

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Kehamilan

2.1.1 Pengertian Kehamilan

Menurut Reece dan Hobbins kehamilan terjadi ketika seorang wanita melakukan hubungan seksual dengan seorang pria yang mengakibatkan bertemunya sel telur dengan sel mani (sperma) yang disebut pembuahan atau *fertilisasi* (Mandriwati, dkk, 2017).

Menurut Bobak, Lowdermilk dan Jensen dalam Asuhan Keperawatan Antenatal, Intranatal dan Bayi Baru Lahir Fisiologis dan Patologis (2016) kehamilan adalah peristiwa yang didahului bertemunya sel telur atau ovum dengan sel sperma dan akan berlangsung selama kira-kira 10 bulan lunar atau 9 bulan kalender atau 40 minggu atau 280 hari yang dihitung dari hari pertama periode menstruasi terakhir/*Last Menstrual Period* (LMP).

Menurut Saifuddin kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Walyani dan Purwoastuti, 2015).

2.1.2 Fisiologi Kehamilan

Pada kehamilan terdapat perubahan pada seluruh tubuh wanita, khususnya pada alat genitalia eksterna dan interna serta pada payudara (*mammae*). Menurut Hutahaean (2013) perubahan yang terdapat pada ibu hamil trimester III antara lain, yaitu :

2.1.2.1 Uterus

Pada usia gestasi 30 minggu, fundus uteri dapat dipalpasi dibagian tengah antara *umbilicus* dan *sternum*. Pada usia kehamilan 38 minggu, uterus sejajar dengan *sternum*. *Tuba uterin* tampak agak terdorong ke dalam di atas bagian tengah uterus. Frekuensi dan kekuatan kontraksi otot segmen atas rahim semakin meningkat. Oleh karena itu segmen bawah *uterus* berkembang lebih cepat dan meregang secara radial, yang jika terjadi bersamaan dengan pembukaan serviks dan pelunakan jaringan dasar *pelvis*, akan menyebabkan presentasi janin memulai penurunannya ke dalam *pelvis* bagian atas. Hal ini mengakibatkan berkurangnya tinggi fundus yang disebut dengan *lightening*.

Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri Menurut Mc. Donald

No.	Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
1.	22-28 minggu	24-25 cm diatas simfisis
2.	28 minggu	26,7 cm diatas simfisis
3.	30 minggu	29,5-30 cm diatas simfisis
4.	32 minggu	29,5-30 cm diatas simfisis
5.	34 minggu	31 cm diatas simfisis
6.	36 minggu	32 cm diatas simfisis
7.	38 minggu	33 cm diatas simfisis
8.	40 minggu	37,7 cm diatas simfisis

Tabel 2.2 Tinggi Fundus Uteri Menurut Leopold

No.	Usia Kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
1.	28 minggu	2-3 jari diatas pusat
2.	32 minggu	Pertengahan pusat – px
3.	36 minggu	3 jari dibawah px atau sampai setinggi pusat
4.	40 minggu	Pertengahan pusat – px, tetapi melebar kesamping

2.1.2.2 Serviks Uteri

Serviks akan mengalami perlunakan atau pematangan secara bertahap akibat bertambahnya aktivitas uterus selama kehamilan, dan akan mengalami dilatasi sampai pada kehamilan trimester III.

2.1.2.3 Vagina dan Vulva

Terjadi peningkatan rabas vagina. Peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal, cairan biasanya jernih.

2.1.2.4 Payudara

Keluarnya cairan berwarna kekuningan dari payudara ibu yang disebut dengan kolostrum. Hal ini tidak berbahaya dan merupakan pertanda bahwa payudara sedang menyiapkan Air Susu Ibu (ASI) untuk menyusui bayi nantinya

2.1.2.5 Kulit

Perubahan warna kulit menjadi lebih gelap terjadi pada 90% ibu hamil. *Hiperpigmentasi* terlihat lebih nyata pada wanita berkulit gelap dan terlihat di area seperti *aerola mammae*, *perineum*, dan *umbilikus* juga di area yang cenderung mengalami gesekan seperti *aksila* dan paha bagian dalam. Hal ini disebabkan karena peningkatan hormon penstimulasi (melanosit stimulating hormone–MSH), estrogen dan progesteron.

2.1.2.6 Sistem Kardiovaskular

Kondisi tubuh dapat memiliki dampak besar pada tekanan darah. Posisi telentang dapat menurunkan curah jantung hingga 25%. Kompresi vena cava inferior oleh uterus yang membesar selama trimester ketiga mengakibatkan menurunnya aliran balik vena. Sirkulasi uteroplacenta menerima proporsi curah jantung yang terbesar, dengan aliran darah meningkat dari 1-2% pada trimester pertama hingga 17% pada kehamilan cukup bulan.

Hal ini diwujudkan dalam peningkatan aliran darah maternal ke dasar plasenta kira – kira 500 ml/menit pada kehamilan cukup bulan. Menurut Irene M. Bobak peningkatan volume darah terjadi selama kehamilan, mulai pada 10-12 minggu usia kehamilan dan secara progresif sampai dengan usia kehamilan 30-34 minggu.

2.1.2.7 Sistem Respirasi

Perubahan hormonal pada kehamilan trimester tiga yang memengaruhi aliran darah ke paru – paru mengakibatkan banyak ibu hamil akan merasa susah bernafas. Ini juga didukung oleh adanya tekanan rahim yang membesar yang dapat menekan diafragma, sehingga ibu hamil merasa susah bernafas

2.1.2.8 Sistem Pencernaan

Pada kehamilan trimester tiga, lambung berada pada posisi vertikal dan bukan pada posisi normalnya, yaitu horizontal. Kekuatan mekanis ini menyebabkan peningkatan intragastrik dan perubahan sudut persambungan *gastro-esofageal* yang mengakibatkan terjadinya *refluks esofageal* yang lebih besar. Penurunan drastis tonus dan motilitas lambung dan usus ditambah relaksasi *sfincter* bawah esophagus merupakan faktor predisposisi terjadinya nyeri ulu hati, konstipasi, dan hemoroid. *Hemoroid* terjadi akibat konstipasi dan naiknya tekanan vena-vena dibawah *uterus* termasuk *vena hemoroidal*. Konstipasi dikarenakan hormon progesteron menimbulkan gerakan usus makin berkurang (relaksasi otot – otot polos) sehingga makanan lebih lama didalam usus dan juga dapat terjadi karena kurangnya aktifitas/senam dan penurunan asupan cairan. Nyeri ulu hati dianggap akibat adanya sedikit peningkatan *intragastrik* yang dikombinasikan dengan

penurunan tonus sfingter bawah *esophagus* sehingga asam lambung *refluks* ke dalam *esophagus* bagian bawah

2.1.2.9 Sistem Perkemihan

Perubahan anatomis yang sangat besar terjadi pada system perkemihan saat hamil yaitu ginjal dan ureter. Pada akhir kehamilan, terjadi peningkatan frekuensi Buang Air Kecil (BAK) karena kepala janin mulai turun sehingga kandung kemih tertekan. Perubahan struktur ginjal ini juga merupakan aktivitas hormonal (estrogen dan progesteron), tekanan yang timbul akibat pembesaran uterus, dan peningkatan volume darah.

2.1.2.10 Sistem Muskuloskeletal

Postur tubuh wanita secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam abdomen. Untuk mengompensasi penambahan berat badan ini, bahu lebih tertarik ke belakang dan tulang belakang lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur (Marmi, 2015). *Lordosis* yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi *anterior*, *lordosis* menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai. Sendi *sakroiliaka*, *sakrokoksigis* dan *pubis* akan meningkat mobilitasnya, yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya dapat menyebabkan nyeri punggung pada beberapa wanita (Saifuddin, dkk, 2013)

2.1.2.11 Kenaikan Berat Badan

Normal berat badan meningkat sekitar 6-16 kg, terutama dari pertumbuhan isi konsepsi dan volume berbagai organ atau cairan intrauterine (Sukarni dan Margaret, 2016)

Tabel 2.3 Perhitungan Berat Badan Berdasarkan Indeks Masa Tubuh

Kategori	IMT	Rekomendasi
Rendah	<19,8	12,5-18
Normal	19,8-26	11,5-16
Tinggi	26-29	7-11,5
Obesitas	>29	≥7
Gemeli	16-20,5	

2.1.3 Perubahan Psikologi

Menurut Sulistyawati (2012) perubahan psikologi yang terjadi pada trimester III, antara lain :

- 2.1.3.1 Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik.
- 2.1.3.2 Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu
- 2.1.3.3 Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- 2.1.3.4 Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- 2.1.3.5 Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya
- 2.1.3.6 Merasa kehilangan perhatian
- 2.1.3.7 Perasaan mudah terluka (sensitif)
- 2.1.3.8 *Libido* menurun

2.1.4 Ketidaknyaman ibu hamil Trimester III

Ketidaknyamanan pada masa hamil trimester III dan cara mengatasinya (Sulistyawati, 2012)

2.1.4.1 Sering buang air kecil

Sering BAK atau nocturia terjadi akibat meningkatnya tekanan intraabdominal oleh rahim dan ini terjadi pada Trimester I, Trimester II, dan Trimester III

a. Etiologi

- 1) Tekanan uterus pada kandung kemih.
- 2) Ekresi sodium meningkat bersamaan dengan pengeluaran air.
- 3) Air dan sodium tertahan dalam tungkai bawah

b. Cara mengatasinya

- 1) Memperbanyak minum pada siang hari.
- 2) Batasi minum kopi, teh, dan soda.
- 3) Jelaskan tentang bahaya infeksi saluran kemih dengan menjaga posisi tidur yaitu dengan berbaring miring ke kiri dan kaki ditinggikan untuk mencegah diuresis

2.1.4.2 Hemoroid

a. Etiologi :

- 1) Konstipasi
- 2) Tekanan uterus yang meningkat terhadap vena haemorrhoidal.
- 3) Dukungan yang tidak memadai pada vena haemorrhoid di area anorectal.
- 4) Kurangnya klep pada pembuluh ini mengakibatkan perubahan pada aliran darah.
- 5) Statis, gravitasi, tekanan vena panggul, kongesti vena, pembesaran vena haemorhoid

b. Cara mengatasinya :

- 1) Hindari konstipasi
- 2) Makan-makanan yang berserat dan banyak minum.
- 3) Gunakan kompres es atau air hangat.
- 4) Dengan perlahan masukkan kembali anus setiap selesai BAB

2.1.4.3 Keputihan

Merupakan sesuatu yang normal saat kehamilan karena vagina menjadi lembab dan berlendir, tetapi rasa gatal jarang memberat tanpa adanya infeksi. Hal ini terjadi pada Trimester I, Trimester II, Trimester III.

a. Etiologi :

- 1) Hyperplasia mukosa vagina.
- 2) Peningkatan produksi lendir dan kelenjar endoservikal sebagai akibat dari peningkatan kadar estrogen

b. Cara mengatasinya :

- 1) Tingkatkan kebersihan dengan mandi setiap hari.
- 2) Memakai pakaian dalam dari berbagai bahan katun dan mudah menyerap.
- 3) Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur.

2.1.4.4 Sembelit

a. Etiologi :

- 1) Peningkatan kadar progesterone.
- 2) Penurunan mordibitas.
- 3) Penyerapan air dari colon meningkat.
- 4) Tekanan uterus membesar pada usus.

b. Cara mengatasinya :

- 1) Mengonsumsi makanan yang berserat tinggi misalnya papaya, pisang, dll.
- 2) Tingkatkan diet asupan cairan
- 3) Minum cairan dingin atau hangat terutama saat perut kosong.
- 4) Istirahat cukup.
- 5) Senam hamil.
- 6) Buang air besar setelah ada dorongan.

2.1.4.5 Nafas sesak

a. Etiologi:

- 1) Janin yang semakin membesar dan menekan diafragma sehingga posisi naik sekitar 4 cm.
- 2) Kapasitas paru-paru berkurang akibat tertekan rahim yang membesar.
- 3) Peningkatan hormone progesterone merangsang pusat pernapasan pada otak dan langsung berpengaruh kepada paru-paru.

b. Cara mengatasinya :

- 1) Merentangkan tangan diatas kepala serta menarik napas panjang.
- 2) Mengurangi makanan yang tinggi lemak, garam, dan gula karena akan menyebabkan berat badan naik dan mengakibatkan sesak napas
- 3) Mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernapasan interkostal.

2.1.4.6 Nyeri ligamentum rotundum

a. Etiologi:

Peregangan dan tekanan yang besar pada ligament oleh pembesaran uterus

b. Cara mengatasinya :

- 1) Mandi air hangat.
- 2) Gunakan bantalan pemanas pada area yang terasa sakit hanya jika tidak terdapat kontraindikasi.
- 3) Gunakan sebuah bantal untuk menopang uterus dan bantal lainnya letakkan diantara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring.

2.1.4.7 Perut kembung

a. Etiologi:

- 1) Janin yang semakin berkembang dan menekan perut ibu
- 2) Meningkatnya kadar hormone progesterone

b. Cara mengatasinya :

- 1) Hindari makanan yang mengandung gas.
- 2) Mengunyah makanan secara sempurna.
- 3) Lakukan senam secara teratur.
- 4) Pertahankan saat buang air besar yang teratur.

2.1.4.8 Pusing

a. Etiologi:

- 1) Penekanan pembuluh darah
- 2) Aliran darah yang meningkat

b. Penurunan kadar gula darah. Cara mengatasinya :

- 1) Bangun secara perlahan dari posisi istirahat.
- 2) Hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang hangat dan sesak.

- 3) Hindari berbaring dalam posisi telentang

2.1.4.9 Sakit punggung atas dan bawah

a. Etiologi:

- 1) Kenaikan berat badan ibu
- 2) Pertumbuhan janin yang semakin membesar dan uterus yang semakin membesar
- 3) Penyebab dari nyeri punggung atas selama hamil terjadi karena pembesaran pada payudara.

b. Cara mengatasinya :

- 1) Gunakan posisi tubuh yang baik.
- 2) Gunakan bra yang menopang dengan ukuran yang tepat.
- 3) Gunakan kasur yang keras.
- 4) Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung.

2.1.4.10 Varises pada kaki

a. Etiologi:

- 1) Pertumbuhan janin dan rahim yang membesar menyebabkan tekanan pada bagian pembuluh darah di kaki
- 2) Jumlah darah dalam tubuh ibu yang meningkat
- 3) Peningkatan hormone progesterone

b. Cara mengatasinya :

- 1) Tinggikan kaki sewaktu berbaring.
- 2) Jaga agar kaki tidak bersilangan.
- 3) Hindari duduk atau berdiri terlalu lama.
- 4) Senam untuk melancarkan peredaran darah.
- 5) Hindari pakaian atau korset yang ketat.

2.1.4.11 Insomnia

Insomnia atau susah tidur dimulai pada pertengahan umur kehamilan.

a. Etiologi :

- 1) Pola tidur yang berubah mulai minggu ke-25 puncaknya pada 33-36 minggu.
- 2) Bangun tengah malam.

b. Cara Meringankan :

- 1) Gunakan teknik relaksasi.
- 2) Gunakan teknik relaksasi progresif.
- 3) Mandi air hangat.
- 4) Minum-minuman hangat sebelum tidur.
- 5) Melakukan aktivitas yang tidak menstimulasi sebelum tidur

2.1.5 Tanda Bahaya pada Trimester III

Tanda bahaya pada ibu hamil menurut Walyani (2015) yaitu:

- a. Perdarahan pervaginam
- b. Sakit kepala yang hebat
- c. Penglihatan kabur
- d. Bengkak pada wajah, kaki dan jari-jari tangan
- e. Keluar cairan pervaginam
- f. Gerakan janin tidak terasa
- g. Nyeri abdomen yang hebat

2.1.6 Asuhan kehamilan

2.1.6.1 Pengertian

Asuhan kehamilan (antenatal care) adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan kepada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim (Lily yulaikhah,2010).

Asuhan kehamilan adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetik untuk optimalisasi luaran maternal dan

neonatal melalui serangkain kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo,2014)

2.1.6.2 Tujuan Asuhan Kehamilan

- a. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan janin
- b. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi
- c. Mengenali secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, dan pembedahan.
- d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin
- e. Mempersiapkan agar ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal

2.1.6.3 Jadwal pemeriksaan kehamilan (ANC)

Ibu hamil mendapatkan pelayanan ANC minimal 4 kali selama kehamilan yang terbagi dalam:

- a. Trimester I : 1 kali (sebelum usia kehamilan 16 minggu)
- b. Trimester II : 1 kali (Antara minggu 24 - 28 minggu)
- c. Trimester III : 2 kali (Antara minggu 30-32 dan 36-38 minggu) (Kemenkes RI, 2013)

2.1.6.4 Standar asuhan kehamilan 14T

- a. Ukur tinggi badan
- b. Ukur tekanan darah
- c. Ukur tinggi fundus uteri
- d. Beri imunisasi TT
- e. Beri tablet Fe (minimal 90 tablet) selama kehamilan

- f. Tes terhadap penyakit menular seksual
- g. Temu wicara/konseling
- h. Tes/ pemeriksaan HB
- i. Tes/ pemeriksaan urin protein
- j. Tes reduksi urin
- k. Perawatan payudara (tekan pijet payudara)
- l. Pemeriksaan tingkat kebugaran (senam hamil)
- m. Terapi yodium kapsul (khusus daerah endemik gondok)
- n. Terapi obat malaria. (Ika Pantikawati dan Saryono, 2010)

2.1.6.5 Anemia pada ibu hamil

Anemia adalah keadaan dimana terjadi kekurangan darah merah dan menurunnya hemoglobin kurang dari 9,5 g/dl dalam tubuh ibu hamil (Hb normal > 11 g/dl). Tubuh mengalami perubahan signifikan saat hamil. Jumlah darah dalam tubuh meningkat sekitar 20-30 %, sehingga memerlukan peningkatan kebutuhan bersih dan vitamin untuk membuat hemoglobin. Anemia selama kehamilan akibat peningkatan volume darah merupakan anemia ringan. Anemia yang lebih berat, dapat meningkatkan resiko tinggi anemia pada bayi. Selain itu jika secara signifikan terjadi anemia selama 2 trimester, maka berisiko memiliki bayi lahir prematur atau berat badan bayi lahir rendah (Proverawati, 2011).

a. Penyebab Anemia Pada Ibu Hamil

- 1) Kebutuhan zat besi dan asam folat yang meningkat untuk memenuhi kebutuhan darah ibu dan janinnya
- 2) Penyakit tertentu seperti ginjal, jantung, pencernaan dan diabetes melitus
- 3) Asupan gizi yang kurang dan cara mengelola makanan yang kurang tepat

- 4) Kebiasaan makan atau pantangan terhadap makanan tertentu seperti ikan dan sayuran dan buah-buahan, minum kopi, teh bersamaan dengan makan
 - 5) Kebiasaan minum obat penenang dan alkohol.
- b. Cara mengatasi anemia
- 1) Perbanyak makanan yang mengandung zat besi, vitamin B12, vitamin C, dan asam folat. Zat tersebut banyak terdapat pada daging, kacang, sayuran berwarna hijau, jeruk, pisang, sereal, susu, melon dan buah beri.
 - 2) Hindari minum kopi, teh, atau susu sehabis makan karena dapat mengganggu proses penyerapan zat besi dalam tubuh.
 - 3) Transfusi darah, tambahan darah sesuai kebutuhan akan cepat mengembalikan jumlah sel darah merah dalam kondisi normal. Namun, setelah normal, pasien hendaknya menjaga agar terus stabil.
 - 4) Konsumsi suplemen dan suplemen yang mengandung zat besi dan vitamin lengkap lainnya sebagai penunjang pembentukan sel darah merah. Namun jangan bergantung pada suplemen. Kandungan zat dalam suplemen biasanya lebih besar dari yang dibutuhkan tubuh sehingga menyebabkan kerja ginjal bertambah berat. Maka jika gejala anemia sudah hilang, lakukan pola hidup yang baik agar kesehatan ibu dan anak terjaga dan anemia tidak kambuh lagi (Dwi, 2013).

2.2 Persalinan

2.2.1 Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta, dan ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit (Indrayani, 2016).

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 (Indrayani, 2016).

2.2.2 Faktor – faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Indrayani (2016) faktor-faktor penting dalam persalinan adalah:

2.2.2.1 Tenaga (Power)

a. His/Kontraksi

His/kontraksi adalah kontraksi otot-otot uterus dalam persalinan. Di dalam persalinan his harus selalu dipantau. Beberapa istilah yang perlu diperhatikan di dalam menilai/memantau his antara lain yaitu :

- 1) Frekuensi, adalah jumlah his dalam waktu tertentu biasanya dihitung per 10 menit.
- 2) Durasi, adalah lamanya setiap his berlangsung diukur dengan detik.
- 3) Interval, adalah masa relaksasi.
- 4) Amplitudo atau intensitas adalah kekuatan his diukur dalam satuan mmHg.

Menurut fungsinya his persalinan dapat dibagi dalam :

- 1) His pembukaan, adalah his yang menimbulkan pembukaan serviks. His ini terjadi sampai pembukaan serviks lengkap 10 cm, his ini mulai kuat, teratur dan sakit.

- 2) His pengeluaran (His mendedan/His Kala II), His sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi dan lama. His pengeluaran berfungsi untuk mengeluarkan janin. Terjadi koordinasi bersama antara his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligament.
 - 3) His Pelepasan Uri (Kala III), kontraksi mulai turun, berfungsi untuk melepaskan dan mengeluarkan plasenta.
 - 4) His pengiring (Kala IV), kontraksi bersifat lemah, masih sedikit nyeri, menyebabkan pengecilan Rahim
- b. Kekuatan mendedan ibu

Setelah serviks terbuka lengkap kekuatan yang sangat penting pada ekspulsi janin adalah yang dihasilkan oleh peningkatan tekanan intra-abdomen yang diciptakan oleh kontraksi otot-otot abdomen. Dalam bahasa obstetri biasanya ini disebut mengejan. Sifat kekuatan yang dihasilkan mirip seperti yang terjadi pada saat buang air besar, tetapi biasanya intensitasnya jauh lebih besar.

Pada saat kepala sampai pada dasar panggul, timbul suatu refleks yang mengakibatkan pasien menutup glotisnya, membuat kontraksi otot-otot perutnya dan menekan diafragmanya ke bawah. Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil, kala I pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu kontraksi rahim/uterus. Disamping itu, kekuatan-kekuatan tahanan mungkin ditimbulkan oleh otot-otot dasar panggul dan aksi ligament.

2.2.2.2 Janin (Passenger)

Bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala janin dapat mempengaruhi jalannya persalinan sehingga dapat membahayakan hidup dan

kehidupan janin kelak, hidup sempurna, cacat atau akhirnya meninggal. Biasanya apabila kepala janin sudah lahir, maka bagian-bagian lain dengan mudah menyusul kemudian. Berikut istilah-istilah yang dipakai untuk kedudukan janin dalam rahim :

a. Sikap (Habitus)

Menunjukkan hubungan antara bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya dengan tulang punggungnya, janin umumnya dalam sikap fleksi dimana kepala, tulang punggung dan kaki dalam keadaan fleksi, serta lengan bersilang di dada. Sikap janin bervariasi, tergantung pada presentasinya.

b. Letak Janin

Adalah hubungan antara sumbu panjang janin dengan sumbu panjang ibu. Ada kemungkinan pada letak janin yaitu letak memanjang, letak membujur dan letak miring/oblik.

c. Presentasi

Presentasi digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim yang dapat dijumpai dengan palpasi atau pemeriksaan dalam. Ada 3 kemungkinan pada presentasi janin yaitu presentasi kepala, bokong dan bahu.

d. Bagian terbawah janin

Sama dengan presentasi hanya diperjelas istilahnya.

e. Posisi

Merupakan indikator untuk menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kanan, kiri, depan atau belakang terhadap sumbu ibu. Misalnya pada letak kepala ubun-ubun kecil kiri depan.

2.2.2.3 Jalan Lahir (*Passage*)

a. Jalan lahir lunak

Jalan lahir lunak yang berperan pada persalinan adalah segmen bawah rahim, serviks uteri dan vagina, otot-otot, jaringan ikat dan ligament yang menyokong alat urogenital. Saat persalinan segmen atas rahim memegang peranan aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan, sedangkan segmen bawah rahim memegang peranan pasif dan makin tipis dengan majunya persalinan karena meregang.

b. Jalan lahir keras

Jalan lahir keras terdiri dari tulang-tulang panggul. Tulang panggul terdiri dari 4 buah tulang yaitu:

- 1) 2 tulang pangkal paha (*os coxae*)
- 2) 1 tulang kelangkang (*os sacrum*)
- 3) 1 tulang tungging (*os coccygeus*)

Bidang Hodge :

- 1) Hodge I : Bidang datar yang melalui bagian atas simfisis dan promotorium. Bidang ini dibentuk pada lingkaran PAP
- 2) Hodge II : Sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah symphysis.
- 3) Hodge III : Sejajar Hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.
- 4) Bidang Hodge IV : Sejajar Hodge I, II dan III setinggi os coccygis.

2.2.2.4 Posisi Ibu (*Positioning*)

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

2.2.2.5 Respons Psikologi (*Psychology Responce*)

Respon Psikologi ibu dapat dipengaruhi oleh :

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

2.2.3 Mekanisme Persalinan Normal

Menurut Marmi (2012) mekanisme persalinan normal sebagai berikut:

2.2.3.1 *Engagement*

Kepala dikatakan telah menancap (*engager*) pada pintu atas panggul apabila diameter biparetal kepala melewati atas panggul. Pada nulipara hal ini terjadi sebelum persalinan aktif dimulai karena otot-otot abdomen masih tegang sehingga bagian presentasi terdorong ke dalam panggul. Pada multipara yang otot-otot abdomennya lebih kendur kepala seringkali tetap dapat digerakkan di atas permukaan panggul sampai persalinan dimulai

2.2.3.2 *Descent* (Penurunan)

Masuknya kepala kedalam PAP pada primigravida terjadi bulan terakhir kehamilan tetapi pada multipara biasanya terjadi pada permulaan persalinan

2.2.3.3 Fleksi

Dengan majunya kepala biasanya juga fleksi bertambah hingga ubun-ubun kecil (UUK) jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar (UUB). Fleksi ini disebabkan karena anak di dorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul (PAP), serviks, dinding panggul atau dasar panggul.

2.2.3.4 Putaran paksi dalam.

Putaran paksi dalam adalah pemutaran bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan bawah simfisis. Putaran paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putaran paksi dalam merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.

2.2.3.5 Ekstensi/defleksi

Terjadi karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Setelah sub occiput tertahan pada pinggir bawah simfisis maka yang dapat maju karena kekuatan tersebut diatas bagian yang berhadapan dengan sub occiput, maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar, dahi, hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi.

2.2.3.6 Putaran paksi luar.

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

2.2.3.7 Ekspulsi.

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah simfisis dan menjadi pusat putaran untuk kelahiran bahu depan, kemudian bahu belakang menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi luar.

2.2.4 Tanda Persalinan (Inpartu)

Menurut Marmi (2012) tanda-tanda timbulnya persalinan (inpartu), yaitu:

2.2.4.1 Terjadinya His Persalinan

His adalah kontraksi rahim yang dapat diraba menimbulkan rasa nyeri di perut serta dapat menimbulkan pembukaan serviks kontraksi rahim dimulai pada 2 *face maker* yang letaknya di dekat *corpus uteri*. His yang menimbulkan pembukaan serviks dengan kecepatan tertentu disebut his efektif. His efektif mempunyai sifat : adanya dominan kontraksi uterus pada fudus uteri, kondisi berlangsung secara sinkron dan harmonis, adanya intensitas kontraksi yang maksimal diantara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang kian sering, lama his berkisar 45-60 detik. Pengaruh his sehingga dapat menimbulkan : terhadap desakan daerah uterus (meningkat), terhadap janin (penurut), terhadap korpus uteri (dinding menjadi tebal), terhadap istimus uterus (teregang dan menipis), terhadap kanalis servikalis (*effacement* dan pembukaan). His persalinan memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

- a. Pinggangnya terasa sakit dan menjalar ke depan
- b. Sifat his teratur, interval semakin pendek dan kekuatan semakin besar
- c. Terjadinya perubahan pada serviks
- d. Jika pasien menambah aktivitasnya, misalnya dengan berjalan, maka kekuatan hisnya akan bertambah.

2.2.4.2 Keluarnya lendir bercampur darah pervaginam (*show*)

Lendir berasal dari pembukaan yang menyebabkan lepasnya lendir berasal dari kanalis servikalis, sedangkan pengeluaran darah disebabkan robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.

2.2.4.3 Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditergetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam, namun apabila tidak tercapai maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi vakum atau sesar.

2.2.4.4 Dilatasi dan *effacement*

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. *Effacement* adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas.

2.2.5 Tanda baaya pada Persalinan

Menurut buku KIA, 2015 tanda baya pada persalinan sebagai berikut:

- a. Perdarahan lewat jalan lahir
- b. Tali pusat atau tangan bayi keluar dari jalan lahir
- c. Ibu mengalami kejang
- d. Ibu tak kuat mengejan
- e. Air ketuban keruh dan berbau
- f. Ibu gelisah atau mengalami kesakitan yang hebat

2.2.6 Tahapan Persalinan

Menurut JNPK-KR (2013), persalinan terbagi menjadi 4 kala, yaitu:

2.2.6.1 Kala I persalinan

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks

membuka lengkap (10 cm). Kala I persalinan terdiri dari atas 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

a. Fase laten pada kala I persalinan

Dimulai sejak awal berkontaksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm. pada umumnya, fase laten berlangsung antara 6 hingga 8 jam.

b. Fase aktif pada kala I persalinan :

Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih). Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata 1 cm per jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).

2.2.6.2 Kala II Persalinan

Persalinan kala II dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran janin

2.2.6.3 Kala III Persalinan

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban

2.2.6.4 Kala IV Persalinan

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum

2.2.6.5 Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik dan digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk :

- a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui periksa dalam.
- b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya persalinan lama.
- c. Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir. Pencatatan selama fase aktif persalinan :
 - 1) Informasi tentang ibu

Nama, umur, gravida, abortus, nomor catatan medis/nomor puskesmas, tanggal dan waktu mulai dirawat
 - 2) Kondisi janin
 - a) DJJ, catat setiap 30 menit.
 - b) Warna dan adanya air ketuban.

U : Selaput utuh.
J : Selaput pecah.
M : Air ketuban bercampur mekonium.
D : Air ketuban berwarna darah.
K : Tidak ada cairan ketuban/kering.
 - c) Penyusupan (molase) kepala janin

0 : Sutura terpisah.
1 : Sutura yang tepat/bersesuaian.
2 : Sutura tumpang tindih tetapi dapat diperbaiki.
3 : Sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki.

3) Kemajuan persalinan

Pembukaan serviks dimulai setiap 4 jam dan diberi tanda silang (x). Penurunan bagian terbawah janin, catat dengan tanda lingkaran (o) pada setiap dalam. Pada posisi 0/5 atau paruh atas kepala berada di simfisis pubis. Garis waspada dan garis bertindak.

4) Jam dan Waktu

Waktu mulainya fase aktif persalinan. Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian

5) Kontraksi Uterus

Catat setiap setengah jam. Lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya setiap kontraksi dalam hitungan detik : Kurang dari 20 detik, antara 20 detik dan 40 detik, lebih dari 40 detik.

6) Obat-obatan dan cairan yang digunakan

Oksitosin, obat-obatan lainnya dan cairan Intra Vena (IV) yang diberikan

7) Kondisi Ibu

Nadi setiap 30-60 menit dan tandai dengan sebuah titik besar (.). Tekanan darah catat setiap 4 jam dan ditandai dengan anak panah. Suhu badan catat setiap 2 jam. Urin (volume, aseton dan protein) catat setiap kali ibu BAK

2.2.7 Asuhan Persalinan Normal

2.2.7.1 Pengertian

Asuhan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan. Dengan pendekatan seperti ini, berarti bahwa keterampilan yang diajarkan

dalam pelatihan asuhan persalinan normal harus diterapkan sesuai dengan standar asuhan bagi semua ibu bersalin di setiap tahapan persalinan oleh setiap penolong persalinan dimanapun hal tersebut terjadi. Persalinan dan kelahiran bayi dapat terjadi di rumah, puskesmas atau rumah sakit. Penolong persalinan mungkin saja seorang bidan, perawat mahir neonatologi, dokter umum atau spesialis obstetri. Jenis asuhan yang akan diberikan, dapat disesuaikan dengan kondisi dan tempat persalinan sepanjang dapat memenuhi kebutuhan spesifik ibu dan bayi baru lahir (JNPK-KR, 2013).

2.2.7.2 Tujuan Asuhan Persalinan

Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman. Dalam memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi (Jannah, 2014).

Tujuan asuhan persalinan adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, serta keluarga dan masyarakat. Sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Prawirohardjo, 2014).

2.2.7.3 Standar Pelayanan Persalinan

Menurut Marmi (2014) standar pelayanan persalinan :

a. Standar 9 : Asuhan Persalinan Kala I

Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai, dengan memperhatikan kebutuhan ibu selama proses persalinan berlangsung. Bidan juga melakukan pertolongan proses persalinan dan kelahiran yang bersih dan aman, dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap hak pribadi ibu serta memperhatikan tradisi setempat. Disamping itu ibu di ijin

memilih orang yang akan mendampingi selama proses persalinan. Tujuan dari dilakukannya standar ini yaitu untuk memberikan pelayanan kebidanan yang memadai dalam mendukung pertolongan persalinan yang bersih dan aman untuk ibu dan bayi. Hasil yang diharapkan adalah ibu bersalin mendapatkan pertolongan yang aman dan memadai.

b. Standar 10 : Persalinan Kala II Yang Aman

Bidan melakukan pertolongan persalinan bayi dan plasenta yang bersih dan aman, dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap hak pribadi ibu serta memperhatikan tradisi setempat.

Tujuan dari diterapkannya standar ini yaitu memastikan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayi. Hasil yang diharapkan yaitu persalinan dapat berlangsung bersih dan aman. Meningkatnya kepercayaan masyarakat kepada bidan, Meningkatnya jumlah persalinan yang ditolong oleh bidan.

c. Standar 11 : Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala III

Secara aktif bidan melakukan penatalaksanaan aktif persalinan kala III. Tujuan dilaksanakannya standar ini yaitu membantu secara aktif pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap untuk mengurangi kejadian perdarahan pasca persalinan kala III, mencegah terjadinya atonia uteri dan retensio plasenta. Adapun hasil yang diharapkan yaitu menurunkan terjadinya perdarahan yang hilang pada persalinan kala III. Menurunkan terjadinya retensio plasenta, memperpendek waktu persalinan kala III, dan menurunkan perdarahan postpartum akibat salah penanganan pada kala III.

d. Standar 12 : Penanganan Kala II Dengan Gawat Janin Melalui Episiotomi

Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala II, dan segera melakukan episiotomy dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum.

Tujuan dilakukannya standar ini adalah mempercepat persalinan dengan melakukan episiotomi jika ada tanda-tanda gawat janin pada saat kepala janin meregangkan perineum. Hasil yang diharapkan yaitu penurunan kejadian asfiksia neonaturum berat. Penurunan kejadian lahir mati pada kala II.

2.2.7.4 Asuhan Persalinan Normal

Untuk melakukan asuhan persalinan normal dirumuskan 60 langkah asuhan persalinan normal menurut Sarwono (2014), sebagai berikut:

- 1) Melihat tanda gejala kala II yaitu :
 - a) merasakaan ingin meneran bersamaan dengan teerjadinya kontraksi.
 - b) Tekanan padaa rektum atau vagina
 - c) Perenium menonjol.
 - d) Vulva-vagina dan spingter ani membuka
- 2) Persiapan pertolongan persalinan (memastikan kelengkapan alat, bahan dan obat-obatan essensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi ibu dan bayi baru lahir.
- 3) Memakai celemek
- 4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih
- 5) Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
- 6) Memasukan oksitosin kedalam spuit dan diletakkan kedalam partus set/wadah DTT.
- 7) Membersihkan vulva dan perenium, menyekanya dengan hati-hati dari depaan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT.
- 8) Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.

- 9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan ttangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 %.
- 10) Memastikan denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi.
- 11) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, serta membantu ibu menemukan posisi yang nyaman
- 12) Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran.
- 13) Melaksanakan bimbingan meneran saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.
- 14) Menganjurkan ibu untuk mengambil posisi yang nyaman (miring kiri).
- 15) Meletakkan handuk berssih diatas perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 16) Meletakkan underpad sebagai alas bokong
- 17) Membuka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan alat.
- 18) Memakai sarung tangan DTT/ steril pada kedua tangan.
- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perenium dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala.
- 20) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat.
- 21) Tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan.
- 22) Tunggu putaraan paksi luar, pegang kepala secara biparental. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut, gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Setelah kedua bahu lahir, menggeser tangan bawah kearah perenium ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku

sebelah bawah. Menggunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusuri lengan atas berlanjut kepinggung, bokong, tungkai dan kaki. Memegang kedua mata kaki telunjuk diantara kaki dan pegang masing-masing mata kaki, ibu jari dan jari-jarinya.
- 25) Melakukan penilaian sepiintas. Bayi menangis kuat, bergerak aktif, dan warna kulit kemerahan.
- 26) Mengeringkan tubuh bayi, bungkus kepala bayi kecuali bagian tali pusat.
- 27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan janin tunggal.
- 28) Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, menyuntikkan oksitosin 10 IU di 1/3 distal lateral paha.
- 30) Setelah 2 menit sejak bayi lahir, jepit tali pusat menggunakan klem pada sekitar 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat bayi). Dari titik jepitan, tekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong isi tali pusat kearah ibu (agar darah tidak terpancar pada saat pemotongan tali pusat). Lakukan jepitan kedua dengan jarak 2 cm dari tempat jepitan pertama.
- 31) Pegang tali pusat diantara dua klem tersebut satu tangan menjadi landasan tali pusat untuk melindungi bayi. Potong tali pusat diantara kedua klem tersebut.
- 32) Meletakkan bayi tengkurap didada ibu untuk kontak kulit ibu dan bayi dan membantu inisiasi menyusui dini (IMD).
- 33) Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm di depan vulva.
- 34) Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut bawah ibu untuk mendeteksi kontraksi.

- 35) Setelah uterus berkontraksi, meregangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang secara hati-hati.
- 36) Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial, hingga plasenta terlepas, menarik tali pusat sejajar lantai kemudian ke arah atas, mengikuti proses jalan lahir.
- 37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, melahurkan plasenta dengan kedua tangan, putar perlahan searah jarum jam.
- 38) Segera setelah plasenta lahir, melakukan massase uterus hingga uterus berkontraksi.
- 39) Memeriksa kedua sisi plasenta, letakkan di tempat datar, pastikan plasenta lahir lengkap.
- 40) Mengevaluasi kemungkinan adanya laserasi pada vagina dan perineum. Melakukan penjahitan bila terjadi laserasi dan menimbulkan perdarahan.
- 41) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 42) Dekontaminasi sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 %, bersihkan noda darah dan cairan tubuh. Lepaskan secara terbalik dan rendam selama 10 menit.
- 43) Memastikan kontraksi uterus baik dan kandung kemih kosong.
- 44) Massase uterus dan menilai kontraksi.
- 45) Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 46) Memeriksa keadaan dan TTV ibu, pastikan keadaan ibu baik.
- 47) Memantau keadaan bayi dan pastikan bayi bernafas dengan baik.
- 48) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % (10 menit), cuci dan bilas.
- 49) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.

- 50) Membersihkan ibu dari paparan darah an cairan tubuh ibu dengan air DTT, membersihkan daerah tempat bersalin, membantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
- 51) Memastikan ibu merasa nyaman, membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu makan dan minum.
- 52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %
- 53) Mencilupkan dan melepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
- 54) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 55) Memakai sarung tangann bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi.
- 56) Sebelum 1 jam kelahiran bayi dilakukan pemberian salep mata, Vit K mg secara IM dipaha kiri bawah lateral.
- 57) Setelah 1 jam pemberian Vit K, berikan Hb 0 dipaha kanan bawah lateral.
- 58) Melepaskan sarung tangan dan dekontaminasi dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
- 59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 60) Melengkapi partograf & dokumentasi

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, 2013).

Neonatus ialah bayi yang baru lahir mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uteri kekehidupan ekstra

uterin. Beralih dari ketergantungan mutlak pada ibu menuju kemandirian fisiologis.

2.3.2 Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan segera bayi baru lahir Adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran. Sebagian besar bayi baru lahir akan menunjukkan usaha pernafasan spontan dengan sedikit bantuan atau gangguan.

2.3.2.1 Aspek-aspek penting dari asuhan segera Bayi Baru Lahir

- a. Jagalah bayi agar tetap kering dan hangat
- b. Usahakan adanya kontak kulit bayi dengan kulit ibunya sesegera mungkin.

2.3.2.2 Segera setelah Bayi Baru Lahir

- a. Sambil secara cepat menilai pernafasannya, letakkan bayi dengan handuk diatas perut ibu.
- b. Dengan kain bersih dan keringatau kasa, lap darah atau lendir bayi dari wajah bayi untuk mencegah jalan udaranya terhalang. Periksa ulang pernafasan bayi

2.3.2.3 Penilaian segera setelah lahir sebelum menit pertama yaitu penilaian :

- a. Pernafasan : tidak ada pernafasan, pernafasan lambat, pernafasan teratur (menangis keras)
- b. Denyut jantung/ nadi : <100x/menit atau tidak ada denyutan jantung
- c. Warna kulit : biru/pucat,ekstremitas biru, badan merah, seluruh kulit warnanya merah

Dimana sebagian bayi akan bernafas atau menangis secara spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir. Bila bayi tersebut bernafas dan menangis (terlihat dari pergerakan dada paling sedikit 30 kali per menit), biarkan bayi tersebut dengan ibunya. Jika bayi tidak bernafas dalam waktu 30 detik, segeralah cari bantuan dan mulailah

langkah-langkah resusitasi bayi tersebut. Persiapkan kebutuhan resusitasi untuk setiap bayi dan siapkan rencana untuk meminta bantuan khususnya bila ibu tersebut memiliki riwayat eklamsia, perdarahan, persalinan lama atau macet, persalinan dini.

Penilaian pada 1 menit pertama dan 5 menit kemudian dilakukan dengan penilaian APGAR score

Tabel 2.4 Nilai apgar skore

NO	Tanda	0	1	2
1	Appearance(warna kulit)	Pucat	Badan kemerahan, ekstremitas biru	Seluruh badan kemerahan
2	Pulse rate	Tidak ada	<100x/menit	>100x/menit
3	Grimace (reaksi rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerak-gerak mimik	Batuk/bersin
4	Activity (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
5	Respiration (pernafasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Baik/menangis

Sumber : Rukiyah (2010)

Keterangan Apgar Skore:

7-10 : bayi normal

4-6 : asfiksia sedang

0-3 : asfiksia berat.

2.3.3 Penanganan Bayi Baru Lahir (JNPK-KR, 2017)

2.3.3.1 Mencegah pelepasan panas yang berlebihan

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.

2.3.3.2 Cara mencegah hilangnya panas dari tubuh bayi

Mengeringkan tubuh bayi dari cairan ketuban atau cairan lain dengan kain hangat dan kering untuk mencegah terjadinya hipotermi. Selimuti bayi dengan kain kering terutama bagian kepala. Ganti handuk atau kain yang basah. Jangan menimbang bayi dalam keadaan tidak berpakaian. Jangan memandikan setidaknya 6 jam setelah persalinan. Letakkan bayi pada lingkungan yang hangat

2.3.3.3 Bebaskan atau bersihkan jalan nafas

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

2.3.3.4 Rangsangan taktil

Mengeringkan tubuh bayi pada dasarnya merupakan tindakan rangsangan pada bayi dan mengeringkan tubuh bayi cukup merangsang upaya bernafas.

2.3.3.5 Laktasi

Laktasi merupakan bagian dari rawat gabung, setelah bayi dibersihkan, segera lakukan kontak dini agar bayi mulai mendapat ASI. Dengan kontak dini dan laktasi bertujuan untuk melatih refleks hisap bayi, membina hubungan psikologis ibu dan anak, membantu kontraksi uterus melalui rangsangan pada puting susu, memberi ketenangan pada ibu dan perlindungan bagi bayinya serta mencegah panas yang berlebih pada bayi

2.3.3.6 Mencegah infeksi pada mata

Berikan tetes mata atau salep mata antibiotik 2 jam pertama setelah proses kelahiran.

2.3.3.7 Identifikasi bayi

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.

2.3.3.8 Asuhan tali pusat

Setelah tali pusat dipotong dan diikat, biarkan tali pusat tetap dalam keadaan terbuka tanpa mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat. Mengoleskan alkohol atau povidon iodine 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.

2.3.3.9 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

2.3.3.10 Manajemen laktasi

Memberikan ASI dini akan membina ikatan emosional dan kehangatan ibu dan bayi. Manajemen laktasi meliputi masa antenatal, segera setelah bayi lahir, masa neonatal dan masa menyusui selanjutnya

2.3.3.11 Pencegahan infeksi mata

Pencegahan infeksi tersebut menggunakan antibiotika eritromisin 1%. Salep antibiotika harus tepat diberikan pada waktu satu jam setelah kelahiran.

2.3.3.12 Pemberian vitamin K1

Pemberian K1 diberikan secara injeksi IM setelah kontak kulit ke kulit dan bayi selesai menyusui untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dialami sebagian BBL

2.3.3.13 Pemberian 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.

2.3.3.14 Pemeriksaan BBL

Pemeriksaan BBL dapat dilakukan 1 jam setelah kontak kulit ke kulit. Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan antropometri.

2.3.4 Kunjungan Neonatus

- a. Kunjungan 1 : 6-48 jam setelah bayi lahir
- b. Kunjungan 2 : Hari ke 3 sampai ke 7 setelah bayi lahir
- c. Kunjungan 3 : Hari ke 8 sampai ke 28 setelah bayi lahir

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 Bungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat, kepala bayi harus tertutup 2. Pemeriksaan fisik bayi 3. Dilakukan pemeriksaan fisik <ol style="list-style-type: none"> a. Gunakan tempat tidur yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan b. Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan lakukan pemeriksaan c. Telinga Periksa dalam hubungan letak dengan mata dan kepala d. Mata Tanda-tanda infeksi e. Hidung dan mulut

Kunjungan	Waktu	Penatalaksanaan
		<p>Bibir dan langit Periksa adanya sumbing Refleks hisap, dilihat pada saat menyusu Leher Pembekakan,Gumpalan</p> <p>f. Dada Bentuk,Puting, Bunyi nafas,, Bunyi jantung</p> <p>g. Gerakan Normal, Jumlah Jari normal</p> <p>h. Sistem syaraf Adanya reflek moro</p> <p>i. Perut</p> <p>j. Bahu lengan dan tangan Bentuk, Penonjolan sekitar tali pusat pada saat menangis, Pendarahan tali pusat ? tiga pembuluh, Lembek (pada saat tidak menangis), Tonjolan</p> <p>k. Kelamin laki-laki Testis berada dalam skrotum, Penis berlubang pada letak ujung lubang</p> <p>l. Kelamin perempuan Vagina berlubang, Uretra berlubang, Labia minor dan labia mayor</p> <p>m. Tungkai dan kaki Gerak tampak normal, jumlah jari lengkap</p> <p>n. Punggung dan anus Pembekalan atau cekungan ada anus atau ada lubang</p> <p>o. Kulit Verniks, warna,pembengkakan atau bercak hitam, tanda-tanda lahir.</p> <p>4. Konseling Jaga kehangatan, Pemberian ASI, Perawatan tali pusat, Agar ibu mengawasi tanda-tanda bahaya. Tanda-tanda bahaya yang harus dikenali oleh ibu Pemberian ASI sulit, sulit menghisap atau lemah hisapan, kesulitan bernafas yaitu pernafasan cepat >60 x/menit atau menggunakan otot tambahan, letargi bayi terus menerus, tidur tanpa bangun untuk makan, warna kulit abnormal, kulit biru (sianosis) atau kuning, suhu terlalu panas atau terlalu dingin (hipotermi), tanda dan perilaku abnormal atau tidak biasa, gangguan gastro internal misalnya tidak bertinja selama 3 hari, muntah terus-menerus, perut membengkak, tinja hijau tua dan darah berlendir, mata bengkak atau mengeluarkan cairan</p>

Kunjungan	Waktu	Pelaksanaan
		5. Lakukan perawatan tali pusat Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan dengan kain bersih secara longgar, Lipatlah popok di bawah tali pusat ,Jika tali pusat terkena kotoran tinja, cuci dengan sabun dan air bersih dan keringkan dengan benar 6. Gunakan tempat yang hangat dan bersih 7. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan 8. Memberikan Imunisasi HB-0
2	Kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke 7 setelah bayi 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) 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.	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. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan

Sumber : JNPK-KR, 2017

2.4 Masa Nifas

2.4.1 Pengertian Masa nifas (*peurperium*) adalah dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil.

Masa nifas atau *peurperium* dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Dalam bahasa latin, waktu mulai tertentu setelah melahirkan anak ini disebut *peurpurium* yaitu dari kata *peur* yang artinya bayi dan *parous* yang artinya melahirkan.

Nifas yaitu darah yang keluar dari rahim karena sebab melahirkan atau setelah melahirkan (Sari, 2014).

2.4.2 Tahapan Masa Nifas

Beberapa tahapan masa nifas adalah sebagai berikut (Sari, 2014):

a. Periode puerperium dini atau *immediate postpartum*

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

b. Periode *intermedial* atau *early postpartum* (24 jam – 1 minggu).

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

c. Periode *late postpartum* (1 – 5 minggu).

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

2.4.3 Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

Perubahan fisiologi yang terjadi pada masa nifas menurut Vivian (2014) adalah:

2.4.3.1 Perubahan sistem reproduksi

a. Uterus

Pada uterus terjadi proses involusi. Proses involusi adalah proses kembalinya uterus kedalam keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot – otot polos uterus

Tabel 2.6 Involusi uteri

Involusi	Tinggi fundus uteri	Berat uterus (gr)	Diameter bekas melekat plasenta (cm)	Keadaan serviks
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000		
Uri lahir	2 jari di bawah pusat	750	12,5	Lembek
1 minggu	Pertengahan pusat-simfisis	500	7,5	Beberapa hari setelah post partum dapat dilalui 2 jari. Akhir minggu pertama dapat dimasuki 1 jari
2 minggu	Tak teraba diatas simfisis	350	3-4	
6 minggu	Bertambah kecil	50-60	1-2	
8 minggu	Sebesar normal	30		

Sumber: Vivian, 2014

b. Perubahan tempat plasenta

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis, serta fascia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah jalan lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sedia kala

c. Perubahan pada serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti corong

d. Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam

yang ada pada vagina normal. Pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya diantaranya :

1) Lochea rubra/merah (kruenta)

Lochea ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum.

2) Lochea sanguinolenta

Lochea ini berwarna merah kuning berisi darah dan lendir karena pengaruh plasma darah, pengeluarannya pada hari ke 4-5 hari postpartum.

3) Lochea serosa

Lochea ini muncul pada hari ke 5-9 postpartum. Warnanya biasanya kekuningan atau kecoklatan.

4) Lochea alba

Lochea ini muncul lebih dari hari ke 10 postpartum. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan, serta lebih banyak mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

5) Lochea Purulenta

Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

6) Lochea stasis

Pengeluaran lochea tidak lancar. Bila pengeluaran lochea tidak lancar, maka disebut lochiastasis. Jika lochea tetap berwarna merah setelah 2 minggu ada kemungkinan tertinggalnya sisa plasenta atau karena involusi yang kurang sempurna yang sering disebabkan retroflexio uteri.

2.4.3.2 Perubahan tanda-tanda vital

Beberapa perubahan tanda-tanda vital biasa terlihat jika wanita dalam keadaan normal. Diantaranya adalah :

a. Suhu badan.

Satu hari (24 jam) postpartum suhu badan akan naik sedikit ($37,5-38^{\circ}\text{C}$) karena kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan

b. Nadi.

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi bradikardi maupun lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.

c. Tekanan darah.

Tekanan darah biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi dapat menandakan terjadinya preeklamsia postpartum

d. Pernafasan.

Frekuensi pernapasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali permenit. Pada ibu post partum umumnya pernapasan normal. Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran napas. Bila pernafasan pada post partum menjadi cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.

2.4.3.3 Perubahan sistem kardiovaskular

a. Volume darah.

Perubahan volume darah bergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, serta pengeluaran cairan ekstravaskuler. Kehilangan darah merupakan akibat penurunan volume darah total yang cepat, tetapi terbatas. Setelah itu terjadi

perpindahan normal cairan tubuh yang menyebabkan volume darah menurun dengan lambat. Pada minggu ke-3 dan ke-4 setelah bayi lahir, volume darah biasanya menurun sampai mencapai volume darah sebelum hamil. Pada persalinan pervaginam, ibu kehilangan darah sekitar 300-400 cc. bila melahirkan melalui SC, maka kehilangan darah dapat 2x lipat.

b. Curah jantung.

Denyut jantung, volume darah, dan curah jantung meningkat sepanjang masa hamil. Segera setelah wanita melahirkan, keadaan ini meningkat bahkan lebih tinggi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkulasi uteroplasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum.

c. Perubahan sistem hematologi.

Pada minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar fibrogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah

2.4.3.4 Perubahan sistem perkemihan

a. Sistem urinarius.

Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan

b. Komponen urine.

BUN (blood urea nitrogen) yang meningkat selama pasca partum, merupakan akibat otolitis uterus berinvolusi, pemecahan kelebihan protein di dalam sel otot uterus juga menyebabkan proteinuria ringan (+1) selama satu sampai dua hari setelah wanita melahirkan.

c. Diuresis postpartum.

Kehilangan cairan melalui keringan dan peningkatan jumlah urine menyebabkan penurunan berat badan sekitar 2,5 kg selama masa postpartum.

d. Uretra dan kandung kemih.

Trauma bila terjadi pada uretra dan kandung kemih selama proses melahirkan. Pengambilan urine dengan cara bersih atau melalui kateter sering menunjukkan adanya trauma pada kandung kemih. Uretra dan matus urinarius bisa juga mengalami edema.

2.4.4 Proses Adaptasi Psikologis Ibu Nifas

Menurut Vivian (2014), dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase sebagai berikut:

2.4.4.1 Fase *Taking In*

Fase taking in yaitu periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya.

2.4.4.2 Fase *Taking Hold*

Fase taking hold adalah fase/periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada saat ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah sehingga kita perlu berhati-hati dalam berkomunikasi dengan ibu.

2.4.4.3 Fase *Letting Go*

Fase letting go merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah

melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya sudah meningkat. Pendidikan kesehatan yang kita berikan pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

2.4.5 Deteksi Dini Komplikasi Masa Nifas

Deteksi dini komplikasi masa nifas menurut Nugroho (2014) adalah:

- 2.4.5.1 Perdarahan pervaginam dengan kehilangan darah lebih dari 500 ml selama 24 jam pertama sesudah kelahiran bayi.
- 2.4.5.2 Infeksi masa nifas dengan gejala umum suhu meningkat, takikardi dan malaise, serta gejala lokal dapat berupa uterus lembek, kemerahan dan rasa nyeri
- 2.4.5.3 Pembengkakan diwajah atau ekstremitas
- 2.4.5.4 Demam muntah, rasa sakit waktu berkemih
- 2.4.5.5 Kehilangan nafsu makan dalam waktu lama
- 2.4.5.6 Rasa sakit, merah, dan pembengkakan dikaki
- 2.4.5.7 Merasa sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya dan dirinya.

2.4.6 Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

Menurut Vivian (2014), kebutuhan dasar ibu nifas meliputi:.

2.4.6.1 Nutrisi dan Cairan

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapat perhatian serius karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan air susu.

Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut:

- a. Mengonsumsi tambahan 500 kalori setiap hari.
- b. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
- c. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari

- d. Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.
- e. Minum kapsul vit A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya.

2.4.6.2 Ambulasi

Ambulasi dini ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu post partum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Pada persalinan normal sebaiknya ambulasi dikerjakan setelah 2 jam (ibu boleh miring kanan atau kiri untuk mencegah adanya trombositis).

Keuntungan ambulasi dini adalah:

- a. Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan ambulasi dini.
- b. Melancarkan pengeluaran lochea, mengurangi infeksi puerperium.
- c. Mempercepat involusi uteri.
- d. Meningkatkan kelancaran peredaran darah sehingga mempercepat fungsi ASI dan pengeluaran sisa metabolisme.
- e. Memungkinkan kita mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu masih di rumah sakit. Misalnya memandikan, mengganti pakaian dan memberi makanan
- f. Makan makanan yang tidak merangsang, baik secara termis, mekanis atau kimia untuk menjaga kelancaran pencernaan
- g. Batasi makanan yang berbau keras (tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung nikotin serta bahan pengawet atau pewarna)
- h. Gunakan bahan makanan yang dapat merangsang produksi ASI, misalnya sayuran hijau.

2.4.6.3 Eliminasi

a. Buang Air Kecil

Ibu diminta untuk BAK normal 3-4 jam post partum. Jika dalam 8 jam post partum belum dapat berkemih maka dilakukan kateterisasi. Berikut adalah sebab-sebab terjadinya kesulitan berkemih pada ibu post partum:

- 1) Springter uretra tertekan oleh kepala janin
- 2) Edema dan uretra
- 3) Dinding kandung kemih kurang sensitif.

b. Buang Air Besar

Ibu masa post partum, diharapkan dapat BAB setelah hari ke 2-3 post partum. Jika hari ketiga belum juga BAB maka perlu diberi obat pencahar.

2.4.6.4 Personal hygiene

Pada masa post partum, seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Langkah-langkah yang dapat dilakukan sebagai berikut:

- a. Ajarkan kebersihan seluruh tubuh terutama perineum.
- b. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya 2 kali sehari, kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan dibawah sinar matahari atau disetrika.
- c. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin.
- d. Jika ibu mempunyai luka episiotomy atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari untuk menyentuh luka.

2.4.6.5 Istirahat dan tidur

Hal-hal yang dapat membantu ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah sebagai berikut:

- a. Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan
- b. Sarankan ibu untuk kembali ke kegiatan-kegiatan yang tidak berat.

Kurang istirahat dapat mempengaruhi ibu dalam hal:

- a. Mengurangi jumlah produksi ASI.
- b. Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
- c. Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri

2.4.6.6 Aktivitas Seksual

- a. Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri.
- b. Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu

2.4.6.7 Keluarga Berencana

Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Sebelum menggunakan metode KB, hal-hal berikut sebaiknya dijelaskan dahulu yaitu: bagaimana metode ini dapat mencegah kehamilan dan efektivitasnya, kekurangannya, efek samping, bagaimana menggunakan, kapan dapat mulai digunakan untuk wanita pascasalin yang menyusui. Kontrasepsi yang cocok untuk ibu nifas antara lain metode amenorrhea laktasi (MAL), pil progestin (mini pil), suntikan progestin, implant, dan AKDR

2.4.6.8 Latihan Senam Nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan ibu – ibu setelah melahirkan setelah keadaan tubuhnya pulih kembali. Senam nifas bertujuan untuk mempercepat penyembuhan, mencegah

timbulnya komplikasi, serta memulihkan dan menguatkan otot-otot punggung, otot dasar panggul dan perut.

2.4.7 Asuhan Masa Nifas

Pengertian kebidanan pada masa nifas normal adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan masalah dalam bidang masa nifas normal (Prawirohardjo,2014).

Asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil (Saleha, 2013).

2.4.8 Tujuan asuhan masa nifas

Tujuan asuhan masa nifas menurut Vivian (2014) adalah :

- 2.4.8.1 Mendeteksi adanya perdarahan pada masa nifas, untuk menghindari atau mendeteksi kemungkinan adanya perdarahan postpartum dan infeksi.
- 2.4.8.2 Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- 2.4.8.3 Melaksanakan skrining secara komprehensif dengan mendeteksi masalah, mengobati, dan merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- 2.4.8.4 Memberikan pendidikan kesehatan dini
- 2.4.8.5 Memberikan pendidikan mengenai laktasi dan perawatan payudara:
 - a. Menjaga payudara tetap bersih dan kering.
 - b. Menggunakan bra yang menyokong payudara.
 - c. Apabila puting susu lecet, oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui.
 - d. Lakukan pengompresan apabila bengkak dan terjadinya bendungan ASI.

2.4.8.6 Memberikan Konseling KB

- a. Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali.
- b. Biasanya wanita akan menghasilkan ovulasi sebelum ia mendapatkan lagi haidnya setelah persalinan.
- c. Jika ibu dan pasangan telah memilih metode KB tertentu, dalam 2 minggu ibu dianjurkan untuk kembali.

2.4.9 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Menurut Sari (2014), pada kebijakan program nasional masa nifas paling sedikit 4 kali kunjungan yang dilakukan. Hal ini untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir serta untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi antara lain sebagai berikut.

2.4.9.1 Kunjungan I (6-8 jam post partum)

- a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan apabila perdarahan berlanjut.
- c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- d. Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu.
- e. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi

2.4.9.2 Kunjungan ke II (6 hari post partum)

- a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundusuteri dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal.
- b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal.
- c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat.

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

2.4.9.3 Kunjungan ke III (2 minggu post partum)

Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.

2.4.9.4 Kunjungan IV (29-40 hari post partum)

- a. Menanyakan penyulit yang dialami ibu pada masa nifas
- b. Memberikan konseling KB secara dini.
- c. Menganjurkan/mengajak ibu membawa bayinya ke posyandu atau puskesmas untuk penimbangan dan imunisasi.

2.5 Keluarga Berencana (KB)

2.5.1 Pengertian

Keluarga berencana (*family planning/planned parenthood*) adalah merupakan suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Sulistyawati, 2014).

Menurut WHO (*Expert commite*, 1970) tindakan yang membantu individu/pasutri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan dan menentukan jumlah anak dalam keluarga (Sulistyawati, 2014).

2.5.2 Sasaran program KB

Sasaran program KB dibagi menjadi 2 yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung, tergantung dari tujuan yang ingin dicapai. Sasaran langsungnya adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang berkelanjutan. Sedangkan sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana

dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera (Setiyaningrum, 2014).

2.5.3 Ruang Lingkup Keluarga Berencana

Menurut Sulistyawati (2014) ruang lingkup keluarga berencana mencakup sebagai berikut :

2.5.3.1 Ibu

Dengan jalan mengatur jumlah anak dan jarak kehamilan. Adapun manfaat yang diperoleh oleh ibu adalah sebagai berikut:

- a. Tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek, sehingga kesehatan ibu dapat terpelihara terutama kesehatan organ reproduksinya.
- b. Meningkatkan kesehatan mental dan social yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak dan beristirahat yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan.

2.5.3.2 Suami

Dengan memberikan kesempatan kepada suami agar dapat melakukan hal berikut :

- a. Memperbaiki kesehatan fisik.
- b. Mengurangi beban ekonomi keluarga yang ditanggungnya.

2.5.3.3 Seluruh keluarga.

Dilaksanakannya program KB dapat meningkatkan kesehatan fisik, mental, dan sosial setiap anggota keluarga; dan bagi anak dapat memperoleh kesempatan yang lebih besar dalam hal pendidikan serta kasih sayang orang tuanya.

2.5.4 Pemilihan Alat Kontrasepsi yang Rasional

Tiga fase untuk mencapai sasaran menurut Yuhedi (2015), yaitu :

2.5.4.1 Fase menunda perkawinan/kesuburan

Dilakukan pada usia < 20 tahun dengan tujuan umur dibawah 20 tahun sebaiknya tidak mempunyai anak dahulu karena organ reproduksinya belum matang sehingga dapat terjadi komplikasi saat kehamilan dan persalinan.

2.5.4.2 Fase menjarangkan kehamilan

Dilakukan pada usia 20-30/35 tahun yang bertujuan untuk menjarangkan kehamilan. Fase menjarangkan kehamilan pada usia istri 20-30/35 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak kehamilan 2-4 tahun

2.5.4.3 Fase menghentikan/mengakhiri kehamilan/kesuburan

Periode umur istri diatas 30 tahun terutama diatas 35 tahun sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 orang anak, karena pada usia ini rentan terjadinya penyakit seperti jantung, asma, hipertensi.

2.5.5 Asuhan Keluarga Berencana (KB)

Pengertian keluarga berencana

Pengertian Program Keluarga Berencana menurut UU No 10 tahun 1992 (tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera) adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Endang & Elisabeth, 2015).

Asuhan keluarga berencana adalah asuhan yang diberikan oleh bidan kepada pasangan suami isteri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang sangat diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kelahiran

dalam hubungan dengan umur suami isteri, serta menentukan jumlah anak dalam keluarga (Tresnawati, 2013).

Asuhan KB adalah pelayanan KB sesuai standar dengan menghormati hak individu dalam merencanakan kehamilan sehingga diharapkan dapat berkontribusi dalam menurunkan angka kematian ibu dan menurunkan tingkat *fertilitas* (kesuburan) bagi pasangan yang telah cukup memiliki anak (2 anak lebih baik) serta meningkatkan *fertilitas* bagi pasangan yang ingin mempunyai anak (Karwati, 2011).

2.5.6 Tujuan

Tujuan utamanya adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Sulistyawati, 2014).

Tujuan lain meliputi pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga. Hal ini sesuai dengan teori pembangunan menurut Alex Inkeles dan David Smith yang mengatakan bahwa pembangunan bukan sekedar perkara pemasok modal dan teknologi saja tapi juga membutuhkan sesuatu yang mampu mengembangkan sarana yang berorientasi pada masa sekarang dan masa depan, memiliki kesanggupan untuk merencanakan, dan percaya bahwa manusia dapat mengubah alam, bukan sebaliknya (Sulistyawati, 2014).

2.5.7 Manfaat asuhan KB (Keluarga Berencana)

Dengan adanya asuhan KB ini bisa mengurangi baby boom dan mengatur jarak kehamilan serta bidan dapat memberikan konseling yang berkualitas sehingga pasangan usia subur (PUS) bisa menentukan sendiri pilhan KB nya dengan dibantu bidan sebagai pemberi pelayanan.

2.5.8 Konseling Keluarga Berencana

Konseling merupakan aspek yang sangat penting dalam pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi. Dengan melakukan konseling berarti petugas membantu klien dalam memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan pilihannya. Di samping itu dapat membuat klien lebih puas. Konseling yang baik juga akan membantu klien dalam menggunakan kontrasepsinya lebih lama dan meningkatkan keberhasilan KB. Konseling akan mempengaruhi interaksi antara petugas dan klien karena dapat meningkatkan hubungan dan kepercayaan yang sudah ada (Yuhdi, 2015).

2.5.9 Metode kontrasepsi

Menurut Manuaba (2010) metode kontrasepsi meliputi:

2.5.9.1 Metode sederhana

- a. Tanpa alat atau tanpa obat, misalnya sanggama terputus dan pantang berkala.
- b. Dengan alat atau dengan obat, misalnya kondom, diafragma atau cup, cream, jelly/cairan berbusa, dan tablet berbusa (vagina tablet).

2.5.9.2 Metode efektif

- a. Susuk KB/implant (AKBK)

Implan adalah kontrasepsi bawah kulit.

1) Efek samping utama

Berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak dan amenorea. Aman dipakai pada masa laktasi

2) Cara kerja implan

Lendir serviks menjadi kental, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma, menekan ovulasi

3) Keuntungan :

Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (3 tahun untuk jadenal), pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh estrogen, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu ASI (air susu ibu), klien hanya perlu kembali ke klinik jika ada keluhan, dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan. Mengurangi nyeri haid, mengurangi jumlah darah haid, mengurangi/memperbaiki anemia, melindungi terjadinya kanker endometrium, melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul, menurunkan angka kejadian endometriosis (Lauren & Meredith, 2012).

4) Kekurangan implan :

Nyeri kepala, peningkatan/penurunan berat badan, nyeri payudara, mual, pening/pusing kepala, perubahan perasaan (*mood*) atau kegelisahan, membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan, tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk AIDS (*acquired immune deficiency syndrome*), klien tidak menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai dengan keinginan, akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan, efektivitasnya menurun bila menggunakan obat *tuber-colusis* atau obat *epilepsi*, terjadinya kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi (1,3 per 100.000 wanita pertahun) (Lucky & Titik, 2015).

b. AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim)

1) AKDR adalah bahan inert sintetik (dengan atau tanpa unsur tambahan untuk sinergi efektivitas) dengan

berbagai bentuk yang dipasangkan dalam rahim untuk menghasilkan efek kontraseptif. Bentuk AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim) yang beredar dipasaran adalah spiral (*lippes loop*), huruf T

2) Indikasi :

Hati-hati jika ingin dipergunakan pada klien dengan: riwayat infeksi panggul, risiko tinggi PMS (penyakit menular seksual) , riwayat tromboflebitis dalam, diabetes melitus yang tidak terkontrol (Endang & Elisabeth, 2015).

3) Kontraindikasi :

Sedang hamil atau diduga hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas diketahui penyebab-nya, sedang menderita infeksi genitalia, kanker alat genitalia (Lauren & Meredith, 2012).

4) Efek samping :

Amenorea, kejang, perdarahan vagina yang hebat dan tidak teratur, benang yang hilang, adanya penge-luaran cairan dari vagina

5) Waktu penggunaan :

Setiap waktu dalam siklus haid yang dapat dipastikan pasien tidak hamil, hari pertama sampai hari ke-7 silus haid, segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pasca persalinan, setelah 6 bulan apabila menggunakan metode amenorea laktasi, setelah abortus atau keguguran (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi, selama 1-5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi

6) Keuntungan :

Baik tembaga maupun hormonal memiliki keuntungan *nonkontraseptif*. Tekanan yang tercipta dari AKDR

(alat kontrasepsi dalam rahim) tembaga dan AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim) plastik tanpa obat kemungkinan memberi perlindungan terhadap kanker endometrium, AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim) hormonal (Lauren & Meredith, 2012).

c. Suntikan KB

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

Jenis KB suntik dibagi menjadi 2 jenis menurut Mulyan (2014) yaitu :

1) KB Suntik 3 bulan adalah jenis suntikan yang mengandung *hormon Medroxyprogesteron Acetate (hormon progestin)* dengan volume 150 mg. Alat kontrasepsi ini diberikan setiap 3 bulan atau 12 minggu (6 minggu setelah melahirkan).

2) KB Suntik 1 bulan adalah jenis suntikan KB yang diberikan 1 bulan sekali. Dengan pemberian suntikan yang sama dengan suntik 3 bulan, yaitu setelah 7 hari pertama periode menstruasi. Alat kontrasepsi ini mengandung kombinasi (hormon Estrogen).

3) Kelebihan :

Metode kontrasepsi hormonal efektif mencegah kehamilan hingga 99 %, memberikan kenyamanan kepada suami istri karena dengan satu kali suntikan tidak perlu memikirkan kontrasepsi selama 1 sampai 3 bulan, kehamilan bisa didapatkan kembali setelah menghentikan penggunaan KB suntik, kb suntik 3 bulan tidak mengganggu produksi ASI (air susu ibu)

4) Kekurangan

Siklus haid menjadi tidak teratur, terjadi penambahan berat badan, ibu mengalami jerawat, sakit kepala, nyeri payudara, perubahan suansana hati, penggunaan KB 3 bulan memicu terjadinya osteoporosis (Mulyan, 2014).

5) Indikasi dan kontraindikasi

Dapat menggunakan kontrasepsi suntikan progestin adalah Usia reproduksi, Multipara dan yang telah memiliki anak, Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektifitas tinggi, Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai, Setelah melahirkan, abortus, banyak anak. Perokok, tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah, Mengguna-kan obat Epilepsi, Tuberkulosis, Sering lupa bila menggu-nakan pil, Anemia defisiensi besi, Remaja (16 tahun) sampai wanita usia 40 tahunan dari nuligravida sampaigranda multipara (Lucky & Titik, 2015)

d. Pil KB

Pil kombinasi menurut Lauren & Meredith (2012).

1) Jenis pil kombinasi :

- a) Monofasik yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- b) Bifasik yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dengan 2 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- c) Trifasik yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif

estrogen/progestin (E/P) dengan 3 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif

2) Cara kerja pil kombinasi :

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

3) Manfaat pil kombinasi :

Efektivitas yang tinggi (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan), risiko terhadap kesehatan sangat kecil, tidak mengganggu hubungan seksual, siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid, dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan, dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause, mudah dihentikan setiap saat, kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan, membantu mencegah kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, penyakit radang panggul, kelainan jinak pada payudara, dismenorea atau akne (Endang & Elisabeth, 2015).

4) Keterbatasan pil kombinasi :

Membosankan karena harus menggunakannya setiap hari, mual terutama 3 bulan pertama, perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama 3 bulan pertama, pusing, nyeri payudara, berat badan naik sedikit, amenorea, tidak boleh diberikan pada ibu menyusui,

pada sebagian kecil perempuan dapat menimbulkan depresi dan perubahan suasana hati, berkurangnya libido, meningkatnya tekanan darah dan retensi cairan, sehingga risiko stroke dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat pada perempuan usia >35 tahun dan merokok perlu hati-hati, tidak mencegah IMS (infeksi menular seksual), HIV (*human immuno deficiency virus*)/AIDS (*acquired immune deficiency syndrome*)

5) Menggunakan pil kombinasi :

Usia reproduksi, telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak, gemuk atau kurus, menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi, setelah melahirkan dan tidak menyusui, setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif, sedangkan semua cara kontrasepsi yang dianjurkan tidak cocok bagi ibu tersebut, pasca keguguran, anemia karena haid berlebihan, nyeri haid hebat, siklus haid tidak teratur, riwayat kehamilan *ektopik*, kelainan payudara jinak, kencing manis tanpa komplikasi pada ginjal, pembeluh darah, mata, dan saraf, penyakit *tiroid*, penyakit radang panggul, endometriosis, atau tumor ovarium jinak, menderita tuberkulosis, varises venan (Lucky & Titik, 2015).

6) Dilarang menggunakan pil kombinasi :

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

>20 tahun, kanker payudara (Endang & Elisabeth, 2015).

- 7) Waktu mulai menggunakan pil kombinasi :
Setiap selagi haid, hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, boleh menggunakan pada hari ke-8, tetapi perlu menggunakan kondom mulai hari ke-8 sampai hari ke-14 atau tidak melakukan hubungan seksual sampai anda telah menghabiskan paket pil tersebut, setelah melahirkan setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif, setelah 3 bulan dan tidak menyusui, pasca keguguran (setelah atau sebelum 7 hari), bila berhenti menggunakan kontrasepsi injeksi, dan ingin menggantikan dengan pil kombinasi, pil dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid (Mulyan, 2014).
Pil mini menurut Lucky and Titik (2015) adalah pil menyusui yang mengandung hormon progesteron. Efektivitas dari pil mini sangat efektif jika dikonsumsi setiap hari dan pada jam yang sama.
- 8) Keuntungan dari pil kombinasi adalah:
 - a) Sangat efektif jika digunakan secara benar
 - b) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - c) Tidak mengandung estrogen, sehingga tidak memengaruhi ASI
 - d) Kesuburan cepat kembali
 - e) Nyaman dan mudah digunakan
 - f) Sedikit efek samping
 - g) Dapat dihentikan setiap saat
- 9) Cara kerja kontrasepsi mini pin adalah:
 - a) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat)

- b) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit
 - c) Mengentalkan lendir servik sehingga menghambat penetrasi sperma
 - d) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu
- 10) Efek samping dari kontrasepsi mini pil adalah:
- a) Amenorea (tidak menstruasi)
 - b) Perdarahan tidak teratur atau spotting
- 11) Indikasi kontrasepsi mini pil yaitu:
- a) Usia reproduksi
 - b) Telah atau belum mempunyai anak
 - c) Menginginkan kontrasepsi efektif selama menyusui
 - d) Pasca keguguran perokok segala usia
 - e) Hipertensi (180/110 mmHg atau dengan masalah pembuluh darah)
- 12) Kontraindikasi mini pil yaitu:
- a) Hamil atau diduga hamil
 - b) Perarahan pervaginam yang belum bisa diketahui penyebabnya
 - c) Tidak menerima terjadinya gangguan haid
 - d) Kanker payudara/ riwayat kanker payudara
 - e) Sering lupa minum pil
 - f) Mioma uteri
 - g) Riwayat stroke

2.5.9.3 Metode kontak (kontrasepsi mantap)

a. Tubektomi (pada wanita)

Menurut Lucky & Titik (2015) kontrasepsi ini dipersiapkan melalui tindakan operasi kecil dengan cara mengikat dan memotong saluran telur (tuba) pada istri. Dengan demikian telur

dari ovarium tidak dapat mencapai rongga rahim, sehingga tidak terjadi pembuahan. Indikasinya yaitu kelahiran cesarean yang berulang, multi peritas, penyakit kehamilan serius yang berulang, penyakit akut atau kronis dan stressor ekonomi atau emosional.

Caranya dengan:

1) Ligasi tuba

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

2) Histerektomi

Prosedur mengikat uterus. Indikasi Histerektomi setelah kehamilan dengan rupture/inversion uteri, tumor fibroid dan pendarahan tak terkontrol

b. Vasektomi (pada pria)

Menurut Lauren & Meredith (2015) vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi. Metode ini membuat sperma (yang disalurkan melalui vas deferens) tidak dapat mencapai vesikula seminalis yang pada saat ejakulasi dikeluarkan bersamaan dengan cairan semen. Untuk oklusi vas deferens, diperlukan tindakan insisi (minor) pada daerah rafe skrotalis. Penyesalan terhadap vasektomi, tidak segera memulihkan fungsi reproduksi karena memerlukan tindakan pembedahan ulang. Vasektomi termasuk metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang

1) Manfaat :

Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang, tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi

2) Keterbatasan vasektomi :

Permanen (*non-reversible*) dan timbul masalah bila klien menikah lagi, bila tak siap ada kemungkinan penyesalan di

kemudian hari, perlu pengosongan depot sperma di vesikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi, risiko dan efek samping pembedahan kecil, adanya nyeri/rasa tak nyaman pasca bedah, perlu tenaga pelaksana terlatih, tidak melindungi klien terhadap PMS (penyakit menular seksual) misalnya : HBV (*handel banken und versicherungen*), HIV (*human immuno deficiency virus*)/AIDS (*acquired immune deficiency syndrome*) Efek samping, risiko, dan komplikasi , tidak ada efek samping jangka pendek dan jangka panjang. Karena area pembedahan termasuk *super-fisial*, jarang sekali menimbulkan risiko merugikan pada klien. Walaupun jarang sekali, dapat terjadi nyeri skrotal dan testikular berkepanjangan (bulanan atau tahunan). Komplikasi segera dapat berupa hematoma intraskrotal infeksi. Teknik vasektomi tanpa pisau (VTP) sangat mengurangi kejadian infeksi pasca bedah (Endang & Elisabet, 2015).

2.5.10 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemakaian alat Kontrasepsi

2.5.10.1 Efektifitas

Efektifitas suatu alat ditentukan oleh keberhasilan atau kegagalan alat kontrasepsi tersebut. Metode kontrasepsi dianggap lebih efektif namun tidak dapat digunakan oleh pasangan yang ingin punya anak lagi (Endang & Elisabeth, 2015)

2.5.10.2 Pilihan pribadi dan kecenderungan

Pilihan pribadi dan kecenderungan merupakan hal penting dalam memilih kontrasepsi. Wanita berasumsi bahwa kontrasepsi yang digunakan terlalu sulit, menghabiskan banyak waktu atau banyak aturan akan menurunkan motivasi dan kekonsistensian pasangan tersebut untuk menggunakannya. Pendidikan yang diterima tentang kontrasepsi akan mempengaruhi

persepsi pasangan terhadap kontrasepsi (Lauren & Meredith, 2015).

2.5.10.3 Efek Samping

Efek samping penggunaan kontrasepsi harus dijabarkan dengan lengkap oleh pasangan. Pasangan mengetahui efek sampingnya lalu tetap memilih kontrasepsi tersebut mereka akan dapat bertoleransi terhadap efek samping yang ditimbulkan dari pada pasangan yang tidak mengetahui efek samping sama sekali (Mulyan, 2014).

2.5.10.4 Biaya

Pasangan yang berpenghasilan rendah, faktor biaya menjadi hal penting dalam pemilihan metode kontrasepsi (Lucky & Titik, 2015).