu gejala preeklampsia (Jannah, 2012a).

2.1.6.3 Nyeri abdomen yang hebat.

Nyeri abdomen yang dimaksud adalah yang tidak berhubungan dengan persalinan normal. Merupakan nyeri perut yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat bisa berarti abortus, penyakit radang panggul, persalinan preterm (Jannah, 2012a)

Bila hal tersebut terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan di sertai tanda-tanda seperti mual muntah berlebihan, keram hebat, menggil atau demam maka diagnosanya mengarah pada solusio plasenta baik dari jenis yang disertai perdarahan maupun tersembunyi (Prawirohardjo, 2013b).

2.1.6.4 Bayi kurang bergerak seperti biasa.

Ibu merasakan gerakan bayinya selama bulan kelima atau keenam. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Biasanya diukur dalam waktu selama 12 jam yaitu sebanyak 10 kali (Jannah, 2012a).

2.1.6.5 Keluar air ketuban sebelum waktunya.

Dapat didefinisikan dengan keluarnya cairan mendadak disertai bau yang khas. Adanya kemungkinan infeksi dalam rahim dan persalinan prematuritas yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi. Ketuban pecah dini yang disertai kelainan letak akan mempersulit persalinan yang dilakukan ditempat dengan fasilitas belum memadai (Jannah, 2012a).

2.1.6.6 Muntah terus-menerus.

Terdapat muntah terus-menerus yang menimbulkan gangguan kehidupan sehari-hari dan dehidrasi.

Gejala-gejala hiperemesis lainnya:

- a. Nafsu makan menurun

- b. Berat badan menurun
- c. Nyeri daerah epigastrium
- d. Tekanan darah menurun dan nadi meningkat
- e. Lidah kering
- f. Mata nampak cekung (Prawirohardjo, 2013b).

2.1.6.7 Demam

Demam tinggi, terutama yang diikuti dengan tubuh menggigil, rasa sakit seluruh tubuh, sangat pusing biasanya disebabkan oleh malaria. Pengaruh malaria terhadap kehamilan:

- a. Memecahkan butir darah merah sehingga menimbulkan anemia.
- b. Infeksi plasenta dapat mengalami pertukaran dan menyalurkan nutrisi ke janin.
- c. Panas badan tinggi merangsang terjadi kontraksi rahim.

Akibat gangguan tersebut dapat terjadi keguguran, persalinan prematuritas, dismaturitas, kematian neonatus tinggi, kala II memanjang dan retensio plasenta (Jannah, 2012a).

2.1.6.8 Anemia.

Pembagian Anemia:

- a. Anemia ringan 9-10 gr%
- b. Anemia sedang 7-8 gr%
- c. Anemia berat < 7 gr%

Anemia ditandai dengan:

- a. Bagian dalam kelopak mata, lidah, dan kuku pucat
- b. Lemah dan merasa cepat lelah
- c. Kunang-kunang
- d. Nafas pendek-pendek
- e. Nadi meningkat
- f. Pingsan (Mochtar, 2012).

2.1.7 Kehamilan Resiko Tinggi

2.1.7.1 Cara mendeteksi kehamilan resiko tinggi menurut Jumaymaya (2011).

Kehamilan resiko tinggi adalah kehamilan yang akan menyebabkan terjadinya bahaya dan komplikasi yang lebih besar, baik terhadap ibu maupun janin yang di kandungnya selama masa kehamilan, melahirkan maupun nifas. Untuk menentukan suatu kehamilan resiko tinggi, dilakukan penilaian terhadap wanita hamil untuk menemukan apakah dia dalam keadaan atau ciri-ciri yang menyebabkan ibu atau janin lebih rentan terhadap penyakit ataupun kematian (keadaan atau ciri tersebut disebut faktor resiko). Faktor resiko bisa memberikan satu angka yang sesuai dengan beratnya resiko.

Ukuran resiko dapat dituangkan dalam bentuk angka disebut skor. Digunakan angka bulat dibawa 10, sebagai angka dasar 2, 4, dan 8 pada tiap faktor untuk membedakan resiko yang rendah, resiko menengah, dan resiko tinggi. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu:

- a. Kehamilan resiko rendah dengan jumlah skor 2, kehamilan tanpa masalah/ faktor resiko, fisiologis, dan kemungkinan besar diikuti oleh persalinan normal dengan ibu dan bayi hidup sehat.
- b. Kehamilan resiko sedang dengan jumlah skor 6-10, kehamilan dengan satu atau lebih faktor resiko, baik dari pihak ibu maupun janinnya yang memberi dampak

kurang menguntungkan baik bagi ibu maupun janinnya, memiliki resiko kegawatan tetapi tidak darurat.

- c. Kehamilan resiko tinggi dengan jumlah skor ≥ 12 , ibu dengan faktor tinggi resiko kegawatannya meningkat, membutuhkan pertolongan persalinan di rumah sakit oleh dokter spesialis.

Tabel 2.2 Skrining/ Deteksi Dini Ibu Resiko Tinggi Berdasarkan Skor Poedji Rochjati

Kel F.R	No	Masalah/ Faktor Resiko	Skor	Triwilan			
				I	II	III.I	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil pertama ≤ 16 tahun	4				
	2	Terlalu tua, hamil pertama ≥ 35 tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 tahun)	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi (≤ 2 tahun)	4				
	5	Teralu banyak anak ≥ 4	4				
	6	Terlalu tua, umur ≥ 35 tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal hamil	4				
	9	Pernah melahirkan dengan:					
		a. Tarikan forcep/ vakum	4				
II		b. Uri dirogoh c. Transfusi	4				
	10	Pernah oprasi cesar	8				
	11	Penyakit pada ibu hamil					
		a. Kurang darah	4				
		b. TBC paru	4				

		c. Penyakit menular seksual	4				
		d. Payah jantung	4				
	12	Bengkak pada muka/tungkai, darh tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklamsi berat/ kejang-kejang	8				
		JUMLAH SCORE					

Jumaymaya (2011).

2.1.7.2 Kondisi tidak optimal yang sering ditemui pada ibu hamil di usia > 35 tahun adalah sebagaimana berikut.

- a. Menurunnya kualitas kromosom yang dapat meningkatkan resiko kelahiran cacat, baik fisik maupun mental. Cacat mental yang sering terjadi adalah *Down Syndrome*, yang bisa mencapai satu kejadian dari 40 kelahiran. Kelainan lain yang dapat terjadi adalah kembar siam dan autisme (Leveno, 2016).
- b. Berkurangnya elastisitas panggul yang dapat menyulitkan ibu saat melahirkan (Pribadi *et al.*, 2015)
- c. Lemahnya rongga dan otot-otot panggul yang dapat memperparah kondisi ibu jika terjadi komplikasi, misalnya pendarahan (Benson & Martin, 2009).
- d. Kualitas sel telur yang kurang bagus yang dapat menyebabkan cacat atau kelainan bawaan pada bayi.

Kualitas sel yang lemah dapat menyebabkan lemahnya penempelan janin pada rahim. Ketidak teraturan pada produksi telur juga meningkatkan resiko kehamilan anak kembar (Leveno, 2016).

- e. Berkurangnya stamina ibu saat melahirkan, sehingga kelahiran umumnya melalui operasi *caesar*. Berkurangnya stamina ini menyebabkan ibu lebih cepat merasa lelah (Benson & Martin, 2009).

2.1.7.3 Cara mengatasi resiko hamil > 35 tahun

Pada dasarnya ibu hamil > 35 tahun boleh pilih untuk melahirkan bayi sehat dengan normal atau caesar. Dua pilihan tersebut sama-sama memerlukan kecukupan asupan

nutrisi dan kondisi kesehatan yang stabil. Untuk mengatasi dan mencegah resiko kehamilan usia senja yang muncul, calon ibu perlu melakukan hal-hal berikut.

- a. Konsultasi pada dokter saat berencana untuk hamil

Dengan berkonsultasi pada dokter, calon ibu akan mengetahui kondisi kesehatan tubuh dan rahimnya, apakah dapat menunjang pertumbuhan janin dengan baik atau tidak, atau apakah kehamilannya nanti beresiko membahayakan ataukah tidak. Calon ibu juga dapat memutuskan apakah dia akan melanjutkan program kehamilannya ataukah tidak. Walaupun tetap ingin melanjutkan program kehamilan, calon ibu dapat berkonsultasi dengan dokter mengenai asupan nutrisi apa yang harus dipenuhinya, bagaimana tetap sehat selama hamil, dan bagaimana menghindari resiko komplikasi

kesehatan dan kelainan atau cacat pada janin yang mungkin terjadi (Pribadi *et al.*, 2015).

- b. Periksa kehamilan secara rutin, terutama di awal kehamilan.

Hal ini dilakukan supaya ibu dapat mengontrol kondisi kehamilannya setiap saat, dan dapat segera mengetahui jika ada hal-hal yang tidak normal supaya segera mendapatkan penanganan (Leveno, 2016).

- c. Konsumsi suplemen seperti zat besi, kalsium, dan vitamin
Zat besi, kalsium dan vitamin merupakan unsur yang sangat penting dalam pembentukan dan pertumbuhan janin. Ketiga unsur ini sangat rawan dalam ketersediaannya dalam tubuh. Jika janin kekurangan ketiga unsur ini, maka janin akan mengambilnya dari tubuh ibu. Jika ibu kekurangan unsur-unsur ini, maka gangguan kehamilan akan muncul (Benson & Martin, 2009).

- d. Jaga berat badan normal

Calon ibu harus menjaga berat badannya agar bertambah dengan normal, tidak kurang dan tidak berlebih. Hal ini dapat dilakukan dengan menerapkan diet seimbang yang kaya serat, nutrisi, protein, asam folat, dan kalsium. Makanan sehat yang dapat dikonsumsi oleh ibu adalah sayuran yang kaya dengan serat, vitamin serta mineral. Beberapa buah dan sayur yang mengandung asam folat seperti bayam, sawi, selada, brokoli, asparagus, kecambah, jagung, wortel, tomat, kacang-kacangan, jeruk, apukat; daging, tahu, tempe, telur yang mengandung protein; ikan laut yang mengandung protein dan omega 3, serta susu dengan kandungan lemak, zat besi dan kalsiumnya. Calon ibu juga harus menghindari

makanan-makanan tertentu untuk menjaga kesehatan diri dan janin (Benson & Martin, 2009)

e. Hindari paparan zat berbahaya

Hindari paparan zat berbahaya yang dapat membahayakan janin seperti asap rokok dan kendaraan bermotor, alkohol, dan narkoba. Paparan zat berbahaya tersebut akan menghambat pertumbuhan janin secara normal, terutama otak, dan meningkatkan resiko kelahiran cacat atau prematur, bahkan meninggal (Pribadi *et al.*, 2015).

f. Deteksi kelainan kromosom pada bayi

Pendeteksian ini dapat dilakukan melalui tes *amniosentesis* dan *chorionic villu sampling*, dengan mengambil sampel cairan ketuban dari dalam rahim untuk diperiksa di laboratorium genetika untuk melihat adakah kelebihan atau kelainan pada kromosom janin. Namun lakukan tes diagnosa ini jika dipandang perlu, karena dapat mengakibatkan keguguran (Pribadi *et al.*, 2015).

g. Hindari stres saat hamil

Umumnya ibu hamil dengan usia di atas 35 tahun merupakan wanita karir yang rawan dengan stres. Supaya janin dapat tumbuh dengan baik dan untuk menurunkan resiko gangguan kehamilan, ibu hamil sebaiknya mengetahui segala sesuatu tentang stres saat hamil. Untuk menghindari pekerjaan dan situasi yang dapat meningkatkan stres, ambil tugas atau pekerjaan yang tidak menuntut proses berpikir yang berat, dengan tenggat waktu penyelesaian yang cukup fleksibel. Jika stres mulai melanda, segera hentikan pekerjaan, dan alihkan perhatian dan pikiran ke hal-hal yang dapat menenangkan. Ibu hamil juga dapat berjalan-jalan menikmati udara

segar di luar kantor untuk melegakan pikiran (Prawirorahardjo, 2013b).

- h. Olahraga ringan secara teratur atas persetujuan dokter
Dengan melakukan olahraga secara teratur dapat memperlancar aliran darah sehingga kesehatan dan kebugaran tubuh ibu tetap terjaga (Pribadi *et al.*, 2015).

Dengan mengetahui segala hal yang berhubungan dengan kehamilan di > 35 tahun, diharapkan calon ibu mengetahui dengan baik apa yang harus dilakukannya sehingga dapat menurunkan resiko komplikasi kesehatan dan kematian pada ibu dan janin. Walaupun tergolong kehamilan beresiko tinggi, ibu tetap dapat melahirkan bayi yang sehat dan normal dengan menjaga asupan nutrisi serta menjaga kondisi tubuh tetap sehat selama kehamilan.

2.1.8 Asuhan Antenatal Care

Menurut Rukiyah *et al.* (2009) antenatal care merupakan pelayanan yang diberikan pada ibu hamil untuk memantau, mendukung kesehatan ibu dan cara mendeteksi ibu apakah ibu hamil normal atau bermasalah.

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantuan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2011a).

2.1.8.1 Tujuan Antenatal Care

Menurut Rukiyah *et al.* (2009), memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi. Mengenali secara dini ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin

terjadi selama kehamilan, termasuk riwayat secara umum, kebidanan dan perdarahan. Mempersiapkan persalinan yang cukup bulan, mempersiapkan ibu agar nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

2.1.8.2 Pelayanan Antenatal

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

a. Tinggi badan dan timbang berat badan

Bandingkan berat badan sebelum hamil, catat jumlah kg berat badan beberapa minggu sejak kunjungan terakhir, catat pola perkembangan berat badan. Pada pemeriksaan kehamilan pertama, perhatikan apakah berat badan ibu sesuai dengan tinggi badan ibu dan usia kehamilan. Berat badan ibu hamil bertambah 0,5 kg perminggu atau 6,5 kg sampai 16,5 kg selama kehamilan teori ini menurut (Manuaba *et al.*, 2010).

Bila peningkatan berat badan kurang dari 0,5 kg perminggu, perhatikan apakah ada malnutrisi. Awasi adanya pertumbuhan janin terhambat, insufisiensi plasenta, kemungkinan kelahiran prematur. Bila peningkatan berat badan lebih dari 0,5 kg perminggu, perhatikan adanya diabetes melitus, kehamilan ganda, hidramion dan makrosomia (Kusmiyati *et al.*, 2010).

b. Tekanan darah

Saat pertama kali mencatat riwayat klien, sebagai data dasar yaitu mengukur tekanan darah. Pada saat setiap pemeriksaan antenatal, selama persalinan, pada kondisi klinis yang telah ditetapkan, misalnya syok dan perdarahan, serta gejala seperti sakit kepala, penglihatan

kabur dan hipertensi akibat kehamilan. Selama dan setelah pembedahan (Pantikawati & Saryono, 2010).

c. Tinggi Fundus Uteri (TFU)

Tabel 2.3 Hubungan Antara Tua Kehamilan dan Tinggi Fundus Uteri

Minggu	Tinggi fundus uteri
4	Belum teraba
8	Di belakang simfisis
12	1-2 jari di atas simfisis
16	Pertengahan simfisis – pusat
20	2 – 3 jari di bawah pusat
24	Kira-kira setinggi pusat
28	2-3 jari diatas pusat
32	Pertengahan pusat – prosesus xiphoideus
36	3 jari di bawah px atau sampai setinggi px
40	Sama dengan kehamilan 8 bulan, tetapi melebar ke samping

Lockhart & Lyndon (2014).

d. Pemberian tablet besi minimal 90 tablet selama kehamilan.

Di mulai dengan memberikan 1 tablet sehari sesegera mungkin setelah rasa mual hilang. Setiap ibu hamil minimal mendapat 90 tablet selama kehamilannya. Setiap tablet besi mengandung FeSO₄ 320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 0,5 mg (Kusmiyati *et al.*, 2010).

e. Tetanus Toksoid (TT)

Menurut Rukiyah *et al.* (2009) bahwa imunisasi TT pertama diberikan pada usia kehamilan 16 minggu dan

imunisasi TT kedua diberikan 4 minggu setelah TT pertama.

Tabel 2.4 Jadwal Pemberian Imunisasi TT

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

Kusmiyati *et al.* (2010)

- f. Tes atau pemeriksaan hemoglobin (hb)
Menurut teori Prawirohardjo (2011), kadar hb normal menurut WHO 11 gr% dan menurut Depkes 10 gr%.
- g. Tes laboratorium untuk mendeteksi penyakit menular seksual dan HIV/AIDS, sifilis.
- h. Perawatan payudara (tekan pijat payudara)
- i. Pemeliharaan tingkat kebugaran (senam hamil)
- j. Temu wicara atau konseling
Mencakup tentang komunikasi, informasi dan edukasi yang dilakukan oleh bidan kepada ibu hamil yang bertujuan untuk memberikan pelayanan antenatal berkualitas untuk mendeteksi dini komplikasi kehamilan.
- k. Tes atau pemeriksaan urin protein

- l. Tes atau pemeriksaan urin reduksi
- m. Terapi yodium kapsul (khusus daerah endemik gondok).
- n. Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis malaria (Pantikawati & Saryono, 2010).

2.1.9 Refokus Antenatal Care

Membantu setiap ibu hamil dan keluarganya membuat perencanaan persalinan, mempersiapkan diri menghadapi komplikasi (deteksi dini, menentukan orang yang akan membuat keputusan dan kegawatdaruratan, komunikasi, transportasi, donor darah) pada setiap kunjungan. Melakukan skrining/penapisan kondisi-kondisi yang memerlukan persalinan rumah sakit (riwayat bedah sesar, *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) dan sebagainya). Mendeteksi dan menangani komplikasi (pre-eklampsia, perdarahan pervaginam, anemia berat, penyakit menular seksual, tuberkulosis, malaria dan sebagainya). Mendeteksi kehamilan ganda setelah usia kehamilan 28 minggu dan letak/presentasi abnormal setelah 36 minggu. Memberikan imunisasi TT untuk mencegah kematian BBL karena tetanus. Memberikan suplementasi zat besi dan asam folat (Bartini, 2012).

2.1.10 Jadwal Kunjungan atau Pemeriksaan Kehamilan menurut Mochtar (2012).

- 2.1.10.1 Pemeriksaan pertama kali yang ideal adalah sedini mungkin ketika haid terlambat satu bulan.
- 2.1.10.2 Pemeriksaan ulang 1 kali sebulan sampai kehamilan 7 bulan.
- 2.1.10.3 Periksa ulang 2 kali sebelum sampai kehamilan 9 bulan.
- 2.1.10.4 Periksa ulang setiap minggu sesudah kehamilan 9 bulan.
- 2.1.10.5 Periksa khusus jika ada keluhan keluahn.

2.1.11 Standar Pelayanan Kebidanan

Menurut Jannah (2012a) standar pelayanan kehamilan meliputi:

2.1.11.1 Standar 3: Identifikasi Ibu Hamil

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

2.1.11.2 Standar 4: Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal

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

2.1.11.3 Standar 5: Palpasi Abdominal

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

2.1.11.4 Standar 6: Pengelolaan Anemia pada Kehamilan

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

2.1.11.5 Standar 7: Pengelolaan Dini Hipertensi pada Kehamilan

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

2.1.11.6 Standar 8: Persiapan Persalinan

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

2.1.12 Menghitung Indeks Massa Tubuh (IMT)

Menurut Kusmiyati *et al.* (2010), ibu hamil dengan berat badan dibawah normal sering dihubungkan dengan abnormalitas kehamilan yaitu berat badan yang tidak normal seperti, bayi berat lahir rendah. Sedangkan berat badan *overweight* meningkatkan risiko atau komplikasi dalam kehamilan seperti hipertensi, janin besar sehingga terjadi kesulitan dalam persalinan. Penilaian IMT diperoleh dengan memperhitungkan berat badan sebelum hamil dalam kilogram dibagi tinggi badan dalam meter kuadrat. Indikator penilaian untuk IMT sebagai berikut:

MT = Dimana: Berat badan dalam satuan kg, sedangkan tinggi badan dalam satuan meter.

Tabel 2.5 Kategori Indeks Massa Tubuh

Nilai IMT	Kategori
Kurang dari 20	<i>Underweight</i> /di bawah normal
20-24,9	<i>Desirable</i> /normal
25-29,9	<i>Moderate obesity</i> /gemuk/lebih dari normal

Over 30	Severe obesity/sangat gemuk
---------	-----------------------------

Kusmiyati *et al.* (2010).

2.2 Persalinan

2.2.1 Pengertian

Persalinan dan kelahiran merupakan kejadian fisiologi. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Sedangkan kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2013a).

Sedangkan menurut Mochtar (2011), Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (Janin+Uri) yang dapat hidup di dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain.

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan disebut normal apabila prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit atau tanpa bantuan (Johariyah & Erma, 2012).

2.2.2 Teori-teori yang Menyebabkan Timbulnya Persalinan

Teori-teori yang dikemukakan antara lain faktor-faktor hormonal,

struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf dan nutrisi.

2.2.2.1 Teori penurunan hormon

1-2 minggu sebelum partus, mulai terjadi penurunan kadar hormon ekstrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim. Karena itu akan terjadi kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan his jika kadar progesteron turun (Mochtar, 2011).

2.2.2.2 Teori plasenta menjadi tua

Penuaan plasenta akan menyebabkan turunya kadar progesteron dan ekstrogen sehingga terjadi kram pada pembuluh darah. Hal tersebut akan menimbulkan kontraksi rahim (Mochtar, 1998 dalam Kuswanti & Fitri, 2014).

2.2.2.3 Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan menegang akan menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenta (Mochtar, 2011).

2.2.2.4 Teori iritasi mekanik

Di belakang serviks terletak ganglion servikale (Pleksus frankenhouser). Apabila ganglion tersebut digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus (Mochtar, 1998 dalam Kuswanti & Fitri, 2014).

2.2.2.5 Induksi partus

Partus dapat pula ditimbulkan karena:

- a. Gagang laminaria: Beberapa laminaria dimasukkan ke dalam kanalis serviks dengan tujuan merangsang pleksus frankenhouser.
- b. Amniotomi: Pemecahan ketuban.
- c. Tetesan oksitosin: Memberikan oksitosin melalui tetesan perinfus (Mochtar, 1998 dalam Kuswanti & Fitri, 2014).

2.2.3 Tanda-tanda Permulaan Persalinan

Menurut Johariyah & Erma (2012), Sebelum terjadi persalinan yang sebenarnya, beberapa minggu sebelumnya, wanita memasuki bulannya atau minggunya atau harinya, yang di sebut kala pendahuluan yaitu:

2.2.3.1 Ligtening atau settling atau dropping yaitu kepala memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida, pada multipara hal tersebut tidak begitu jelas.

2.2.3.2 Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.

2.2.3.3 Sering buang air kecil atau sering berkemih karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.

2.2.3.4 Perasaan nyeri di perut atau pinggung akibat kontraksi.

2.2.3.5 Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah mungkin bercampur darah.

2.2.4 Tanda-tanda Inpartu

Beberapa tanda-tanda inpartu menurut Mochtar (2011), yaitu:

2.2.4.1 Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.

2.2.4.2 Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan pada serviks.

2.2.4.3 Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.

2.2.4.4 Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukan.

2.2.5 Diferensiasi Aktifitas Uterus

Selama persalinan, uterus berubah bentuk menjadi dua bagian yang berbeda. Segmen atas yang berkontraksi lebih aktif menjadi lebih tebal ketika persalinan berlangsung. Bagian terbawah, relatif pasif dibanding dengan segmen atas, dan bagian ini berkembang menjadi jalan lahir yang berdinding jauh lebih tipis. Segmen atas uterus cukup kencang atau keras, sedangkan konsistensi segmen bagian bawah uterus jauh kurang kencang. Segmen atas uterus merupakan bagian uterus yang

berkontraksi secara aktif. Segmen bawah adalah bagian yang diregangkan, normalnya jauh lebih pasif (Prawirohardjo, 2013a).

2.2.6 Faktor-faktor yang Berperan dalam Persalinan

2.2.6.1 *Power* (His dan kekuatan mendorong jalan lahir).

Kekuatan yang mendorong janin saat persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligamen (Kuswanti & Fitri, 2014).

- a. His (kontraksi uterus)
- b. Kontraksi otot-otot dinding rahim
- c. Kontraksi diafragma (Mochtar, 2011)

2.2.6.2 *Passenger* (faktor dari janin, ketuban dan plasenta)

a. Faktor janin

- 1) Diameter kepala.
- 2) Ukuran circumference (keliling).
- 3) Ukuran badan seperti bahu dan bokong.
- 4) Postur janin dalam rahim (sikap, letak janin, presentasi).
- 5) Bagian terbawah janin.
- 6) Posisi (Mochtar, 2011).

b. Plasenta

Berbentuk bundar, diameter 15-20cm, tebal 2,5cm, berat 500 gram, tali pusat umumnya terletak ditengah (insertio sentralis). Letak plasenta normal didepan atau di belakang dinding uterus, agak keatas fundus uteri (Mochtar, 2011).

Plasenta adalah alat yang sangat penting bagi janin karena merupakan alat pertukaran antara ibu dan janin serta sebaliknya (Johariyah & Erma, 2012).

c. Cairan ketuban

Volume normal 1000-1500 ml warna putih, bau khas, agak amis mengandung agen-agen bioaksil selama proses persalinan (Mochtar, 2011).

2.2.6.3 *Passage* (Adaptasi jalan lahir)

a. Bagian keras (tulang) terdiri atas tulang-tulang panggul dan sendi-sendinya.

1) Bidang hodge

Dipelajari untuk menentukan sampai manakah bagian terendah janin turun dalam panggul, terdiri dari:

- a) Hodge I yaitu bidang yang dibentuk pada lingkaran pintu atas panggul dengan bagian atas symphysis dan promontorium.
- b) Hodge II yaitu sejajar dengan hodge I, terletak setinggi bawah symphysis.
- c) Hodge III yaitu sejajar dengan hodge I dan II, terletak setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.
- d) Hodge IV yaitu sejajar dengan hodge I, II dan III, terletak setinggi os koksigis (Kuswanti & Fitri, 2014).

2) Ukuran-ukuran panggul

Ukuran luar yang terpenting:

- a) Distansia spinarum yaitu jarak antara spina iliaca anterior superior kiri dan kanan (24-26cm).
- b) Distansia cristarum yaitu jarak yang terjauh antara crista iliaca kanan dan kiri (28-30cm).
- c) Conjugate externa (*baudeloque*) yaitu jarak antara pinggir symphysis dan ujung processus spinosus ruas tulang lumbal ke-5 (18cm).
- d) Ukuran lingkar panggul yaitu dari pinggir atas symphysis ke pertengahan antara spina iliaca anterior posterior dan trochanter major spihak dan

dan kembali melalui tempat-tempat yang sama di pihak yang lain (80-90cm) (Kuswanti & Fitri, 2014).

- b. Bagian lunak terdiri atas otot-otot, jaringan dan ligamen (Mochtar, 2011).

2.2.7 Kala Persalinan

Proses persalinan terdiri dari 4 kala, yaitu:

2.2.7.1 Kala I (kala pembukaan)

Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap 10cm. Inpartu (partus mulai) di tandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (bloody show) karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (effacement). Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler di sekitar kanalis serviks akibat pergeseran karena serviks mendatar dan membuka (Mochtar, 2011).

Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dengan multigravida. Pada primigravida, *Ostium Uteri Internum* (OUI) akan membuka lebih dulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Baru kemudian *Ostium Internum Eksternum* (OIE) membuka. Pada multigravida OUI sudah sedikit terbuka. Pada proses persalinan terjadi penipisan dan pendataran serviks dalam saat yang sama (Johariyah & Erma, 2012).

Kala pembukaan dibagi menjadi dua fase menurut Mochtar (2011):

- a. Fase laten: pembukaan serviks yang berlangsung lambat sampai pembukaan 3cm, lamanya 7-8 jam.
- b. Fase aktif: berlangsung selama 6 jam dan di bagi atas 3 subfase:

- 1) Periode akselerasi: berlangsung 2 jam pembukaan menjadi 4 cm.
- 2) Periode dilaktasi: maksimal (steady) selama dua jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- 3) Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap).

Tabel 2.6 Perbedaan Pembukaan Serviks

Primigravida	Multigravida
Serviks mendatar (effacement) dulu, baru berdilaktasi berlangsung 13-14 jam.	Mendatar dan membuka dapat terjadi bersama berlangsung 6-7 jam.

Mochtar (2011).

2.2.7.2 Kala II (kala pengeluaran janin)

Kala pengeluaran janin, dengan kekuatan his ditambah kekuatan mendedan mendorong janin keluar hingga lahir.

Pada kala ini pengeluaran janin, his terkoordinasi, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun dan masuk keruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang melalui lengkung refleks menimbulkan rasa mendedan karena tekanan pada rektum, ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus terbuka.

Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perinium meregang. Dengan his dan mendedan yang dipimpin akan lahir kepala, di ikuti oleh seluruh badan janin.

Kala II pada primigravida berlangsung selama $1\frac{1}{2}$ -2 jam dan pada multi $1\frac{1}{2}$ -1 jam (Mochtar, 2011),

Kala II di mulai dari pembukaan lengkap sampai dengan lahirnya bayi. Gejala dan tanda kala II persalinan:

- a. His semakin kuat dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 menit.
- b. Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- c. Ibu merasa ingin meneran bersama terjadinya kontraksi.
- d. Ibu merasa adanya peningkatan tekanan pada rektum dan vagina.
- e. Perinium menonjol.
- f. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.
- g. Tanda pasti kala II: pembukaan serviks sudah lengkap (Johariyah & Erma, 2012).

2.2.7.3 Kala III (kala pengeluaran plasenta)

Setelah bayi lahir, kontraksi rahim istirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong kedalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari simpisis, terdorong kedalam vagina dan akan lahir spontan. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (Mochtar, 2011).

Tanda-tanda pelepasan plasenta menurut Johariyah & Erma (2012):

- a. Uterus menjadi bundar.
- b. Uterus terdorong ke atas, karena plasenta terlepas kebawah segmen rahim.
- c. Tali pusat bertambah panjang.

d. Terjadi perdarahan.

2.2.7.4 Kala IV (2 jam pospartum)

Kala IV adalah kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi dan uri/plasenta lahir, untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum (Mochtar, 2011)

Kala IV di mulai sejak ibu dinyatakan aman dan nyaman sampai 2 jam, kala IV dimaksud juga kala observasi karena perdarahan pascapersalinan sering terjadi pada 2 jam pertama (Johariyah & Erma, 2012).

Tabel 2.7 Lamanya Persalinan pada Primi dan Multi

Kala	Primi	Multi
Kala I	13 jam	7 jam
Kala II	1 jam	$\frac{1}{2}$ jam
Kala III	$\frac{1}{2}$ jam	$\frac{1}{4}$ jam
Kala IV	14 $\frac{1}{2}$ jam	7 $\frac{3}{4}$ jam

Mochtar (2011).

2.2.8 Mekanisme Persalinan

Mekanisme turunnya kepala janin menurut Abrahams (2014):

2.2.8.1 Turunnya kepala

Dapa primi gravida biasanya kepala masuk ke dalam pintu atas panggul sejak kehamilan. Penyebab masunya kepala:

- Tekanan cairan intra uteri
- Tekanan pada bokong oleh fundus
- Mengejan
- Tubuh janin melurus

2.2.8.2 Fleksi

Pada awalnya kepala melakukan fleksi ringan semakin lama semakin menambah, sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar.

2.2.8.3 Putaran paksi luar

Putaran paksi dalam adalah gerakan dari ubun-ubun kecil berputar kedepan kebawah simpisis. Mekanisme ini adalah upaya penyesuaian posisi kepala dengan bentuk jalan lahir. Putaran paksi dalam terjadi selalu bersamaan dengan majunya kepala dan hanya terjadi setelah melewati hodge III.

2.2.8.4 Ekstensi/ defleksi

Ekspulsi atau defleksi kepala adalah gerakan janin mengektensikan kepalanya dengan sumbu putar/hipomochilonnya adalah subaksiput. Penyebab defleksi adalah sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan atas.

2.2.8.5 Putaran paksi luar

Putaran paksi luar adalah gerakan kepala janin memutar kembali kearah punggung anak. Penyebab gerakan ini adalah diameter bisacromial janin berada pada diameter antara posterior pintu bawah panggul.

2.2.8.6 Ekspulsi

Ekspulsi adalah lahirnya seluruh badan janin. Gerakan yang terjadi pada ekspulsi mengikuti pola penurunan dan pengeluaran kepala janin.

2.2.9 Lima Benang Merah menurut Prawirohardjo (2013a)

2.2.9.1 Keputusan klinis

2.2.9.2 Sayang ibu dan bayi

2.2.9.3 Pencegahan infeksi

2.2.9.4 Dokumentasi

2.2.9.5 Rujuk

2.2.10 Alat Perlindungan Diri (APD)

Gunakan alat perlindungan diri (APD) sebelum melakukan asuhan persalinan untuk pencegahan infeksi menurut Maryunani (2011), yaitu:

2.2.10.1 Penutup kepala/ topi.

2.2.10.2 Kaca mata

2.2.10.3 Masker

2.2.10.4 Celemek

2.2.10.5 Sarung tangan

2.2.10.6 Spatu but

2.2.11 Standar 60 langkah Asuhan Persalinan Normal

Tabel 2.8 Standar 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

A	MENGENAL TANDA DAN GEJALA KALA II
1	Tanda gejala kala II - Ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran - Ibu merasa ada tekan yang semakin meningkat pada sektum dan logina - Perinium tampak menonjol - Vulva dan spingter api tampak membuka
B	MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN
2	Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3	Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
4	Melepaskan semua perhiasan, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk.

5	Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk untuk semua pemeriksaan dalam.
6	Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengn menggunakan sarung tangan besinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkannya kembali kedalam partus set.
C	MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DAN KEADAAN JANIN BAIK
7	Membersihkan vulva dan prinium dengan kapas subhmet dari atas kebawah.
8	Pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap.
9	Mencelupkan sarung tangan ke dalam larutan clorin dan cuci tangan
10	Mendengarkan DJJ.
D	MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES BIMBINGAN MENERAN
11	Memberitahukan kepada ibu dan keluarga untuk proses bimbingan meneran a. Menunggu hingga timbul rasa ingin meneran dan melanjutkan pemantauan. b. Menjelaskan kepada keluarga untuk mendukung dan memberi semangat.
12	Minta keluarga untuk menyiapkan posisi meneran pada saat ibu ingin meneran dan mengajarkan ibu untuk mengambil posisi setengah duduk/sesuai dengan keinginan.
13	Melakukan bimbingan meneran saat ibu ingrin meneran a. Menganjurkan ibu untuk meneran pada saat ibu ingin meneran dengan cara menarik nafas panjang dan kedua tangan menarik paha, sementara dagu menyentug dada dan mata melihat perut. b. Memberikan asupan makan dan minum di sela-sela kontraksi.
14	Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman jika belum ada dorongan untuk meneran selama 60 menit.
E	PERSIAPAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI

15	Letakan handuk diatas perut ibu jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6cm.
16	Letakan 1/3 kain di bawah bokong ibu.
17	Buka tutup partus set dan pastikan peralatan lengkap.
18	Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
F	PERSIAPAN PERTOLONGAN BYI
	Lahirkan Kepala
19	Setelah kepala bayi tampak dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perinium dengan sapu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan kepala bayi agar tidak terjadi difleksi yang terlalu kuat, menganjurkan ibu untuk meneran serta bernafas cepat dan dangkal.
20	Memeriksa lilitan tali pusat bayi, jika terdapat lilitan tali pusat pada leher bayi dengan keadaan longgar maka keluarkan lewat atas kepala tetapi jika lilitan kencang klem di kedua sisi dan potong diantara klem
21	Tunggu kepala janin melakukan putaran paksi luar secara spontan
	Lahirkan Bahu
22	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi; dengan lembut gerakan kepala bayi kearah bawah untuk melabirkan bahu depan dan kearah atas untuk melabirkan bahu belakang.
23	Setelah kedua bahu lahir, pindahkan tangan ke bawah leher untuk menyagga kepala bayi dan tangan bayi tangan kiri penelusuran dan memegang siku bagian atas.
24	Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan berbajut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki, pegang kedua mata, kaki (masukan) telunjuk di antara kaki dan pegang masing-masing ibu jari dan jari-jari lainnya.
G	ASUHAN BAYI BARU LAHIR
25	Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang

	memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.
26	Segera keringkan dan menutup kepala bayi serta badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu dan bayi.
27	Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir.
28	Beritahu ibu bahwa iya akan di suntikan oksitosin
29	Dalam waktu 1 menit suntikan oksitosin di 1/3 paba bagian luar.
30	Menjempit tali pusat dengan kedua klem, klem ramlang berjarak 3 cm dari perut bayi dan klem kedua berjarak 2 cm dari klem pertama, lakukan pengurutan isi tali pusat kearah ibu sebelum melakukan klem ke dua.
31	Melindungi tali pusat dengan tangan saat memotong tali pusat.
32	Letakan bayi tertelungkup di atas perut untuk kontak kulit dan IMD.
H	MANAJEMEN AKTIF PERSALINAN KALA III
33	Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
34	Meletakkan satu tangan diatas perut ibu, tepat diatas tulang pubis dan menggunakan tangan ini untuk mempalpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
35	Uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah atas dan belakang (dorso kranial).
36	Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat kearah bawah dan kemudian kearah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil menerurkan tekanan berlawanan arah uterus.
37	Setelah plasenta tampak di depan vulva, pegang plasenta dengan kedua tangan dan putar splasenta dengan kedua tangan dan putar searah jarum jam agar selaput jarum jam agar selaput terpilih dan tidak robek.
38	Melakukan massase uterus.
39	Mencek kelengkapan plasenta dan letakkan di tempat plasenta yang telah disediakan.
40	Mengevaluasi adanya ruptur dan laserasi pada vulva dan perenium. Jika ada lakukan penjahitan.
I	ASUHAN PASCA PERSALINAN

41	Menilai ulang uterus dan memastikan berkontraksi dengan baik.
42	Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkan dengan kain yang bersih dan kering.
43	Periksa uterus berkontraksi dengan baik dan kandung kemih kosong.
44	Anjarkan ibu/keluarga cara masase uterus.
45	Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
46	Memeriksa nadi ibu dan memastikan keadaan umum ibu baik.
47	Pantau keadaan bayi dan pastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit).
48	Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
49	Membuang bahan-bahn yang telah terkontaminasi kedalam bak sampah yang sesuai.
50	Membersihkan ibu dengan air DTT, kemudian membantu ibu memasang pakaian.
51	Memastikan ibu dalam keadaan nyaman.
52	Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan kloril 0,5%.
53	Mencelupkan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% lepaskan secara terbalik dan rendam.
54	Mencuci tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir.
55	Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk pemeriksaan fisik bayi.
56	Dalam 1 jam pertama berikan salep mata dan vit.K di bagian paha kiri bayi.
57	Setelah 1 jam berikutnya berikan suntikan hepatitis B di paha kanan
58	Lepas sarung tanggan secara terbalik dan rendam dalam larutan klorin selama 10 menit.
59	Cuci tangan.
	Dokumentasi
60	Lengkapi partograf.

Prawirohardjo (2013a).

2.2.12 Standar Pertolongan Persalinan

2.2.12.1 Standar 9: Asuhan persalinan kala I

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

2.2.12.2 Standar 10: Persalinan kala II yang aman

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

2.2.12.3 Standar 11: Penatalaksanaan aktif kala III

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

2.2.12.4 Standar 12: Penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi

Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala II yang lama, dan segera melakukan episiotomi yang aman untuk memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perinium (Ikatan Bidan Indonesia, 2006).

2.2.13 Gawat Janin dalam Persalinan

Denyut jantung janin (DJJ) kurang dari 100 per menit atau lebih dari 180 per menit dan air ketuban hijau kental (Saputra, 2014).

2.2.13.1 Penyebab

Gawat janin dapat terjadi dalam persalinan karena partus lama, infus oksitosin, perdarahan, infeksi, kehamilan pre dan posterm atau prolapsus tali pusat (Saputra, 2014)

2.2.13.2 Diagnosa

Diagnosis gawat janin saat persalinan didasarkan pada denyut jantung janin yang abnormal. Diagnosis lebih pasti jika disertai air ketuban hijau dan kenttal/sedikt.

a. Adapun denyut jantung janin (DJJ) abnormal.

- 1) DJJ normal, dapat melambat sewaktu his, dan segera kembali normal setelah relaksasi.
- 2) DJJ lambat (kurang dari 100 per menit), saat tidak ada his, menunjukkan adanya gawat janin.
- 3) DJJ cepat (lebih dari 180 per menit) yang disertai takikardi ibu, dapat karena ibu demam, efek obat, hipertensi atau amnionitis. Jika denyut jantung ibu normal, denyut jantung janin yang cepat sebaiknya dianggap sebagai tanda gawat janin (Saputra, 2014)

b. Mekonium

- 1) Adanya mekonium pada cairan ketuban lebih sering terlihat saat janin mencapai maturitas dan dengan sendirinya bukan merupakan tanda gawat janin. Sedikit mekonium tanpa dibarengi dengan kelainan ada denyut jantung janin merupakan suatu peringatan untuk pengawasan lebih lanjut.
- 2) Mekonium kental merupakan tanda pengeluaran mekonium pada cairan amnion yang berkurang dan merupakan indikasi perlunya persalinan yang lebih cepat dan penanganan mekonium pada saluran nafas atas neonates untuk mencegah aspirasi mekonium.
- 3) Pada persentasi sungsang, mekonium dikeluarkan pada saat persalinan akibat kompresi abdomen janin pada persalinan. Hal ini bukan merupakan tanda kegawatan kecuali jika hal ini terjadi pada awal persalinan (Saputra, 2014).

2.2.13.3 Penanganan

- a. Umum :
 - 1) Pasien dibaringkan miring ke kiri
 - 2) Berikan oksigen
 - 3) Hentikan infus oksitosin (jika sedang diberikan)
- b. Khusus : Jika DJJ diketahui tidak normal, dengan atau tanpa kontaminasi mekonium pada cairan amnion, lakukan hal seperti berikut.
 - 1) Jika sebab dari ibu diketahui (seperti demam, obat-obatan) mulailah penanganan yang sesuai.
 - 2) Jika sebab dari ibu tidak diketahui dan denyut jantung janin tetap abnormal sepanjang paling sedikit 3 kontraksi, lakukan pemeriksaan dalam untuk mencari penyebab gawat janin :
 - a) Jika terdapat pendarahan dengan nyeri yang hilang timbul atau menetap, pikirkan kemungkinan solusio plasenta.
 - b) Jika terdapat tanda-tanda infeksi (demam, sekret, vagina berbau tajam) berikan antibiotik untuk amnionitis.
 - c) Jika tali pusat terletak di bawah bagian bawah janin atau dalam vagina, lakukan penanganan prolaps tali pusat.
 - 3) Jika denyut jantung janin tetap abnormal atau jika terdapat tanda-tanda lain gawat janin (mekonium kental pada cairan amnion), rencanakanlah persalinan;
 - a) Jika serviks telah berdilatasi dan kepala janin tidak lebih dari 1/5 di atas simfisis pubis atau bagian teratas tulang kepala janin pada stasiun 0, lakukan persalinan dengan ekstraksi vakum.
 - b) Jika serviks tidak berdilatasi penuh dan kepala janin berada lebih dari 1/5 di atas simfisis pubis

atau bagian teratas tulang kepala janin berada diatas stasiun 0, lakukan persalinan dengan seksio sesaria (Saputra, 2014)

2.2.14 Laserasi Jalan Lahir

Robekan yang terjadi pada perinium, vagina, serviks, atau uterus, dapat terjadi secara spontan maupun akibat tindakan manipulatif pada pertolongan persalinan (Nugroho, 2012).

Laserasi mengacu kepada robekan perinium, vagina atau serviks akibat peregangan jaringan selama melahirkan (Meyering, 2014).

2.2.14.1 Diagnosis

Bila perdarahan masih berlangsung meski kontraksi uterus baik dan tidak didapatkan adanya retensi plasenta maupun adanya sisa plasenta, kemungkinan telah terjadi perlukaan jalan lahir (Nugroho, 2012).

2.2.14.2 Pemeriksaan

- a. Inspeksi dengan teliti terhadap vagina, serviks.
- b. Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan menurut Meyering (2014):
 - i. Derajat satu : Mukosa vagina, komisura posterior dan kulit perineum.
 - ii. Derajat dua : Mukosa vagina, komisura posterior, dan kulit perinium serta otot perineum.
 - iii. Derajat tiga : Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perinium, dan otot perinium serta otot sfingter ani.
 - iv. Derajat empat : Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perinium, otot perinium, dan otot sfingter ani serta dinding depan rektum.

2.2.14.3 Penjahitan

- a. Sebelum merepair luka episiotomi atau laserasi, jalan lahir ditampilkan dengan jelas, bila di perlukan dapat menggunakan bantun spekulum sims.
- b. Identifikasi, apakah terdapat laserasi serviks, jika ada harus direpair terlebih dahulu.
- c. Masukkan tampon atau kasa ke puncak vagina untuk menahan perdarahan dari dalam uterus untuk sementara sehingga luka episiotomi tampak jelas.
- d. Masukkan jari kedua dan ketiga kedalam vagina dan regangkan untuk melihat batas atas (ujung) luka.
- e. Jahit dimulai 1 cm proksimal puncak luka, luka dinding vagina di jahit kearah distal hingga batas kommissura posterior.
- f. Rekontruksi otot perinium dengan chromic cat gut 2-0.
- g. Jahit diteruskan dengan penjahitan kulit perinium (Nugroho, 2012).

2.2.14.4 Perawatan episiotomi dan laserasi

Bersihkan perinium dengan sabun atau deterjen dan air paling sedikit dua kali setiap hari dan setelah buang air besar. Periksa luka episiotomi atau perbaikan laserasi setiap hari. Lakukan pemeriksaan vagina atau rektum jika mungkin terjadi hematoma atau infeksi (Benson & Martin, 2009).

2.3 Bayi Baru Lahir

2.3.1 Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai Apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah *et al.*, 2013).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan usia kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat lahir 2.500 gram sampai 4000 gram (Depker RI, 2005 dalam Saputra, 2014).

2.3.2 Penanganan Bayi Baru Lahir

2.3.2.1 Menjaga bayi agar tetap hangat

Langkah awal dalam menjaga bayi agar tetap hangat adalah dengan menyelimuti bayi sesegera mungkin sesudah lahir, lalu tunda memandikan bayi selama setidaknya 6 jam atau sampai bayi stabil untuk mencegah hipotermia (Saputra, 2014).

Mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada bayi baru lahir, belum berfungsi sempurna. Karena itu jika tidak diupayakan dengan segera pencegahan kehilangan panas tubuh, maka bayi baru lahir dapat mengalami hipotermia. Bayi dengan hipotermia sangat beresiko mengalami kesakitan berat bahkan kematian (Johariyah & Erma, 2012).

Menurut Jnpk-Kr (2008), bayi baru lahir dapat mengalami kehilangan panas tubuhnya melalui proses konveksi, konduksi, evaporasi dan radiasi.

- a. Konduksi adalah proses hilangnya panas tubuh melalui kontak langsung dengan benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi.
- b. Konveksi adalah proses hilangnya panas melalui kontak dengan udara yang dingin disekitarnya, misalnya saat bayi berada di ruangan terbuka dimana angin secara langsung mengenai tubuhnya.
- c. Evaporasi adalah proses hilangnya panas tubuh bayi bila bayi berada dalam keadaan basah, misalnya bila bayi tidak

segera dikeringkan, setelah proses kelahirannya atau setelah mandi.

- d. Radiasi adalah proses hilangnya panas tubuh bila bayi diletakkan dekat dengan benda-benda yang lebih rendah suhunya dari suhu tubuhnya, misalnya bayi diletakkan dalam tembok yang dingin.

2.3.2.2 Bebaskan atau bersihkan jalan nafas

Saluran nafas dibersihkan dengan cara menghisap lendir yang ada di mulut dan hidung. Namun hal ini dilakukan hanya diperlukan. Tindakan ini juga dilakukan sekaligus dengan penilaian skor APGAR menit pertama (Saputra, 2014).

Bersihkan jalan nafas bayi dengan cara mengusap mukanya dengan kain atau kapas yang bersih dari lendir segera setelah kepala lahir. Jika bayi lahir bernafas spontan atau segera menangis, jangan lakukan penghisapan rutin pada jalan nafasnya (Rukiyah, 2010).

2.3.2.3 Rangsangan taktil

Mengeringkan tubuh bayi pada dasarnya merupakan tindakan rangsangan pada bayi dan mengeringkan tubuh bayi cukup merangsang upaya bernafas (Jnpk-Kr, 2008).

2.3.2.4 Mengeringkan tubuh bayi

Tubuh bayi di dari cairan ketuban dengan menggunakan air atau handuk yang bersih, kering dan halus. Mengeringkan tubuh bayi juga merupakan tindakan stimulasi (Saputra, 2014).

2.3.2.5 Memotong dan mengikat tali pusat

Ketika memotong dan mengikat tali pusat, teknik aseptik dan antiseptik harus diperhatikan (Saputra, 2014).

2.3.2.6 Melakukan inisiasi menyusui dini (IMD)

Perinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan diteruskan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan (Saputra, 2014).

2.3.2.7 Memberikan identitas diri

Dengan membuat dan memeriksa catatan mengenai jam dan tanggal kelahiran bayi, jenis kelamin dan pemeriksaan tentang cacat bawaan. Selain itu identifikasi dilakukan dengan memasang gelang identitas pada bayi dan gelang ini tidak boleh lepas sampai penyerahan bayi (Manuaba *et al.*, 2010).

2.3.2.8 Memberikan suntikan vitamin K₁

Pemberian K₁ diberikan secara injeksi IM setelah kontak kulit ke kulit dan bayi selesai menyusu untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dialami sebagian BBL (Prawirohardjo, 2013b).

2.3.2.9 Memberikan salep mata

Berikan tetes mata atau salep mata antibiotik 2 jam pertama setelah proses kelahiran. Pencegahan infeksi tersebut menggunakan antibiotika eritromisin 1%. Salep antibiotika harus tepat diberikan pada waktu satu jam setelah kelahiran (Johariyah & Erma, 2012).

2.3.2.10 Memberikan imunisasi

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan melalui ibu kepada bayi. Imunisasi ini diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K₁, pada saat bayi baru berumur 2 jam (Jnpk-Kr, 2008)

Terdapat 2 jadwal pemberian imunisasi hepatitis B, jadwal pertama imunisasi hepatitis B sebanyak 3 kali, yaitu usia 0 (segera setelah lahir), 1 dan 6 bulan. Jadwal kedua imunisasi hepatitis B sebanyak 4 kali, yaitu usia 0, dan DPT + hepatitis B pada 2,3 dan 4 bulan usia bayi (Johariyah & Erma, 2012).

2.3.3 Penilaian Bayi Baru Lahir

Menurut Manuaba *et al.* (2010), penilaian bayi baru lahir dilakukan dengan menggunakan sistem penilaian Apgar. Dalam melakukan pertolongan persalinan merupakan kewajiban untuk melakukan: Pencatatan (jam dan tanggal kelahiran, jenis kelamin bayi, pemeriksaan tentang cacat bawaan). Identifikasi bayi (rawat gabung, identifikasi sangat penting untuk menghindari bayi tertukar, gelang identitas tidak boleh dilepaskan sampai penyerahan bayi). Pemeriksaan ulang setelah 24 jam pertama sangat penting dengan pertimbangan pemeriksaan saat lahir belum sempurna.

2.3.4 Tanda-Tanda Bayi Normal

Menurut Rukiyah *et al.* (2013), bayi baru lahir dikatakan normal jika mempunyai beberapa tanda antara lain *appearance color* (warna kulit), seluruh kulit kemerah-merahan, *pulse (heart rate)* atau frekuensi jantung >100 kali/ menit, (reaksi rangsangan), menangis, batuk/ bersin, *activity* (tonus otot), gerakan aktif, *respiration* (usaha nafas), bayi manangis kuat.

Tabel 2.9 Apgar Skor

Tampilan		0	1	2
A	<i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah- merahan
P	<i>Pulse rate</i> (frekuensi nadi)	Tidak ada	Kurang dari 100 x/menit	Lebih dari 100 x/menit
G	<i>Grimace</i> (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerak mimik, menyeringai	Batuk dan bersin
A	<i>Activity</i>	Tidak ada	Ekstremitas	Gerakan aktif

	(tonus otot)		dalam sedikit fleksi	
R	<i>Respiration</i> (pernafasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik/menangis kuat

Mochtar (2011).

Keterangan:

- 1) Asfiksia berat : Jumlah nilai 0 sampai 3
- 2) Asfiksia sedang : Jumlah nilai 4 sampai 6
- 3) *Vigorous baby* : Jumlah nilai 7 sampai 10

2.3.5 Asuhan Bayi Baru Lahir

2.3.5.1 Pencegahan infeksi

BBL sangat rentan terhadap infeksi mikroorganisme yang terkontaminasi selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Oleh karena itu dalam asuhan BBL pastikan tangan, semua peralatan dan pakaian dalam keadaan bersih (Jnpk-Kr, 2008).

2.3.5.2 Penilaian segera setelah lahir

Penilaian meliputi apakah bayi cukup bulan, apakah air ketuban jernih dan tidak bercampur mekonium, apakah bayi menangis atau bernafas, apakah tonus otot bayi baik.

Penilaian yang cepat merupakan keharusan dalam beberapa detik pertama setelah lahir ketika tali pusat diklem, tonus otot dan aktivitas dapat dinilai bahkan sebelum pelahiran tubuh secara lengkap (Benson & Martin, 2009).

2.3.5.3 Pencegahan kehilangan panas

BBL dapat mengalami kehilangan panas tubuhnya melalui proses konduksi, konveksi, evaporasi dan radiasi. Segera setelah bayi lahir upayakan untuk mencegah hilangnya panas dari tubuh bayi, hal ini dapat dilakukan dengan cara

mengeringkan tubuh bayi, selimuti bayi terutama bagian kepala dengan kain yang kering, jangan mandikan bayi sebelum suhu tubuhnya stabil, yaitu 6 jam setelah bayi lahir, lingkungan yang hangat (Jnpk-Kr, 2008).

2.3.5.4 Asuhan tali pusat

Setelah tali pusat dipotong dan diikat, biarkan tali pusat tetap dalam keadaan terbuka tanpa membungkus, mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat. Mengoleskan alkohol atau povidoniodin masih diperbolehkan, tetapi tidak dikompreskan karena akan menyebabkan tali pusat basah dan lembab. Jika tali pusat basah atau kotor bersihkan menggunakan air DTT dan sabun kemudian segera dikeringkan dengan kain atau handuk bersih. Apabila tali pusat berdarah, bernanah, kemerahan yang meluas dan berbau maka segera ke pelayanan kesehatan untuk segera ditangani (Johariyah & Erma, 2012).

Tali pusat lepas dari bayi bisa terjadi setiap waktu dari 3 hari sampai 2 minggu setelah lahir, bila pusat mengalami infeksi, pusat akan sangat merah dan bengkak serta ada pengeluaran sekret (Abrahams, 2014).

2.3.5.5 Inisiasi Menyusui Dini (IMD)

Bayi harus mendapatkan kontak kulit dengan kulit ibunya segera setelah lahir selama kurang lebih 1 jam. Bayi harus menggunakan naluri alamiahnya untuk melakukan IMD. Manfaat IMD bagi bayi adalah membantu stabilitas pernapasan, mengendalikan suhu tubuh bayi lebih baik dibandingkan dengan inkubator, menjaga kolonisasi kuman yang aman dan mencegah infeksi nosokomial (Prawirohardjo, 2013b).

2.3.5.6 ASI Eksklusif

Menyusui (*Breast-feeding*) memberikan sang bayi makanan melalui kecupan keputing susu sang ibu kandung pasca kelahiran. Definisi menyusui inilah yang dikategorikan sebagai ASI eksklusif. Menyusui tanpa melalui puting susu ibu kandung bagi si bayi tidak dikategorikan menyusui dan tidak dikategorikan ASI Eksklusif (Sitepoe, 2013).

Asi eksklusif adalah pemberian ASI selama 6 bulan tanpa diberikan maknan atau minuman lain sebagai pendamping ASI (Prawirohardjo, 2013b).

2.3.5.7 Pencegahan infeksi mata

Pencegahan infeksi tersebut menggunakan antibiotika eritromisin 1%. Salep antibiotika harus tepat diberikan pada waktu satu jam setelah kelahiran (Johariyah & Erma, 2012).

2.3.5.8 Pemeriksaan BBL

Pemeriksaan BBL dapat dilakukan 1 jam setelah kontak kulit ke kulit. Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan antropometri dan pemeriksaan di ulang setelah 24 jam (Abrahams, 2014).

2.3.6 Tanda Bahaya Pada Bayi

Sesak nafas, frekuensi pernafasan 60 kali/ menit, gerak retraksi di dada, malas minum (menyusu), panas atau suhu tubuh badan bayi rendah, sianosis sentral (lidah biru), perut kembung, periode apnu, kejang/periode kejang-kejang kecil, merintih, perdarahan tali pusat, sangat kuning (Prawirohardjo, 2011).

Tanda bahaya pada bayi baru lahir menurut Saputra (2014) antara lain sebagai berikut:

2.3.6.1 Tidak mau minum atau banyak muntah

2.3.6.2 Kejang

2.3.6.3 Bergerah hanya jika dirangsang

2.3.6.4 Mengantuk berlebihan, lemas, lunglai

2.3.6.5 Nafas cepat (>60 kali/ menit)

2.3.6.6 Nafas lambat (<30 kali/menit)

2.3.6.7 Tarikan dinding dada kedalam yang sangat kuat

2.3.6.8 Merintih

2.3.6.9 Demam

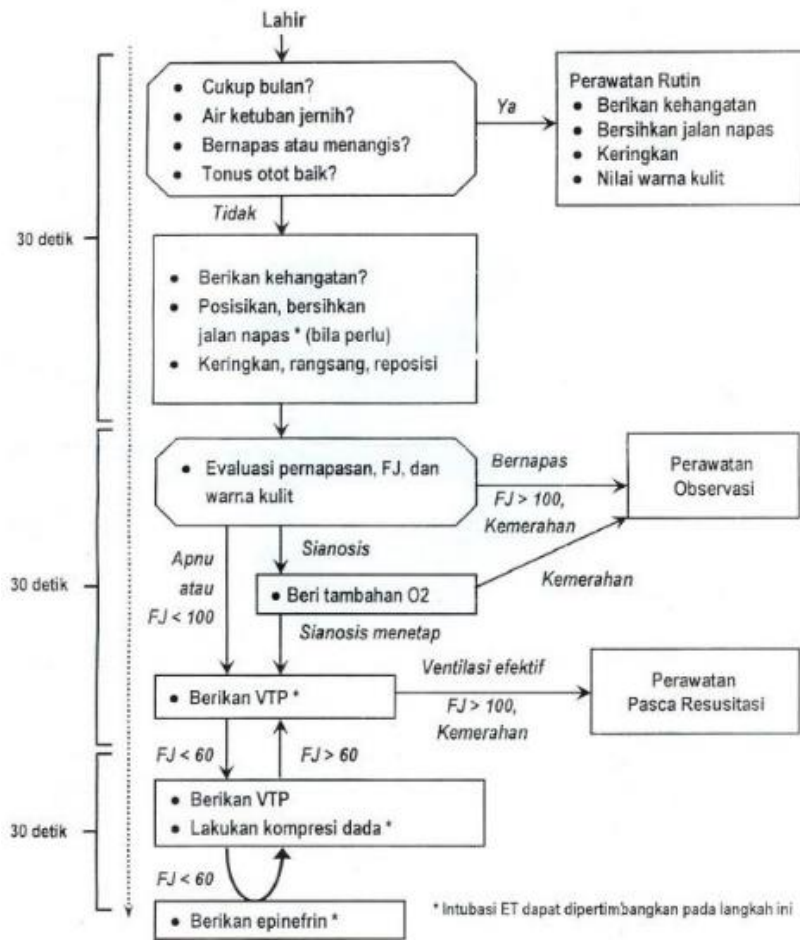
2.3.7 Penatalaksanaan Resusitasi

Sekitar 10% bayi baru lahir memerlukan bantuan resusitasi aktif untuk memulai pernafasan saat lahir. Saat bayi mengalami asfiksia, sebelum atau sesudah proses kelahiran, bayi akan menunjukkan tanda dan gejala yang jelas dan akan berakhir pada apne primer atau skunder. Kekurangan oksigen tahap awal akan mengakibatkan bayi bernafas cepat sebagai kompensasi sementara. Jika keadaan ini terus berlangsung, frekuensi pernapasan bayi lambat laun akan menurun dan bayi akan mengalami henti napas atau apne yang dikenal dengan istilah apne primer. Hal ini disertai dengan penurunan denyut jantung dan holangnya tonus neuromuskular (Leveno, 2016).

2.3.7.1 Persiapan resusitasi bayi baru lahir

- a. Berikan penjelasan kepada ibu dan keluarga tentang kemungkinan diperlukannya tindakan resusitasi.
- b. Persiapan alat, bahan dan tempat yang akan digunakan untuk resusitasi. Sebaiknya alat, bahan dan tempat sudah dipersiapkan ketika ibu mulai bersalin (Saputra, 2014).

2.3.7.2 Tindakan resusitasi pada bayi baru lahir



Gambar 2.1 Gambar Umum Resusitasi

2.3.8 Tidakan Setelah Resusitasi menurut Saputra (2014).

2.3.8.1 Pemantauan pasca resusitasi

2.3.8.2 Dekontaminasi peralatan

2.3.8.3 Membuat catatan resusitasi

2.3.8.4 Konseling pada keluarga

2.3.9 Pemantauan Pasca Resusitasi menurut Saputra (2014).

Bayi harus dipantau secara khusus:

2.3.9.1 Bukan dirawat secara rawat gabung.

2.3.9.2 Pantau tanda-tanda vital.

2.3.9.3 Jaga bayi agar tetap hangat

2.3.9.4 Bila tersedia alat, periksa kadar gula darah dan berikan injeksi vitamin K1.

2.3.9.5 Perhatian khusus diberikan pada waktu malam hari.

2.3.10 Kunjungan Neonatus

Tabel 2.10 Kunjungan Neonatus (KN)

Kunjungan	Penatalaksanaan
KN I dilakukan dalam kurun waktu 6-48 jam setelah bayi lahir.	1. Mempertahankan suhu tubuh bayi. 2. Pemeriksaan fisik bayi. 3. Tempatkan di tempat yang hangat dan bersih. 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan fisik bayi. 5. Memberikan imunisasi HB0
KN 2 dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah lahir.	1. Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering. 2. Menjaga kebersihan bayi. 3. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan masalah pemberian ASI. 4. Memberikan ASI bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam pada 2 minggu pertama pasca persalinan. 5. Menjaga keamanan dan kehangatan bayi. 6. Konseling terhadap ibu dan bayi dalam pemberian ASI eksklusif.
KN ke-3 dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai hari ke-28 setelah lahir.	1. Pemeriksaan fisik. 2. Menjaga kebersihan bayi. 3. Memberitahu ibu mengenai tanda-tanda bahaya bayi baru lahir. 4. Menjaga keamanan.

	5. Menjaga suhu tubuh bayi. 6. Memberitahu ibu tentang imunisasi BCG.
--	--

Saputra (2014).

2.3.11 Standar Penanganan Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatal menurut Yanti & Sundari (2010).

2.3.11.1 Standar 16: Penanganan Perdarahan dalam Kehamilan pada Trimester Ketiga

Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala perdarahan pada kehamilan serta melakukan pertolongan pertama dan merujuknya.

2.3.11.2 Standar 17: Penanganan Kegawatan dan Eklampsia

Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala eklampsia mengancam serta merujuk dan memberikan pertolongan pertama.

2.3.11.3 Standar 18: Penanganan Kegawatan pada Persalinan Lama atau Macet

Bidan mengenali secara tepat tanda dan gejala persalinan lama/macet serta melakukan penanganan yang memadai dan tepat waktu atau merujuknya.

2.3.11.4 Standar 19: Persalinan dengan Menggunakan Vakum Ekstraktor

Bidan mengenali kapan diperlukan ekstraksi vakum, melakukannya secara benar dalam memberikan pertolongan persalinan dengan memastikan keamanannya bagi ibu dan janin.

2.3.11.5 Standar 20: Penanganan Retensio Plasenta

Bidan mampu mengenali retensio plasenta dan memberikan pertolongan pertama termasuk plasenta manual dan penanganan perdarahan, sesuai dengan kebutuhan.

2.3.11.6 Standar 21: Penanganan Perdarahan Pasca Persalinan Primer

Bidan mampu mengenali perdarahan yang berlebihan dalam 24 jam pertama setelah persalinan (perdarahan pasca persalinan primer) dan segera melakukan pertolongan pertama untuk mengendalikan perdarahan.

2.3.11.7 Standar 22: Penanganan Perdarahan Pasca Persalinan Sekunder

Bidan mampu mengenali secara tepat dan dini tanda serta gejala perdarahan pasca persalinan sekunder dan melakukan pertolongan pertama untuk menyelamatkan jiwa ibu atau merujuknya.

2.3.11.8 Standar 23: Penanganan Sepsis Puerperalis

Bidan mampu mengamati secara tepat tanda dan gejala sepsis puerperalis serta melakukan pertolongan pertama atau merujuknya.

2.3.11.9 Standar 24: Penanganan Asfiksia Neonatorum

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

2.4 Nifas

2.4.1 Pengertian

Masa nifas (purperium) di mulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira selama 6 minggu (Prawirohardjo, 2013a).

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang dari 6 minggu. Asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan kepada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil (Salehah, 2009).

Masa nifas merupakan masa dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti semula sebelum hamil, yang berlangsung selama 6-8 minggu atau dalam agama islam di sebut 40 hari (Mochtar, 2012). Secara garis besar terdapat tiga peroses penting dimasa nifas yaitu sebagai berikut.

2.4.1.1 Pengecilan rahim atau involusi

Rahim adalah organ tubuh yang spesifik dan unik karena dapat mengecil dan membesar dengan menambah atau mengurangi jumlah selnya. Pada wanita yang tidak hamil, berat rahim sekitar 30 gram dengan ukuran sebesar kurang lebih telur ayam. Selama kehamilan, rahim makin lama akan makin membesar. Setelah lahir bayi umumnya berat rahim menjadi sekitar 1000 gram dan dapat diraba kira-kira sekitar dua jari dibawah umbilikus. Setelah satu minggu kemudian beratnya berkurang jadi sekitar 500 gram. Setelah dua minggu beratnya sekitar 300 gram dan tidak dapat diraba lagi (Salehah, 2009).

2.4.1.2 Kekentalan darah (Hemokonsentrasi) kembali normal

Selama hamil darah ibu relatif encer, karena cairan darah ibu banyak sementara sel darahnya berkurang. Bila dilakukan pemeriksaan HB akan tampak sedikit menurun dari angka normalnya sekitar 11-12 gr%. Oleh karena itu, selama hamil ibu perlu diberi obat-obatan penambah darah, sehingga sel-sel darahnya bertambah dan konsentrasi darah kembali normal.

Umumnya hal ini terjadi pada hari ketiga sampai ke limabelas pascapersalinan (Salehah, 2009).

Sebaian wanita dengan nilai darah normal selama hamil dan perdarahan saat persalinan yang sedang-sedang saja menunjukkan *polisitemia relatif* selama minggu kedua post partum. Suplemen besi tidak diperlukan untuk wanita yang tidak menyusui setelah persalinan dalam keadaan normal, jika kadar hematokrit atau hemoglobin 5 hari setelah persalinan hampir sama dengan nilai normal sebelum persalinan (Benson & Martin, 2009).

2.4.1.3 Proses laktasi atau menyusui

Proses ini timbul setelah plasenta atau ari-ari lepas. Plasenta mengandung hormon penghambat prolaktin (hormon plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas hormon plasenta itu tidak dihasilkan lagi, sehingga terjadi produksi laktasi. ASI keluar 2-3 hari setelah melahirkan, namun sebelumnya *colostrum* dipayudara sudah terbentuk (Salehah, 2009).

Laktasi dimulai sekitar 48-72 jam setelah melahirkan, dengan pembesaran payudara yang mendadak. Namun, bayi dapat mulai menyusu hampir segera setelah bayi lahir (Benson & Martin, 2009).

2.4.2 Tujuan Masa Nifas

Tujuan pemberian asuhan kebidanan pada masa nifas menurut Salehah, (2009) adalah sebagai berikut.

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

2.4.2.2 Mendeteksi masalah, mengobati dan merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.

- 2.4.2.3 Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, Kb, cara dan manfaat menyusui, imunisasi serta perawatan bayi sehari-hari.
- 2.4.2.4 Memberikan pelayanan KB.

2.4.3 Peran Bidan pada Masa Nifas

Peran bidan pada masa nifas menurut Salehah (2009) adalah sebagai berikut.

- 2.4.3.1 Memberikan dukungan terus menerus selama masa nifas yang baik dan sesuai dengan kebutuhan ibu agar mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama persalinan dan nifas.
- 2.4.3.2 Sebagai promotor hubungan yang erat antar ibu dan bayi secara fisik dan psikologis.
- 2.4.3.3 Mengkondisikan ibu untuk menyusui bayinya dengan cara meningkatkan rasa nyaman.

2.4.4 Etiologi

Dalam masa nifas alat-alat genetalian internal maupun eksternal akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan-perubahan alat genetalia ini dalam keseluruhannya disebut involusi (Winknjosastro, 2010).

Setelah bayi lahir, uterus yang selama persalinan mengalami kontraksi dan retraksi akan menjadi keras. Sehingga dapat menutup pembuluh darah besar yang bermuara pada bekas implantasi plasenta. Otot rahim terdiri dari tiga lapisan dan membentuk seperti anyaman sehingga

pembuluh darah dapat tertutup sempurna dengan demikian terhindar dari perdarahan post partum (Manuaba, 2008).

2.4.5 Tahapan Masa Nifas

Tahapan yang terjadi pada masa nifas menurut Salehah (2009) adalah sebagai berikut.

2.4.5.1 Puerperium dini

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering banyak terdapat masalah, misalnya karena antonia uteri. Oleh karena itu, bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lokea, tekanan darah, dan suhu.

2.4.5.2 Puerperium intermedial (24 jam-1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lokea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

2.4.5.3 Remote puerperium (1 minggu-5 minggu)

Pada priode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

2.4.6 Perubahan/ Involusi Alat-alat Kandungan

Menurut Mochtar (2011), selama masa nifas, alat-alat internal maupun eksternal berangsur-angsur kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genetalia ini disebut involusi.

Pada masa ini terjadi juga perubahan penting lainnya, perubahan-perubahan yang terjadi antara lain sebagai berikut.

2.4.6.1 Uterus

Secara berangsur-angsur menjadi kecil (berinvolusi) hingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

2.4.6.2 Bekas implantasi uteri

Placental bed mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. Sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu keenam 2,4 cm, dan akhirnya pulih.

2.4.6.3 Luka-luka

Pada jalan lahir jika tidak disertai dengan infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari.

2.4.6.4 Rasa nyeri

Dapat di sebut *After pains*, (merian atau mules-mules) disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pasca persalinan. Perlu diberi pengertian pada ibu mengenai hal tersebut dan jika terlalu mengganggu, dapat diberikan obat-obatan anti nyeri dan anti mules.

2.4.6.5 Lokea

- a. *Lokea rubra (cruenta)* : berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari pasca persalinan.
- b. *Lokea sanguinolenta* : berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir, hari ke 3-7 pascapersalinan.
- c. *Lokea serosa* : berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi pada hari ke 7-14 pascapersalinan.
- d. *Lokea alba* : cairan putih selama 2 minggu.
- e. *Lokea purulenta* : terjadi infeksi keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- f. *Lokiostasis* : lokea tidak lancar keluarnya.

2.4.6.6 Serviks

Setelah persalinan bentuk serviks agak menganga seperti corong, berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak,

kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir tangan masih bisa dimasukan kedalam rongga rahim, setelah 2 jam dapat dilalui oleh 2-3 jari, dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui oleh 1 jari.

2.4.6.7 Ligamen-ligamen

Ligamen, fascia, dan diafragma pelvik yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir secara berangsur-angsur akan segera pulih kembali. Akibatnya tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotudum menjadi kendor.

Tabel 2.11 Tinggi Fundus Uteri dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi.

Involusi	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Mochtar (2011).

2.4.7 Proses Adaptasi Psikologis Ibu pada Masa Nifas

Proses adaptasi psikologis ibu pada masa nifas menurut Nugroho *et al.* (2012), yang terjadi pada tiga tahap berikut ini:

2.4.7.1 *Taking in period*

Terjadi pada 1-2 hari setelah persalinan, ibu masih pasif dan sangat bergantung pada orang lain, fokus memperhatikan terhadap tubuhnya. Ibu lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami, serta kebutuhan tidur dan nafsu makan meningkat.

2.4.7.2 *Taking hold period*

Berlangsung 3-4 hari postpartum, ibu lebih berkonsentrasi terhadap kemampuannya dalam menerima tanggung jawab semuanya terhadap perawatan bayi. Pada masa ini ibu menjadi sangat sensitif, sehingga membutuhkan dorongan dan bimbingan perawatan untuk mengatasi kesulitan yang dialami ibu.

2.4.7.3 *Letting go period*

Dialami setelah ibu dan bayi sampai dirumah, ibu mulai secara penuh menerima tanggung jawab sebagai seorang ibu dan menyadari atau merasa kebutuhan bayinya sangat bergantung pada dirinya.

Depresi postpartum sering terjadi pada masa ini, menurut para ahli mereka didiagnosis menderita depresi postpartum. Depresi merupakan gangguan afeksi yang paling sering dijumpai pada masa postpartum (Nugroho *et al.*, 2012).

Tanda dan gejala yang mungkin diperlihatkan pada penderita postpartum adalah sebagai berikut.

- a. Perasaan sedih dan kecewa.
- b. Sering menagis.
- c. Merasa gelisah dan cemas.
- d. Kehilangan ketertarikan pada hal-hal yang menyenangkan.
- e. Nafsu makan menurun.
- f. Kehilangan energi dan motivasi untuk melakukan sesuatu.
- g. Tidak bisa tidur.
- h. Perasaan bersalah dan putus harapan.
- i. Penurunan atau peningkatan berat badan yang tidak dapat dijelaskan.
- j. Memperlihatkan penurunan keinginan untuk merawat bayinya (Nugroho *et al.*, 2012)

2.4.8 Kebutuhan Dasar Ibu pada Masa Nifas.

2.4.8.1 Nutrisi dan cairan

Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan dan gizi menurut Astuti (2015) sebagai berikut.

- a. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- b. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
- c. Minum sedikitnya 3 liter setiap hari.
- d. Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pascapersalinaan.
- e. Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

Tabel 2.12 Jadwal Pemberian Suplementasi Vitamin A pada Ibu Nifas

Sasaran	Dosis	Frekuensi
Bayi 6-11 bulan	Kapsul Biru (100.000 SI)	1 kali
Anak balita 12-59 bulan	Kapsul Merah (200.000SI)	2 kali
Ibu nifas (0-42hari)	Kapsul Merah (200.000SI)	2 kali

Panduan Manajemen Suplementasi Vitamin A (2009)

2.4.8.2 Ambulasi

Sekarang tidak perlu lagi menahan ibu postpartum terlentang di tempat tidur selama 7-14 hari setelah melahirkan. Ibu postpartum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam postpartum (Nugroho *et al.*, 2012)

Keuntungan ambulasi dini menurut Heryani (2012), yaitu:

- a. Ibu merasa lebih baik, lebih sehat dan lebih kuat.

- b. Fungsi usus, sirkulasi, paru-paru dan perkemihan lebih baik.
- c. Memungkinkan untuk mengajarkan perawatan bayi pada ibu.
- d. Mencegah trombosis pada pembuluh tungkai.
- e. Sesuai dengan keadaan indonesia.

2.4.8.3 Eliminasi

a. Buang air kecil

Ibu diminta untuk buang air kecil 6 jam postpartum. Jika dalam 8 jam postpartum belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterisasi. Akan tetapi kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu 8 jam untuk kateterisasi.

b. Buang air besar

Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar (defekasi) setelah hari kedua postpartum. Jika hari ketiga belum juga BAB, maka perlu diberikan obat pencahar per oral atau per rektal (Astuti & Tina, 2015).

2.4.8.4 Personal hygiene

Pada masa postpartum, seorang ibu sangat rentan terhadap inspeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi (Heryani, 2012).

2.4.8.5 Istirahat dan tidur

Hal-hal yang bisa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur menurut Astuti & Tina (2015) adalah sebagai berikut.

- a. Anjurkan ibu untuk istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- b. Sarankan ibu untuk melakukan kegiatan-kegiatan rumah secara perlahan.
- c. Kurang istirahat akan mempengaruhi:

- 1) Mengurangi jumlah ASI yang di produksi.
- 2) Memperlambat involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
- 3) Menyebabkan depresi dan ketidak mampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

2.4.8.6 Aktivitas seksual

Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu, dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri (Mochtar, 2012).

2.4.9 Senam Nifas

Senam nifas sering di sebut juga sebagai senam pemulihan sesudah melahirkan. Senam nifas adalah senam yang dilakukan ibu-ibu setelah melahirkan setelah keadaan tubuhnya pulih kembali (Maryunani dan Yeti, 2011a).

Alasan ibu ibu perlu melakukan senam nifas karena, otot dasar panggul meregang, otot dinding perut mengendor dan sikap serta bentuk tubuh berubah (Maryunani dan Yeti, 2011).

Senam nifas ialah senam yang bertujuan untuk mengembalikan otot-otot terutama rahim dan perut ke keadaan semula atau mendeteksi sebelum hamil (Heryani, 2012).

2.4.10 Standar Pelayanan Nifas

2.4.10.1 Standar 13: Perawatan bayi baru lahir

Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan seponatan mencegah hipoksia sekunder, menemukan kelaianan, dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai dengan kebutuhan.

2.4.10.2 Standar 14: Penanganan pada dua jam pertama setelah persalinan

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

2.4.10.3 Standar 15: Pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas

Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua dan minggu keenam setelah persalinan untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar, penemuan dini penanganan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas (Ikatan Bidan Indonesia, 2006).

2.4.11 Kunjungan Masa Nifas dan Asuhan yang Di Berikan

Tabel 2.13 Asuhan yang Diberikan Sewaktu Melakukan Kunjungan

Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6-8 jam post partum	Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena antonia uteri.
		Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan jika perdarahan berlanjut.
		Pemberian ASI awal.
		Mengajarkan cara mempertahankan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
		Menjaga bayi tetap hangat untuk mencegah

		hipotermi.
		Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
II	6 hari post partum	Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri dibawah umbilikus, tidak ada pertahanan abnormal.
		Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.
		Memastikan ibu mendapatkan istirahat yang cukup.
		Memastikan ibu mendapatkan makanan yang bergizi dan cairan yang cukup.
		Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.
		Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
III	2 minggu post partum	Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
IV	6 minggu post partum	Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
		Memberikan konseling KB secara dini.

Yanti & Sundari (2012).

2.5 Keluarga Berencana (KB)

2.5.1 Pengertian

Keluarga berencana merupakan suatu program pemerintah yang di rencanakan untuk menyeimbangkan antara kebutuhan dan jumlah penduduk serta memberi jarak anak yang diinginkan (Ulfah, 2013).

Keluarga berenca adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (UU No.10 tahun 1992 dalam Yuhedi & Anik, 2014).

2.5.2 Metode Kontrasepsi Sederhana dan Alamiah.

2.5.2.1 Metode Amenorea Laktasi (MAL)

a. Pengertian

Metode MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa ada tambahan makanan atau minuman apa pun (Ulfah, 2013).

b. MAL dapat dipakai sebagai alat kontrasepsi bila:

- 1) Menyusui secara penuh, lebih efektif bila menyusui 8 kali sehari.
- 2) Belum haid.
- 3) Umur bayi kurang dari 6 bulan (Prawirohardjo, 2011).

c. Mekanisme kerja

Menunda atau menekan terjadinya ovulasi. Pada saat menyusui, hormon yang berperan adalah prolaktin dan oksitosin. Semakin sering menyusui, maka kadar prolaktin meningkat dan hormon gonadotropin melepas hormon penghambat (Manuaba *et al*, 2010).

d. Indikasi

- 1) Wanita yang menyusui secara eksklusif.

2) Ibu pasca melahirkan dan umur bayi kurang dari 6 bulan.

3) Ibu belum mendapat haid setelah melahirkan (Prawirohardjo, 2011).

e. Kontra indikasi

1) Ibu sudah mendapat haid setelah bersalin.

2) Tidak menyusui secara eksklusif.

3) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan.

4) Bekerja dan berpisah dari bayinya lebih dari 6 jam (Saifuddin *et al*, 2010).

f. Keuntungan

1) Efektifitas tinggi.

2) Segera efektif.

3) Tidak mengganggu senggama.

4) Tidak ada efek samping.

5) Tidak perlu pengawasan medik.

6) Mendapatkan kekebalan pasif.

7) Mengurangi perdarahan pasca persalinan.

8) Mrngurangi resiko anemia (Ulfah, 2013).

2.5.2.2 Metode kalender

a. Pengertian

Menghitung masa subur dengan siklus haid dan melakukan pantang berkala atau lebih dikenal dengan sistem kalender merupakan salah satu cara atau metode kontra sepsi alamidan sederhana yang dapat dikerjakan sendiri oleh pasangan suami istri dengan cara tidak melakukan senggama pada masa subur (Sulistiyawati, 2011).

b. Mekanisme kerja

Metode kalender menggunakan prinsip pantang berkala yaitu tidak melakukan hubungan pada masa subur istri. Menggunakan 3 patokan yaitu ovulasi terjadi 14 hari sebelum haid yang akan datang, sepekan dapat hidup dan membuahi selama 48 jam setelah ejakulasi dan ovum hidup 4 jam setelah ovulasi (Ulfah, 2013).

c. Teknik metode kalender

Haid hari pertama dihitung hari ke 1. Masa subur adalah hari ke 12 hingga hari ke 16 dalam siklus haid. Seorang wanita menentukan masa suburnya tidak teratur dengan:

- 1) Mengurangi 18 hari dari siklus haid terpendek, untuk menentukan awal masa suburnya.
- 2) Mengurangi 11 hari dari siklus haid terpanjang, untuk menentukan akhir dari masa suburnya (Yuhedi & Anik, 2015).

d. Keuntungan

- 1) Dapat digunakan oleh setiap wanita.
- 2) Tidak membutuhkan alat/ pemeriksaan khusus.
- 3) Tidak mengganggu saat hubungan seksual.
- 4) Menghindari risiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi.
- 5) Tidak memerlukan biaya.
- 6) Tidak memerlukan tempat pelayanan (Ulfah, 2013).

e. Kerugian

- 1) Memerlukan kerjasama yang baik antara suami dan istri.
- 2) Harus ada motivasi dan disiplin dalam menjalankannya.
- 3) Pasangan suami istri tidak melakukan hubungan setiap saat.

- 4) Pasangan suami istri harus tau masa subur dan masa tidak subur (Ulfah, 2013).

2.5.2.3 Metode suhu basal

a. Pengertian

Suatu metode yang dilakukan untuk mengukur suhu tubuh basal, menentukan masa ovulasi. Sebelum perubahan suhu basal tubuh dipertimbangkan sebagai masa ovulasi, suhu tubuh mengalami peningkatan setidaknya 0,2-0,5 °C diatas 6 kali perubahan suhu sebelumnya yang diukur (Yuhedi & Anik, 2015).

b. Efektivitas

Cukup baik dengan angka kegagalan 0,3-6,6 kehamilan per 100 wanita pertahun (Saifuddin *et al*, 2010).

c. Keuntungan

- 1) Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran pasangan terhadap masa subur.
- 2) Membantu wanita yang mengalami siklus yang tidak teratur.
- 3) Membantu menunjukan perubahan tubuh lain selain servik.
- 4) Berada dalam kendali wanita.
- 5) Dapat mencegah atau meningkatkan kehamilan (Ulfah, 2013).

d. Kerugian

- 1) Membutuhkan motivasi.
- 2) Perlu diajarkan oleh spesialis KB.
- 3) Bila suhu tubuh tidak diatur pada waktu yang sama menyebabkan ketidak akuratan suhu tubuh basal (Ulfah, 2013).

e. Teknik metode suhu basal

- 1) Umumnya digunakan thermometer khusus dengan kalibrasi yang diperbesar.
- 2) Waktu pengukuran harus pada saat yang sama setiap pagi dan setelah tidur nyenyak sekitar 3-5 jam serta masih dalam keadaan istirahat mutlak (Yuhedi & Anik, 2015).

2.5.2.4 Metode lendir serviks

a. Pengertian

Apabila siklus menstruasi tidak teratur dapat ditentukan waktu ovulasi dengan memeriksa lendir yang diproduksi oleh kelenjar-kelenjar di dinding serviks. Tepat sebelum ovulasi, lendir itu transparan, agak encer dan lebih banyak, lebih mirip jeli, setelah ovulasi lebih sedikit lendir yang keluar dan warnanya menjadi lebih keruh seperti susu.

Untuk menguji lendir, masukan jari anda kedalam vagina kemudian perlahan lahan tarik kembali keluar, dalam waktu dekat mungkin anda akan mengalami ovulasi. Maka tidak dianjurkan hubungan seksual dalam 24-72 jam berikutnya (Ulfah, 2013).

b. Keuntungan

- 1) Wanita sangat berperan penting dalam metode ini.
- 2) Memberikan kesempatan kepada pasangan menyentuh tubuhnya.
- 3) Meningkatkan kesadaran terhadap perubahan tubuhnya.
- 4) Memperkirakan lendir yang subur sehingga kehamilan dapat terjadi.
- 5) Dapat digunakan untuk mencegah kehamilan (Sulistiyawati, 2011).

c. Kerugian

- 1) Membutuhkan komitmen.

- 2) Perlu diajari oleh spesialis KB.
 - 3) Dapat membutuhkan 2-3 kali siklus untuk mempelajari metode ini.
 - 4) Infeksi vagina dapat menyulitkan identifikasi lendir yang subur.
 - 5) Melibatkan sentuhan pada tubuh yang beberapa wanita tidak menyukainya.
 - 6) Membutuhkan pantang (Prawirohardjo, 2011).
- d. Ciri-ciri lendir serviks pada berbagai fase siklus haid
- 1) Fase 1: haid hari ke 1-5, lendir dapat ada atau tidak dan tertutup oleh darah haid.
 - 2) Fase 2: pasca haid hari ke 6-10, tidak ada lendir atau hanya sedikit sekali.
 - 3) Fase 3: awal pra ovulasi hari ke 11-13, lendir keruh, putih atau liat.
 - 4) Fase 4: segera sebelum, pada saat ini sesudah ovulasi hari ke 14-17.
 - 5) Fase 5: pasca ovulasi hari ke 18-21, lendir sedikit keruh dan liat.
 - 6) Fase 6: akhir pasca ovulasi dan segera pra haid, hari 27-30, lendir jernih seperti air (Ulfah, 2013).
- e. Penyulit-penyulit
- 1) Keadaan fisiologis: sekret vagina karena rangsangan seksual.
 - 2) Keadaan patologis: infeksi vagina, serviks, penyakit-penyakit dan pemakaian obat, keadaan psikologis: stres fisik dan emosional (Manuaba, 2012).

2.5.2.5 Kondom

a. Pengertian

Kondom adalah selubung atau sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet),

plastik, atau bahan alami (hewani) yang di pasang pada penis saat hubungan seksual (Ulfah, 2013).

Kondom merupakan alat kontrasepsi yang digunakan pada alat kelamin pria yang berguna mencegah pertemuan ovum dan sperma (Yuhedi & Anik, 2015).

b. Mekanisme kerja

- 1) Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis.
- 2) Mencegah penularan mikroorganisme (IMS dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan lain (Ulfah, 2013).

c. Indikasi

- 1) Pria: penyakit genetalia, sensitivitas penis terhadap sekret vagina, dan ejakulasi dini.
- 2) Wanita: vaginitis, kontraindikasi terhadap kontrasepsi oral dan IUD, untuk membuktikan bahwa tidak ada semen yang dilepaskan didalam vagina, metode temporer.
- 3) Pasangan pria dan wanita: pengendalian dari pihak pria lebih diutamakan, senggama yang jarang, dan PMS (Ulfah, 2013).

d. Kontra indikasi

Absolut: pria dengan ereksi yang tidak baik, riwayat syok septik, tidak bertanggungjawab seksual, dan alergi terhadap karet pada patner seksual (Yuhedi & Anik, 2015).

e. Efek samping

- 1) Kondom rusak atau diperkirakan bocor.
- 2) Kondom bocor atau dicurigai ada curahan divagina saat berhubungan.

- 3) Adanya reaksi alergi.
 - 4) Mengurangi kenikmatan seksual (Yuhedi & Anik, 2015).
- f. Cara penggunaan kondom
- 1) Gunakan kondom setiap kali akan melakukan hubungan seksual.
 - 2) Agar efek kontrasepsinya lebih baik, tambahkan spermisida kedalam kondom.
 - 3) Jangan membuka kemasan dengan menggunakan gigi.
 - 4) Longgarkan sedikit bagian ujung kondom untuk menampung sperma agar tidak robek.
 - 5) Pasang kondom pada saat ereksi.
 - 6) Lepas kondom sebelum penis melembek.
 - 7) Gunakan kondom hanya sekali pakai (Ulfah, 2013).

2.5.3 Metode Kontasepsi Homonal

2.5.3.1 Pil kombinasi

a. Profil

- 1) Efektif dan reversible.
- 2) Harus diminum setiap hari.
- 3) Pada bulan-bulan pertama efek samping berupa mual dan pendarahan bercak yang tidak berbahaya dan segera akan hilang.
- 4) Efek samping serius sangat jarang terjadi.
- 5) Dapat dipakai oleh semua Ibu usia reproduksi, baik sudah mempunyai anak maupun belum.
- 6) Dapat dimulai minum setiap saat bila yakin sedang tidak hamil.
- 7) Tidak dianjurkan pada ibu menyusui.
- 8) Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat (Ulfah, 2013).

b. Jenis

1) Monofasik

Pil yang tersedia dalam 21 kemasan mengandung hormon aktif estrogen/progestin dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

2) Bifasik

Pil yang tersedia dalam 21 kemasan mengandung hormon aktif estrogen/progestin dengan 2 dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

3) Trifasik

Pil yang tersedia dalam 21 kemasan mengandung hormon aktif estrogen/progestin dengan 3 dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif (Ulfah, 2013).

c. Mekanisme Kerja

1) Menekan Ovulasi.

2) Mencegah Implantasi.

3) Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui sperma.

4) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendiri dengan efektifitas tinggi (Saifuddin *et al*, 2009).

d. Indikasi

1) Usia reproduksi.

2) Telah memiliki anak atau belum.

3) Gemuk atau kurus.

4) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektifitas tinggi.

5) Telah melahirkan dan tidak menyusui.

6) Setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif.

7) Pasca keguguran.

8) Anemia karena haid berat.

- 9) Nyeri haid hebat.
- 10) Siklus haid tidak teratur.
- 11) Riwayat kehamilan ektopik.
- 12) Kencing manis tanpa komplikasi ginjal.
- 13) Kelainan payudara jinak (Manuaba *et al.*, 2010).

e. Kontra indikasi

- 1) Hamil atau dicurigai hamil.
- 2) Menyusui eksklusif.
- 3) Pendarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya.
- 4) Hepatitis.
- 5) Perokok usia >35 tahun.
- 6) Riwayat penyakit jantung, TD >180/110 mmHg.
- 7) Riwayat kencing manis.
- 8) Kanker payudara atau dicurigai kanker payudara.
- 9) Migrain.
- 10) Tidak dapat menggunakan pil setiap hari (Yuhedi & Anik, 2015).

f. Efek Samping

- 1) Amenore (tidak ada pendarahan atau sporting).
- 2) Mual, muntah atau pusing.
- 3) Pendarahan pervaginam (Ulfah, 2013).

Perhatikan khusus untuk penggunaan pil kombinasi adalah tekanan darah tinggi

g. Cara penggunaan pil kombinasi

- 1) Memberitahu waktu mulai menggunakan pil kombinasi.
- 2) Setiap saat selagi haid.
- 3) Hari pertama sampai hari ke 7 haid.
- 4) Boleh menggunakan hari ke 8 perlu kontrasepsi lain.
- 5) Setelah melahirkan (setelah 6 bulan), pasca keguguran.

- 6) Bila berhenti menggunakan kontrasepsi injeksi dan ingin menggantikan dengan pil kombinasi, pil dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid (Ulfah, 2013).

2.5.3.2 Suntik kombinasi

a. Profil.

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Spinoat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (Cyclofem) dan 50 mg Estradiel Valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali (Ulfah, 2013)

Kontrasepsi suntik yang biasa digunakan adalah progestin yaitu Depomedroksi progesteron acetat (DMPA) dengan nama dagang Depoprovera (Yuhedi & Anik, 2015).

b. Mekanisme Kerja

- 1) Menekan Ovulasi.
- 2) Membuat lender serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu.
- 3) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu.
- 4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba (Manuaba *et al.*, 2010).

c. Keuntungan kontrasepsi

- 1) Risiko terhadap kesehatan kecil.
- 2) Tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri.
- 3) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam.
- 4) Jangka panjang.
- 5) Efek samping sangat kecil.
- 6) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik (Ulfah 2013).

Adapun keuntungan lainnya pemberiannya sederhana setiap 4 minggu, tingkat efektivitas tinggi, hubungan seks dengan suntik KB bebas dan pengawasan medis yang ringan (Manuaba *et al.*, 2010).

d. Keuntungan non kontrasepsi

- 1) Mengurangi jumlah pendarahan.
- 2) Mengurangi nyeri saat haid.
- 3) Mencegah anemia.
- 4) Khasiat pencegahan terhadap kanker ovarium dan kanker endometrium.
- 5) Mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium.
- 6) Mencegah kehamilan ektopik.
- 7) Melindungi klien dari jenis-jenis tertentu penyakit radang panggul.
- 8) Pada keadaan tertentu dapat diberikan pada perempuan usia perimenopause (Ulfah 2013).

e. Kerugian

- 1) Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, pendarahan bercak/spotting, atau pendarahan sela sampai 10 hari.
- 2) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga.
- 3) Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan klien kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan.
- 4) Efektivitasnya berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat-obatan epilepsy (Fenitoin dan Barbituat) atau obat tuberculosis (Rifampisin).

- 5) Dapat terjadi efek samping yang serius, seperti serangan jantung, stroke, bekuan darah pada paru dan otak, dan kemungkinan timbulnya tumor hati.
- 6) Penambahan berat badan.
- 7) Tidak menjamin perlindungan pada penularan PMS, hepatitis B, atau HIV/AIDS.
- 8) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian (Ulfah, 2013).

f. Indikasi

- 1) Usia reproduksi.
- 2) Telah memiliki anak, ataupun yang belum memiliki anak.
- 3) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektifitas yang tinggi.
- 4) Menyusui ASI pasca persalinan > 6 bulan.
- 5) Pasca persalinan dan tidak menyusui.
- 6) Anemia.
- 7) Nyeri haid berat.
- 8) Haid teratur.
- 9) Riwayat kehamilan ektopik.
- 10) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi (Yuhedi & Anik, 2015).

g. Kontra indikasi

- 1) Hamil atau diduga hamil.
- 2) Menyusui di bawah 6 minggu pasca persalinan.
- 3) Pendarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- 4) Penyakit hati akut (hepatitis).
- 5) Usia > 35 tahun yang merokok.
- 6) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah (< 180/110 mmhg).

- 7) Riwayat kelainan tromboemboli atau dengan DM > 20 tahun.
- 8) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain.
- 9) Keganasan payudara (Ulfah, 2013).

h. Waktu penggunaan.

- 1) Suntikan pertama dapat diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid. Tidak diperlukan kontrasepsi terbahen.
- 2) Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke 7 siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain untuk 7 hari.
- 3) Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja dapat dipastikan ibu tersebut tidak hamil. Klien tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau menggunakan kontrasepsi lain untuk 7 hari.
- 4) Bila klien pasca persalinan 6 bulan, menyusui serta belum haid, suntikan pertama dapat diberikan, asal saja dipastikan tidak hamil.
- 5) Bila pasca persalinan > 6 bulan, serta telah mendapat haid, maka suntikan pertama dapat diberikan pada siklus haid hari 1 dan 7.
- 6) Bila pasca persalinan, 6 bulan dan menyusui, jangan diberi suntikan kombinasi.
- 7) Bila pasca persalinan 3 minggu, dan tidak menyusui, suntikan kombinasi dapat diberikan.
- 8) Pasca keguguran, suntikan kombinasi dapat segera diberikan atau dalam waktu 7 hari (Manuaba *et al.*, 2010).

i. Cara penggunaan.

Suntikan kombinasi diberikan setiap bulan dengan suntikan intramuscular. Klien diminta datang setiap 4 minggu. Suntikan ulang dapat diberikan 7 hari lebih awal, dengan kemungkinan terjadi gangguan pendarahan. Dapat juga diberikan setelah 7 hari dari jadwal yang telah ditentukan, asal saja diyakini ibu tersebut tidak hamil. Tidak dibenarkan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain untuk 7 hari saja (Ulfah, 2013).

2.5.3.3 Mini pil (pil progestin)

a. Profil.

- 1) Cocok untuk perempuan menyusui yang ingin memakai pil KB.
- 2) Sangat efektif pada masa laktasi.
- 3) Dosis rendah.
- 4) Tidak menggunakan produksi ASI.
- 5) Tidak memberikan efek samping estrogen.
- 6) Efek samping utama adalah gangguan pendarahan : pendarahan bercak, atau pendarahan tidak teratur.
- 7) Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat (Ulfah, 2013).

b. Jenis Minipil

- 1) Kemasan dengan isi 35 pil: 300 µg levonogestrel atau 350 µg noretindron.
- 2) Kemasan dengan isi 28 pil: 75 µg desogestrel(Ulfah, 2013)

c. Mekanisme kerja Minipil

- 1) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat).

- 2) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit.
- 3) Mengentalkan lender serviks sehingga menghambat penetrasi sperma.
- 4) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu (Ulfah, 2013).

d. Keuntungan kontrasepsi

- 1) Sangat efektif bila digunakan secara benar.
- 2) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- 3) Tidak mempengaruhi ASI.
- 4) Kesuburan cepat kembali.
- 5) Nyaman dan mudah digunakan.
- 6) Sedikit efek samping.
- 7) Dapat dihentikan setiap saat.
- 8) Tidak mengandung estrogen (Ulfah, 2013).

e. Keuntungan non kontrasepsi

- 1) Mengurangi nyeri haid.
- 2) Mengurangi jumlah darah haid.
- 3) Menurunkan tingkat anemia.
- 4) Mencegah kanker endometrium.
- 5) Melindungi dari penyakit radang panggul.
- 6) Tidak meningkatkan pembekuan darah.
- 7) Dapat diberikan pada penderita endometrium.
- 8) Kurang menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala, dan depresi.
- 9) Dapat mengurangi keluhan premenstrual syndrome (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, nyeri pada betis, lekas marah).
- 10) Sedikit sekali mengganggu metabolisme karbohidrat sehingga relative aman diberikan pada perempuan

pengidap DM yang belum mengalami komplikasi (Ulfah, 2013).

f. Indikasi

- 1) Usia reproduksi.
- 2) Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak.
- 3) Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui.
- 4) Pasca persalinan dan tidak menyusui.
- 5) Pasca keguguran.
- 6) Perokok segala usia.
- 7) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama <180/110 mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah.
- 8) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen (Manuaba *et al.*, 2010).

g. Kontra indikasi

- 1) Hamil atau diduga hamil.
- 2) Pendarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- 3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
- 4) Menggunakan obat tuberculosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturat).
- 5) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- 6) Sering lupa menggunakan pil.
- 7) Mioma uterus.
- 8) Riwayat stroke (Yuhedi & Anik, 2015).

h. Waktu menggunakan Minipil.

- 1) Mulai hari pertama sampai hari ke-5 siklus haid. Tidak diperlukan pencegahan dengan kontrasepsi lain.
- 2) Dapat digunakan setiap saat, asal saja tidak terjadi kehamilan. Bila menggunakannya setelah hari ke-5 siklus haid, jangan melakukan hubungan seksual

selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 2 hari saja.

- 3) Bila klien tidak haid (amenorea), minipil dapat digunakan setiap saat, asal saja diyakini tidak hamil. Jangan melakukan hubungan seksual selama 2 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 2 hari saja.
- 4) Bila menyusui antara 6 minggu dan 6 bulan pasca persalinan dan tidak haid, minipil dapat dimulai setiap saat. Bila menyusui penuh, tidak memerlukan metode kontrasepsi tambahan.
- 5) Bila lebih dari 6 minggu pasca persalinan dan klien telah mendapat haid, minipil dapat dimulai pada hari 1-5 siklus haid.
- 6) Minipil dapat diberikan segera pasca keguguran.
- 7) Bila klien sebelumnya menggunakan kontrasepsi hormonal lain dan ingin menggantinya dengan minipil, minipil dapat segera diberikan, bila saja kontrasepsi sebelumnya digunakan dengan benar atau ibu tersebut sedang tidak hamil. Tidak perlu menunggu sampai datangnya haid berikutnya (Ulfah, 2013).

2.5.3.4 Suntik progestin

a. Profil.

- 1) Sangat efektif.
- 2) Aman.
- 3) Dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi.
- 4) Kembalinya kesuburan lebih lambat, rata-rata 4 bulan.
- 5) Cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI (Yuhedi & Anik, 2015).

b. Jenis.

- 1) Depo Medroksi Progesteron Asetat (Depoprovera), mengandung 150 mg DPMA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuscular (di daerah bokong).
- 2) Depo Noristeron Enantat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuscular (Ulfah, 2013).

c. Cara kerja.

- 1) Mencegah ovulasi.
- 2) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.
- 3) Menjadikan selaput lendir serviks sehingga tipis dan atrofi.
- 4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba (Manuaba *et al.*, 2010).

d. Keuntungan

- 1) Sangat efektif.
- 2) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- 3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- 4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius pada penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.
- 5) Tidak memberikan pengaruh terhadap ASI.
- 6) Sedikit efek samping.
- 7) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- 8) Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai premenopause.
- 9) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.

- 10) Menurunkan kejadian penyakit jinak pada payudara.
- 11) Mencegah beberapa penyakit-penyakit pada radng panggul.
- 12) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (Ulfah, 2013).

e. Indikasi

- 1) Usia reproduksi.
- 2) Nulipara dan yang telah memiliki anak.
- 3) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi.
- 4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
- 5) Setelah melahirkan.
- 6) Setelah abortus dan keguguran.
- 7) Telah memiliki banyak anak tetapi tidak menginginkan tubektomi.
- 8) Tekanan darah $<180/110$ mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit.
- 9) Sering lupa mnggunakan pil kontrasepsi (Ulfah, 2013).

f. Kontra indikasi

- 1) Hamil atau dicurigai hamil.
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- 3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea.
- 4) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- 5) DM disertai komplikasi (Manuaba *et al.*, 2010).

g. Waktu mulai menggunakan

- 1) Setiap saat selama siklus haid, asal ibu tersebut tidak hamil.
- 2) Mulai hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid.
- 3) Pada ibu yang tidak haid, injeksi pertama dapat diberikan setiap hari, asalkan ibu tersebut tidak hamil.

Selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

- 4) Ibu yang menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin mengganti dengan kontrasepsi suntikan (Yuhedi & Anik, 2015).

2.5.3.5 Implan (alat kontrasepsi dibawah kulit)

a. Profil

- 1) Efektif 5 tahun untuk Norplan, 3 tahun untuk Jedena, Indoplan dan Implanon.
- 2) Nyaman.
- 3) Dapat dipakai oleh ibu dalam semua usia reproduksi.
- 4) Pemasang dan pencabutan perlu perhatian.
- 5) Kesuburan cepat kembali setelah implan dicabut.
- 6) Aman dipakai pada masa laktasi (Ulfah, 2013).

b. Mekanisme kerja

- 1) Lendir serviks menjadi kental.
- 2) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.
- 3) Menekan ovulasi (Manuaba *et al.*, 2010).

c. Indikasi

- 1) Usia reproduksi.
- 2) Telah memiliki anak atau belum.
- 3) Mencegah kehamilan jangka panjang.
- 4) Post partum dan tidak menyusui.
- 5) Pasca keguguran
- 6) Tidak hipertensi (Ulfah, 2013).

d. Kontra indikasi

- 1) Hamil atau diduga hamil.
- 2) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya.
- 3) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara.

- 4) Mioma uterus dan kanker payudara (Ulfah, 2013)
- e. Efek samping
 - 1) Amenorea
 - 2) Perdarahan bercak.
 - 3) Ekspulsi.
 - 4) Infeksi pada daerah insersi
 - 5) Berat badan naik/ turun (Manuaba *et al.*, 2010).

2.5.3.6 Alat kontrasepsi dalam rahim

- a. Profil
 - 1) Sangat efektif dan berjangka panjang.
 - 2) Haid menjadi lebih lama dan banyak
 - 3) Pemasangan dan pencabutan membutuhkan pelatihan.
 - 4) Dapat dipakai oleh semua wanita usia reproduksi (Ulfah, 2013).
- b. Mekanisme kerja
 - 1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ketuba falopi.
 - 2) Mempengaruhi fasilitas sebelum ovum mencapai kavum uteri.
 - 3) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (Ulfah, 2013).

Adapun mekanisme kerja AKDR menimbulkan perubahan pengeluaran cairan, prostaglandin, yang menghalangi kapasitas spermatozoa (Manuaba *et al.*, 2010).

- c. Indikasi
 - 1) Usia reproduksi.
 - 2) Keadaan nulipara.
 - 3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang.
 - 4) Menyusui.
 - 5) Setelah mengalami abortus.

- 6) Resiko rendah dari IMS (Yuhedi & Anik, 2015)
- d. Kontra indikasi
 - 1) Sedang hamil atau diduga hamil.
 - 2) Perdarahan pervaginam.
 - 3) Sedang menderita infeksi genetalia.
 - 4) Kelainan bawaan uterus yang abnormal.
 - 5) Diketahui menderita TBC pelvik.
 - 6) Kanker alat genetalia (Ulfah, 2013).
 - e. Efek samping
 - 1) Amenorea.
 - 2) Kejang.
 - 3) Perdarahan vaginam yang hebat dan tidak teratur.
 - 4) Benang yang hilang (Yuhedi & Anik, 2015).
 - f. Waktu penggunaan
 - 1) Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan tidak hamil.
 - 2) Hari pertama sampai ke-7 siklus haid.
 - 3) Segera setelah melahirkan.
 - 4) Setelah abortus (Ulfah, 2013).