

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Teori

2.2.1. Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian

Proses terjadinya kehamilan karena bertemunya sel telur dan sel *sperma*, maka terjadilah pembuahan. Lebih lanjut dikatakan Manuaba, bahwa kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan *janinintrauterin* mulai sejak *konsepsi* dan berakhir sampai permulaan persalinan (Prawirohardjo, 2016). Kehamilan adalah masa ketika seorang wanita membawa *embrio* atau *fetus* didalam tubuhnya (Astuti, 2015). Kehamilan sebagai *fertilisasi* atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* dilanjutkan dengan *nidasi/implantasi* (Prawirohardjo, 2016).

Lama kehamilan berlangsung sampai pada masa persalinan *aterm* sekitar 280 sampai 300 hari dengan perhitungan sebagai berikut :

- a. Kehamilan sampai 28 minggu dengan berat *janin* 1.000 gram bilaberakhir disebut keguguran.
- b. Kehamilan 29 sampai 36 minggu bila terjadi persalinan disebut *prematunitas*.
- c. Kehamilan berumur 37 sampai 42 minggu disebut *aterm*.

d. Kehamilan melebihi 42 minggu disebut kehamilan lewat waktu atau *postterm (serotinus)* Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan, yaitu :

- a. Triwulan pertama : 0 sampai 12 minggu
- b. Triwulan kedua : 13 sampai 28 minggu
- c. Triwulan ketiga : 29 sampai 42 minggu

(Prawirohardjo, 2016)

2. Tanda dan Gejala Kehamilan

Menurut Manuaba (2017) tanda dan gejala kehamilan adalah sebagaiberikut :

a. Tanda-tanda dugaan hamil:

1) Berhenti *menstruasi (amenorea)* :

a) *Konsepsi* dan *nidasi* menyebabkan tidak terjadi pembentukan *folikel de graaf* dan *ovulasi*

b) Mengetahui tanggal *haid* terakhir dengan perhitungan rumus *naegle* ditentukan perkiraan persalinan.

2) Mual (*nausea*) dan muntah (*emesis*):

a) Pengaruh *estrogen* dan *progesteron* terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan.

b) Menimbulkan mual dan muntah terutama pagi hari yang disebut *morning sickness*.

c) Gejala ini muncul sekitar 6 minggu setelah mulainya periode *mentruasi* terakhir dan biasanya menghilang spontan 6

sampai 12 minggu kemudian.

3) Ngidam

Waktu hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam.

4) *Sinkope*/Pingsan :

- a) Terjadinya gangguan *sirkulasi* ke daerah kepala menyebabkan *iskemia* susunan *saraf* pusat.
- b) Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.

5) *Payudara* tegang :

- a) Pengaruh *hormon estrogen* – *progesteron* dan *somatotropin* menimbulkan *deposit* lemak, air, dan garam pada *payudara*.
- b) *Payudara* membesar dan tegang
- c) Ujung *syaraf* tertekan menimbulkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

6) Gangguan kencing

- a) *Uterus* yang sedang membesar mendesak kandung kencing sehingga dapat mengakibatkan kandung kemih cepat terasa penuh sehingga sering kencing.
- b) Pada triwulan kedua sudah menghilang tetapi gejala ini muncul kembali pada waktu mendekati akhir kehamilan, ketika kepala bayi turun ke panggul ibu.

7) *Konstipasi* atau *obstipasi* :

Pengaruh *hormon progesterone* menghambat *peristaltic* usus menyebabkan kesulitan buang air besar.

8) *Pigmentasi* kulit

a) Sekitar Pipi : *Cloasma gravidarum*.

Keluarnya *melanophore hormone hipofisis anterior* menyebabkan *pigmentasi* pada kulit .

b) Dinding Perut

Striae lividae, Striae nigra dan Linea alba makin hitam.

c) Sekitar Payudara

Hiperpigmentasi areola mammae, kelenjar montgomery menonjol, pembuluh darah *manifes* sekitar payudara.

9) *Epulis / hipertropi* gusi, dapat terjadi bila hamil.

10) *Varices / penampakan* pembuluh darah vena :

a) Karena pengaruh *hormon estrogen* dan *progesterone* terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat.

b) Terjadi di sekitar *genitalia eksterna*, kaki, betis dan payudara.

c) Dapat menghilang setelah persalinan

b. Tanda tidak pasti kehamilan :

1) Pembesaran *abdomen*

Perubahan bentuk, ukuran dan *konsistensi uterus*.

2) Pada pemeriksaan dijumpai :

a) Tanda *Hegar* : *rahim (isthmus uteri)* menjadi lebih panjang dan lunak.

b) Tanda *Chadwicks* : *Vulva* dan *vagina* mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh *hormon estrogen* sehingga tampak makin merah dan kebiru-biruan.

c) Tanda *Piskaceck*: terjadinya pertumbuhan yang cepat di daerah *implantasi placenta* sehingga *rahim* bentuknya tidak sama.

d) Kontraksi *Braxton Hicks*: *hormon progesterone* mengalami penurunan dan menimbulkan *kontraksi rahim*.

e) Teraba *Ballotement*.

3) Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif sebagian kemungkinan positif palsu (Manuaba, 2017).

c. Tanda pasti kehamilan :

Tiga tanda pasti kehamilan adalah :

1) Denyut jantung *janin* terpisah dan dapat dibedakan dengan denyut jantung ibu.

2) Persepsi gerakan aktif *janin* dan perabaan bagian – bagian terbesar *janin* oleh pemeriksaan.

Perasaan gerakan *janin*, kadang kala antara 16 sampai 20 minggu setelah mulainya periode *menstruasi* terakhir, wanita

hamil biasanya merasakan gerakan – gerakan yang berdenyut di *abdomen* dan secara bertahap bertambah intensitasnya disebut *quickening*

3) Pada kehamilan *Ultrasonografi* dapat dilihat bagian – bagian *janin* (Manuaba, 2017).

d. *Diagnosis* banding kehamilan :

Pembesaran perut wanita tidak selamanya suatu kehamilan sehinggaperlu dilakukan *diagnosis* banding diantaranya :

1) Hamil palsu (*pseudocyesis*) atau kehamilan *spuria*.

Dijumpai tanda dugaan hamil, tetapi dengan pemeriksaan alatcanggih dan tes *biologis* tidak menunjukkan kehamilan.

2) Tumor kandungan atau *mioma uteri*

a) Terdapat pembesaran rahim, tetapi tidak disertai tanda hamil.

b) Bentuk pembesaran tidak merata

c) Perdarahan banyak saat menstruasi.

3) *Kista ovarium*

a) Pembesaran perut tetapi tidak disertai tanda hamil.

b) Datang bulan terus berlangsung.

c) Lamanya pembesaran perut dapat melampaui umur kehamilan.

d) Pemeriksaan tes *biologis* kehamilan dengan hasil negatif.

4) *Hematometra*

- a) Terlambat datang bulan yang dapat melampaui umur hamil.
- b) Perut sakit setiap bulan.
- c) Terjadi tumpukan darah dalam rahim
- d) Tanda dan pemeriksaan hamil tidak menunjukkan hasil yang positif.
- e) Sebab *himen in perforata*.

5) Kandung kemih yang penuh

Dengan melakukan *kateterisasi*, maka pembesaran perut akan menghilang.

3. Perubahan Anatomi Fisiologis Wanita Hamil

Kehamilan mempengaruhi tubuh ibu secara keseluruhan dengan menimbulkan perubahan *anatomi* dan *fisiologi* ibu, agar tubuh ibu mampu melindungi *embrio/janin* yang sedang berkembang dan memberikan semua yang diperlukan serta beradaptasi menyediakan tempat bagi pertumbuhan *embrio/janin*, hingga pemberian makanannya ketika *janin* lahir (Manuaba, 2017).

Perubahan anatomi dan fisiologi dalam kehamilan sebagai berikut :

a. *Uterus*

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (*janin, plasenta, amnion*) sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat. Selama kehamilan dan pulih

kembali seperti keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 30 g dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan, uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung *janin, plasenta, dan cairan amnion* rata-rata pada akhir kehamilan volume totalnya mencapai 51 bahkan dapat mencapai 201 atau lebih dengan berat rata-rata 1100 g.

b. *Serviks*

Satu bulan setelah konsepsi *serviks* akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan *vaskularisasi* dan terjadinya *edema* pada seluruh *serviks*, bersamaan dengan terjadinya *hipertrofi* dan *hiperplasia* pada kelenjar-kelenjar *serviks*. Berbeda kontras dengan *korpus*, *serviks* hanya memiliki 10 — 15 % otot polos. jaringan ikat *ekstraselular serviks* terutama *kolagen* tipe 1 dan 3 dan sedikit tipe 4 pada *membrane basalis*. Di antara molekul- molekul *kolagen* itu, berkatalasi *glikosaminoglikan* dan *proteoglikan*, terutama *dermatan sulfat, asam hialuronat, dan heparin sulfat*. juga ditemukan *fibronektin* dan *elastin* di antara serabut *kolagen*. Rasio tertinggi *elastin* terhadap kolagen terdapat di *ostium interna*. Baik *elastin* maupun otot polos semakin menurun jumlahnya mulai dari *ostium interna* ke *ostium eksterna*.

c. *Ovarium*

Proses *ovulasi* selama kehamilan akan berhenti dan pematangan *folikel* baru juga ditunda. Hanya satu *korpus luteum* yang dapat ditemukan di *ovarium*. *Folikel* ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil *progesteron* dalam jumlah yang relatif minimal.

d. *Vagina dan Perineum*

Selama kehamilan peningkatan *vaskularisasi* dan *hiperemia* terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di *perineum* dan *vulva*, sehingga pada *vagina* akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda *Chadwick*. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan *hipertrofi* dari sel-sel otot polos.

e. *Kulit*

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum*. Pada *multipara* selain *striae* kemerahan itu seringkali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari *striae* sebelumnya.

f. *Payudara*

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan

payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut *kolustrum* dapat keluar. *Kolustrum* ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon *prolaktin* ditekan oleh *prolaktin inhibiting hormone*.

g. *Perubahan Matabolik*

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan *ekstraselular*. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg.

h. *Sistem Kardiovaskular*

Pada minggu ke-5 *cardiac output* akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi *resistensi vaskular sistemik*. Selain itu, juga terjadi peningkatan denyut jantung. Antara minggu ke- 10 dan 20 terjadi peningkatan volume plasma sehingga juga terjadi peningkatan *preload*. *Performa ventrikel* selama kehamilan dipengaruhi oleh penurunan *resistensi vaskular sistemik* dan perubahan pada aliran *pulsasi arterial*. Kapasitas vaskular juga akan meningkat untuk memenuhi kebutuhan. Peningkatan *hormon estrogen* dan *progesteron* juga

akan menyebabkan terjadinya *vasodilatasi* dan penurunan resistensi *vaskular perifer*.

i. *Traktus Digestives*

Seiring dengan makin besarnya uterus, lambung dan usus akan tergeser. Demikian juga dengan yang lainnya seperti *apendiks* yang akan bergeser ke arah atas dan lateral. Perubahan yang nyata akan terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada *traktus digestives* dan penurunan sekresi asam *hidroklorid* dan peptin di lambung sehingga akan menimbulkan gejala berupa *pyrosis (heartburn)* yang disebabkan oleh refleks asam lambung ke *esofagus* bawah sebagai akibat perubahan posisi lambung dan menurunnya tones *sfincter esofagus* bagian bawah. Mual terjadi akibat penurunan asam *hidroklorid* dan penurunan *motilitas*, serta *konstipasi* sebagai akibat penurunan *motilitas* usus besar.

j. *Traktus Urinarius*

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan itu akan timbul kembali. Ginjal akan membesar, *glomerular filtration rate*, dan *renal plasma flow* juga akan meningkat. Pada *ekskresi* akan dijumpai kadar *asam amino*

dan vitamin yang larut air dalam jumlah yang lebih banyak. *Glukosuria* juga merupakan suatu hal yang umum, tetapi kemungkinan adanya *diabetes mellitus* juga tetap harus diperhitungkan. Sementara itu, *proteinuria* dan *hematuria* merupakan suatu hal yang abnormal.

k. Sistem *Endokrin*

Selama kehamilan normal kelenjar *hipofisis* akan membesar $\pm 135\%$. Akan tetapi, kelenjar ini tidak begitu mempunyai arti penting dalam kehamilan. Pada perempuan yang mengalami *hipofisektomi* persalinan dapat berjalan dengan lancar. Hormon *prolaktin* akan meningkat 10 x lipat pada saat kehamilan aterm. Sebaliknya, setelah persalinan konsentrasinya pada *plasma* akan menurun. Hal ini juga ditemukan pada ibu-ibu yang menyusui. Kelenjar *tiroid* akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari *hiperplasia* kelenjar dan peningkatan *vaskularisasi*.

Pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan erat dengan *magnesium*, *fosfat*, *hormon paratiroid*, vitamin D, dan *kalsitomin*. Adanya gangguan pada salah satu faktor itu akan menyebabkan perubahan pada yang lainnya. Konsentrasi *plasma hormon paratiroid* akan menurun pada trimester pertama dan kemudian akan meningkat.

l. Sistem Muskuloskeletal

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 menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan (Prawirohardjo, 2016).

4. Perubahan dan Adaptasi psikologis dalam kehamilan

Menurut Dewi dan Sunarsih (2015) perubahan dan adaptasi psikologis dalam kehamilan dalam pembagian trimester adalah sebagai berikut :

a. Trimester I (1 – 3 bulan)

Segara setelah terjadi *konsepsi* kadar hormon *progesteron* dan *estrogen* dalam tubuh meningkat dan ini menyebabkan timbulnya mual muntah pada pagi hari, lemah, lelah dan membesarnya payudara. Ibu merasa tidak sehat dan sering kali membenci kehamilannya. Banyak ibu yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan dan kesedihan. Seringkali pada awal kehamilan, ibu berharap untuk tidak hamil.

Pada trimester pertama seseorang ibu akan selalu mencari

tanda- tanda untuk lebih meyakinkan bahwa dirinya memang hamil. Setiap perubahan yang terjadi pada tubuhnya akan selalu diperhatikan dengan seksama. Karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seseorang ibu untuk mungkin diberitahunya kepada orang lain atau dirahasiakannya. Hasrat untuk melakukan hubungan seks, pada wanita pada trimester pertama ini berbeda-beda. Walaupun beberapa wanita mengalami gairah seks yang lebih tinggi, kebanyakan mereka mengalami penurunan *libido* selama periode ini. Keadaan ini menciptakan kebutuhan untuk berkomunikasi secara terbuka dan jujur dengan suami. Banyak wanita merasa butuh untuk dicintai dan merasakan kuat untuk mencintai namun tanpa berhubungan seks. *Libido* sangat dipengaruhi oleh kelelahan, rasa mual, pembesaran payudara, keprihatinan. Semua ini merupakan bagian normal dari proses kehamilan pada trimester pertama.

b. Trimester II (4-6 bulan)

Trimester kedua biasanya adalah saat ibu merasa sehat. Tubuh ibu sudah terbiasa dengan keadaan *hormone* yang lebih tinggi dan merasa tidak nyaman karena hamil sudah berkurang. Perut ibu belum terlalu besar sehingga belum dirasakan sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan mulai dapat menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan bayinya, dan

ibu mulai merasakan kehadiran bayinya sebagai seseorang di luar dirinya sendiri. Banyak ibu yang merasa terlepas dari rasa kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakan pada trimester pertama dan merasakan meningkatnya *libido*.

c. Trimester ketiga (7 – 9 bulan)

Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan 2 hal yang mengingatkan ibu akan bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan gejala akan terjadinya persalinan. Ibu seringkali takut kalau-kalau bayi yang akan dilahirkannya tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan.

Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek. Disamping itu ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Pada trimester inilah ibu memerlukan perhatian

dan dukungan darisuami, keluarga dan bidan.

5. Pelayanan Asuhan Standar Antenatal

Antenatal Care (ANC) Bertujuan untuk mencegah terjadinya komplikasi pada masa kehamilan dan pascapersalinan terutama ditujukan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin pada rahim. Standar waktu pelayanan antenatal adalah minimal 4 kali selama kehamilan yaitu minimal 1 kali pada triwulan pertama, 1kali pada triwulan kedua, dan minimal 2 kali pada triwulan ketiga untuk menjamin perlindungan kepada ibu hamil, berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan dan penanganan komplikasi (Kemenkes RI, 2017).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No.34 tahun 2016 program pelayanan asuhan antenatal harus sesuai standar yaitu 10T:

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamil dihitung dari trimester I sampai trimester III yang berkisar 12,5 kg dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4 – 0,5 kg tiap minggu mulai trimester II. Berat badan ideal untuk ibu hamil sendiri tergantung dari IMT (Indeks Masa Tubuh) ibu sebelum hamil.

Indeks masa tubuh adalah hubungan antara tinggi badan dan berat badan. Rumus menghitung IMT. $IMT = \frac{\text{Berat badan (kg)}}{(\text{Tinggi Badan (m)})^2}$. Kemungkinan penambahan berat badan hingga maksimal 12,5 kg(Sari, Ulfa, dan Daulay, 2015).

2. Ukur tekanan darah

Mengukur tekanan darah pada ibu hamil guna mendeteksi adanya faktor risiko berupa hipertensi dalam kehamilan. Ibu hamil dinyatakan memiliki tekanan darah tinggi bila tekanan diastolik \geq 110mmHG pada satu kali pengukuran atau \geq 90 mmHg pada 2 kali pengukuran setiap 4 jam. (WHO, 2013)

3. Nilai status gizi

Lingkar Lengan Atas (LILA) berguna untuk skrining malnutrisi protein yang biasanya digunakan oleh DepKes untuk mendeteksi ibuhamil dengan resiko melahirkan BBLR bila LILA $<$ 23,5 cm (Wirjatmadi, 2012). Pengukuran LILA dimaksudkan untuk mengetahui apakah seseorang menderita Kurang Energi Kronis. Ambang batas LILA wanita usia subur dengan risiko KEK di Indonesia adalah 23,5 cm. Apabila ukuran kurang dari 23,5 cm atau dibagian merah pita LILA, artinya wanita tersebut mempunyai risiko KEK, dan diperkirakan akan melahirkan berat bayi lahir rendah (Winarsih, 2019).

4. Ukur tinggi fundus uteri

Menurut Prawirohardjo (2016) tinggi fundus uteri berdasarkan usia kehamilan yaitu \pm 2 cm yang berarti TFU ibu sesuai dengan usia kehamilannya. Namun, pada usia kehamilan 39 minggu tinggi fundus uteri 35 cm, pada usia kehamilan 40 minggu tinggi fundus uteri 35 cmdan usia kehamilan 41 minggu 34 cm. Hal tersebut

terjadi karena kepala bayi telah masuk ke pintu atas panggul sehingga menyebabkan penurunan tinggi fundus uteri. Menurut Manuaba (2017) panjang fundus uteri pada usia kehamilan 28 minggu adalah 25 cm, usia kehamilan 32 minggu adalah 27 cm, dan usia kehamilan 36 minggu panjangnya 30 cm. Dari pengukuran tinggi fundus uteri kita juga dapat menghitung tafsiran berat janin dengan menggunakan rumus Johnson-Tausack = $(Md - N) \times 155$. Dengan Md adalah jarak simfisis ke fundus uteri dan N = 13 (apabila janin belum masuk PAP), 12 (apabila kepala janin masih berada di atas spina ischiadika) dan 11 (apabila kepala sudah dibawah spinaischiadika) (Kemenkes RI, 2013).

5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin

Apabila trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala belum masuk panggul kemungkinan adanya kelainan letak atau ada masalah lain. Bila denyut jantung janin kurang dari 120 kali/ menit atau lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6. Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet

Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan; Memberikan preparat besi yaitu *fero sulfat*, *fero glukonat* atau *Nafero bisirat*. Pemberian preparat 60 mg/hari dapat menaikkan kadar Hb sebanyak 1 gr%/ bulan. Saat ini program

nasional menganjurkan kombinasi 60 mg besi dan 50 nanogram asam folat untuk profilaksis anemia (Fatimah, Hadju dkk 2011). *World Health Organization* (WHO) merekomendasikan agar setiap ibu hamil mengonsumsi suplementasi Fe 60 mg per hari selama 6 bulan. Jika tidak dapat mengonsumsi selama 6 bulan dosisnya dinaikkan menjadi 120 mg/hari (Kemenkes RI, 2013).

7. Imunisasi TT

Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan.

Tabel 2.1 Waktu pemberian imunisasi

Imunisasi TT	Pemberian dan selang waktu minimal	Lama perlindungan
TT1	Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus.	
TT2	1 bulan setelah TT1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	12 bulan setelah TT3	10 tahun
TT5	12 bulan setelah TT4	>25 tahun

Sumber : Kementerian Kesehatan 2013

8. Tes laboratorium

a. Tes golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya

untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor jika sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan (Hani, Kusbandiyah, Marjati, & Yulifah, 2014).

b. Tes hemoglobin

Dilakukan pada kunjungan awal kehamilan dan kemudian diperiksa kembali menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi anemia pada ibu hamil karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan (Hani, Kusbandiyah, Marjati, & Yulifah, 2014).

- 1) Wanita dewasa (tidak hamil): 12–15.8 gr/dl
- 2) Hamil trimester pertama: 11.6–13.9 gr/dl
- 3) Hamil trimester kedua: 9.7–14.8 gr/dl
- 4) Hamil trimester ketiga: 9.5–15.0 gr/dl (WHO, 2009).

c. Tes pemeriksaan urine

- 1) Protein urine : untuk mengetahui adanya protein pada urine.

Protein urine ini untuk mendeteksi ibu hamil kearah preeclampsia. Dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi (Kamariyah, Anggasari, & Muflihah, 2014).

- 2) Reduksi urine : dilakukan hanya pada ibu dengan indikasi penyakit gula atau diabetes mellitus atau riwayat penyakit gula pada keluarga dan suami (Kamariyah, Anggasari, & Muflihah,

2014).

d. Tes pemeriksaan darah

Semua ibu hamil di daerah endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama. Ibu hamil di daerah non endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria apabila ada indikasi (Nugroho, Nurrezki, Warnaliza, & Wilis, 2014).

e. Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita diabetes mellitus harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua, dan satu kali pada trimester ketiga (Nugroho, Nurrezki, Warnaliza, & Wilis, 2014).

f. Pemeriksaan tes sifilis

Tes sifilis dilakukan di daerah dengan risiko tinggi dan ibu hamil yang diduga menderita sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan (Nugroho, Nurrezki, Warnaliza, & Wilis, 2014).

g. Pemeriksaan HIV

Di daerah epidemic HIV meluas dan terkontaminasi, tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan wajib menawarkan tes HIV kepada semua ibu hamil secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau

menjelang persalinan (Nugroho, Nurrezki, Warnaliza, & Wilis, 2014).

9. Tatalaksana khusus

Dilakukan apabila ibu memiliki masalah dalam kesehatan saat hamil.

10. Temu wicara, termasuk juga perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi P4K serta KB pasca persalinan

Tenaga kesehatan memberi penjelasan mengenai perawatan kehamilan, pencegaham kelainan bawaan, persalinan dan inisiasi menyusu dini (IMD), nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, Keluarga Berencana dan imunisasi pada bayi (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

6. Jadwal Kunjungan Antenatal Care

Program pelayanan kesehatan ibu di Indonesia menganjurkan agar ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan minimal empat kali selama masa kehamilan. Pemeriksaan kehamilan sesuai dengan frekuensi minimal di tiap trimester, yaitu minimal satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), minimal satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan minimal dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan) (Kemenkes RI, 2018). Ibu hamil melakukan kunjungan antenatal care minimal empat kali yaitu :

1. Kunjungan pertama/K1 (Trimester I)

K1 adalah kunjungan pertama ibu hamil pada masa kehamilan ke

pelayanan kesehatan. Pemeriksaan pertama kehamilan diharapkan dapat menetapkan data dasar yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim dan kesehatan ibu sampai persalinan. Kegiatan yang dilakukan sebagai berikut : anamnesa, pemeriksaan fisik umum, pemeriksaan khusus obstetri, penilaian risiko kehamilan, menentukan taksiran berat badan janin, pemberian imunisasi TT1, KIE pada ibu hamil, penilaian status gizi, dan pemeriksaan laboratorium.

2. Kunjungan kedua/K2 (Trimester II)

Pada masa ini ibu dianjurkan untuk melakukan kunjungan antenatal care minimal satu kali. Pemeriksaan terutama untuk menilai risiko kehamilan, laju pertumbuhan janin, atau cacat bawaan. Kegiatan yang dilakukan pada masa ini adalah anamnesis keluhan dan perkembangan yang dirasakan ibu, pemeriksaan USG, penilaian risiko kehamilan, KIE pada ibu, dan pemberian vitamin.

3. Kunjungan ketiga dan ke-empat/ K3 dan K4 (Trimester III)

Pada masa ini sebaiknya ibu melakukan kunjungan antenatal care setiap dua minggu sampai adanya tanda kelahiran. Pada masa ini dilakukan pemeriksaan: anamnesis keluhan dan gerak janin, pemberian imunisasi TT2, pengamatan gerak janin, pemeriksaan fisik dan obstetri, nasihat senam hamil, penilaian risiko kehamilan, KIE ibu hamil, pemeriksaan USG, pemeriksaan laboratorium ulang.

7. Frekuensi Kunjungan Antenatal Care

Pemeriksaan kehamilan yang ideal untuk pertama kalinya adalah

sedini mungkin ketika haidnya terlambat satu bulan. Hasil penelitian telah menunjukkan berulang kali bahwa wanita yang datang lebih dini dan teratur untuk pemeriksaan pra lahir mempunyai komplikasi yang lebih sedikit dan 18 bayi yang lebih sehat daripada wanita yang mendapat perawatan pra lahir tidak teratur atau terlambat periksa kehamilan. Kelainan-kelainan yang mungkin ada atau akan timbul pada kehamilan tersebut diketahui dan segera dapat diatasi, sebelum berpengaruh tidak baik terhadap kehamilan. Frekuensi kunjungan antenatal care pada kehamilan normal minimal 6 kali dengan rincian 2 kali di trimester 1, 1 kali di trimester 2, dan 3 kali di trimester 3. Minimal 2 kali diperiksa oleh dokter saat kunjungan 1 di trimester 1 dan saat kunjungan ke 5 di trimester 3 (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

2.1.2. Konsep Dasar Persalinan

1. Definisi

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan konsepsi) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sulistiyawati & Nugraheny, 2013).

Persalinan atau *inpartu* adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan

dengan *presentase* belakang kepala yang berlangsung 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Prawirohardjo, 2016). Persalinan adalah rangkaian peristiwa keluarnya bayi yang sudah cukup berada dalam rahim ibunya, dengan disusul oleh keluarnya plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Fitriana & Nurwiyandani, 2018).

2. Gambaran Klinik

Tanda – tanda persalinan adalah sebagai berikut :

Persalinan Kala I

- Terjadinya his persalinan

Pinggang terasa sakit menjalar ke depan, sifatnya teratur *interval* makin pendek kekuatan semakin besar, mempunyai pengaruh terhadap pembukaan *serviks*, makin beraktivitas (jalan) kekuatan makin bertambah

- Pengeluaran lendir dan darah (*bloody show*)

Pendataran dan pembukaan menyebabkan lendir di *kanalis servikalis* lepas, terjadi perdarahan kerana *kapiler* pembuluh darah pecah

- Pengeluaran cairan

- Terjadinya proses pembukaan *serviks* yang dibagi dalam 2 fase, yaitu :

Fase Laten

Dari pembukaan < 3 cm berlangsung lebih lama, kontraksi *uterus* ringan, tidak teratur, frekuensi 1 – 2 kali dalam 10 menit, durasinya 10 – 30 detik, lendir warna coklat/ merah muda,

jumlahnya sedikit.

Fase aktif

Pembukaan 4 – 10 cm berlangsung lebih cepat, kontraksi *uterus* kuat, bila sudah mendekati pembukaan lengkap disertai rasa ingin mengedan teratur.

Persalinan Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap sampai dengan bayi lahir, tandanya :

- a. His lebih kuat dengan frekuensi 4 – 5 kali dalam 10 menit, durasi 50 – 60 detik.
- b. Menjelang akhir Kala II ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak
- c. Tiap His disertai rasa mengedan karena kepala sudah masuk panggul dan menekan otot – otot dasar panggul dan merasa tekanan pada rektum
- d. *Perineum* menonjol dan *anus* melebar
- e. Kepala membuka pintu
- f. *Sub oksiput* sebagai *hipomoglion* berturut – turut lahir ubun – ubun besar, dahi, hidung, dan muka serta kepala seluruhnya, disusul oleh badan dan anggota gerak janin.
- g. Persalinan Kala III atau Kala pelepasan Uri

Setelah bayi lahir kontraksi *uterus* berhenti 5 – 10 menit dengan lahirnya bayi, sudah mulai terjadinya pelepasan *plasenta*, karena sifat retraksi otot rahim. Tanda – tanda pelepasan *plasenta* :

- 1) *Uterus* menjadi bundar
- 2) *Uterus* terdorong keatas, karena *plasenta* dilepas ke segmen bawahrahim
- 3) Tali pusat bertambah panjang
- 4) Terjadi perdarahan
- 5) *Plasenta* akan lepas dalam waktu 6 – 15 menit setelah bayi lahir(Manuaba, 2017).

Persalinan kala IV

Tanda – tanda persalinan kala IV :

- a. Fundus *uteri* berkontraksi kuat dan berada di *umbilikus* atau bawah *umbilikus*
 - b. Luka robekan pada *perineum* membutuhkan jahitan
 - c. Pengeluaran darah tidak lebih dari 500 cc
 - d. Kandung kemih tidak penuh
 - e. Kondisi ibu lelah, haus, ibu ingin memegang bayinya
- (Prawirohardjo,2016).

3. Diagnosa

Diagnosa persalinan ditegakkan apabila terdapat tanda – tanda persalinan. Tanda – tanda persalinan atau diagnosa persalinan Kala I dapatditemukan melalui :

- Anamnesa didapat : nyeri perut sampai belakang disertai pengeluaranlendir dan darah
- Pada pemeriksaan fisik : didapatkan His yang adekuat (teratur,

minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik)

- Pada pemeriksaan dalam didapatkan pengeluaran lendir dan darah dari vagina (*bloody show*) dan adanya pembukaan lengkap.

Diagnosa persalinan Kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap atau kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5 – 6 cm dan *palpasi* kontraksi His yang adekuat. Diagnosa persalinan Kala III adalah persalinan spontan melalui vagina pada bayi tunggal cukup bulan.

Diagnosa pada Kala IV ditegakkan melalui *palpasi* : didapatkan tonus *uterus* tetap berkontraksi, posisi dibawah *umbilikus*. Inspeksi : perdarahan tidak berlebihan dibawah 500 cc. Bila didapatkan tanda – tandaseperti diatas, maka *involsi* berjalan normal (Prawirohardjo, 2016).

4. Penanganan

Penanganan yang diberikan pada ibu dalam proses persalinan diberikan sesuai dengan kala – kala dalam persalinan yaitu kala I, II, III, dan IV dalam asuhan sayang ibu (Kemenkes RI, 2012).

Kala I

1. Pemberian cairan dan nutrisi

Anjurkan ibu untuk mendapat asupan (makanan ringan dan minum air) selama persalinan dan proses kelahiran bayi. Sebagian ibu masih ingin makan selama fase laten persalinan tetapi setelah

memasuki fase aktif, mereka hanya ingin mengkonsumsi cairan saja anjurkan agar anggota keluarga sesering mungkin menawarkan minum dan makanan ringan selama proses persalinan.

2. Mengatur Posisi (kenyamanan)

Anjurkan ibu untuk mencoba posisi-posisi yang nyaman selama persalinan dan melahirkan bayi serta anjurkan suami dan pendamping lainnya untuk membantu ibu berganti posisi. Ibu boleh berjalan, berdiri, duduk, jongkok, berbaring miring atau merangkak. Posisi tegak seperti berjalan, berdiri atau jongkok dapat membantu turunnya kepala bayi dan seringkali memperpendek waktu persalinan. Bantu ibu untuk sering berganti posisi selama persalinan. Beritahukan pada ibu untuk tidak berbaring telentang lebih dari 10 menit (Kemenkes RI, 2012).

3. Dukungan emosional

Dukung dan anjurkan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama persalinan dan proses kelahiran bayinya. Anjurkan mereka untuk berperan aktif dalam mendukung dan mengenali berbagai upaya yang mungkin sangat membantu kenyamanan ibu. Hargai keinginan ibu untuk menghadirkan teman atau saudara yang secara khusus diminta untuk menemaninya.

4. Kamar mandi

Anjurkan ibu untuk mengosongkan kandung kemihnya secara rutin selama persalinan, ibu harus berkemih sedikitnya setiap 2 jam,

atau lebih sering jika ibu merasa ingin berkemih atau jika kandung kemih terasa penuh. Jika ibu ingin buang air besar saat fase aktif, lakukan periksa dalam untuk memastikan bahwa apa yang dirasakan ibu bukan disebabkan oleh tekanan bayi pada rektum. Bila memang bukan gejala kala dua persalinan, maka izinkan atau perbolehkan ibu untuk ke kamar mandi.

5. Pencegahan Infeksi

Menjaga lingkungan tetap bersih merupakan hal penting dalam mewujudkan persalinan yang bersih dan aman bagi ibu dan bayinya. Hal ini merupakan unsur penting dalam asuhan sayang ibu. Anjurkan ibu untuk mandi pada saat awal persalinan dan pastikan ibu memakai pakaian yang bersih. Cuci tangan sesering mungkin, gunakan peralatan steril atau disinfeksi tingkat tinggi dan gunakan sarung tangan saat diperlukan. Anjurkan anggota keluarga untuk mencuci tangan mereka sebelum dan setelah melakukan kontak dengan ibu dan/atau bayi baru lahir.

6. Mobilisasi ringan

Mobilisasi ringan dilakukan agar mempermudah penurunan kepala ke bawah panggul, sehingga memudahkan proses persalinan seperti menganjurkan ibu berjalan di sekitar ruang bersalin atau melakukan aktivitas ringan seperti buang air besar (BAB) dan BAK bila belum ada indikasi kala II.

7. Masase

Massae dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri. Daerah pijatan umumnya dilakukan pada daerah pinggul, kaki, atau kepala ibu dan tindakan-tindakan bermanfaat lainnya.

8. Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik.

Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk :

- Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
- Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
- Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, 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 (Kemenkes RI, 2012).

Kala II

1. Memberikan dukungan terus – menerus.
2. Mengipas dan *masase*.
3. Menjaga kebersihan diri.

4. Mengatur posisi ibu

a. Posisi duduk atau setengah duduk, posisi ini adalah gaya grafitasi untuk membantu ibu melahirkan bayinya Jongkok atau berdiri untuk membantu atau mempercepat kemajuan kala dua persalinan dan mengurangi rasa nyeri.

b. Merangkak atau berbaring miring ke kiri.

5. Memberikan dukungan mental.

6. Menjaga kandung kemih tetap kosong.

7. Memberikan cukup minum.

8. Memimpin mengedan

9. Mengatur nafas selama persiapan.

10. Pemantauan denyut jantung bayi setelah kontraksi setiap 15 menit.

11. Melahirkan bayi :

Letakkan tangan kiri ke kepala bayi agar defekasi tidak terlalu cepat, menahan perineum dengan tangan kanan dengan memakai duk steril, mengusap muka bayi. Memeriksa lilitan tali pusat pada leher bayi, Lalu membiarkan kepala mengadakan putaran paksi luar. Melahirkan bahu dan anggota badan seluruhnya, dengan cara kepala dipegang secara biparietal, lakukan tarikan lembut ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan lakukan lembut ke atas untuk melahirkan bahu belakang. Setelah kedua bahu dilahirkan, tangan kanan menyanggah bahu dan tangan kiri menyusuri punggung sampai pergelangan kaki bayi dan mencekap pergelangan kaki bayi maka

lahirlah tubuh bayi seluruhnya. Merangsang bayi dan Nilai Apgar dalam 25 detik pertama (Kemenkes RI, 20121).

Kala III

1. Segera jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin.
2. Melakukan palpasi pada fundus uteri untuk menentukan adanya anak kedua.
3. Memberikan oksitosin 10 UI IM.
4. Oksitosin diberikan 1 menit setelah bayi dilahirkan.
5. Oksitosin 10 UI IM dapat diulang setelah 15 menit jika plasentamasih belum lahir. Satu tangan diletakkan pada *korpus uteri* tepat diatas symphisis. Selama kontraksi tangan mendorong *korpus uteri* dengan gerakandorso cranial ke arah belakang dan kearah ibu.
 - 1) Tangan yang satu memegang tali pusat dan melakukan tarikan tali pusat $\pm 5 - 10$ cm didepan vulva yang terus- menerus dengan tegangan yang sama (PTT). Ulangi Langkah-langkah PTT pada setiap kontraksi sampai plasenta terlepas. Begitu plasenta terlepas keluar dari jalan lahir dengan gerakan ke bawah dan ke atas sesuai jalan lahir. Kedua tangan menangkap plasenta dan perlahan memutar plasenta searah jarum jam untuk melahirkan selaput ketuban.
 - 2) *Masase fundus* agar menimbulkan kontraksi (Kemenkes RI, 2012 : 82).
6. Jika oksitosin tidak tersedia, rangsang puting susu ibu atau berikan asi pada bayi agar menghasilkan oksitosin alamiah.

7. Melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT).

Kala IV

1. Observasi kesadaran umum dan tanda-tanda vital serta pengeluaran pervaginam tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua.
2. Periksa *fundus*, *kontraksi uterus*, perdarahan dan *masase* (15 menit pada jam I dan 30 menit pada jam II).
3. Anjurkan ibu makan dan minum.
4. Bersihkan ibu dan kenakan pakaian.
5. Istirahatkan ibu.
6. Meningkatkan hubungan ibu dan bayi.
7. Anjurkan ibu menyusui bayinya.
8. Menolong ibu ke kamar mandi.
9. Mengajari ibu dan anggota keluarga untuk memeriksa fundus agar menimbulkan kontraksi dan tanda – tanda bahaya bagi ibu dan bayi (Kemenkes RI, 2012).

• Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin

Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca-persalinan, hipotermia, dan asfiksia pada persalinan (Saifuddin, 2014). Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memerhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi (Jannah,

2017).

Menurut Prawirohardjo (2016) 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal (APN) yaitu:

1) Melihat tanda dan gejala kala II

Mempunyai keinginan untuk meneran, ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum atau vaginanya, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka.

2) Menyiapkan pertolongan persalinan.

Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih, sepatu tertutup kedap air, tutup kepala, masker dan kaca mata.

4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih

5) Memakai sarung tangan dengan Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) atau steril untuk semua pemeriksaan dalam

6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik dan meletakkan kembali di partus set.

7) Menyiapkan pertolongan persalinan, memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin

10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

- 8) Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 9) Memastikan pembukaan lengkap dengan janin baik, membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas/kassa yang sudah dibasahi air DTT. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas/kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi.
- 10) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi
- 11) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
- 12) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 kali/menit).
- 13) Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin

baik. Membantu ibu dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.

- 14) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu meneran
- 15) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran: Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu meneran.
- 16) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya. Menganjurkan ibu untuk istirahat di antara kontraksi.
- 17) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu. Menganjurkan asupan cairan per oral. Menilai DJJ setiap 5 menit. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit meneran untuk ibu primipara atau 60 menit untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak memiliki keinginan untuk meneran.
- 18) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.
- 19) Persiapan pertolongan kelahiran bayi Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu

untuk mengeringkan bayi.

- 20) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
- 21) Membuka partus set
- 22) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- 23) Menolong kelahiran bayi Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
- 24) Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain kassa yang bersih
- 25) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi: Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya
- 26) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan.
- 27) Lahir bahu Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi.
- 28) Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu

anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

29) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyanggah tubuh bayi saat dilahirkan.

30) Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyanggahnya saat punggung kaki lahir. Pegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu melahirkan bayi.

31) Penanganan bayi baru lahir. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit rendah dari tubuhnya (bila bayi mengalami asfiksia lakukan resusitasi)

32) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu- bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin/I.M

33) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan pengurutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).

34) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.

- 35) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas ambil tindakan yang sesuai.
- 36) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.
- 37) Oksitosin Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
- 38) Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik
- 39) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di $1/3$ atau paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
- 40) Penegangan tali pusat terkendali, memindahkan klem pada tali pusat
- 41) Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 42) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu

hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

- 43) Mengeluarkan plasenta setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit: Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit I.M, menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu
- 44) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinlin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan DTT atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forsep DTT atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.
- 45) Pemijatan uterus segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga

uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

- 46) Menilai perdarahan, Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel pada ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik, maka ambil tindakan yang sesuai.
- 47) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
- 48) Melakukan prosedur pascapersalinan. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik
- 49) Mencilupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke larutan klorin 0,5%, membilas kedua tangan dengan air DTT dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- 50) Menempatkan klem tali pusat DTT atau steril atau mengikat tali DTT dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- 51) Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
- 52) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.
- 53) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- 54) Menganjurkan ibu untuk mulai memberikan ASI.

- 55) Menganjurkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam: 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk penatalaksanaan atonia uteri. Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesi lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
- 56) Mengajarkan pada ibu dan keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- 57) Mengevaluasi kehilangan darah, memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan. Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.
- 58) Kebersihan dan keamanan, menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dokumentasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi kedalam tempat sampah yang sesuai. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI.
- 59) Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan

yang diinginkan. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

60) Dokumentasi, melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada persalinan, yaitu :

- Ketuban pecah dini
- Partus lama
- Partus macet
- Infeksi *intrapartum*
- Perluasan robekan *perineum*
- Perdarahan *post partum*
- *Ruptur portio*
- *Atonia uteri*
- *Retensio plasenta*

Pada janin :

1. Hipoksia janin
2. Gawat janin
3. Kaput sucsedaneum.

2.1.3. Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian

Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat - alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu (Nurjannah, 2014). Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Pelayanan pasca persalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyedia pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu (Prawirohardjo, 2016). Masa nifas adalah periode 6 minggu setelah melahirkan adalah semua sistem dalam tubuh ibu akan pulih dari pengaruh kehamilan dan kembali pada keadaan sebelumnya (Sukarni dan Margareth, 2015).

2. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas dibagi menjadi tiga tahap, yakni :

- *Immediate Puerperium* adalah keadaan yang terjadi segera setelah persalinan sampai 24 jam sesudah persalinan (0-24 jam sesudah melahirkan).
- *Early Puerperium* adalah keadaan yang terjadi pada permulaan puerperium, waktu 1 hari sesudah melahirkan sampai 7 hari (1 minggu pertama).
- *Later Puerperium* adalah waktu 1 minggu setelah melahirkan sampai 6

minggu (Nurjannah, 2014).

3. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Tujuan masa nifas normal dibagi dua yaitu:

- Tujuan Umum

Membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak

- Tujuan Khusus

- Menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikologinya.
- Melaksanakan *screening* yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati/merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.
- Memberikan pendidikan kesehatan, tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi dan perawatan bayi sehat.
- Memberikan pelayanan keluarga berencana (Nurjannah, 2014).

4. Perubahan-Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

- Involusi

Involusi atau pengerutan *uterus* merupakan suatu proses dimana *uterus* kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera *plasenta* lahir akibat *kontraksi* otot-otot polos *uterus* (Nurjannah, 2014). Pada akhir kala III persalinan, *uterus* berada digaris tengah kira-kira 2 cm dibawah umbilicus dengan bagian *fundus* bersandar pada promontorium seklaris. Pada saat ini *uterus* kira-kira sama besar *uterus* sewaktu usia kehamilan 16 minggu dengan berat 1000 gram. Peningkatan kadar *estrogen* dan *progesterone* bertanggung Jawab

untuk pertumbuhan massif *uterus* selama masa hamil. Pertumbuhan *uterus* pada masa prenatal tergantung pada *hyperplasia*, peningkatan jumlah sel-sel otot dan hipertropi, yaitu pembesaran sel-sel yang sudah ada. Pada masa *postpartum* penurunan kadar hormon- hormon ini menyebabkan terjadi *autolisis* (Nurjannah, 2014).

Proses involusi *uterus* adalah sebagai berikut:

- Autolysis

Autolysis merupakan proses penghacuran diri sendiri yang terjadi didalam urine, karena enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula 5 kali lebar dari semula selama kehamilan. Sitoplasma yang berlebih akan tercerna sendiri sehingga tertinggal jaringan fibro elastic dalam jumlah renik sebagai bukti kehamilan (Nurjannah, 2014).

- Atropi jaringan

Jaringan yang berfoliferasi dengan adanya *estrogen* dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi *estrogen* yang menyertai pelepasan *plasenta*. Selain perubahan atrofi pada otot-otot *uterus*, lapisan desidua akan mengalami atrofi dan terlepas dengan meninggalkan lapisan basal yang akan beregenerasi menjadi *endometrium* yang baru (Nurjannah,2014).

- Bagian bekas inplantasi *plasenta*

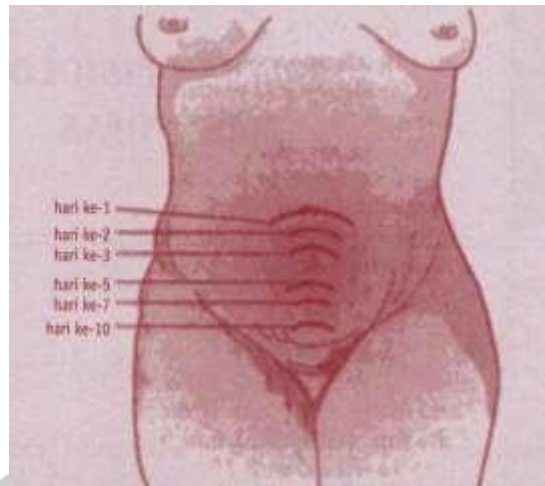
- Bekas inplantasi *plasenta* segera setelah *plasenta* lahir seluas 12 x 5 cm, permukaan kasar, dimana pembuluh darah besarbermuara.

- Pada pembuluh darah terjadi pembentukan thrombosis disamping pembuluh darah tertutup karena *kontraksi* otot rahim.
- Bekas luka implantasi dengan cepat mengecil, pada minggu kedua sebesar 6 – 8 cm dan pada akhir masa nifas sebesar 2 cm.
- Lapisan *endometrium* dilepaskan dalam bentuk jaringan nekrosis bersama dengan lokia.
- Luka bekas implantasi *plasenta* akan sembuh karena pertumbuhan *endometrium* yang berasal dari tepi luka dan lapisan basalis *endometrium*.
- Luka sembuh sempurna pada 6 – 8 minggu *postpartum* (Nurjannah, 2014).

Tabel 2.2. Perubahan *Uterus* Pada Masa Nifas

Involusi Utersi	Tinggi <i>Fundusuteri</i>	Berat <i>Uterus</i>	Diameter <i>Uterus</i>	Palpasi <i>Cervik</i>
<i>Plasenta</i> Lahir	Setinggi pusat	1000 gr	12,5 cm	Lembut/lunak
7 hari (minggu 1)	Pertengahan antara pusat dan shymphisis	500 gr	7,5 cm	2 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gr	5 cm	1 cm
6 minggu	Normal	60 gr	2,5 cm	menyempit

Sumber: Nurjannah, 2014



Gambar 2.1. Tinggi Fundus Uteri

Sumber : Dewi dan Sunarsih (2015)

Involusi *uteri* dari luar dapat diamati yaitu dengan memeriksa *fundus uteri* dengan cara :

- Segera setelah persalinan, tinggi *fundus uteri* 2 cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari.
- Pada hari ke dua setelah persalinan tinggi *fundus uteri* 1 cm di bawah pusat. Pada hari ke 3-4 tinggi *fundus uteri* 2 cm di bawah pusat. Pada hari 5-7 tinggi *fundus uteri* setengah pusat simpisis. Pada hari ke 10 tinggi *fundus uteri* tidak teraba.

Bila *uterus* tidak mengalami atau terjadi kegagalan dalam proses involusi disebut dengan subinvolusi. Subinvolusi dapat disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa *plasenta*/perdarahan lanjut (*postpartum haemorrhage*)(Nurjannah, 2014).

- *Lochea*

Lochea adalah *eksresi* cairan rahim selama masa nifas. *Lochea* mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. *Lochea* mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripadakondisi asam yang ada pada vagina normal. *Lochea* mempunyai bau amis/anyir seperti darah menstruasi, meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. *Lochea* yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. *Lochea* yang mempunyai perubahan karena proses involusi.

Proses keluarnya darah nifas atau *Lochea* terdiri atas 4 tahapan:

- *Lochea Rubra/Merah (Kruenta)*

Lochea ini muncul pada hari 1 sampai hari ke 4 masa *postpartum*.

Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa *plasenta*, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

- *Lochea Sanguinolenta*

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir berlangsung dari hari ke 4 sampai hari ke 7 *postpartum*.

- *Lochea Serosa*

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, *leukosit* dan robekan/laserasi *plasenta*. Muncul padahari ke 7 sampai hari ke 14 *postpartum*.

- *Lochea Alba/Putih*

Mengandung *leukosit*, sel desidua, sel epitel, selaput lender *serviks* dan serabut jaringan yang mati. *Lochea alba* bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu *postpartum*.

Lochea rubra yang menetap pada awal periode *postpartum* menunjukkan adanya perdarahan *postpartum* sekunder yang memungkinkan tertinggalnya sisa/selaput *plasenta*. *Lochea serosa* atau *alba* yang berlanjut biasa menandakan adanya endometritis, terutama jika disertai demam, rasa sakit atau nyeri tekan pada abdomen. Bila terjadi infeksi, keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan *Lochea purulenta*. Pengeluaran *lochea* yang tidak lancar disebut dengan *Lochea atatis* (Nurjannah, 2014).

- Laktasi

Air Susu Ibu (ASI) merupakan nutrisi alamiah terbaik bagi bayi karena mengandung kebutuhan energi dan zat yang dibutuhkan selama 6 bulan pertama kehidupan bayi (Walyani, 2015). Proses laktasi ini timbul setelah ari-ari atau plasenta lepas.

Plasenta mengandung hormon penghambat prolaktin (hormon plasenta) yang menghambat pembentukan ASI. Setelah plasenta lepas, hormon plasenta tersebut tidak ada lagi. Oksitosin dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang (*posterior*), bekerja terhadap otot *uterus* dan jaringan payudara. Selama tahap ke tiga persalinan, oksitosin menyebabkan pemisahan *plasenta*.

Kemudian seterusnya bertindak atas otot yang menahan *kontraksi*, mengurangi tempat *plasenta* dan mencegah perdarahan. Pada wanita yang memilih menyusui bayinya, isapan sang bayi merangsang keluarnya oksitosin lagi dan ini membantu *uterus* kembali ke bentuk normal dan pengeluaran air susu (Padila, 2014). Hormon-hormon yang terlibat dalam proses pembentukan ASI adalah sebagai berikut :

- *Progesteron* : Mempengaruhi pertumbuhan dan ukuran alveoli.

Kadar *progesteron* dan *estrogen* menurun sesaat setelah melahirkan. Hal ini menstimulasi produksi ASI secara besar-besaran.

- *Estrogen* : Menstimulasi sistem saluran ASI untuk membesar. Kadar *estrogen* dalam tubuh menurun saat melahirkan dan tetap rendah untuk beberapa bulan selama tetap menyusui.
- *Prolaktin* : Berperan dalam membesarnya alveoli pada masa kehamilan.

- *Oksitosin* : Mengencangkan otot halus dalam rahim pada saat melahirkan dan setelahnya. Setelah melahirkan, oksitosin juga mengencangkan otot halus di sekitar alveoli untuk memeras ASI menuju saluran susu. Oksitosin berperan dalam proses turunnya susu.

- *Human Placental Lactogen* (HPL): Sejak bulan kedua

kehamilan, plasenta mengeluarkan banyak HPL yang berperandalam pertumbuhan payudara, puting, dan areola sebelum melahirkan. Pada bulan kelima dan keenam kehamilan payudara siap memproduksi ASI (Padila, 2014).

- Tekanan darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perubahan.

- Pernapasan

Biasanya selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyutnadi (Manuaba, 2017).

ibu (Walyani, 2015).

5. Pemeriksaan Pada Masa Nifas

Paling sedikit ada 4 kali kunjungan masa nifas yang dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, untuk mencegah, mendeteksi serta menangani masalah – masalah yang terjadi dalam masa nifas (Dewi dan Sunarsih, 2015).

Kunjungan masa nifas terdiri dari :

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6– 48 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas karena antonia uteri 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, merujuk bila perdarahan berlanjut. 3. Memberikan koseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena antonia uteri. 4. Pemberian ASI awal. 5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi 6. Menjaga bayi tetap sehat dengancara mencegah hipotermi.
2	3-7 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterusberkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahanabnormal, tidak ada bau. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal. 3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, minuman, dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik,dan memperhatikan tanda-tanda penyakit. 5. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali

		pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.
3	8-28 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal. 3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, minuman, dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik, dan memperhatikan tanda-tanda penyulit. 5. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.
4	29-42 hari setelah persalinan	1 Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami.

		2 Memberikan konseling KB secara dini.
--	--	--

2.1.4. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Definisi

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai Apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah dan Yulianti, 2014).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan lebih dari atau sama dengan 37 minggu dengan berat badan 2500-4000 gram. Adaptasi BBL terhadap kehidupan di luar uterus. Pada waktu kelahiran, sejumlah adaptasi fisik dan psikologis mulai terjadi pada tubuh bayi baru lahir, karena perubahan dramatis ini, bayi memerlukan pemantauan ketat untuk menentukan bagaimana ia membuat suatu transisi yang baik terhadap kehidupannya di luar uterus. Bayi baru lahir juga membutuhkan perawatan yang dapat meningkatkan kesehatan menjalani masa transisi dengan berhasil. Tujuan asuhan kebidanan yang lebih luas selama ini adalah memberikan perawatan komprehensif kepada bayi baru lahir pada saat ia dalam ruang rawat, untuk mengajarkan orangtua bagaimana merawat bayi mereka, dan untuk memberi motivasi terhadap

upaya pasangan menjadi orangtua, sehingga orangtua percaya diri dan mantap (Armini, Sriasih, & Marhaeni, 2017).

2. Adaptasi Bayi Baru Lahir

- Reaktivitas I (*the first period of reactivity*)

Dimulai pada masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit. Selama periode ini detak jantung cepat dan pulsasi tali pusat jelas. Warna kulit terlihat sementara sianosis atau akrosianosis. Selama periode ini mata bayi membuka dan bayi memperlihatkan perilaku siaga, dengan karakteristiknya yaitu:

- Tanda-tanda vital bayi baru lahir sebagai berikut: frekuensi nadiapikal yang cepat dengan irama yang tidak teratur, frekuensi pernafasan mencapai 80x/menit, irama tidak teratur dan beberapa bayi mungkin dilahirkan dengan keadaan pernafasan cuping hidung, ekspirasi mendengkur serta adanya retraksi.
- Fluktuasi warna dari merah jambu pucat ke sianosis.
- Bising usus biasanya tidak ada, bayi biasanya tidak berkemih ataupun tidak mempunyai pergerakan usus selama periode ini.
- Bayi baru lahir mempunyai sedikit jumlah mukus, menangis kuat, reflek isap yang kuat.
- Fase tidur (*period of unresponsive sleep*)

Berlangsung selama 30 menit sampai 2 jam persalinan. Tingkat tarif pernafasan menjadi lebih lambat. Bayi dalam keadaan tidur, suara usus muncul tapi berkurang. Jika mungkin bayi tidak diganggu untuk

pengujian utama dan jangan memandikannya. Selama masa tidur memberikan kesempatan pada bayi untuk memulihkan diri dari proses persalinan dan periode transisi ke kehidupan di luar uterin.

- Periode Reaktivitas II (*the second period of reactivity*) I transisi ke-III Berlangsung selama 2 sampai 6 jam setelah persalinan. Jantung bayi labil dan terjadi perubahan warna kulit yang berhubungan dengan stimulus lingkungan. Tingkat pernafasan bervariasi tergantung pada aktivitas. Neonatus mungkin membutuhkan makanan dan harus menyusu. Periode transisi ke kehidupan ekstrauterin berakhir setelah periode kedua reaktivitas. Hal ini terjadi sekitar 2-6 jam setelah persalinan. Kulit dan saluran pencernaan neonatal belum terkolonisasi oleh beberapa tipe bakteri (Marmi & Rahardjo, 2015).

3. Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir

- Perubahan metabolisme karbohidrat
 Dalam waktu 2 jam setelah lahir kadar gula darah tali pusat akan menurun, energi tambahan yang diperlukan neonatus pada jam-jam pertama sesudah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula darah dapat mencapai 120 Mg/100 ml. Bila ada gangguan metabolisme akan lemah. Sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan neonatus maka kemungkinan besar bayi akan menderita hipoglikemia.
- Perubahan suhu tubuh
 Ketika bayi baru lahir, bayi berada pada suhu lingkungan yang > rendah

dari suhu di dalam rahim. Apabila bayi dibiarkan dalam suhu kamar maka akan kehilangan panas secara konveksi. Evaporasi sebanyak 200 kal/kg/BB/menit. Sedangkan produksi yang dihasilkan tubuh bayi hanya 1/100 nya, keadaan ini menyebabkan penurunan suhu bayi sebanyak 2°C dalam waktu 15 menit. Akibat suhu yang rendah metabolisme jaringan meningkat dan kebutuhan O₂ pun meningkat.

- Perubahan pernafasan

Selama dalam rahim ibu janin mendapat O₂ dari pertukaran gas melalui plasenta. setelah bayi lahir pertukaran gas melalui paru-paru bayi. Rangsangan gas melalui paru-paru untuk gerakan pernafasan pertama.

- Tekanan mekanik dari toraks pada saat melewati janin lahir.
- Menurun kadar pH O₂ dan meningkat kadar pH CO₂ merangsang kemoreseptor karohd.
- Rangsangan dingin di daerah muka dapat merangsang, permukaan gerakan pinafasa.
- Pernafasan pertama pada BBL normal dalam waktu 30 detik setelah persalinan. Dimana tekanan rongga dada bayi pada melalui jalan lahir mengakibatkan cairan paru-paru kehilangan 1/3 dari jumlah cairan tersebut. Sehingga cairan yang hilang tersebut diganti dengan udara. Paru-paru mengembang menyebabkan rongga dada trobolipada bentuk semula, jumlah cairan paru-paru pada bayi normal 80 - 100 museum Lampung.
- Perubahan struktur

Dengan berkembangnya paru-paru mengakibatkan tekanan O₂ meningkat tekanan CO₂ menurun. Hal ini mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh darah paru-paru sebagian sehingga aliran darah ke pembuluh darah tersebut meningkat. Hal ini menyebabkan darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan duktus arteriosus menutup dan menciutnya arteri dan vena umbilikalis kemudian tali pusat dipotong sehingga aliran darah dari plasenta, melalui vena cava inferior dan foramen oval atrium kiri terhenti sirkulasi darah bayi sekarang berubah menjadi seperti semula.

- Perubahan lain

Alat-alat pencernaan, hati, ginjal dan alat-slat lain mulai berfungsi, sebagai berikut :

- Tanda-tanda bayi baru lahir normal
- Berat badan : 2500 - 4000 gr
- Panjang badan : 48 - 52 cm
- Lingkar kepala, : 33 - 35 cm
- Lingkar dada : 30 - 38 cm
- Bunyi jantung : 120 - 160 x/menit
- Pernafasan dada : 40 - 60x/menit
- Kulit kemerahan dan licin karena jaringan lemak dan diikuti vernik caseosa.
- Rambut lanugo terlihat, rambut kepala biasanya sudah sempurna.
- Kuku telah agak panjang dan lepas.

- Genetalia jika perempuan labia mayors telah menutupi labia minora, jika laki-laki testis telah turun.
- Refleksi hisap dan menelan telah terbentuk dengan baik.
- Refleks moro bila dikagetkan akan kelihatan seperti memeluk.
- Gerak refleksi sudah baik bila tangan diletakkan bendis bayi akan menggenggam.
- Eliminasi baik, urine dan mekonium akan keluar dalam 24 jam (Sudarti & Fauziah, 2012).

4. Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan segera pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi tersebut selama jam pertama setelah kelahiran. Sebagian besar bayi yang baru lahir akan menunjukkan usaha pernapasan spontan dengan sedikit bantuan. Aspek-aspek penting dari asuhan bayi yang baru lahir:

- Segera setelah melahirkan badan bayi
- Secara cepat menilai pernapasannya, letakkan bayi dengan handuk di atas perut ibu.
- Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan kain kering atau kasa steril.
- Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar (Tando, 2016).
- Membersihkan Jalan Nafas
- Segera setelah lahir bayi normal akan segera menangis secara spontan. Apabila bayi tidak segera menangis, penolong segera membersihkan jalan

nafas dengan cara berikut:

- Meletakkan bayi dengan posisi telentang ditempat yang datar,keras dan hangat.
- Agar leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk, gulung sepotong kain dan letakkan dibawah bahu. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah ke belakang.
- Kemudian bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus dengan kasa steril
- Tepuk kedua telapak kaki banyak 2–3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar (Prawirohardjo,2016).
- Klem dan Potong Tali Pusat
- Klem tali pusat dengan dua buah klem, pada titik kira-kira 2-3 cm dari pangkal pusat bayi (beri jarak kira-kira 1 cm di antara kedua klem tersebut).
- Pegang tali pusat diantara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut (Tando, 2016).
- Pertahankan kebersihan pada saat memotong tali pusat. Ganti sarung tangan bila sudah kotor. Potong tali pusat dengan gunting yang steril atau disinfeksi tingkat tinggi (DTT).
- Ikat tali pusat dengan kuat atau gunakan penjepit khusus tali pusat.
- Periksa tali pusat setiap 15 menit. Apabila masih terjadi perdarahan, lakukan pengikatan sekali lagi dengan ikatan yang lebih kuat.

- Pastikan dengan benar bahwa tidak ada perdarahan tali pusat. Perdarahan 30 ml pada bayi baru lahir setara dengan perdarahan 600 ml pada orang dewasa.
- Jangan mengoleskan salep atau zat apa pun ke tempat tali pusat. Hindari juga pembungkusan tali pusat. Tali pusat yang tidak tertutup akan mengering dan pupus lebih cepat dengan komplikasi yang lebih sedikit (Tando, 2016).
- Penilaian
 Segera setelah lahir, letakkan bayi diatas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut ibu. Apabila hal tersebut tidak memungkinkan maka letakkan bayi di dekat ibu yaitu diantara kedua kaki atau disebelah ibu tetap harus dipastikan bahwa tempat tersebut bersih dan kering. Segera melakukan penilaian awal dengan menjawab pertanyaan, yaitu apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpakesulitan dan apakah bayi bergerak aktif atau tidak (JNPK-KR, 2014).

Tabel 2.3 APGAR Score

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
Appearance (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
Pulse (denyut jantung)	Tidak ada	< 100	>100
Grimace (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Activity (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung

			menangis
Respiration (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

- Pencegahan Kehilangan Panas

- Untuk mencegah terjadinya evaporasi, keringkan bayi segera setelah bayi lahir dengan menggunakan handuk atau kain.
- Selimuti tubuh bayi dengan kain bersih dan hangat, segera setelah mengeringkan tubuh bayi dan memotong tali pusat.
- Selimuti bagian kepala karena kepala merupakan permukaan tubuh yang relative luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika tidak ditutupi.
- Menempatkan bayi di lingkungan yang hangat
- Tidak menimbang atau memandikan bayi baru lahir (Rukiyah & Lia, 2012).
- *Bounding Attachment*

Bounding attachment adalah sentuhan atau kontak kulit seawal mungkin antara bayi dengan ibu atau ayah pada menit pertama dan beberapa jam setelah kelahiran bayi. *Bounding* adalah suatu ketertarikan pertama antar individu, yaitu antara orang tua dan anak pada saat pertama kali bertemu. *Attachment* adalah perasaan menyayangi yang mengikat individu dengan individu lain. Ikatan orang tua terhadap anaknya terus berlanjut selamanya walau dipisah oleh jarak dan waktu (Muslihatun, Wafi Nur, 2015).

- Pemberian Air Susu Ibu (ASI)

Pastikan bayi diberi minum segera setelah lahir atau dalam waktu 30 menit kecuali apabila pemberian minum perlu ditunda karena masalah tertentu. Rangsangan hisapan bayi pada puting susu ibu akan diteruskan oleh syaraf ke hipofise anterior untuk mengeluarkan hormon prolaktin. Semakin sering bayi menghisap puting susu maka akan semakin banyak prolaktin dan ASI yang dikeluarkan. Manfaat pemberian ASI dini

- 1) ASI dibutuhkan untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi
- 2) ASI mudah dicerna sehingga digunakan secara efisien oleh tubuh bayi
- 3) ASI dapat mencegah bayi terhadap berbagai penyakit infeksi
- 4) Menyusui dapat mendekatkan hubungan ibu dan bayi (Sudarti, Afroh, 2012).

- Pencegahan Infeksi pada Mata

Salep mata tetrasiklin 1% dapat mencegah infeksi pada mata, dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual). Salep antibiotik tersebut harus diberikan dalam waktu 1 jam setelah kelahiran (Marmi & rahardjo, 2015).

- Profilaksis Perdarahan

Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K injeksi 1 mg secara intramuskuler dipaha kiri segera mungkin untuk mencegah perdarahan bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir (Marmi & rahardjo, 2015).

- Pemberian Imunisasi Hepatitis B

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Di berikan dengan dosis 0,5 mg secara intramuskuler di paha kanan (Marmi & rahardjo, 2015).

- Pemantauan Bayi Baru Lahir

Tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjutan petugas kesehatan. Dua jam pertama sesudah lahir, hal-hal yang perlu dinilai adalah kemampuan menghisap kuat atau lemah, bayi tampak aktif atau lunglai, bayi kemerahan atau biru. Sebelum penolongan persalinan meninggalkan ibu dan bayinya, penolong persalinan melakukan pemeriksaan dan penilaian terhadap ada tidanya masalah kesehatan yang memerlukan tindak lanjut seperti: bayi kecil untuk masa kehamilanya atau bayi kurang bulan, gangguan pernapasan, hipotermia, infeksi, cacat bawaan dan trauma lahir (Prawirohardjo, 2016).

Kunjungan	Waktu	Tujuan
-----------	-------	--------

Pertama	6-48 jam setelah bayi lahir	<ul style="list-style-type: none"> a. Menjaga bayi tetap hangat a. Mengobservasi KU, TTV, eliminasi b. Melakukan kontak dini bayi dengan ibu dan inisiasi menyusui dini c. Memberikan identitas bayi d. Memberikan vitamin K1 e. Mengajarkan ibu untuk memberikan ASI sedini mungkin dan sesering mungkin f. Melakukan perawatan tali pusat g. Memantau tanda bahaya
Kedua	Hari ke 3-7 setelah bayi lahir	<ul style="list-style-type: none"> a. Melakukan pemeriksaan TTV b. Memastikan bayi disusui sesering mungkin dengan ASI Eksklusif c. Melakukan perawatan sehari-hari dan menjaga kebersihan bayi d. Menjaga bayi tetap hangat e. Memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir f. Melakukan perawatan tali pusat
Ketiga	Hari ke 8-28 setelah bayi lahir	<ul style="list-style-type: none"> a. Melakukan pemeriksaan TTV b. Memastikan bayi disusui sesering mungkin dengan ASI Eksklusif c. Melakukan perawatan sehari-hari dan menjaga kebersihan bayi

		<p>d. Menjaga bayi tetap hangat</p> <p>e. Memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir</p> <p>f. Melakukan perawatan tali pusat.</p>
--	--	--

2.1.5. Keluarga Berencana

1. Pengertian

Menurut Undang-undang RI No. 10 tahun 1992 Program KB Nasional diartikan sebagai upaya peningkatan kependudukan, peran masyarakat melalui pengendalian kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga dan peningkatan kesejahteraan keluarga dalam rangka melembagakan dan membudayakan Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) (Yuhedi & Kurniawati, 2013).

Menurut WHO *Expert Commite*, 1970 (Mariatalia D, 2014) Keluarga Berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami isteri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami isteri dan menentukan jumlah anak dalam keluarga

Kontrasepsi berasal dari kata Kontra berarti mencegah atau melawan, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur (sel wanita) yang matang dan sel sperma (sel pria) yang mengakibatkan

kehamilan. Maksud dari kontrasepsi adalah menghindari/mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma tersebut. (Rusmini, 2017).

KB pasca persalinan adalah penggunaan metode KB sampai satu tahun setelah persalinan atau dalam satu tahun pertama kelahiran. Namun, Kementerian Kesehatan membatasi periode KB pasca persalinan adalah sampai dengan 42 hari pasca bersalin. Hal ini ditetapkan untuk mencegah *missed opportunity* pada ibu pasca bersalin, dimana jumlah kelahiran di Indonesia sangat besar, diperkirakan sekitar 4.500.000 setiap tahunnya diantaranya merupakan kelahiran yang tidak diinginkan atau tidak direncanakan. Oleh sebab itu, definisi KB pasca persalinan di Indonesia adalah pemanfaatan atau penggunaan alat kontrasepsi segera sesudah melahirkan sampai 6 minggu (42 hari) sesudah melahirkan (Kemenkes RI, 2013).

2. Tujuan Program KB

Tujuan umumnya 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. Tujuan lain pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga (Purwoastuti & Walyani, 2015).

Untuk mencapai keberhasilan program Keluarga berencana (KB)

Nasional diperlukan suatu tujuan dalam memberikan arah yang jelas. Adapun tujuan program nasional kependudukan dan keluarga berencana adalah :

- Tujuan Demografis yaitu dapat dikendalikannya tingkat pertumbuhan penduduk sebagai usaha mencapai penurunan fertilitas.
- Tujuan Normatif yaitu dapat dihayati Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) yang pada waktunya akan menjadi falsafah hidup masyarakat Indonesia.

Tujuan keluarga berencana (KB) nasional dilihat dari segi demografis dan normatif adalah mengendalikan tingkat pertumbuhan penduduk dengan menjadikan Keluarga berencana (KB) sebagai falsafah hidup masyarakat Indonesia agar diperoleh suatu Keluarga Kecil bahagia dan Sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Purwoastuti & Walyani, 2015).

3. Sasaran Program KB

Sasaran program KB sebagai berikut :

- Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk menjadi 1,14% per tahun.
- Menurunnya angka kelahiran total (TFR) menjadi sekitar 2,2 per perempuan.
- Menurunnya pasangan usia subur yang tidak ingin punya anak lagi dan ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alat/cara

kontrasepsi (*unmet need*) menjadi 6%.

- Meningkatnya peserta KB laki-laki menjadi 4,5%.
- Meningkatnya penggunaan metode kontrasepsi yang rasional, efektif dan efisien.
- Meningkatnya rata-rata usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun.
- Meningkatnya partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak.
- Meningkatnya jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera yang aktif dalam usaha ekonomi produktif.
- Meningkatnya jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan Program KB Nasional (Sulistyawati, 2011).

Untuk mencapai tujuan program KB, maka penggarapan program nasional keluarga berencana diarahkan pada 2 bentuk sasaran yaitu :

1. Sasaran langsung yaitu Pasangan Usia Subur (PUS) (15-45 tahun) agar mereka menjadi peserta KB sehingga, memberikan efek langsung pada penurunan fertilitas
2. Sasaran tidak langsung yaitu organisasi-organisasi dan lembaga-lembaga kemasyarakatan, instansi pemerintah maupun swasta, tokoh-tokoh masyarakat (wanita dan pemuda) yang diharapkan dapat memberikan dukungan terhadap proses pembentukan sistem nilai dikalangan masyarakat dapat mendukung usaha pelebagaan Norma Keluarga Kecil bahagia, dan Sejahtera (Sibagariang, 2016).

4. Kebijaksanaan Program KB

Menurut Sibagariang (2016), pola dasar kebijaksanaan program Keluarga Berencana (KB) saat ini adalah :

- Menunda perkawinan dan kehamilan sekurang-kurangnya sampai berusia 20 tahun
- Menjarangkan kelahiran dengan berpedoman pada catur warga, yaitu keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan 2 orang anak
- Hendaknya besarnya keluarga dicapai selama dalam usia reproduksi sehat, yaitu sewaktu ibu dan 20-30 tahun
- Mengakhiri kesuburan pada usia 30-35 tahun.

5. Kontraindikasi dan indikasi pemakaian kontrasepsi

Menurut Sibagariang (2016) Kontraindikasi dan indikasi pemakaian kontrasepsi sebagai berikut:

- Fase Menunda Kehamilan
Pasangan Usia Subur (PUS) dengan usia kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya karena:
 - Usia di bawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya tidak mempunyai anak dulu karena berbagai alasan.
 - Prioritas penggunaan kontrasepsi pil oral, karena peserta masih muda
 - Penggunaan kondom kurang menguntungkan, karena pada pasangan muda frekuensi bersinggamanya relatif tinggi, sehingga kegagalannya juga tinggi.
 - Penggunaan IUD mini bagi yang belum mempunyai anak

- pada masa ini dapat dianjurkan, terlebih bagi calon peserta dengan kontra indikasi terhadap pil oral.
- Fase Menjarangkan Kehamilan

Pada fase ini usia isteri antara 20-30/35 tahun, merupakan pe- riode usia yang paling baik untuk hamil dan melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antar kelahiran 2-4 tahun yang dikenal sebagai catur warga.

Alasan menjarangkan kehamilan adalah:

- Usia antara 20-30 tahun merupakan usia yang terbaik untuk hamil dan melahirkan
- Segera setelah anak pertama lahir, maka dianjurkan untuk memakai IUD sebagai pilihan utama.
- Kegagalan yang menyebabkan kehamilan cukup tinggi namun disini tidak/ kurang berbahaya karena yang bersangkutan berada pada usia hamil dan melahirkan yang baik.
- Kegagalan kontrasepsi disini bukan merupakan kegagalan program.
- Fase Menghentikan/Mengakhiri Kehamilan/Kesuburan

Usia isteri di atas 30 tahun, terutama di atas 35 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah memiliki 2 orang anak. Alasan mengakhiri kesuburan adalah:

- Karena alasan medis dan alasan lainnya, ibu-ibu dengan usia diatas 30 tahun dianjurkan untuk tidak hamil/ tidak punya anak lagi.
- Pilihan utama adalah kontrasepsi mantap
- Pil oral kurang dianjurkan karena usia ibu relatif tua dan mempunyai

resiko kemungkinan timbulnya akibat sampingan dan komplikasi

6. Metode Kontrasepsi

Metode kontrasepsi dibedakan menjadi metode sederhana, metode modern dan metode operasi (Manauaba, 2017).

- Metode sederhana
- Tanpa alat
- Metode Kalender/pantang berkala (*ogino - nkaus*)

Metode kalender menggunakan prinsip pantang berkala, yaitu tidak melakukan persetubuhan pada masa subur istri. Untuk menentukan masa subur istri digunakan tiga patokan, (1) ovulasiterjadi 14 ± 2 hari sebelum hamil yang akan datang, (2) sperma dapat hidup dan membuahi selama 48 jam setelah ejakulasi, dan

- ovum dapat hidup 24 jam setelah ovulasi. Jadi apabila konsepsi ingin dicegah, koitus harus dihindari sekurang- kurangnya selama tiga hari (72 jam), yaitu 48 jam sebelumovluasi dan 24 jam sesudah ovulasi.
- Metode suhu basal badan (*Termal*)

Menjelang ovulias, suhu basal akan turun dan kulrang lebih 24 jam setelah ovulasi suhu basal akan naik lagi sampai lebih tinggi daripada suhu sebelum ovulasi. Suhu basal diukur waktu pagi segera setelah bangun tidur dan sebelum melakukan aktivitas

- Metode lendir *serviks*

Perubahan lendir serviks dan pola senssasi di vulva(kebasahan perasaan banyak cairan atau kering) selama siklus

- Metode simtomtermal

Metode simtomtermal adalah mendapat instruksi untuk metode lendir serviks dan suhu basal dapat menentukan masa subur dengan mengamati suhu tubuh dan lendir serviks.

- Senggama terputus (*coitus interruptus*)

Alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina dan kehamilan dapat dicegah

- Metode emnorea laktasi (MAL)

Metode kontrasepsi yang digunakan dengan pemberian ASI yang merangsang hormon progesterin dalam menghambatn kehamilan.

- Dengan alat

1) Mekanis *barier*

a) Kondom pria dalam bentuk sarung karet yang tipis daribahan karet dan plastik pada penis untuk menghalangi masuknya sperma ke dalam vagia, sehingga pembuahan dapat dicegah

b) Kondom wanita terbuat dari lapisan poliuretan tipis dengan cincin dalam yang fleksibel dan dapat digerakkan pada ujung yang tertutup yang dimasukkan ke dalam vagina dan cincin

kaku yang lebih besar pada ujung terbuka di bagian depan yang tetap berada di luar vagina dan terlindungi introitus

(Sulistyawati, 2011).

2) Kimiawi

Spermisidas adalah bahan kimia (biasanya non oksinol)

digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma dikemas dalam bentuk aerosolo (busa), tabtel vaginal, supositoria atau dissolvable film dan krim (Sulistyawati, 2011).

3) Metode Modern / hormonal

a) Pil KB

Pil KB (kontrasepsi oral) menghambat atau menahan terjadinya ovulasi untuk mencegah Implanasi, lendir serviks mengental dan mengganggu pergerakan tuba, sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula. Jenis pil kb adalah sebagai berikut :

(a) Monofasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dalam dosis yang sama dengan 7 tabelt hormon aktif.

(b) Bifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dalam dosis yang berbeda dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(c) Trifasik : pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dalam 3 dosis yang berbeda dengan tablet tanpa hormon aktif (Pinem, 2014).

4) Metode Mekanis

IUD (Intra Uterine Device) diletakan dalam *uterus* untuk mencegah Implanasi (penempelan) pada dinding rahim, kini

alat kontrasepsi dalam rahim adalah generasi ketiga seperti copper T, Copper 7, Ypsilon-y, progestasert dan copper T3800A (Manuaba, 2017).

5) Metode Operasi

a). Tubektomi metode operasi wanita (MOW) Tubektomi dapat dibagi atas beberapa bagian antara lain cara mencapai tuba (laparotomi) dan menutup tuba

b). Vasektomi (metode operasi pria (MOP) dilakukan dengan cara (cara pomroy, kroener, irving, pemasangan cincin falope, klip filshe dan elektro koagulasi disertai pemutusan tuba (Manuaba, 2017).

7. Efek samping/masalah yang sering dijumpai

- Amenore (tidak terjadi perdarahan/*spotting*).

Penanganan:

- Bila tidak hamil, pengobatan apapun tidak perlu. Jelaskan, bahwa darah haid tidak terkumpul dalam rahim. Nasihati untuk kembali ke klinik.
- Bila telah terjadi kehamilan, rujuk klien. Hentikan.
- Bila terjadi kehamilan ektopik, rujuk klien.
- Jangan berikan terapi hormonal untuk menimbulkan perdarahan karena tidak akan berhasil. Tunggu 3-6 bulan kemudian, bila tidak terjadi perdarahan juga, rujuk ke klinik
- Perdarahan/perdarahan bercak (*spotting*)
- Perdarahan ringan atau *spotting* sering dijumpai, tetapi tidak berbahaya

- Bila perdarahan banyak dan memanjang (lebih dari 8 hari) atau 2 kali lebih banyak dari perdarahan yang biasanya dialami pada siklus haid normal, jelaskan bahwa hal tersebut biasa terjadi pada bulan pertama
- Bila gangguan tersebut menetap, perlu dicari penyebabnya dan bila ditemukan kelainan ginekologik, klien perlu diobati atau dirujuk.
- Bila perdarahan yang terjadi mengancam kesehatan klien atau klien tidak dapat menerima hal tersebut, jangan dilanjutkan. Pilihlah jenis kontrasepsi yang lain. Untuk mencegah anemia perlu diberi preparat besi dan anjurkan mengonsumsi makanan yang banyak mengandung zat besi.
- Meningkatnya/menurunnya berat badan.
Informasikan bahwa kenaikan/penurunan berat badan sebanyak 1-2 kg dapat saja terjadi. Perhatikan diet klien bila perubahan berat badan terlalu mencolok. Bila berat badan berlebihan, hentikan suntikan dan anjurkan metode kontrasepsi lain. (Affandi, 2015).

8. Langkah Konseling KB SATU TUJUH

Menurut Walyani (2015), kata kunci SATU TUJUH adalah sebagai berikut:

- SA: Sapa dan Salam

Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara ditempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun

rasa percaya diri, tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.

- T: Tanya

Tanyakan kepada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien.

- U: Uraikan

Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling ia ingini serta jelaskan pula jenis - jenis lain yang ada. Jelaskan alternative kontrasepsi lain yang mungkin diinginkan oleh klien. Uraikan juga mengenai resiko penularan HIV/ AIDS dan pilihan metode ganda

- TU: Bantu

Bantulah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berfikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya, doronglah klien untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan. Tanggapi secara terbuka, petugas membantu klien mempertimbangkan kriteria dan keinginan klien terhadap setiap jenis kontrasepsi. Tanyakan juga apakah pasangannya akan memberikan dukungan dengan pilihan tersebut.

- J : Jelaskan

Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya setelah klien memilih jenis kontrasepsinya, jika diperlukan perlihatkan alat/obat kontrasepsinya. Jelaskan bagaimana alat/obat kontrasepsi tersebut digunakan dan bagaimana cara penggunaannya.

- U : Kunjungan Ulang

Perlunya dilakukan kunjungan ulang. Bicarakan dan buatlah perjanjian, kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan. Perlu juga selalu mengingatkan klien untuk kembali apabila terjadi suatu masalah.

