

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Asuhan Kebidanan Komprehensif

2.1.1 Pengertian asuhan kebidanan komprehensif

Asuhan Kebidanan Komprehensif adalah suatu upaya untuk pelayanan kebidanan yang diberikan kepada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, masa nifas dan keluarga berencana untuk upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan kebidanan. Maka diperlukan pelayanan kebidanan secara promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative secara menyeluruh (Saifudin, 2009).

2.1.2 Tujuan asuhan kebidanan komprehensif

Melaksanakan pendekatan manajemen kebidanan pada kasus kehamilan dan persalinan, sehingga dapat menurunkan angka kesakitan ibu dan anak (Saifudin, 2009).

2.1.3 Manfaat asuhan kebidanan komprehensif

Menurut Saifudin (2009) menyatakan bahwa, manfaat kebidanan komprehensif adalah untuk menambah dan meningkatkan pengetahuan tentang kehamilan, persalinan, nifas, BBL dan KB serta betapa pentingnya kehamilan, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, serta meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya ibu dan bayi dan juga diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi dan informasi pelayanan kesehatan atau kasus yang terjadi

2.2 Kehamilan

2.2.1 Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional di dalam buku Prawirohardjo (2016), kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40)

Menurut Indrayani (2011) kehamilan adalah suatu hal yang fisiologis atau alamiah, sebelum memberikan asuhan kehamilan hendaknya seorang bidan harus mengetahui konsep dasar asuhan kehamilan sehingga bidan dapat memberikan asuhan yang sesuai dengan standar pelayanan kebidanan dan kebutuhan pasien serta sesuai dengan *evidence based* dalam praktek kebidanan.

2.2.2 Tujuan Asuhan Kehamilan

Pemeriksaan kehamilan pada ibu hamil memiliki tujuan, diantaranya tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum dari pemeriksaan kehamilan adalah menyiapkan seoptimal mungkin fisik, mental ibu dan janin selama dalam masa kehamilan berlangsung, dengan demikian maka didapatkan ibu dan janin yang sehat. Adapun tujuan khusus dari pemeriksaan pada masa kehamilan menurut Mochtar (2012) adalah:

2.2.2.1 Mengenali dan menangani penyulit-penyulit yang mungkin dijumpai dalam masa kehamilan.

2.2.2.2 Mengenali dan mengobati penyakit-penyakit yang mungkin diderita ibu sedini mungkin.

2.2.2.3 Menurunkan angka kematian dan kesakitan pada ibu dan janin.

2.2.2.4 Memberikan nasihat-nasihat tentang cara hidup sehari-hari,

dan kebutuhan pada masa kehamilan berlangsung.

2.2.3 Waktu Pemeriksaan Kehamilan

Untuk menghindari risiko komplikasi pada kehamilan dan persalinan, anjurkan setiap ibu hamil untuk melakukan kunjungan *antenatal* komprehensif yang berkualitas minimal 4 kali, termasuk minimal 1 kali kunjungan diantar suami atau pasangan atau anggota keluarga.

Kunjungan pemeriksaan antenatal pada ibu hamil sebagai berikut (Kemenkes RI, 2015):

2.2.3.1 Trimestar 1 minimal 1 kali sebelum minggu ke-16

2.2.3.2 Trimestar 2 minimal 1 kali antara minggu ke 24-28

2.2.3.3 Trimestar 3 minimal 2 kali antara minggu ke 30-32 dan minggu ke 36-38

2.2.4 Standar Pemeriksaan Kehamilan

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

2.2.4.1 Tinggi badan dan timbang berat badan

2.2.4.2 Tekanan darah

Tekanan darah normal 120/80 mmHg. Bila tekanan darah lebih besar atau sama 140/90, ada faktor risiko hipertensi dalam kehamilan

2.2.4.3 Pengukuran Tinggi Rahim

Penggunaan tinggi Rahim berguna untuk melihat pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilan

2.2.4.4 Pemberian Tablet Tambah Darah

Pemberian tablet zat besi pada ibu hamil minimal 90 tablet selama kehamilan

2.2.4.5 Penentuan Status Imunisasi Tetanus Toxoid (TT)

Oleh petugas kesehatan untuk selanjutnya bilamana diperlukan mendapatkan suntikan tetanus toksoid sesuai anjuran petugas kesehatan.

Tabel 2.1 Jadwal Pemberian Imunisasi TT

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

(Sumber : Kuswanti, 2014)

2.2.4.6 Tes atau pemeriksaan Hemoglobin (Hb)

2.2.4.7 Tes Venereal Diseases Research Laboratory (VDRL)

Tes laboratorium untuk mendeteksi penyakit menular seksual dan HIV/AIDS, sifilis.

2.2.4.8 Perawatan payudara (tekan pijat payudara)

2.2.4.9 Pemeliharaan tingkat kebugaran (senam hamil)

2.2.4.10 Temu Wicara/ konseling

2.2.4.11 Tes atau pemeriksaan urin protein

2.2.4.12 Tes atau pemeriksaan urin reduksi

2.2.4.13 Tes iodium kapsul (khusus daerah endemic gondok)

2.2.4.14 Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis malaria

2.2.5 Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

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

2.2.5.1 Nutrisi

Menganjurkan wanita hamil makan yang cukup bergizi. Kenaikan berat badan wanita hamil berkisar antara 6,5-16 kg selama kehamilan. Beberapa kebutuhan zat untuk ibu hamil yang penting yaitu :

Tabel 2.2 Nutrisi Ibu Hamil

Nutrisi	Satuan	Tidak Hamil	Hamil
Kalori	Kal	2500	2500
Protein	Gr	60	85
Calsium	Gr	0,8	1,5

Vitamin A	Si	5000	6000
Vitamin B	Mg	1,5	1,8
Vitamin C	Mg	70	100
Riboflavin	Mg	2,2	2,5
As. Nikotinat	Mg	15	10
Vitamin D	Si	+	400-800

(Sumber: Rismalinda, 2015)

2.2.5.2 Hubungan Seksual

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

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

2.2.5.3 Pakaian

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

2.2.5.4 Olahraga saat hamil

Yang dianjurkan adalah jalan jalan waktu pagi hari untuk ketenangan dan mendapatkan udara segar (Rismalinda, 2015).

2.2.5.5 Istirahat dan tidur

Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur secara teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin (Hani, 2011).

2.2.5.7 Personal Hygiene

Kebersihan badan dapat mengurangi infeksi yang mungkin dapat terjadi pada ibu hamil, puting susu harus dibersihkan kalau terbasahi oleh kolostrum. Perawatan gigi harus dilakukan karena gigi yang bersih menjamin pencernaan yang sempurna (Maryunani, 2010).

2.2.5.8 Bepergian (*Travelling*)

Menurut Kamariyah (2014) ibu hamil tidak berarti tidak dapat pergi berlibur, tetapi ibu hamil harus sedikit ekstra hati-hati ketika membuat rencana, baik untuk menjamin kenyamanan dan perlindungan ibu hamil dan bayi yang belum lahir (Rismalinda, 2015).

2.2.5.9 Imunisasi

Pada asuhan kehamilan dapat menurunkan kemungkinan kematian bayi karena tetanus neonatorum. Imunisasi tetanus toksoid (TT) juga dapat mencegah kematian ibu yang disebabkan oleh tetanus. Imunisasi dilakukan pada trimester I atau II pada kehamilan 3 – 5 bulan dengan interval minimal 4 minggu. Lakukan suntikan secara IM (intramuscular) dengan dosis 0,5 mL. imunisasi yang lain dilakukan dengan indikasi yang lain.

Jadwal pemberian suntikan tetanus adalah:

- a. TT 1 selama kunjungan antenatal I
- b. TT 2 → 4 minggu setelah TT 1
- c. TT 3 → 6 minggu setelah TT 2
- d. TT 4 → 1 tahun setelah TT 3
- e. TT 5 → 1 tahun setelah TT 4

(Romauli, 2011).

2.2.6 Asuhan Kehamilan Trimester III

2.2.6.1 Fisiologis Kehamilan Trimester III

Pada saat trimester III ibu akan sering merasakan kontraksi

Braxton Hicks yaitu rasa kencang pada rahim namun tidak disertai rasa nyeri, kemudian uterus akan membesar dan dapat menggeser struktur *pelvis* dan *intestinal* sehingga terjadi gangguan pencernaan, penonjolan *umbilicus*, sesak nafas serta *insomnia*. Pusat gravitasi tubuh ibu hamil akan berubah, sehingga ibu sering mengalami pegal pada punggung akibat berjalan dengan postur tubuh yang miring kebelakang untuk mengimbangi berat beban di bagian depan tubuhnya (Lockhart & Saputra, 2014).

2.2.6.2 Perubahan Psikologis Trimester III (Periode Penantian Dengan Penuh Kewaspadaan)

Sulistyawati (2012) menjelaskan perubahan psikologis yang ibu alami pada trimester III seperti:

- a. rasa tidak nyaman, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik
- b. merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu
- c. takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan dan khawatir akan keselamatannya
- d. khawatir bayi dilahirkan dalam keadaan tidak normal
- e. merasa sedih akan berpisah dari bayinya
- f. merasa kehilangan perhatian
- g. perasaan mudah terluka
- h. *libido* menurun.

2.2.6.3 Ketidaknyamanan atau Keluhan Pada Trimester III

Lockhart dan Saputra (2014) menjelaskan bahwa dalam kehamilan ketidaknyamanan sering kali menjadi kendala yang cukup mengganggu. Ketidaknyamanan ini berubah-ubah seiring dengan makin tuanya usia kehamilan.

Adapun ketidaknyamanan pada trimester III yaitu:

b. Konstipasi

Konstipasi disebabkan oleh konsumsi zat besi pada ibu hamil, kemudian juga disebabkan oleh pergeseran *intestinum* serta kelambatan usus akibat peningkatan kadar *progesteron* dan *metabolisme stroid*. Hal ini dapat diatasi dengan cara olahraga ringan setiap hari, memperbanyak minum dan tidak mengabaikan rasa ingin buang air kecil.

c. Hemoroid

Hemoroid disebabkan oleh tekanan pada *vena pelvis* yang disebabkan oleh pembesaran *uterus* sehingga mengganggu sirkulasi darah *vena*. Ketidaknyamanan ini dapat diatasi dengan tidak berdiri terlalu lama, tidak menggunakan pakaian yang ketat, menggunakan salep *wasir* yang aman bagi ibu hamil, mengompres, dan berbaring ke sisi kiri dengan kedua kaki sedikit ditinggikan.

d. Nyeri Punggung

Nyeri punggung disebabkan oleh peningkatan lengkungan *lumbosakral* dikarenakan pembesaran *uterus*. Ketidaknyamanan ini dapat diatasi dengan cara mempertahankan postur tubuh yang benar, tidak menggunakan sepatu dengan tumit yang tinggi, tidur dengan alas yang lebih keras, dan melakukan latihan gerakan panggul atau latihan memiringkan panggul.

e. Kram Otot Tungkai

Kram dapat disebabkan oleh uterus yang semakin membesar, sirkulasi yang buruk dan ke seimbangan rasio *kalsium-fosfor*. Hal ini dapat diatasi dengan cara melakukan diet yang mengandung *kalsium* dan *fosfor*, istirahat dengan tungkai ditinggikan dan kompres air

hangat.

f. Edema Pergelangan Kaki

Edema disebabkan oleh *vena return* yang buruk dari *ekstremitas* bawah yang diperparah oleh duduk atau berdiri yang terlalu lama serta *retensi* cairan. Ketidaknyamanan ini dapat diatasi dengan cara menghindari pakaian yang ketat dan menjepit, meninggikan kedua kaki pada saat istirahat serta melakukan gerakan *dorsifleksi* kaki ketika duduk atau berdiri yang terlalu lama.

g. Sesak Napas

Sesak napas dapat disebabkan oleh tekanan uterus pada *diafragma*. Hal ini dapat diatasi dengan cara menggunakan posisi *semi-fowler* ketika tidur dan memakai bantal tambahan sebagai penyangga serta aktifitas dan istirahat yang seimbang.

2.2.6.4 Tanda Bahaya Pada Trimester III

Elisabeth (2015) berpendapat bahwa pada trimester III terdapat beberapa tanda bahaya seperti:

a. Penglihatan Kabur

Penyebab dari kaburnya pandangan ibu hamil adalah pengaruh *hormonal*. Biasanya disertai dengan sakit kepala yang berlebihan dan menjadi salah satu tanda *preeklamsia*.

b. Bengkak Pada Wajah Kaki dan Tangan

Penyebabnya karena penumpukan cairan yang berlebihan dalam jaringan tubuh. Jika bengkak terjadi pada muka dan tangan, maka hal itu akan menjadi masalah serius. Hal itu bisa disebabkan adanya pertanda anemia, gagal jantung, dan *preeklamsia* serta gangguan fungsi ginjal. Bengkak pada ibu hamil umumnya wajar

terjadi pada kaki dan hilang jika setelah beristirahat.

c. Gerakan Janin Tidak Terasa

Bayi akan bergerak sekitar 10 gerakan dalam 12 jam. Gerakan bayi berkurang atau tidak terasa bisa terjadi karena kematian janin atau kontraksi berlebihan pada uterus ibu serta masuknya kepala kedalam panggul pada kehamilan aterm. Untuk memastikan janin bergerak atau tidak anjurkan ibu untuk berbaring, karena gerakan janin akan lebih terasa saat ibu dengan posisi berbaring.

d. Keluar Cairan Pervaginam

Keluarnya air selama kehamilan merupakan hal patologis. Karena penyebab terbesar persalinan premature adalah ketuban pecah dini. Jika cairan ketuban keluar pada kehamilan *atrem*, maka *terminasi* kehamilan harus dilakukan.

Lockhart dan Saputra (2014) menambahkan tanda bahaya pada trimester III adalah perdarahan pervaginam pada kehamilan trimester III dapat merupakan salah satu terjadinya *plasenta* letak rendah, *plasenta previa*, serta *solusio plasenta*.

2.3 Persalinan

2.3.1 Pengertian Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2009), 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.

Persalinan normal menurut WHO (*World Health Organization*) adalah persalinan dimulai secara spontan berisiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi

dilahirkan spontan dengan presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 hingga 42 minggu lengkap. Setelah persalinan ibu dan bayi dalam keadaan baik (Elizabeth & Purwoastuti, 2015).

2.3.2 Tanda Mula Persalinan

Menurut Manuaba (2010) mulanya terjadi persalinan memberikan tanda-tanda sebagai berikut:

2.3.2.1 *Lightening* atau *settling* atau *dropping*, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida.

Pada multipara, hal tersebut tidak begitu jelas

2.3.2.2 Perut kelihatan lebih melebar dan fundus uteri turun

2.3.2.3 Serviks menjadi lembek; mulai mendatar, dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah (*bloody show*)

2.3.2.4 Sering BAK atau sulit berkemih (*polakisuria*) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin

2.3.2.5 Perasaan nyeri di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksikontraksi lemah uterus , kadang-kadang disebut “*false labor pains*”

2.3.2.6 Kontraksi Brackton Hicks mulai sering

2.3.3 Tanda Inpartu

Tanda-tanda Inpartu menurut Mochtar (2012) dapat diketahui dengan:

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

2.3.3.2 Keluar lendir bercampur darah (*show*) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks

2.3.3.3 Kadang-kadang, ketuban pecah dengan sendirinya

2.3.3.4 Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan

2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

2.3.4.1 *Passenger*

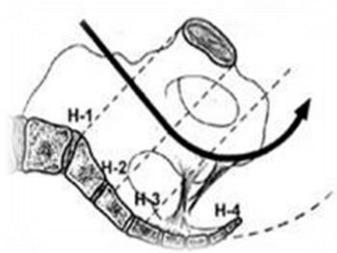
Menurut Oktarina (2016) faktor *passanger* terdiri atas 3 komponen yaitu janin, air ketuban dan plasenta. Janin

bergerak sepanjang jalan lahir merupakan interaksi dari faktor anatomi kepala janin, presentasi kepala janin yang pertama kali memasuki pintu atas panggul, letak janin dan sikap janin. Ketuban berfungsi untuk melindungi pertumbuhan janin, menjadi bantalan untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar, menstabilkan perubahan suhu, pertukaran cairan, sarana yang memungkinkan janin bergerak bebas, sampai mengatur tekanan dalam rahim. Plasenta adalah bagian dari kehamilan yang penting, dimana plasenta memiliki peranan berupa transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormon yang berguna selama kehamilan, serta sebagai barrier.

2.3.4.2 *Passage*

Jalan lahir terdiri dari panggul yaitu, bagian tulang padat, dasar panggul, vagina dan introitus (lubang luar vagina). Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relatif kaku. Bidang-bidang hodge juga berpengaruh terhadap jalan lahir. Menurut Oktarina (2016) bidang hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam atau *vagina toucher* (VT). Bidang hodge antara lain sebagai berikut :

- a. Hodge I : Dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan promontorium
- b. Hodge II : Sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah symphysis
- c. Hodge III : Sejajar Hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri
- d. Hodge IV : Sejajar Hodge I, II dan III setinggi os coccyges



Gambar 2.1 Bidang Hodge

2.3.4.3 *Power*

Menurut Puspitasari & Rimandini (2014) *Power* adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran ibu.

2.3.4.4 *Psikis*

Menurut Arsinah (2010) keadaan psikologis ibu mempengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin yang didampingi oleh suami dan orang yang dicintainya cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar dibanding dengan ibu bersalin tanpa pendamping. Ini menunjukkan bahwa dukungan mental berdampak positif bagi keadaan *psikis* ibu, yang berpengaruh terhadap kelancaran proses persalinan (Oktarina, M., 2016).

2.3.4.5 Posisi persalinan

Menurut Elizabeth & Purwoastuti (2015) posisi yang aman saat persalinan yaitu :

- a. Posisi duduk atau setengah duduk agar lebih mudah bagi bidan untuk membimbing kelahiran kepala bayi dan mengamati/menyokong perineum
- b. Posisi merangkak, baik untuk persalinan dengan punggung yang sakit, membantu bayi melakukan rotasi, peregangan minimal pada perineum

- c. Berjongkok atau berdiri, membantu penurunan kepala bayi, memperbesar ukuran panggul dan memperbesar dorongan untuk meneran (dapat memberi kontribusi pada *laserasi*)
- d. Berbaring miring kekiri, memberi rasa santai bagi ibu yang letih, memberi oksigenisasi yang baik bagi bayi dan membantu mencegah terjadinya *laserasi*.
- e. Posisi terlentang atau litotomi tidak dianjurkan pada saat bersalin, dengan alasan :

2.3.4.6 Penolong

Menurut Arsinah (2010) peran penolong adalah memantau dengan seksama dan memberikan dukungan serta kenyamanan pada ibu baik dari segi perasaan maupun fisik. Kompetensi yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal dan neonatal. Dengan pengetahuan dan kompetensi yang baik diharapkan kesalahan atau malpraktik dalam memberikan asuhan tidak terjadi

2.3.5 Tanda Bahaya Persalinan

- 2.3.5.1 Riwayat bedah sesar
- 2.3.5.2 Perdarahan pervaginam
- 2.3.5.3 Persalinan kurang bulan
- 2.3.5.4 Ketuban pecah disertai meconium
- 2.3.5.5 Ketuban telah pecah (lebih dari 24 jam) atau ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)
- 2.3.5.6 Terdapat gejala infeksi
- 2.3.5.7 Tekanan darah lebih dari 160/110 mmHg (pre eklampsia berat)
- 2.3.5.8 Tinggi fundus 40 cm atau lebih (makrosomia, polihidramnion atau kehamilan ganda)

2.3.5.9 DJJ kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali/menit pada 2 kali penilaian dengan jarak 5 menit (gawat janin)

2.3.5.10 Primipara dalam persalinan kala I fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5

2.3.5.11 Presentasi terbawah bukan kepala

2.3.5.12 Presentasi ganda

2.3.5.13 Tali pusat menubung

2.3.5.14 Tanda-tanda syok

2.3.5.15 Tanda-tanda gejala persalinan dengan fase laten yang memanjang (Oktarina, 2016).

2.3.6 Tahapan Persalinan

Persalinan yang sudah dekat ditandai dengan adanya *lightening* atau *settling* atau *dropping* dan terjadinya his palsu. Persalinan itu sendiri ditandai dengan his persalinan yang mempunyai ciri seperti: pinggang terasa sakit menjalar hingga keperut, his yang bersifat teratur, interval semakin pendek dan kekuatan his bertambah besar, mempunyai pengaruh terhadap perubahan *serviks*, semakin beraktivitas (jalan), semakin bertambah kekuatan kontaksinya. Selain his, persalinan ditandai juga dengan pengeluaran lendir dari *kanalis servikalis* karena terjadi pembukaan dan pengeluaran darah dikarenakan pembuluh darah kapiler yang pecah (Jannah, 2015).

2.3.6.1 Persalinan Kala I

Persalinan Kala I Jannah (2015) mengatakan pada kala I atau kala pembukaan berlangsung dari pembukaan satu (1 cm) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Kala I untuk *primigravida* berlangsung selama 12 jam, sedangkan *multigravida* sekitar 8 jam. Berdasarkan *kurva friedman*, diperhitungkan pembukaan *primigravida* 1 cm/jam dan pembukaan *multigravida* 2cm/jam. Kala I pembukaan dibagi menjadi dua fase, yakni :

- a. Fase laten, berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.
- b. Fase aktif, di bagi dalam 3 fase lagi, yaitu:
 - 1) Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm.
 - 2) Fase dilatasi, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
 - 3) Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

2.3.6.2 Persalinan Kala II

Jannah (2015) menjelaskan bahwa pada kala II atau yang disebut dengan kala “pengeluaran”, dimulai dari pembukaan lengkap pada serviks (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi.

Lama kala II pada *primigravida* adalah dari 1,5 jam sampai dengan 2 jam, sedangkan pada *multigravida* adalah 0,5 jam sampai 1 jam. Kala II dimulai dari pembukaan lengkap sampai dengan lahirnya bayi. Gejala dan tanda kala II persalinan sebagai berikut:

- a. His semakin kuat, dengan interval 2-3 menit dengan durasi 50-100 detik
- b. Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak
- c. Ibu merasa ingin meneran bersama terjadinya kontraksi
- d. Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vagina
- e. *Perineum* menonjol
- f. Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah
- g. Tanda pasti kala II: pembukaan serviks telah lengkap atau terlihanya bagian terendah janin di *introitus* vagina

(Johariyah, 2012).

2.3.6.3 Persalinan Kala III

Kala III atau kala pelepasan dan pengeluaran plasenta adalah periode yang dimulai ketika bayi telah lahir dan berakhir saat plasenta secara keseluruhan sudah dilahirkan. Lama kala III pada *primigravida* dan *multigravida* hampir sama, berlangsung ± 10 menit (Jannah, 2015).

Setelah bayi lahir, kontraksi rahim beristirahat 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 ke dalam vagina, dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas *simfisis* atau *fundus uteri*. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran *plasenta* disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (Sofian, 2013).

2.3.6.4 Persalinan Kala IV

Jannah (2015) menjelaskan pada kala IV atau dapat disebut dengan kala pengawasan dimulai dari telah lahirnya *plasenta* sampai 2 jam pertama *postpartum* untuk mengamati keadaan ibu terutama pada perdarahan *postpartum*. Kala IV pada *primigravida* dan *multigravida* sama-sama berlangsung selama dua jam adapun observasi yang dilakukan pada kala IV meliputi:

- a. Evaluasi *uterus*
- b. Pemeriksaan dan evaluasi *serviks, vagina, dan perenium*
- c. Pemeriksaan dan evaluasi *plasenta, selaput ketuban dan tali pusat*
- d. Penjahitan kembali *episotomi* dan *laserasi* (jika ada)
- e. Pemantauan dan evaluasi lanjut tanda-tanda vital, kontraksi

uterus, lochea, perdarahan dan kandung kemih (Jannah, 2015).

2.3.7 Ketuban Pecah Dini

2.3.7.1 Pengertian Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda-tanda persalinan mulai dan ditunggu satu jam belum terjadi inpartu (Sukarni & Sudarti, 2014). Ketuban pecah dini yang terjadi pada kehamilan aterm genap bulan dapat menyebabkan komplikasi premature. Ketuban pecah dini pada kehamilan preterm kebanyakan terjadi pada usia kehamilan antara 34-36 minggu dan sering disertai dengan komplikasi infeksi perinatal dan gawat janin, sehingga ketuban pecah dini pada kehamilan belum genap bulan menyebabkan peningkatan morbiditas dan mortalitas perinatal yang lebih besar dari pada yang disebabkan oleh kehamilan belum genap bulan saja (Prawirohardjo, 2014).

2.3.7.2 Etiologi

Penyebab ketuban pecah dini masih belum dapat diketahui dan tidak dapat ditentukan secara pasti. Adapun yang menjadi faktor resiko adalah : infeksi vagina, serviks yang inkompeten, kemungkinan kesempitan panggul, kariomionitis, faktor keturunan, ketegangan intrauterine, trauma, kelainan letak janin, keadaan sosial ekonomi, peninggian tekanan intrauterine, riwayat KPD sebelumnya, kelainan ataupun kerusakan selaput ketuban dan serviks yang pendek pada usia kehamilan 23 minggu. Infeksi yang terjadi pada selaput ketuban dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini. Ketegangan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya trauma, hidramnion ataupun gameli (Sukarni & Sudarti, 2014).

Inkompeten serviks (leher rahim) adalah istilah untuk menyebut kelainan pada otot-otot leher atau leher rahim (serviks) yang terlalu lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka ditengah-tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan janin yang semakin besar. Inkompeten serviks adalah serviks dengan suatu kelainan anatomi yang nyata, disebabkan laserasi sebelumnya melalui ostium uteri atau merupakan suatu kelainan kongenital pada serviks yang memungkinkan terjadinya dilatasi berlebihan tanpa perasaan nyeri dan mules dalam masa kehamilan trimester kedua atau awal trimester ketiga yang diikuti dengan penonjolan dan robekan selaput janin serta keluarnya hasil konsepsi (Sinclair, 2010).

Tekanan intrauterine yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya : Trauma (hubungan seksual, pemeriksaan dalam, amniosintesis/ prosedur untuk menguji cairan ketuban yang ada di rahim) dan gameli. Pada kehamilan gameli terjadi distensi uterus yang berlebihan sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relatif kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah. Hidramnion atau polihidramniom adalah jumlah cairan amnion > 2.000 mL. Karioamnionitis adalah diagnosis klinis yang ditegakkan apabila ditemukan demam $> 38,0$ °C dengan 2 atau lebih tanda berikut : leukosit > 15.000 sel/mm³, denyut jantung janin > 160 kali/menit, frekuensi nadi ibu > 100 kali/menit (Prawirohardjo, 2014).

2.3.7.4 Patofisiologi

Karlina dkk. (2016) menyebutkan patofisiologis KPD berhubungan dengan hal-hal berikut yaitu:

- a. Adanya hipermlitis rahim yang sudah lama terjadi sebelum ketuban pecah dini, penyakit-penyakit seperti pielofritis/ penyakit infeksi pada ginjal, sistitis/ peradangan pada vagina, terdapat bersama-sama dengan hipermotilitas rahim ini.
- b. Selaput ketuban terlalu tipis atau kelainan ketuban
- c. Infeksi (amnionitis atau koroamnionitis)
- d. Faktor-faktor lain yang merupakan predisposisi ialah, multipara, malposisi, serviks inkompeten dan lain-lain
- e. Ketuban pecah dini artificial (amniotomi), dimana berisi ketuban dipecahkan terlalu dini

2.3.7.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi

Menurut Manuaba (2010), faktor yang mempengaruhi ketuban pecah dini antara lain :

a. Usia

Usia untuk reproduksi optimal bagi seorang ibu adalah antara usia 20-35 tahun. Dibawah atau diatas usia tersebut akan meningkatkan resiko kehamilan dan persalinan. Usia sedemikian besarnya akan mempengaruhi sistem reproduksi, karena organ-organ reproduksinya sudah mulai berkurang kemampuannya dan keelastisannya dalam menerima kehamilan.

b. Paritas

Wanita yang telah melahirkan beberapa kali dan pernah menghadapi KPD pada kehamilan sebelumnya serta jarak kehamilan yang terlampau dekat diyakini lebih berisiko akan mengalami KPD pada kehamilan berikutnya.

d. Anemia

Dampak anemia pada janin antara lain abortus, terjadi kematian intrauterine, prematuritas, BBLR, cacat bawaan dan mudah infeksi. Pada ibu, saat kehamilan dapat mengakibatkan abortus, persalinan prematuritas dan KPD.

e. Riwayat KPD

Pengalaman yang pernah dialami ibu bersalin dengan kejadian KPD dapat berpengaruh besar pada ibu jika menghadapi kondisi kehamilan. Riwayat KPD sebelumnya beresiko 2-4 kali mengalami ketuban pecah dini kembali.

2.3.7.6 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala pada kehamilan yang mengalami KPD adalah keluar cairan ketuban yang merembes melalui vagina. Aroma air ketuban berbau amis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut merembes atau menetes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila duduk kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya mengganjal atau menyumbat kebocoran untuk sementara. Pengeluaran cairan ketuban dapat terjadi karena dua kemungkinan yaitu selaput ketuban memang benar-benar pecah di bagian bawah atau hanya merembes di bagian atas (Karlina dkk, 2016).

Pada pemeriksaan inspekulo, tampak air ketuban mengalir dari mulut rahim atau selaput ketuban tidak ada dan air ketuban sudah kering (Sukarni & Sudarti, 2014).

2.3.7.7 Diagnosis Ketuban Pecah Dini

Sujiyatini dkk. (2009) mengatakan diagnosis KPD secara tepat sangat penting untuk menentukan penanganan selanjutnya,

oleh karena itu usaha untuk menegakkan diagnosis KPD harus dilakukan dengan cepat dan tepat. Cara-cara yang dipakai untuk menegakkan diagnosis adalah :

a. Secara Klinis

- 1) Adanya cairan yang berisi mekonium, vernik kaseosa (lemak putih), rambut lanugo, dimana bila terinfeksi akan tercium bau
- 2) Pemeriksaan inspekulo, lihat dan perhatikan apakah memang air ketuban keluar dari kanalis servikalis pada bagian yang sudah pecah atau terdapat cairan ketuban pada forniks posterior
- 3) Pemeriksaan kertas lakmus, apakah kertas lakmus berubah menjadi biru atau tidak saat dilakukan kontak dengan cairan yang keluar melalui vagina
- 4) USG
- 5) Terdapat infeksi genital
- 6) Gejala korioamnionitis

b. Maternal

Demam (takikardi), uterine tenderness, cairan amnion yang keruh dan berbau, leukositosis (peningkatan sel darah putih), leukosit esterase (LEA) meningkat, kultur darah/ urine.

c. Cairan Amnion

Tes cairan amnion, diantaranya adalah dengan kultur/ gram stain, fetal fibronectin, glukosa, leukosit esterase (LEA) dan sitokin. Jika terjadi korioamnionitis, maka angka mortalitas neonatal empat kali lebih besar, angka distress pernapasan, sepsis neonatal dan perdarahan intraventrikular tiga kali lebih besar.

2.3.7.9 Penatalaksanaan

Ketuban pecah dini pada kehamilan aterm atau preterm dengan atau tanpa komplikasi harus dirujuk ke rumah sakit. Dalam penetapan langkah penatalaksanaan tindakan yang dilakukan, apakah langkah aktif atau konservatif, sebaiknya perlu mempertimbangkan usia kehamilan, kondisi ibu dan janin, fasilitas perawatan intensif, kondisi, waktu dan tempat perawatan, fasilitas/kemampuan monitoring, kondisi/status imunologi ibu dan kemampuan finansial keluarga (Fadlun & Feryanto, 2012).

Pada situasi pasien datang ke klinik bidan, apabila ada demam atau dikhawatirkan terjadi infeksi saat rujukan atau ketuban pecah lebih dari 6 jam berikan antibiotik. Bila keluarga pasien menolak untuk dirujuk, pasien dianjurkan untuk istirahat dalam posisi berbaring miring kiri, berikan antibiotik ampisilin 1 gr, dilanjutkan ampisilin 500 mg tiap 6 jam atau eritromisin dengan dosis yang sama, serta lakukan pemasangan infus untuk membantu memenuhi kebutuhan cairan ibu selain makan dan minum (Sukarni & Margareth, 2013).

Saat di rumah sakit atas arahan dokter, bidan dapat melakukan penanganan, penanganan pasien dengan ketuban pecah dini diklasifikasikan menjadi dua, yaitu (Karlina dkk, 2016) :

- a. Penanganan ketuban pecah dini pada kehamilan preterm
Penanganan ketuban pecah dini pada kehamilan preterm berupa penanganan konservatif, antara lain:
 - 1) Rawat di rumah sakit, ditidurkan dalam posisi trendelenberg, tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam untuk mencegah terjadinya infeksi dan kehamilan diusahakan bisa mencapai 37 minggu.
 - 2) Berikan antibiotika (ampisilin 4 x 500 mg atau eritromisin bila tidak tahan dengan ampisilin) dan

metronidazol 2 x 500 mg selama 7 hari pada kehamilan kurang dari 32 minggu.

- 3) Jika usia kehamilan < 32 minggu dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi. Pada usia kehamilan < 32-34 minggu berikan steroid, untuk memacu kematangan paru janin dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Sediaan terdiri atas betametason 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari atau deksametason IM 5 mg setiap 6 jam selama 4 kali.
 - 4) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi berikan deksametason, observasi tanda-tanda infeksi dan kesejahteraan janin.
 - 5) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi, berikan antibiotic, deksametason dan induksi sesudah 24 jam
 - 6) Jika usia kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi
 - 7) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, leukosit, tanda-tanda infeksi intrauterin)
- b. Penatalaksanaan ketuban pecah dini pada kehamilan aterm
- Penatalaksanaan ketuban pecah dini pada kehamilan aterm berupa penanganan aktif, antara lain:
- 1) Kehamilan lebih dari 37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal lakukan seksio sesarea. Dapat pula diberikan misoprostol 50 µg intravaginal tiap 6 jam maksimal 4 kali, apabila janin masih memungkinkan untuk lahir secara normal

- 2) Pada kehamilan lebih dari 36 minggu, bila ada his pimpin meneran dan akselerasi bila ada inersia uteri. Bila tidak ada his lakukan induksi persalinan bila ketuban pecah kurang dari 6 jam dan lakukan seksio sesarea apabila ketuban pecah lebih dari 6 jam (Sukarni & Sudarti, 2014)

2.3.8 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

Tabel 2.3 Standar 60 Langkah APN (asuhan persalinan normal)

NO	KEGIATAN
1.	Mengenali gejala dan tanda kala II a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina c) Perenium menonjoll. d) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka
2.	Menyiapkan pertolongan persalinan Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali di dalam pertus set.
3.	Memakai alat pelindung diri seperti memakai celemek plastik topi, masker, kacamata, sepatu tertutup
4.	Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5.	Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6.	Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (dengan menggunakan sarung tangan DTT atau steril) dan meletakkan kembali dipartus set/wadah DTT atau steril tanpa mengontaminasi tanpa tabung suntik.
7.	Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik Membersihkan vulva dan perenium, menyekanya dengan hati-hati dari depan dan belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi cairan DTT a. Jika mulut vagina, perineum, atau anus berkontraksi oleh kotoran ibu, membersihkan dengan seksama dengan cara menyela dari depan ke belakang. b. Membuang kapas dan atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar- benar c. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar didalam larutan dekontaminasi.
8.	Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan serviks sudah lengkap (Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, mala lakukan amniotomi).
9.	Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masib memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian melepaskan dalam keadaan terbalik serta merendamnya didalam larutan klorin 0/5% selama 10 menit Mencuci kedua tangan

NO	KEGIATAN
10.	<p>Memeriksa DJJ setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-160 kali/menit).</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf
11.	<p>Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran Memberitahu ibu bahwa pembukaan lengkap dan keadaan janin baik. Membawa ibu dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.</p>
12.	<p>Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan pasisi ibu untuk meneran. (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).</p>
13	<p>Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran:</p> <ol style="list-style-type: none"> Bimbing, dukung dan beri semangat Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi Berikan cukup asupan cairan per oral (minum) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai <p>Rujuk jika belum lahir atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam meneran pada primidravida dan 60 menit (1 Jam) pada multigravida)</p>
14.	<p>Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau untuk mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.</p>
15.	<p>Persiapan pertolongan kelahiran bayi Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi</p>
16.	<p>Meletakkan kain yang bersih dilipat sepertiga bagian bawah bokong ibu.</p>
17.	<p>Membuka partus set, perhatikan kembali perlengkapan dan bahan</p>
18.	<p>Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.</p>
19.	<p>Menolong kelahiran bayi Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm. Lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.</p>
20.	<p>Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan meneruskan segera proses kelahiran bayi.</p> <ol style="list-style-type: none"> Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi <p>Jika tali pusat melilit leher janin dengan kuat, klem tali pusat</p>
21.	<p>Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar secara spontan.</p>
22.	<p>Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Meanjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut manariknya kearah bawah dan kearah luar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik kearah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.</p>
23.	<p>Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada dibagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan</p>
24.	<p>Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.</p>
25.	<p>Penanganan bayi baru lahir Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi ditempat yang memungkinkan)</p>

NO	KEGIATAN
26.	Meringkns tubuh bayim, mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handu/kain yang kering. Letakkan bayi di atas perut ibu
27.	Periksa kembali uterua untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal)
28.	Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
29.	Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, sutikkan oksitosin 10 menit IM (Intra Muskular) diapaha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
30.	Menjepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi.melakukan urutan tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
31.	Melakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat, yaitu a. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindunggi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut. Lakukan pemotongan tali pusat dalam waktu 2 menit, karena pada waktu itu masih proses auto tranfusi. b. Mengikat tali pusat dengan klem plastik/benang DTT Melepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang disediakan
32.	Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.
33.	Penatalaksaan akti kala III Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
34.	Meltakkan satu tangan diatas kain pada perut ibuditepi atas simfisis untuk mendeteksi perlekatan plasenta pada dinding uterus, sementara tangan yang lain menegangkan tali pusat.
35.	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorsokranial)secara hati-hati (untuk mencegah invasio uteri) jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, kemudian ulangi prosedur diatas. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik minta ibu, suami, keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
36.	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso kranial) secara hati. Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas mengikuti jalan lahir (sambil tetap melakukan tekanan dorso kranial)
37.	Saat plasenta muncul di introitus vagina lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinl, kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika terdapat selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput, kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
38.	Segera setelah plasenta dan selaput kektuban lahir, lakukan masase uterus. Melakukan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakkan melingkar hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik tindakan masase.
39.	Memeriksa kedua sisi plasenta, baik bagian ibu maupun bayi, pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta kedalam tempat khusus

NO	KEGIATAN
40.	Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami persarahan aktif
41.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi pendarahan per vaginam.
42.	Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Membila kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air DTT dan mengringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
43.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan kandung kemih kosong.
44.	Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
45.	Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
46.	Memeriksa tekanan darah, nadi ibu kedaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan.
47.	Pantau keadaan bayi dan pastikan bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit).
48.	Menepatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5
49.	Bung bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
50.	Bersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Bersihkan sisa cairan ketuban lendir , dan darah . batu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
51.	Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
52.	Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%.
53.	Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% balikkan bagian dalam keluar. Rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit.
54.	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
55.	Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk pemeriksaan fisik pada bayi.
56.	Dalam 1 jam pertama, beri salep mata/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K 1 mg IM dipaha kiri dibawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernafasan bayi, nadi dan temperatur.
57.	Setelah 1 jam pemberian vitamin K, berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan bawah lateral.
58.	Lepaskan sarung tangan dalam keaddan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59.	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk.
60.	Dokumentasi (lengkap partograf)

(Sumber: JNPK-KR, 2012)

2.3.9 Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Jannah (2015) menjelaskan tindakan pendukung dan penenang selama persalinan sangatlah penting dalam kebidanan. Hal ini dapat memberikan efek yang positif baik secara emosional maupun fisiologis terhadap ibu dan janin serta menjadi kebutuhan bagi ibu bersalin. Kebutuhan-kebutuhan tersebut antara lain adalah:

2.3.9.1 Asuhan Tubuh dan Fisik

Asuhan tubuh dan fisik berorientasi pada tubuh ibu selama proses persalinan dan dapat menghindarkan ibu dari infeksi, yaitu dengan cara menjaga kebersihan diri; berendam;

perawatan mulut dan pengipasan.

2.3.9.2 Kehadiran Pendamping

Dukungan fisik dan emosional dapat membawa dampak positif bagi ibu bersalin. Beberapa tindakan perawatan yang bersifat suportif tersebut dapat berupa menggosok-gosok pinggang ibu atau memegang tangannya, mempertahankan kontak mata, ditemani oleh orang-orang yang ramah dan meyakinkan ibu bersalin bahwa mereka tidak akan meninggalkannya sendiri.

2.3.9.3 Pengurangan Rasa Nyeri

Pengurangan rasa nyeri saat persalinan sangat dibutuhkan ibu karena dapat memberi kenyamanan dan ketenangan ibu saat proses persalinan akan berlangsung. Pengurangan rasa nyeri dapat dilakukan seperti pengaturan posisi; relaksasi dan latihan pernapasan; usapan punggung atau *abdominal*; pengosongan kandung kemih dan penerimaan terhadap tingkah laku.

2.4 Asuhan Bayi Baru Lahir Lahir Normal

2.4.1 Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500 – 4000 gram (Sondakh, 2013).

Lockhart dan Saputra (2014) mengatakan bahwa bayi baru lahir normal adalah bayi dengan berat lahir antara 2.500-4.000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan kongenital (cacat bawaan) yang berat.

2.4.2 Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut Sari and Kurnia (2014), tujuan asuhan bayi baru lahir yaitu:

2.4.2.1 Mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi.

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

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

2.4.3 Ciri-Ciri Umum Bayi Lahir Normal

Menurut Dewi (2012), bayi baru lahir dikatakan normal jika termasuk dalam kriteria adalah sebagai berikut:

2.4.3.1 Lahir aterm antara 37-42 minggu

2.4.3.2 Berat badan 2.500-4000 gram

2.4.3.3 Panjang badan 48-52 cm

2.4.3.4 Lingkar dada 30-38 cm

2.4.3.5 Lingkar kepala 33-35 cm

2.4.3.6 Lingkar Lengan 11-12 cm

2.4.3.7 Bunyi jantung dalam menit pertama kira-kira 180x/menit, kemudian menurun sampai 120-110 x/menit

2.4.3.8 Pernafasan 40-60 x/menit

2.4.3.9 Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subcutan cukup terbentuk dan diliputi vernik caseosa

2.4.3.10 Rambut kepala biasanya telah sempurna

2.4.3.11 Kuku agak panjang atau melewati jari-jari

2.4.3.12 Genetalia

a. Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uterus yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.

b. Pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang.

2.4.3.13 Reflek hisap dan menelan baik

2.4.3.14 Reflek suara sudah baik, bayi bila dikagetkan akan memperlihatkan gerakan memeluk

2.4.3.15 Reflek menggenggam sudah baik

2.4.3.16 Eliminasi baik, urine dan meconium akan keluar 24 jam pertama, meconium berwarna hitam kecoklatan

2.4.4 Pemeriksaan Fisik Bayi

Ada beberapa pemeriksaan fisik yang harus dilakukan pada bayi baru lahir, seperti table berikut

Table.2.4 Pemeriksaan Fisik bayi

Kepala	Pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, adanya caput succedenum, cepal hematoma, rambut
Mata	Pemeriksaan terhadap konjungtiva, perdarahan subkonjungtiva, tanda-tanda infeksi, Refleks berkedip reaktif atau tidak, bagaimana keadaan warna, sklera apakah ada ikterik
Hidung dan mulut	Pemeriksaan terhadap labio skisis, labio palatoskisis dan reflek isap
Telinga	Pemeriksaan terhadap kelainan daun / bentuk telinga, lubang telinga
Leher	Pemeriksaan terhadap kelenjar thiroid, kelenjar getah bening
Dada	Pemeriksaan terhadap bentuk pernafasan
Abdoment	Pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati, limpa)
Tali pusat	Pemeriksaan terhadap perdarahan, jumlah darah, warna dan besat tali pusat
Alat kelamin	Pemeriksaan terhadap testis apakah berada dalam skrotum, penis berlubang pada ujung (laki-laki), vagina berlubang, apakah labia mayora menutupi labia minora (perempuan)
Ekstremitas	Apakah lengkap, jari-jari tangan dan kaki , adakah kelainan bentuk, adakah kelumpuhan
Anus	Adakah lubang anus

(Sumber: Sondakh,2013)

2.4.5 Penatalaksanaan Awal Bayi Segera Setelah Lahir

Menurut Sari and Kurnia (2014), penatalaksanaan awal bayi segera setelah lahir yaitu:

2.4.5.1 Penilaian

Segera lakukan penilaian awal pada bayi baru lahir:

- a. Apakah bayi menangis kuat atau bernafas tanpa kesulitan?

- b. Apakah bayi bergerak aktif dengan aktif atau lemas?
- c. Apakah warna kulit bayi merah-merahan atau sianosis?
Ketiga hal di atas dilakukan secara cepat, dan tepat guna melanjutkan pemberian asuhan bayi baru lahir selanjutnya.

2.4.5.2 Pencegahan Infeksi

Bayi baru Lahir sangat rentan terjadi infeksi, sehingga perlu diperhatikan hal-hal dalam perawatannya.

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

2.4.5.3 Pencegahan Kehilangan Panas

Mekanisme pengaturan suhu tubuh pada bayi baru lahir belum berfungsi sempurna, untuk itu perlu dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas dari tubuh bayi karena bayi berisiko mengalami hipotermi. Cara mencegah kehilangan panas:

- a. Keringkan bayi secara seksama
- b. Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kering dan hangat.
- c. Tutup bagian kepala bayi.
- d. Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya.
- e. Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir.

f. Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat

2.4.5.4 Perawatan Tali Pusat

Menurut Kemenkes RI (2015) perawatan tali pusat yang harus dilakukan ialah jangan memberikan apapun pada tali pusat, rawat tali pusat secara terbuka dan kering. Bila tali pusat kotor atau basah, cuci dengan air bersih dan sabun mandi dan keringkan dengan kain bersih.

2.4.5.5 Inisiasi Menyusu Dini

Pastikan bahwa pemberian ASI dimulai waktu 1 jam setelah bayi lahir. Jika mungkin, anjurkan ibu untuk memeluk dan mencoba untuk menyusukan bayinya segera setelah tali pusat diklem dan dipotong. Keuntungan pemberian ASI yaitu, merangsang produksi air susu ibu, memperkuat reflek menghisap bayi, memperkuat keterikatan ibu dan bayi, memberikan kekebalan pasif segera kepada bayi melalui kolostrum, merangsang kontraksi uterus.

2.4.5.6 Pencegahan Infeksi Pada Mata

Memberikan obat tetes mata atau salep segera pada 1 jam pertama bayi lahir.

2.4.5.7 Profilaksis perdarahan pada bayi baru lahir

Semua bayi baru lahir harus segera diberikan vitamin K1 injeksi 1 mg intramuscular dipaha kiri.

2.4.5.8 Pemberian Imunisasi Awal

Immunisasi hepatitis B pertama (HB₀) diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 secara intramuskular. Immunisasi ini bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi.

2.4.6 Tanda Bahaya Pada Bayi Baru Lahir

Menurut Saputra (2014) tanda bahaya pada bayi baru lahir sebagai berikut:

2.4.6.1 Kejang

2.4.6.2 Lemas, lunglai

2.4.6.3 Nafas cepat (> 60 x/menit)

2.4.6.4 Nafas lambat (< 30 x/menit) Tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat

2.4.6.5 Merintih

2.4.6.6 Teraba demam ($> 37,5^{\circ}\text{C}$)

2.4.6.7 Teraba dingin ($< 36,5^{\circ}$)

2.4.6.8 Pusing kemerahan, bengkak, berbau busuk, berdarah.

2.4.7 Standar Kunjungan Neonatus

Pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu:

Tabel 2.5 Kunjungan Neonatus

Kunjungan	Waktu	Pelaksanaan
1	6-48 jam setelah bayi lahir	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan suhu tubuh bayi. Hindari memandikan bayi hingga sedikitnya enam jam dan hanya setelah itu jika tidak terjadi masalah medis dan jika suhunya 36.5°C Bungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat, kepala bayi harus tertutup. 2. Pemeriksaan fisik bayi. 3. Konseling: Jaga kehangatan, Pemberian ASI, perawatan tali pusat, agar ibu mengawasi tanda-tanda bahaya. 4. Lakukan perawatan talipusat, pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan dengan kain bersih secara longgar, lipatlah popok di bawah tali pusat, 5. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan. 6. Memberikan Imunisasi HB-0.
2	Kurun waktu hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 setelah bayi lahir.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering. 2. Menjaga kebersihan bayi.

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

(Sumber: Ina, 2017)

2.5 Asuhan Masa Nifas Fisiologis

2.5.1 Pengertian Nifas

Prawihardjo (2014) menjelaskan bahwa masa nifas atau *puerperium* dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya *plasenta* sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Pelayanan pasca persalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarakan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi pada ibu.

2.5.2 Tujuan Asuhan Masa Nifas

Prawihardjo (2014) menjelaskan tujuan dari asuhan masa nifas adalah mengetahui kebutuhan ibu dan bayi pada periode pasca persalinan, mengenali komplikasi pasca persalinan pada ibu dan bayi, melakukan upaya pencegahan infeksi yang diperlukan serta menjelaskan dan melaksanakan ASI *eksklusif*, konseling HIV/AIDS, kontrasepsi dan prosedur imunisasi.

2.5.3 Tahapan pada Masa Nifas

Menurut Marmi (2011) Dalam masa nifas terdapat tiga periode yaitu:

2.5.3.1 *puerperium* dini yaitu suatu masa dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

2.5.3.2 *Puerperium* intermedial yaitu kepulihan menyeluruh organ-organ reproduksi kurang lebih 6-8 minggu.

2.5.3.3 *Remote* *puerperium* adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi (bias dalam berminggu-minggu, berbulan-bulan, bertahun-tahun)

2.5.4 Perubahan Yang Terjadi Pada Masa Nifas

2.5.4.1 Perubahan Fisiologis

Ada beberapa perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu nifas, yaitu:

a. Perubahan uterus/ involusi

Table 2.6 Perubahan uterus/ involusi

No	Involusi	TFU	Berat Uterus
1	Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
2	Uri lepas	Dua jari dibawah pusat	750 gram
3	1 Minggu	Pertengan antar pusat – sympisis	500 gram
4	2 Minggu	Tak teraba di atas syimpisis	350 gram
5	6 Minggu	Bertambah kecil	50 gram
6	8 Minggu	Sebesar normal	30 gram

(Sumber: Sari & Kurnia, 2014)

b. Perubahan lochea

Table 2.7 Perubahan Lochea

NO	Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
1	Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, vernics caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah
2	Sangue lenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lender
3	Serosa	7-14 hari	Kekuningan kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
4	Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan selaput jaringan mati

(Sumber: Sari & Kurnia, 2014)

c. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil

d. Payudara

- 1) Penurunan kadar progesterone secara cepat dengan peningkatan hormone prolaktin setelah persalinan
- 2) Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan
- 3) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulanya proses laktasi

e. Sistem pencernaan

Saat persalinan pengeluaran cairan yang berlebihan, hemoroid, rasa sakit didaerah perenium. Defekasi biasanya 2-3 hari postpartum

f. Sistem perkemihan

Hal pertama biasanya ibu mengalami kesulitan buang air kecil, selain khawatir nyeri jahitan juga karena penyempitan saluran kecing karena penekanan kepala bayi saat proses melahirkan. Namun usahakan tetap berkemih secara teratur buang rasa takut dan khawatir.

2.5.4.2 Perubahan Psikologis

Menurut Varney (2007) ada beberapa tahap perubahan psikologis dalam Sari & Kurnia (2014), penyesuaian ini meliputi 3 fase, antara lain:

a. Taking In

Terjadi pada 1-2 hari setelah persalinan, ibu umumnya pasif dan sangat tergantung dan fokus perhatian pada tubuhnya. Ibu lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialaminya

b. Taking Hold

Periode ini berlangsung pada 3-4 hari pascasalin, ibu menjadi berkonsentrasi pada kemampuannya menjadi ibu yang sukses dan mulai merasa sanggup dalam merawat bayinya

c. Letting Go

Periode ini berlangsung setelah 10 hari melahirkan. Ibu telah menerima tanggung jawab sebagai ibu dan ibu merasa menyadari kebutuhan bayinya sangat tergantung pada kesiapannya sendiri sebagai ibu.

2.5.5 Kebutuhan dasar Ibu Nifas

Ada beberapa kebutuhan dasar ibu dalam masa nifas, menurut Sari & Kurnia (2014) yaitu:

2.5.5.1 Nutrisi dan Cairan

Konsumsi makanan dengan menu seimbang, bergizi dan mengandung cukup kalori berguna untuk produksi ASI dan mengembalikan tenaga setelah persalinan. Memenuhi asupan cairan sedikitnya 1-1,5 liter setiap hari

2.5.5.2 Eliminasi

Biasanya dalam 6 jam postpartum, pasien sudah dapat buang air kecil. Semakin lama urine ditahan maka dapat

mengakibatkan infeksi. Maka dari itu bidan harus dapat meyakinkan ibu supaya segera buang air kecil

2.5.5.3 Kebersihan Diri

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Anjurkan untuk menjaga kebersihan diri dengan cara mandi minimal 2 kali sehari. Merawat perenium dengan membersihkan dari arah depan kebelakang untuk mencegah infeksi.

2.5.5.4 Istirahat dan tidur

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

2.5.5.5 Senam Nifas

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

2.5.5.6 Seksualitas Masa Nifas

Pada prinsipnya, tidak ada masalah untuk melakukan hubungan seksual setelah selesai masa nifas 40 hari

2.5.6 Tanda Bahaya Masa Nifas

Perdarahan pervaginam, keluar cairan berbau busuk dari jalan lahir, sakit kepala, nyeri epigastrik, penglihatan kabur, pembengkakkan di wajah atau ekstremitas, demam, rasa sakit waktu BAK, payudara yang berubah menjadi merah, panas dan terasa sakit, kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama, rasa sakit, merah, lunak dan pembengkakkan di kaki (Marmi, 2011).

2.5.7 Kunjungan Masa Nifas

Paling sedikit dilakukan kunjungan selama 4 kali dalam masa nifas. Dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi.

Tabel 2.8 Waktu dan Tujuan Kunjungan Masa Nifas

NO	Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	Pertama	6-8jam pascapersalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena <i>atonia uteri</i>. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan. c. Memberi konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena <i>atonia uteri</i>. d. Pemberian ASI awal. e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. f. Menjaga bayi tetap sehat dengan mencegah <i>hipotermi</i>. <p>Jika petugas kesehatan menolong persalinan ia harus tinggal dengan ibu dan bayinya selama 2 jam, atau hingga kondisi ibu dan bayi stabil.</p>
2	Kedua	6 hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan <i>invulusi uterus</i> berjalan normal, <i>uterus</i> berkontraksi dengan baik, <i>fundus</i> dibawah <i>umbilikus</i>, tidak ada perdarahan <i>abnormal</i>. b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal. c. Memastikan ibu mendapatkan cukup

			cairan, makanan dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan bayi sehat, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari
3	Ketiga	2 minggu setelah persalinan	Asuhan yang diberikan sama dengan asuhan pada kunjungan kedua (6 hari setelah persalinan)
4	Keempat	4 minggu sampai 6 minggu setelah Persalinan	a. Menanyakan kepada ibu tentang penyulit- yang dialami atau bayinya. b. Memberikan konseling KB.

(Sumber: Astuti dkk, 2015)

2.6 Keluarga Berencana (KB)

2.6.1 Pengertian Keluarga Berencana (KB)

Menurut UU No 10 Tahun 1992 (tentang perkembangan dan pembangunan keluarga sejahtera) di dalam buku Setyorini (2014) pengertian keluarga berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera.

2.6.2 Tujuan Keluarga Berencana (KB)

Menurut Setyaningrum (2015) tujuan Keluarga Berencana

2.6.2.1 Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pertumbuhan penduduk Indonesia

2.6.2.2 Terciptanya penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesehatan keluarga

2.6.3 Jenis Kontrasepsi yang Cocok bagi Ibu Menyusui

Menurut Setyaningrum (2015) jenis kontrasepsi yang cocok bagi ibu menyusui yaitu metode MAL, kontrasepsi progestin, AKDR, kondom/permisida, diafragma, koitus atau kontrasepsi mantap.

2.6.4 Kontrasepsi Suntik 3 bulan

2.6.4.1 Pengertian

Kontrasepsi suntik 3 bulan merupakan kontrasepsi yang hanya memiliki kandungan hormon progesteron asetat 150 mg yang memiliki efek progestin asli dari tubuh wanita. Suntikan ini diberikan setiap tiga bulan sekali dengan cara intramuscular. (Setyaningrum, 2015)

2.6.4.2 Profil

Sangat efektif, aman, dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi, kembalinya kesuburan lebih lambat rata-rata 4 bulan dan cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI. (Setyorini, 2014)

2.6.4.3 Cara Kerja

Menurut Setyorini (2014), secara umum kerja dari KB suntik progestin adalah sebagai berikut.

- a. Mencegah ovulasi
- b. Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- c. Menjadikan selaput lendir Rahim tiis dan strofi
- d. Menghambat transportasi gamet oleh tuba

2.6.4.4 Keuntungan

Menurut Setyorini (2014) kontrasepsi suntik progestin memiliki keuntungan, seperti:

- a. Sangat efektif
- b. Pencegahan kehamilan jangka panjang
- c. Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- d. Tidak mengandung esterogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah
- e. Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI
- f. Klien tidak perlu menyimpan obat suntik

- g. Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause
- h. Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.

2.6.4.5 Keterbatasan

Menurut Marmi (2016) kontrasepsi suntik progestin memiliki keterbatasan, seperti:

- a. Sering ditemukan gangguan haid
- b. Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan
- c. Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut
- d. Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering
- e. Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B atau infeksi virus HIV
- f. Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang)

2.6.4.6 Indikasi

Menurut setyorini (2014) yang dapat menggunakan kontrasepsi suntik 3 bulan yaitu:

- a. Usia reproduksi
- b. Nulipara dan yang telah memiliki anak
- c. Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektifitas yang tinggi dan jangka panjang
- d. Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
- e. Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- f. Setelah abortus dan keguguran
- g. Tekanan darah > 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit

h. Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.

2.6.4.7 Kontraindikasi

Menurut Marmi (2016^a) yang tidak diperbolehkan menggunakan kontrasepsi suntik tiga bulan yaitu:

- a. Hamil atau dicurigai hamil
- b. Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- c. Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid
- d. Memiliki riwayat atau menderita kanker payudara
- e. Diabetes mellitus disertai komplikasi

2.6.4.8 Waktu mulai menggunakan Kontrasepsi Suntik Tiga Bulan

Menurut Setyorini (2014) waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntik tiga bulan adalah sebagai berikut:

- a. Mulai suntikan pertama pada hari 1-7 siklus haid (Tidak memerlukan kontrasepsi tambahan).
- b. Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke-7 siklus haid (Jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari).
- c. Bila klien tidak haid (amenorhea), suntikan dapat digunakan setiap saat, asal diyakini tidak hamil (Jangan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk 7 hari saja).

2.6.4.9 Kunjungan Ulang

Menurut Setyanigrum (2015), klien harus kembali ketempat pelayanan kesehatan atau klinik untuk mendapatkan suntikan kembali setiap 12 minggu.