

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. ANC Trimester III

Pada tanggal 27 Februari 2026 pukul 13.30 WIB, bidan melakukan kunjungan *antenatal care* (ANC) di Puskesmas Panjatan 2 terhadap Ny. FA, seorang ibu hamil usia 42 tahun dengan status G4P3A0H3. Berdasarkan hasil pengkajian, ibu mengatakan tidak memiliki keluhan dan datang untuk pemeriksaan kehamilan rutin. Ibu menyampaikan bahwa ini merupakan kehamilan keempat, dengan HPHT tanggal 07 Juli 2025 dan HPL 14 April 2026, sehingga pada saat kunjungan usia kehamilan adalah 33 minggu 4 hari. Ibu rutin melakukan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas dan tidak terdapat keluhan seperti nyeri perut, perdarahan pervaginam, maupun pengeluaran cairan dari jalan lahir. Gerakan janin dirasakan aktif lebih dari 10 kali dalam 12 jam terakhir. Riwayat kehamilan sebelumnya sebanyak tiga kali dengan persalinan spontan tanpa komplikasi. Riwayat penggunaan kontrasepsi sebelumnya meliputi pil, suntik 3 bulan, IUD, dan implant. Secara psikososial ibu merasa sedikit cemas karena usia termasuk risiko tinggi, namun mendapatkan dukungan penuh dari keluarga.

Dalam kesehariannya, ibu melakukan aktivitas rumah tangga seperti memasak, menyapu, dan mencuci dengan aktivitas ringan hingga sedang. Pola makan ibu cukup baik yaitu 3 kali sehari dengan menu nasi, lauk hewani dan nabati, sayur, serta buah, dengan asupan cairan 6–8 gelas per hari. Ibu juga rutin mengonsumsi tablet tambah darah. Pola istirahat cukup dengan tidur malam 7–8 jam dan tidur siang 1–2 jam. Tidak terdapat riwayat penyakit kronis maupun penyakit keturunan dalam keluarga.

Pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis*. Tekanan darah 110/70 mmHg, suhu 36,8°C, nadi 89 x/menit, dan respirasi 22 x/menit. Tinggi badan 156 cm, berat badan sebelum hamil 65 kg, berat badan saat ini 72,5 kg, dengan IMT 26,7 kg/m² dan LILA 29 cm. Pemeriksaan obstetri menunjukkan TFU 32 cm, Leopold I teraba kepala, Leopold II punggung kiri, Leopold III bokong, dan Leopold IV bagian terbawah belum masuk pintu atas panggul (*convergen*). Denyut jantung janin 149 x/menit, teratur. Ekstremitas tidak edema. Pemeriksaan penunjang menunjukkan Hb 12,8 g/dL pada akhir pemeriksaan, dengan hasil protein urin negatif.

Berdasarkan hasil pengkajian, ibu didiagnosis sebagai kehamilan risiko tinggi dengan faktor risiko usia ≥ 35 tahun, multiparitas (G4), serta presentasi janin sungsang. Kondisi ini meningkatkan risiko terjadinya komplikasi seperti persalinan dengan tindakan *sectio caesarea*, *partus* lama, atonia uteri, serta perdarahan *postpartum*.

Pada kunjungan ini, bidan memberikan edukasi bahwa usia 42 tahun meningkatkan risiko kehamilan seperti hipertensi dalam kehamilan, *preeklamsia*, *diabetes gestasional*, serta kemungkinan tindakan persalinan operatif. Selain itu dijelaskan bahwa multiparitas dapat menyebabkan penurunan tonus uterus yang berisiko kontraksi tidak adekuat dan perdarahan *postpartum*, serta posisi janin sungsang berisiko menyulitkan persalinan dan meningkatkan risiko asfiksia pada bayi.

Ibu dianjurkan melakukan posisi *knee chest* 10–15 menit, 2–3 kali sehari, memantau gerak janin, menjaga nutrisi seimbang, istirahat cukup, serta rutin mengonsumsi tablet tambah darah. Edukasi tanda bahaya kehamilan trimester III juga diberikan, meliputi perdarahan, ketuban pecah dini, nyeri perut hebat, penurunan gerak janin, sakit kepala hebat, pandangan kabur, dan edema.

Karena termasuk kehamilan risiko tinggi, ibu dirujuk ke RSU Kharisma Paramedika untuk penanganan lebih lanjut dan dijelaskan pentingnya persalinan di fasilitas rujukan. Ibu dan keluarga memahami serta bersedia. Selanjutnya dilakukan *Informed Consent Continuity of Care* (CoC), dan ibu menyatakan bersedia mengikuti pendampingan berkelanjutan. Selanjutnya pada tanggal 03 Maret 2026 pukul 10.00 WIB dilakukan kunjungan rumah sebagai pendampingan ke-2 di kediaman Ny. FA. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, gerakan janin aktif, serta tetap rutin melakukan posisi *knee chest*. Ibu juga menyampaikan telah melakukan pemeriksaan di RSU Kharisma Paramedika dan mendapatkan informasi bahwa posisi janin masih sungsang dan masih dilakukan pemantauan kemungkinan tindakan selanjutnya. Tidak terdapat keluhan perdarahan, nyeri perut, maupun tanda bahaya kehamilan lainnya.

Pemeriksaan objektif menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan tekanan darah 128/84 mmHg, nadi 80 x/menit, respirasi 20 x/menit, suhu 36,5°C, berat badan 68,5 kg. Pemeriksaan obstetri menunjukkan TFU 32 cm, DJJ 142 x/menit, presentasi janin masih sungsang, dan bagian terbawah belum masuk pintu atas panggul.

Pada kunjungan ini bidan mengevaluasi kepatuhan ibu terhadap anjuran sebelumnya dan memberikan penguatan untuk tetap melanjutkan posisi *knee chest*, menjaga nutrisi, istirahat cukup, serta pemantauan gerak janin. Ibu juga diingatkan kembali mengenai risiko kehamilan yang dimiliki serta pentingnya kontrol lanjutan ke RS. Edukasi tanda bahaya kehamilan kembali diberikan untuk meningkatkan kewaspadaan ibu dan keluarga.

Selain itu, bidan memberikan edukasi mengenai persiapan penggunaan kontrasepsi pasca persalinan. Mengingat kondisi kehamilan risiko tinggi karena usia ≥ 35 tahun, multiparitas, dan presentasi sungsang, dijelaskan bahwa metode kontrasepsi mantap (MOW) merupakan salah

satu pilihan yang sesuai kondisi medis. Setelah diskusi, ibu dan suami sepakat untuk menggunakan MOW setelah persalinan.

Kemudian pada tanggal 29 Maret 2026 pukul 09.00 WIB dilakukan kunjungan di RSUD Kharisma Paramedika sebagai pendampingan ke-3. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, gerakan janin aktif, dan telah dilakukan kontrol rutin. Hasil pemeriksaan menunjukkan kondisi janin masih sungsgang dengan taksiran berat janin meningkat sekitar 4100 gram. Kondisi ibu dalam batas stabil dengan tekanan darah 130/85 mmHg, nadi 82 x/menit, respirasi 20 x/menit, dan suhu 36,6°C.

Bidan menjelaskan kembali bahwa kondisi sungsgang dengan taksiran berat janin besar meningkatkan risiko persalinan pervaginam sehingga direncanakan persalinan secara *sectio caesarea*. Ibu diberikan edukasi mengenai prosedur operasi *sectio caesarea*, termasuk tujuan tindakan, proses, serta keamanan bagi ibu dan bayi. Selain itu diberikan edukasi persiapan persalinan meliputi perlengkapan ibu dan bayi, biaya, transportasi, pendamping, serta kemungkinan kebutuhan donor darah.

Ibu juga diberikan edukasi mengenai persiapan sebelum operasi seperti puasa, menjaga kondisi tubuh, dan kesiapan mental. Ibu dianjurkan tetap menjaga nutrisi, istirahat cukup, mengonsumsi tablet tambah darah, serta memantau gerakan janin. Tanda bahaya kehamilan kembali dijelaskan serta pentingnya segera datang ke fasilitas kesehatan bila terjadi keluhan.

Ibu dan keluarga diberikan penguatan untuk mengikuti rencana persalinan di rumah sakit serta pentingnya pendampingan keluarga. Ibu menyatakan memahami dan bersedia menjalani rencana *sectio caesarea* sesuai anjuran tenaga kesehatan.

2. Persalinan dan Bayi Baru Lahir

Pada tanggal 02 April 2026 pukul 07.30 WIB di RSUD Kharisma Paramedika, dilakukan pendampingan keempat pada Ny. FA yang datang untuk kontrol dan persiapan persalinan *sectio caesarea*. Ibu mengatakan

tidak ada keluhan, gerakan janin aktif, namun merasa sedikit cemas tetapi siap menjalani tindakan. Ibu telah mulai puasa sejak pukul 08.00 WIB sesuai instruksi rumah sakit.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum baik, kesadaran *compos mentis*, tekanan darah 130/85 mmHg, nadi 84 x/menit, respirasi 20 x/menit, suhu 36,6°C. Pemeriksaan obstetri menunjukkan letak memanjang dengan presentasi bokong, DJJ 144 x/menit, TFU 41 cm, dan tidak ada kontraksi uterus. Berdasarkan kondisi tersebut, Ny. FA G4P3A0H3 usia kehamilan 38 minggu dengan janin tunggal hidup intrauterin dalam presentasi bokong dengan taksiran berat janin besar direncanakan untuk tindakan *sectio caesarea* .

Dilakukan pengecekan kelengkapan persiapan persalinan, penjelasan kembali indikasi *sectio caesarea* yaitu presentasi bokong, usia ibu ≥ 35 tahun, multiparitas, serta taksiran berat janin besar. *Informed Consent* tindakan operasi telah dilakukan oleh tim medis dan disetujui oleh ibu serta keluarga. Selanjutnya dilakukan persiapan pre operasi termasuk puasa ± 6 jam, dukungan psikologis, serta persiapan menuju kamar operasi.

Pada pukul 14.15 WIB, ibu mengatakan siap menjalani operasi dan dilakukan tindakan *sectio caesarea* oleh dokter spesialis obstetri dan ginekologi dengan anestesi spinal, serta pemasangan kontrasepsi mantap (MOW).

Pada pukul 16.40 WIB, bayi lahir melalui *sectio caesarea* dengan menangis kuat, gerakan aktif, dan warna kulit kemerahan. Plasenta lahir lengkap dan perdarahan dalam batas normal. Bayi dengan *Apgar score* baik, BB 4200 gram, PB 49 cm, LK 34 cm, dan LD 33 cm, tanpa kelainan kongenital. Setelah lahir dilakukan Inisiasi Menyusu Dini (IMD) selama ± 60 menit, kemudian bayi diberikan salep mata, vitamin K, dan imunisasi Hb0 sesuai prosedur.

Setelah persalinan, ibu dalam kondisi post *sectio caesarea* dengan keadaan umum baik dan dilakukan observasi di ruang pemulihan, sementara bayi dirawat dengan sistem rawat gabung bersama ibu di ruang nifas dengan pemantauan lanjutan.

3. Kunjungan Nifas dan Neonatus

Pada tanggal 03 April 2026 pukul 13.00 WIB di RSUD Kharisma Paramedika, dilakukan pemantauan masa nifas hari pertama sekaligus kunjungan neonatus pertama. Ibu mengatakan nyeri luka operasi mulai berkurang, sudah mampu duduk dan BAK dengan menggunakan pispot, serta mengganti pembalut sekitar 4–5 kali sehari. Ibu juga mengatakan ASI sudah mulai keluar sedikit dan menyusui bayi setiap 2 jam sekali, dengan pola makan dan minum cukup serta dukungan keluarga baik.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis*, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 84 x/menit, respirasi 20 x/menit, dan suhu 36,6°C. Uterus teraba keras dengan kontraksi baik dan TFU 2 jari di bawah pusat. *Lochea* rubra jumlah sedang tanpa bau, serta luka operasi dalam kondisi baik tanpa tanda infeksi. Payudara mulai menghasilkan ASI.

Pada bayi baru lahir, kondisi umum baik, menangis kuat, aktif, dan warna kulit kemerahan. BB 4000 gram, PB 49 cm, LK 34 cm, dan LD 33 cm. *Apgar score* 1 menit 8 dan 5 menit 9. Tidak ditemukan kelainan kongenital, dan IMD telah dilakukan.

Penatalaksanaan dilakukan dengan pemantauan kondisi ibu post *sectio caesarea*, evaluasi involusi uterus dan *Lochea*, perawatan luka operasi, serta edukasi mobilisasi bertahap, nutrisi tinggi protein, dan tanda bahaya nifas. Pada bayi dilakukan edukasi ASI eksklusif, menjaga kehangatan, perawatan tali pusat secara kering, bonding attachment, serta pemberian vitamin K, salep mata, dan imunisasi Hepatitis B 0 setelah persetujuan keluarga. Ibu dan bayi dilakukan rawat gabung.

Pada tanggal 10 April 2026 pukul 10.00 WIB di Puskesmas Panjatan 2, dilakukan kunjungan nifas hari ke-7 dan neonatus hari ke-7. Ibu mengatakan masih terdapat nyeri ringan pada luka operasi terutama saat bergerak, namun aktivitas sudah mulai kembali normal dan dapat merawat bayi secara mandiri. Ibu menyusui bayi setiap 2–3 jam, ASI lancar, serta BAB dan BAK lancar.

Pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 82 x/menit, dan suhu 36,5°C. Payudara tidak ada bendungan dan ASI lancar. Involusi uterus baik dengan TFU pertengahan simfisis pusat. *Lochea* rubra menuju serosa dalam jumlah sedikit tanpa bau. Luka operasi kering dan baik tanpa tanda infeksi, namun masih terdapat nyeri ringan saat mobilisasi.

Penatalaksanaan dilakukan dengan pemantauan nifas fisiologis, evaluasi involusi uterus dan *Lochea*, serta edukasi perawatan luka operasi, mobilisasi bertahap, nutrisi seimbang, dan tanda bahaya nifas. Pada bayi, kondisi umum baik tanpa tanda bahaya, tali pusat sudah lepas dan bersih. Ibu dianjurkan melanjutkan ASI eksklusif, menjaga kehangatan bayi, serta mengikuti imunisasi dasar dan pemantauan di posyandu.

Pada tanggal 17 April 2026 pukul 13.30 WIB dilakukan kunjungan nifas hari ke-15 dan neonatus hari ke-22 di rumah Ny. FA. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, nyeri luka operasi sudah tidak dirasakan, dan sudah dapat beraktivitas normal serta merawat bayi secara mandiri. Ibu menyusui bayi secara eksklusif setiap 2 jam dan BAB serta BAK lancar.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan tanda vital dalam batas normal. TFU sudah tidak teraba, *Lochea* serosa sedikit tanpa bau, serta luka operasi kering dan sembuh baik tanpa tanda infeksi.

Pada bayi, kondisi umum baik, aktif, dan menyusu ASI eksklusif. Tidak ada tanda infeksi atau ikterus, dan pertumbuhan sesuai usia.

Penatalaksanaan dilakukan dengan evaluasi akhir masa nifas yang menunjukkan involusi uterus normal dan luka operasi sembuh baik. Ibu dianjurkan tetap menjaga pola hidup sehat, melanjutkan ASI eksklusif hingga 6 bulan, serta melakukan pemantauan bayi di posyandu dan imunisasi sesuai jadwal.

Pada tanggal 14 Mei 2026 pukul 10.00 WIB di rumah Ny. FA dilakukan evaluasi akhir masa nifas hari ke-42. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, tidak ada nyeri pada luka operasi, tidak ada pengeluaran dari jalan lahir, serta mampu beraktivitas normal dan merawat bayi dengan baik. Ibu menyusui bayi secara eksklusif dan ASI lancar.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik, tanda vital dalam batas normal, payudara tidak ada bendungan, serta TFU tidak teraba. *Lochea* sudah tidak ada (alba) dan luka operasi sembuh baik tanpa tanda infeksi.

Penatalaksanaan dilakukan dengan menyampaikan bahwa masa nifas telah selesai secara fisiologis. Ibu dianjurkan tetap menjaga pola hidup sehat, nutrisi seimbang, melanjutkan ASI eksklusif, serta kontrol jika ada keluhan. Ibu dan suami juga telah menggunakan kontrasepsi mantap (MOW) sebagai metode KB jangka panjang.

4. Keluarga Berencana

Pada tanggal 02 April 2026 pukul 13.00 WIB di RSUD Kharisma Paramedika, ibu mengatakan telah mendapatkan konseling mengenai keluarga berencana pasca persalinan dan bersama suami telah memutuskan untuk menggunakan kontrasepsi mantap (MOW). Ibu menyatakan tidak ingin hamil kembali di masa mendatang dan bersedia dilakukan tindakan MOW yang direncanakan bersamaan dengan operasi *sectio caesarea*.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis*, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 84 x/menit, dan suhu 36,6°C. Berdasarkan kondisi tersebut, ibu dalam persalinan

dengan rencana pemasangan kontrasepsi mantap (MOW). Penatalaksanaan yang dilakukan meliputi pelaksanaan *Informed Consent* sebelum tindakan operasi *sectio caesarea*, dimana ibu dan suami telah mendapatkan penjelasan lengkap terkait prosedur MOW yang akan dilakukan bersamaan dengan operasi SC dan telah menyetujui tindakan tersebut secara sadar tanpa paksaan. Selain itu, diberikan dukungan psikologis kepada ibu sebelum tindakan operasi.

Pada tanggal 10 April 2026 ibu melakukan kunjungan ke Puskesmas Panjatan 2. Ibu mengatakan tidak ada keluhan terkait tindakan keluarga berencana dan sudah memahami bahwa telah dilakukan tindakan kontrasepsi mantap (MOW) saat operasi *sectio caesarea*. Ibu juga mengatakan tidak terdapat nyeri hebat atau keluhan lain pada area operasi selain nyeri ringan luka operasi SC.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran *compos mentis*, tekanan darah 110/84 mmHg, nadi 82 x/menit, dan suhu 36,5°C. Berdasarkan hasil evaluasi, ibu dalam kondisi post *sectio caesarea* dengan status post MOW tanpa komplikasi. Penatalaksanaan yang dilakukan meliputi evaluasi kondisi ibu pasca tindakan MOW, penyampaian tanda-tanda komplikasi yang perlu diwaspadai, serta anjuran untuk tetap menjaga kondisi kesehatan dan perawatan luka operasi. Selain itu diberikan dukungan psikologis atas keputusan keluarga serta anjuran untuk segera kontrol apabila terdapat keluhan seperti nyeri hebat atau tanda infeksi.

B. Kajian Teori

1. Konsep Dasar Teori Kehamilan

a. Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan merupakan

proses yang diawali dengan pertemuan sel ovum dan sel sperma di dalam uterus tepatnya di tuba fallopi. Setelah itu terjadi proses konsepsi dan terjadi nidasi, kemudian terjadi implantasi pada dinding uterus, tepatnya pada lapisan edometrium yang terjadi pada hari keenam dan ketujuh setelah konsepsi.^{9,10}

b. Diagnosa Kehamilan

Dalam menegakan diagnosis kehamilan bidan perlu dengan teliti melakukan kegiatan secara sistematis mulai dari pengumpulan data pengkajian secara subjektif dan objektif. Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk membantu memastikan diagnosis sehingga bidan dapat menyimpulkan diagnosa apa yang ditegakkan berdasarkan hasil kajian yang didapatkan diagnose hamil dapat ditegakkan berdasarkan tanda dan gejala hamil yang ditemukan, yaitu:^{9,10}

1) Tanda tidak pasti hamil (*probable sign*)

Tanda dan gejalanya yaitu amenorrhea, mual muntah, mengidam, payudara membesar, pigmentasi kulit, sering miksi, anoereksia.

2) Tanda mungkin hamil (*possible sign / presumptive sign*)

Tanda dan gejalanya yaitu perut membesar, uterus membesar, tanda *hegar*, tanda *chadwick*, tanda *piskacek*, tanda *goodell*, teraba *ballotemen*, *Braxton hicks*.

3) Tanda pasti hamil (*positive sign*)

Tanda dan gejalanya yaitu gerakan janin, denyut jantung janin, terlihat tulang-tulang janin dalam foto rontgen. Tanda pasti hamil ini dapat di diagnosa. setelah kehamilan lanjut, tetapi bisa terdiagnosa lebih dini dengan menggunakan USG.

c. Pembagian Trimester Kehamilan

Kehamilan dibagi menjadi tiga trimester yaitu:^{9,10}

1) Trimester Pertama (1-12 minggu)

Trimester pertama adalah dari minggu pertama sampai 12 dan termasuk pembuahan. Trimester pertama dapat dibagi lagi menjadi periode embrionik dan janin. Periode embrio dimulai pada saat pembuahan (usia perkembangan) atau pada usia kehamilan 2 sampai 10 minggu. Periode embrionik adalah tahap di mana organogenesis terjadi dan periode waktu di mana embrio paling sensitif terhadap teratogen. Akhir periode embrionik dan awal periode janin terjadi 8 minggu setelah pembuahan (usia perkembangan) atau 10 minggu setelah dimulainya periode menstruasi terakhir. Pada minggu ke 12 denyut janin dapat terlihat jelas dengan ultrasound, gerakan pertama dimulai, jenis kelamin dapat diketahui, ginjal memproduksi urine.

2) Trimester Dua (13-28 minggu)

Trimester kedua adalah dari minggu ke-13 hingga ke- 28. Sekitar pertengahan trimester kedua, pergerakan janin bisa terasa. Pada minggu ke-28, lebih dari 90% bayi dapat bertahan hidup di luar rahim jika diberikan perawatan medis berkualitas tinggi. Pada akhir trimester dua janin dapat bernapas, menelan dan mengatur suhu, surfactan terbentuk didalam paru paru, mata mulai membuka dan menutup, dan ukuran janin 2/3 pada saat lahir.

3) Trimester Tiga (29-40 minggu)

Trimester ketiga adalah dari 29 minggu sampai kira- kira 40 minggu dan diakhiri dengan bayi lahir. Pada trimester tiga seluruh uterus terisi oleh bayi sehingga tidak bebas bergerak/berputar banyak. Simpanan lemak coklat berkembang dibawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir, antibody ibu ditransfer ke

janin, janin mulai menyimpan zat besi, kalsium, dan fosfor. Sementara ibu merasakan ketidaknyamanan seperti sering buang air kecil, kaki bengkak, sakit punggung dan susah tidur. Braxton hick meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan.

a. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

Kebutuhan dasar ibu hamil:^{9,10}

1) Oksigen

Pada saat kehamilan, kebutuhan oksigen meningkat sehingga produksi eritropoitin di ginjal juga meningkat, akibatnya sel darah merah (eritrosit) meningkat sebanyak 20-30%.

2) Nutrisi

Kecukupan gizi ibu hamil diukur berdasarkan kenaikan berat badan. Kalori ibu hamil 300-500 kalori lebih banyak dari sebelumnya. Kenaikan berat badan juga bertambah pada trimester ini antara 0,3-0,5 kg/minggu. Kebutuhan protein juga 30 gram lebih banyak dari biasanya.

3) *Personal Hygiene*

Ibu hamil dianjurkan untuk mandi dua kali sehari, menyikat gigi secara benar dan teratur minimal setelah sarapan dan sebelum tidur, membersihkan payudara dan daerah kemaluan, mengganti pakaian dan pakaian dalam setiap hari serta mencuci tangan dengan sabun dan air bersih sebelum makan, setelah buang air besar dan buang air kecil.

4) Kebutuhan eliminasi

Selama masa kehamilan, tubuh seorang wanita akan mengalami banyak perubahan dan hal ini dapat menyebabkan timbulnya bermacam-macam keluhan dan masalah. Salah satunya keluhan

yang paling sering dikeluhkan yaitu konstipasi atau susah buang air besar.

5) Kebutuhan mobilisasi

Pada masa kehamilan, kebutuhan mobilisasi juga sangat diperlukan untuk kesehatan ibu dan bayi. Selain makanan, ibu hamil yang melakukan aktivitas fisik atau olahraga secara teratur akan memperoleh keadaan sehat.

6) Kebutuhan istirahat

Pada kehamilan trimester III ibu sering kesulitan untuk menentukan posisi yang paling baik dan nyaman untuk tidur. Posisi tidur yang dianjurkan pada ibu hamil adalah miring kiri, kaki kiri lurus, kaki kanan sedikit menekuk dan diganjal dengan bantal, perut bawah sebelah kiri diganjal dengan bantal untuk mengurangi rasa nyeri pada perut. Ibu hamil dianjurkan untuk tidur malam sedikitnya 6-7 jam. dan siang hari sedikitnya 1-2 jam.

7) Kebutuhan Senam Hamil

Latihan fisik selama kehamilan dapat dilakukan dengan senam hamil. Ibu hamil yang melakukan latihan fisik dengan menggunakan senam hamil dapat meningkatkan hormone *endorphin*.

b. Perubahan Psikologis Kehamilan Trimester III

Trimester III sering di sebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Hal ini membuatnya berjaga-jaga sementara ia memperhatikan dan menunggu tanda dan gejala persalinan muncul. Rasa cemas dan takut akan proses persalinan.^{9,11}

c. Tanda-tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Tanda bahaya pada kehamilan trimester tiga antar lain: pendarahan pervaginam (plasenta *previa*, *abruption* plasenta), sakit kepala hebat yang merupakan gejala preeklampsia, gangguan visual, bengkak di muka atau tangan, berkurangnya gerakan janin, ketuban pecah dini, kejang, selaput ketuban mata pucat, demam tinggi.^{5,9}

d. *Antenatal care* dan Standar Pelayanan *Antenatal Care*

1) Pengertian

Pengertian *Antenatal care* (ANC) merupakan perawatan atau asuhan yang diberikan kepada ibu hamil sebelum kelahiran, yang berguna untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu hamil maupun bayinya dengan menegakkan hubungan kepercayaan dengan ibu, mendeteksi komplikasi yang dapat mengancam jiwa, mempersiapkan kelahiran dan memberikan pendidikan kesehatan.^{12,13}

2) Tujuan ANC

Tujuan ANC antar lain : meningkatkan dan memelihara kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu, bayi dengan memberikan pendidikan gizi, kebersihan diri, dan proses persalinan; mendeteksi dan mengelola komplikasi selama kehamilan, baik medis, bedah, atau obstetric; mengembangkan rencana kesiapsiagaan kelahiran dan kesiapsiagaan komplikasi; membantu mempersiapkan ibu untuk menyusui dengan sukses, mengalami masa nifas normal, dan merawat anak dengan baik secara fisik, psikologis, dan sosial.^{12,13}

3) Standar pelayanan antenatal

Menurut Kemenkes RI (2020), standar pelayanan antenatal terpadu minimal adalah sebagai berikut (10T):^{12,13}

a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Penimbangan berat badan setiap kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil. Kenaikan berat badan ibu hamil normal rata-rata antara 6,5 sampai 16 kg. jika sebelum hamil berat ibu hamil sudah normal, maka kenaikan berat badan yang dianjurkan sebaiknya 9-12 kg.

b) Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $\geq$ 140/90 mmHg)

c) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/ LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK).

d) Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri)

Pengukuran tinggi fundus uteri dilakukan setiap kunjungan antenatal untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus uteri tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin.

e) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau masalah lain.

- f) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus difteri (Td) bila diperlukan

Tabel 1 Pemberian Imunisasi TT

Status TT	Interval Minimal Pemberian	
T1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap tetanus
T2	1 bulan setelah T1	3 tahun
T3	6 bulan setelah T2	5 tahun
T4	12 bulan setelah T3	10 tahun
T5	12 bulan setelah T4	>25 tahun

- g) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama masa kehamilan

Tablet tambah darah dapat mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama

- h) Tes laboratorium : tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, tes triple eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B) dan malaria pada daerah endemis.
- i) Tata laksana/ penanganan kasus sesuai kewenangan
- Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan.
- j) Temu wicara (konseling)
- Temu wicara atau konseling dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup bersih

dan sehat, peran suami dan keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, inisiasi menyusui dini dan pemberian ASI eksklusif, KB pasca persalinan, dan imunisasi.

4) Jadwal ANC

Kunjungan antenatal adalah jumlah ibu hamil yang memperoleh pelayanan antenatal (K4) sesuai standar yang ada di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu. Antenatal (K4) sesuai standar adalah Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sebanyak 4 kali selama periode kehamilan (K4) dengan ketentuan : Satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dua kali pada trimester ketiga^{12,13}.

5) Deteksi Dini Kehamilan Beresiko Dengan Kartu Skor Poedji Rochjati

Kartu skor poedji rochjati merupakan kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga guna menemukan faktor risiko ibu hamil, untuk selanjutnya dilakukan upaya terpadu guna menghindari dan mencegah kemungkinan terjadinya komplikasi obstetrik pada saat persalinan.^{14,15}

Adapun fungsi dari kartu skor poedji rochjati yaitu melakukan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi, memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan, memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman berencana (Komunikasi Informasi Edukasi/KIE), mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan, nifas, validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dengan kondisi ibu dan bayinya, audit maternal perinatal (AMP).^{14,15}

e. Kehamilan Resiko Tinggi Paritas

Paritas merupakan banyaknya anak yang dilahirkan oleh ibu dari anak pertama sampai dengan anak terakhir. Adapun pembagian paritas yaitu primipara, multipara, dan grande multipara. Primipara adalah seorang wanita yang baru pertama kali melahirkan dimana janin mencapai usia kehamilan 28 minggu atau 15 lebih. Multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami kehamilan dengan usia kehamilan 28 minggu dan telah melahirkan buah kehamilan 2 kali atau lebih. Sedangkan grande multipara merupakan seorang wanita yang telah mengalami hamil dengan usia kehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkan buah kehamilannya lebih dari 5 kali.¹⁶

Kehamilan yang terlalu sering, multipara atau grademultipara mempengaruhi proses embriogenesis, selaput ketuban lebih tipis sehingga mudah pecah sebelum waktunya. Pernyataan teori dari menyatakan semakin banyak paritas, semakin mudah terjadinya infeksi amnion karena rusaknya struktur serviks pada persalinan sebelumnya. KPD lebih sering terjadi pada multipara, karena penurunan fungsi reproduksi, berkurangnya jaringan ikat, vaskularisasi dan servik yang sudah membuka satu cm akibat persalinan yang lalu.¹⁷

f. Kehamilan Resiko Tinggi Usia ≥ 35 Tahun

1) Definisi Kehamilan Risiko Tinggi

Kehamilan risiko tinggi merujuk pada kondisi kehamilan yang dapat menghadirkan potensi bahaya dan komplikasi yang lebih besar, baik bagi ibu maupun janin dalam kandungan, dan dapat menyebabkan risiko kematian, penyakit serius, cacat, ketidaknyamanan, dan ketidakpuasan. Oleh karena itu, menghadapi kehamilan atau janin dengan risiko tinggi memerlukan sikap proaktif dan perencanaan yang cermat dengan upaya-upaya pencegahan dan promosi kesehatan. Pada saat yang tepat, langkah-

langkah yang tepat dan cepat harus diambil untuk melindungi kesehatan ibu dan bayi, bahkan mungkin dengan memilih untuk menyelamatkan ibu atau janin saja jika diperlukan. Faktor-faktor yang dapat meningkatkan risiko kematian ibu secara tidak langsung dikenal sebagai faktor risiko, dan semakin banyak faktor risiko yang terjadi selama kehamilan, semakin tinggi risikonya. Komplikasi yang terjadi selama kehamilan dapat dibagi menjadi risiko kehamilan, di mana sebagian besar kematian ibu disebabkan oleh komplikasi obstetrik yang tidak terduga selama kehamilan, persalinan, atau setelah persalinan. Sekitar 15% dari semua kehamilan diperkirakan memiliki risiko tinggi yang dapat membahayakan ibu dan janin.^{6,18}

2) Klasifikasi Kehamilan Berisiko

a) Usia ibu dibawah 20 tahun

Kehamilan pada usia ibu dibawah usia 20 tahun akan menimbulkan banyak permasalahan karena dapat mempengaruhi organ tubuh salah satunya yaitu rahim, dari segi janin juga dapat mengakibatkan lahir prematur dan BBLR. Hal ini diakibatkan oleh wanita yang hamil dalam usia muda belum memaksimalkan suplai makanan yang baik untuk janinnya. Semakin rendahnya usia ibu saat melahirkan, semakin meningkatnya angka kejadian BBLR. Hal ini disebabkan oleh keadaan anatomis pada reproduksi ibu dengan usia dibawah 20 tahun masih belum berfungsi dengan baik, mulai dari alat reproduksi internal maupun alat reproduksi eksternal, termasuk keadaan *endometrium* yang masih belum mampu menerima nidasi.^{6,18}

b) Usia ibu diatas 35 tahun

Usia ibu ketika hamil dapat berpengaruh dalam kesiapan ibu menerima sebuah tanggung jawab oleh karenanya kualitas dari sumber daya manusia akan semakin meningkat serta dapat menjadikan generasi penerus yang sehat. Kehamilan ibu dengan usia diatas 35 tahun juga dapat menimbulkan resiko terhadap persalinan, dikarenakan alat reproduksi pada ibu yang terlalu tua untuk menerima kahamilan. Semakin bertambahnya usia ibu saat melahirkan, maka semakin tinggi pula kejadian BBLR. Hal ini disebabkan karena usia ibu yang lebih dari 35 tahun mengalami penurunan fungsi organ reproduksi serta melemahnya fungsi pada beberapa sistem dari tubuh yaitu sistem muskuluskeletal, sistem kardiovaskular, dan sistem endokrin. Kelemahan pada organorgan tersebut dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan konsep.^{6,18}

3) Kriteria Kehamilan Berisiko

a) Kehamilan Risiko Rendah (KRR)

Kehamilan risiko rendah dimana ibu seluruh ibu hamil berisiko terhadap kehamilannya untuk ibu hamil dengan kehamilan risiko rendah jumlah skor 2 yaitu tanpa adanya masalah atau faktor risiko. Persalinan dengan kehamilan risiko rendah dalam dilakukan secara normal dengan keadaan ibu dan bayi sehat, tidak dirujuk dan dapat ditolong oleh bidan.^{6,18}

b) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT)

Kehamilan risiko tinggi dengan jumlah skor 6 - 10, adanya satu atau lebih penyebab masalah pada kehamilan, baik dari pihak ibu maupun bayi dalam kandungan yang memberi dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu atau calon bayi. Kategori KRT memiliki risiko kegawatan tetapi tidak darurat.^{6,18}

c) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST)

Kehamilan risiko sangat tinggi (KRST) dengan jumlah skor ≥ 12 . Ibu hamil dengan dua atau lebih faktor risiko meningkat dan memerlukan ketepatan waktu dalam melakukan tindakan rujukan serta pertolongan persalinan yang memadai di Rumah Sakit ditantangani oleh Dokter spesialis. Hasil penelitian menunjukan bahwa KRST merupakan kelompok risiko terbanyak penyebab kematian maternal.^{6,18}

4) Faktor risiko tinggi kehamilan^{6,18}

- a) Faktor risiko tinggi menjelang kehamilan. Faktor genetika yaitu faktor keturunan dan faktor lingkungan yang dipengaruhi oleh pendidikan dan sosial.
- b) Faktor risiko tinggi yang bekerja selama hamil atau keadaan yang dapat merangsang kehamilan. Kebiasaan ibu seperti merokok, minum minuman alkohol, kecanduan obat dll. Penyakit yang mempengaruhi kehamilan misalnya hipertensi gestasional,
- c) Toksemia gravidarum.
- d) Faktor risiko saat persalinan
- e) Faktor risiko pada neonatus

5) Dampak Kehamilan Risiko Sangat Tinggi

a) Keguguran

Keguguran pada usia muda dapat terjadi secara tidak disengaja, misalnya karena terkejut, cemas dan stress. Secara sengaja dilakukan oleh tenaga non professional yang dapat menimbulkan akibat efek samping yang serius seperti tingginya angka kematian dan infeksi alat reproduksi yang pada akhirnya dapat menimbulkan kemandulan^{6,18}.

- b) Persalinan premature, berat badan lahir rendah (BBLR) dan kelainan bawaan

Terjadi karena kurang matangnya alat reproduksi terutama Rahim yang belum siap dalam suatu proses kehamilan, berat badan lahir rendah (BBLR) juga dipengaruhi gizi saat hamil kurang dan juga umur ibu yang belum menginjak 20 tahun. Cacat bawaan dipengaruhi kurangnya pengetahuan ibu tentang kehamilan, pengetahuan akan asupan gizi rendah, pemeriksaan kehamilan kurang dan keadaan psikologi ibu yang kurang stabil selain itu juga disebabkan keturunan (genetik) dan proses pengguguran sendiri yang gagal.^{6,18}

- c) Mudah terjadi infeksi

Keadaan gizi buruk, tingkat sosial ekonomi rendah dan stress memudahkan terjadi infeksi saat hamil terlebih pada kala nifas.^{6,18}

- d) Anemia

kehamilan atau kekurangan zat besi Anemia pada saat hamil di usia muda disebabkan oleh kurangnya pengetahuan akan pentingnya gizi pada saat hamil dan mayoritas seorang ibu mengalami anemia pada saat hamil. tambahan zat besi dalam tubuh fungsinya untuk meningkatkan jumlah sel darah merah, membentuk sel darah merah janin pada plasenta seorang yang kehilangan sel darah merah semakin lama akan menjadi anemia.^{6,18}

- e) Keracunan

kehamilan Kombinasi keadaan alat reproduksi yang belum siap hamil dan anemia, makin meningkatkan terjadinya keracunan hamil dalam bentuk *preeklamsia* atau eklamsia yang dapat menyebabkan kematian.^{6,18}

f) Kematian ibu yang tinggi

Ibu hamil berusia 35 tahun atau lebih, dimana pada usia tersebut terjadi perubahan pada jaringan alat – alat kandungan dan jalan lahir tidak lentur lagi. Selain itu ada kecenderungan didapatkan penyakit lain dalam tubuh ibu. Bahaya yang dapat terjadi tekanan darah tinggi dan pre-eklamsia, ketuban pecah dini, persalinan tidak lancar atau macet, perdarahan setelah bayi lahir.^{6,18}

2. Konsep Dasar Teori Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (diantara 37-42 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Proses persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks dan berakhir dengan lahirnya plasenta lengkap.¹⁹

b. Jenis-Jenis Persalinan

Jenis-jenis persalinan dibagi menjadi tiga, diantaranya adalah:¹⁹

- 1) Persalinan spontan, adalah suatu proses persalinan secara langsung menggunakan kekuatan ibu sendiri.
- 2) Persalinan buatan adalah suatu proses persalinan yang berlangsung dengan bantuan atau pertolongan dari luar, seperti: ekstraksi forceps (vakum) atau dilakukan operasi section caesarea
- 3) Persalinan anjuran adalah persalinan yang terjadi ketika bayi sudah cukup mampu bertahan hidup diluar rahim atau siap dilahirkan. Tetapi, dapat muncul kesulitan dalam proses persalinan, sehingga membutuhkan bantuan rangsangan dengan pemberian pitocin atau prostaglandin.

c. Perubahan Fisiologis Saat Persalinan

Terdapat beberapa perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu bersalin yaitu:¹⁹

- 1) Tekanan darah, tekanan darah meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15(10-20) mmHg dan diastol rata-rata 5-0 mmHg. Pada waktu-waktu diantara kontraksi tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan.
- 2) Suhu, peningkatan suhu tertinggi terjadi pada saat kelahiran dan segera setelahnya. Peningkatan normal adalah 1 sampai 2 derajat F (0,5 sampai 1°C).
- 3) Perubahan gastrointestinal, penurunan motilitas lambung dan absorpsi lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Mual dan muntah umumnya terjadi selama fase transisi yang menandai akhir fase pertama persalinan. Untuk itu dianjurkan mengkonsumsi makanan yang tinggi kalori dan mudah dicerna seperti susu, teh hangat, roti, bubur dan jus buah.
- 4) Ginjal, poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini sering terjadi akibat peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal.

d. Lima Benang Merah Dalam Persalinan

Menurut Lima aspek dasar lima benang merah yang penting dalam asuhan persalinan adalah:¹⁹

1) Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan ini harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan.

2) Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

3) Pencegahan infeksi

Tindakan pencegahan infeksi (PI) tidak terpisah dari komponen komponen lain dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi. Tindakan ini harus diterapkan dalam setiap aspek asuhan untuk melindungi ibu, bayi baru lahir, keluarga, penolong persalinan dan tenaga kesehatan lainnya dengan mengurangi infeksi karena bakteri, virus dan jamur. Dilakukan pula upaya untuk menurunkan risiko penularan penyakit-penyakit berbahaya yang hingga kini belum ditemukan pengobatannya, seperti HIV/AIDS dan Hepatitis.

4) Pencatatan/dokumentasi

Pencatatan adalah bagian penting dari proses pembuatan keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk terus memperhatikan asuhan yang diberikan selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Catat semua asuhan yang diberikan kepada ibu atau bayinya. Hal yang penting diingat yaitu identitas ibu, hasil pemeriksaan, diagnosis, dan obat – obatan yang diberikan dan partograf adalah bagian terpenting dari proses pencatatanselama persalinan.

5) Rujukan

Rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas rujukan atau fasilitas yang memiliki sarana lebih lengkap, diharapkan mampu menyelamatkan jiwa para ibu dan bayi baru lahir. Meskipun sebagian besar ibu akan menjalani persalinan normal namun sekitar 10- 15% diantaranya akan mengalami masalah selama proses

persalinan dan kelahiran bayi sehingga perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan rujukan.

e. Fisiologis Persalinan

Selama kehamilan, didalam tubuh perempuan terdapat dua hormon yang dominan yaitu estrogen dan progesteron. Hormon estrogen berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis. Sedangkan, hormon progesteron berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi. Penyebab terjadinya persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu:¹⁹

- 1) Teori Keregangan, otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan Bladder dan Lambung, bila dinding teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot rahim semakin rentan. Contoh, pada kehamilan ganda sering terjadi kontraksi setelah peregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan
- 2) Teori Penurunan kadar Progesteron, progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga menimbulkan His. Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat,

dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

- 3) Teori Oksitosin Internal, Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan esterogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oksitosin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan
- 4) Pengaruh Janin Hipofise dan kelenjar suprarenal janin rupanya juga memegang peranan karena adanya anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikostereoid dapat menyebabkan maturasi janin dan induksi (mulainya) persalinan.
- 5) Teori Prostaglandin Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa F2 dan E2 yang diberikan secara intravena, intra dan extra amnial menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan. pemberian prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.

f. Tanda Gejala Persalinan¹⁹

1) Tanda- tanda persalinan sudah dekat

a) Lightening

Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih enteng. Ia merasa kurang sesak tetapi sebaliknya ia merasa bahwa berjalan sedikit sukar dan sering diganggu oleh perasaan nyeri anggota tubuh bagian bawah.

b) Pollikasuria

Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendor, fundus uteri lebih rendah dari pada kedudukan dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul. Kadaan ini menyebabkan kandung kemih terkekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing yang disebut Pollikasuria.

c) Fase labor

Tiga atau empat minggu sebelum persalinan, calon ibu diganggu oleh His pendahuluan yang sebelumnya merupakan peningkatan dari kontraksi BraxtonHicks. His pendahuluan ini bersifat:

- Nyeri yang hanya terasa diperut bagian bawah
- Tidak teratur
- Lamanya His pendek, tidak bertambah kuat dengan majunya waktu dan bila dibawa jalan masalah sering berkurang
- Tidak ada pengaruh pada pendataran atau pembukaan serviks.

d) Perubahan Serviks

Pada akhir bulan ke- IX hasil pemeriksaan serviks menunjukkan serviks yang tadinya ditutup, panjang dan kurang lunak,

kemudian menjadi lebih lembut dan beberapa menunjukkan telah terjadi pembukaan dan penipisan. Perubahan ini berbeda untuk masing-masing, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada primipara sebagian besar masih dalam keadaan tertutup.

e) Energy Sport

Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi kira kira 24-28 jam sebelum persalinan mulai. Setelah beberapa hari sebelumnya merasa kelelahan fisik karena tuanya kehamilan maka ibu mendapati satu hari sebelum persalinan dengan energi yang penuh. Peningkatan energi ibu ini tampak dari aktivitas yang dilukukannya seperti memebersihkan rumah, mengepel, memcuci perbot rumah dan pekerjaan rumah lainnya sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi, sehingga persalinan menjadi panjang dan sulit.

f) Gastrointestinal Upsets

Beberapa ibu mungkin akan mengalami tandatanda seperti diare, obstipasi, mual dan muntah karen efek penurunan hormon terhadap sistem pencernaan.

Penipisan dan pembukaan serviks dan pecahnya kantong ketuban, proses membukanya servik sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase, yaitu:¹⁹

- 1) Fase laten (stadium saat tubuh ibu mulai menuju persalinan atau dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap): berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.
- 2) Fase aktif dibagi dalam 3 fase, yaitu : Fase akselerasi dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm Fase dilatasi maksimal dalam

waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm. Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat kembali dalam waktu 2 jam pembukaan 9 menjadi lengkap. Bila ketuban telah pecah sebelum mencapai pembukaan 4cm disebut ketuban pecah dini.

- a) Kala I Persalinan dimulai dengan kontraksi uterus yang teratur dan diakhiri dengan dilatasi serviks lengkap (10cm). Dilatasi lengkap dapat berlangsung kurang dari 1 jam pada sebagian kehamilan Multi para. Dan pada kehamilan pertama, dilatasi serviks jarang terjadi dalam waktu kurang dari 4 jam. Rata-rata durasi total kala 1 persalinan pada primipara berkisar dari 3,3 jam sampai 19,7 jam. Pada multigravida ialah 0,1 sampai 4,3 jam.
- b) Kala II Persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Gejala dan tanda kala dua persalinan yaitu Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan atau vaginanya, perineum menonjol, vulva- vagina dan sfingter ani membuka dan meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. Pada primigravida dikatakan kala 2 memanjang jika lama persalinan lebih dari 2 jam.
- c) Kala III Persalinan Persalinan kala tiga dimula setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Biasanya plasenta lepas dalam 6- 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah. Tanda lepasnya yaitu pertama adanya perubahan bentuk dan tinggi

fundus, Kedua, tali pusat memanjang. Tali pusat terlihat menjulur keluar vulva (tanda Ahfeld) dan ketiga, semburan darah Mendadak dan singkat. Darah yang terkumpul di belakang.

- d) Kala IV Persalinan Mulai dari lahirnya plasentadan lamanya 2 jam. Dalam kala IV diamati, apakah terjadi perdarahan *postpartum*.

g. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Dalam proses persalinan terdapatbeberapa 5 faktor yang dapat mempengaruhi perjalanan atau proses persalinan tersebut, 5 faktor tersebut biasanya disingkat sebagai 5P, yaitu:¹⁹

- 1) Power (Kekuatan), adalah kekuatan yang mendorong janin keluar dari dalam rahim, kekuatan tersebut adalah His (kontraksi otot rahim), kontraksi otot dinding perut, kontraksi dengan diafragma pelvis atau kekuatan mengejan dari ibu sendiri.
- 2) Passenger (Janin dan Plasenta), Faktor janin, yang meliputi sikap janin, letak, presentasi, bagian terbawah, dan posisi janin.
 - a) Sikap (Habitus), Menunjukkan hubungan bagian-bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya. Janin umumnya berada dalam sikap fleksi, dimana kepala, tulang punggung, dan kaki dalam keadaan fleksi, lengan bersilang didada.
 - b) Letak janin, Adalah keadaan dimana sumbu janin berada berhadapan dengan sumbu ibu, misalnya Letak Lintang, yaitu sumbu janin tegak lurus pada sumbu ibu. Letak, membujur, yaitu sumbu janin sejajar dengan sumbu ibu, ini bisa berupa letak kepala atau letak sungsang.
 - c) Presentasi, Dipakai untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim, yang dijumpai ketika palpasi atau

pemeriksaan dalam. Misalannya presentasi kepala, presentasi bokong, presentasi bahu, dan lainlain.

- d) Posisi janin, Untuk menetapkan arah bagian terbawah janin apakah sebelah kanan, kiri, depan, belakang terhadap sumbu ibu (material- pelvis). Misalnya pada letak belakang kepala (LBK) ubun-ubunkecil (UUK)kiri depan, UUK kanan belakang.
- 3) Passage (Jalan Lahir), Yang paling penting dan menentukan proses persalinan adalah pelvis minor, yang terdiri dari susunan tulang yang kokoh dihubungkan oleh persendian dan jaringan ikat yang kuat. Jalan lahir adalah pelvis minor atau panggul kecil. Panggul ini terdiri dari Pintu Atas Panggul (PAP), bidang terluas panggul, bidang sempit panggul, dan Pintu Bawah Panggul (PBP).
- 4) Psychology (Psikis), Dalam persalinan keadaan psikis ibu akan sangat berpengaruh daya kerja otot-otot. Jika seorang ibu menghadapi persalinan dengan rasa tenang dan sabar, maka persalinan akan terasa mudah, tetapi jika ibu menghadapi persalinan dengan rasa takut dan cemas, maka hal tersebut akan menghalangi proses persalinan.
- 5) Penolong, Dalam proses persalinan ibu tidak mengerti apa yang dinamakan dorongan ingin mengejan asli atau yang palsu. Untuk itu, seorang bidan dapat membantunya mengenali hal tersebut. Dan dalam tahap ini, bidan sebagai penolong bertugas untuk membantu ibu secara penuh, mulai dari menenangkan ibu, mengajarkan ibu cara meneran yang benar, dan sampai dengan proses persalinan ibu selesai.
- h. Mekanisme Persalinan
Mekanisme persalinan normal terbagi dalam beberapa tahap yaitu dimulai dari gerakan kepala janin di dasar panggul yang diikuti dengan lahirnya seluruh anggota badan bayi:

- 1) Engagement (penguncian) Pada minggu – minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan dimulai kepala masuk lewat PAP, umumnya dengan presentasi biparietal (diameter lebar yang paling panjang berkisar 8,5 – 9,5 cm) atau 70% pada panggul ginekoid. Masuknya kepala pada primi terjadi pada bulan terakhir kehamilan. Kepala masuk panggul dengan sumbu kepala janin tegak lurus dengan pintu atas panggul (sinklismus) atau miring/membentuk sudut dengan pintu atas panggul.
- 2) Descent (Penurunan kepala) Terjadi selama proses persalinan karena daya dorong dari kontraksi uterus yang efektif, posisi, serta kekuatan melenakan dari pasien.
- 3) Fleksi Terjadi fleksi penuh/semprna sumbu panjang kepala sejajar sumbu panggul sehingga membantu penurunan kepala selanjutnya. kepala janin fleksi, dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksipito – frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito bregmatikus (belakang kepala). Dengan majunya kepala maka fleksi bertambah sehingga ukuran kepala yang melalujalan lahir lebih kecil (diameter suboksipito – bregmatika menggantikan suboksipito –frontalis). Fleksi terjadi karena anak didorong maju, sebaliknya juga mendapat tahanan dari PAP, serviks, dinding panggul/dasar panggul.
- 4) Internal Rotation (Putaran paksi dalam) Rotasi interna (putaran paksi dalam) selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (kebawah simfisis pubis), membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis. Perputaran kepala (penunjuk) dari samping ke depan atau ke arah posterior (jarang) disebabkan; his selaku tenaga/gaya pemutar; ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan. Bila tidak terjadi putaran paksi dalam kepala tidak turun lagi dan

persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstraksi. Pemutaran bagian depan anak sehingga bagian terendah memutar ke depan ke bawah simfisis. Putar paksi dalam terbagi menjadi tiga macam jenis putaran yaitu :

- a) Mutlak perlu terjadi, karena untuk menyesuaikan dengan bentuk jalan lahir.
- b) Terjadi dengan sendirinya, selalu bersamaan dengan majunya kepala.
- c) Tidak terjadi sebelum sampai Hodge III. -sebab putaran paksi dalam : Pada letak fleksi bagian belakang kepala merupakan bagian terendah; Bag terendah mencari tahanan paling sedikit, yaitu di depan atas (terdapat hiatus genitalis); Ukuran terbesar pada bidang tengah panggul diameter anteroposterior.

i. 60 Langkah Asuhan Persalinan Normal

Penatalaksanaan Asuhan Persalinan Normal tergabung menjadi 60 Langkah, yaitu :¹⁹

Melihat tanda dan gejala kala dua

- 1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya. Perineum menonjol. Vulva-vagina dan sfingter anal membuka.

Menyiapkan pertolongan persalinan

- 2) Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam *partus set*.
- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan

mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.

- 5) Memakai satu sarung dengan dtt atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di *partus* set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).

Memastikan pembukaan lengkap dengan janin baik

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi, langka).
- 8) 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.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).

10) Memeriksa denyut jantung janin (djj) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa djj dalam batas normal (100 – 180 kali / menit).

- Mengambil tindakan yang sesuai jika djj tidak normal.
- mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, djj dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograph.

Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran

11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.

- Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
- Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).

13) 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 untuk meneran.

- Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).
- menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
- menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
- menganjurkan asupan cairan per oral. g) menilai djj setiap lima menit.
- jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60/menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran
- menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, menganjurkan 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.

Persiapan pertolongan kelahiran bayi.

- 14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
- 16) Membuka *partus* set.
- 17) Memakai sarung tangan dtt atau steril pada kedua tangan.
Menolong kelahiran bayi lahirnya kepala
- 18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan

tangan yang lain di kelapa 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.

- jika ada mekonium dalam cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung setelah kepala lahir menggunakan penghisap lendir delee disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau bola karet penghisap yang baru dan bersih.

19) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.

20) 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.

21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan. Lahir bahu

22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masingmasing sisi muka bayi (biparietal). Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

Lahir badan dan tungkai

23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut.

Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian tas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

- 24) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

Penanganan bayi baru lahir

- 25) Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
- 26) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.
- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
- 28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- 29) 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, mengambil tindakan yang sesuai.
- 30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian asi jika ibu menghendaknya. (imd)

- 31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua. (pastikan)
- 32) Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
- 33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit im di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu. Penegangan tali pusat terkendali
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat
- 35) Meletakkan satu tangan diatas 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.
- 36) 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, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.
 - Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu. Mengeluarkan plasenta.
- 37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve 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: (1) mengulangi pemberian oksitosin 10 unit im. (2) menilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu. (3) meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan. (4) mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya. (5) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

- Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

Pemijatan uterus

39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

Menilai perdarahan

40) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.

41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

Melakukan prosedur pasca persalinan

42) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik. Mengevaluasi perdarahan persalinan vagina.

43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.

44) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikatkan tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.

45) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.

46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.

47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.

48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian asi.

Evaluasi

49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam:

- 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
- Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
- Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan. d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melaksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri. Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan

penjahitan dengan anesthesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai

- 50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- 51) Mengevaluasi kehilangan darah.
- 52) Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
 - Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan.
 - Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

Kebersihan dan keamanan

- 53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi
- 54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- 55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan asi. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- 57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
- 58) 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.

59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

Dokumentasi

60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang)

3. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan. Bayi baru lahir normal memiliki panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, refleks-refleks sudah terbentuk dengan baik (rooting, sucking, morro, grasping), organ genitalia pada bayi laki-laki testis sudah berada pada skrotum dan penis berlubang, pada bayi perempuan vagina dan uretra berlubang serta adanya labia minora yang tertutup labia mayora, meconium dan urin sudah keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan^{19,20}.

b. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi, yaitu:^{19,20}

- 1) Neonatus menurut masa gestasinya; Kurang bulan (preterm infant): 294 hari (42 minggu atau lebih)
- 2) Neonatus menurut berat badan lahir; Berat lahir rendah : < 2500 gram; Berat lahir cukup : 2500-4000 gram; Berat lahir lebih : > 4000 gram
- 3) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan);

Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB);
Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

c. Perawatan Bayi Baru Lahir

Perawatan bayi baru lahir dilakukan pada 0-28 hari. Walaupun demikian, fokus pelayanan bayi baru lahir segera dilaksanakan saat bayi usia 0-6 jam dengan pemberian perawatan neonatal esensial. Perawatan bayi baru lahir segera dibagi menjadi 3 tahapan:^{19,20}

1) Perawatan bayi baru lahir 0-30 detik

Fokus perawatan bayi pada masa ini adalah evaluasi kebutuhan resusitasi

a) Jaga kehangatan bayi dengan menerima bayi menggunakan kain kering.

b) Lakukan penilaian awal bayi baru lahir

Apakah kehamilan cukup bulan?

Apakah bayi menangis?

Apakah tonus otot/bayi bergerak aktif?

Apakah air ketuban jernih?

Apabila ada jawaban “TIDAK”, segera lakukan resusitasi langkah awal dan lanjutkan manajemen bayi baru lahir dengan asfiksia, Jika 4/9 jawaban seluruhnya “YA”, lanjutkan perawatan bayi 30 detik-90 menit

2) Perawatan 30 detik-90 menit

a) Menjaga bayi tetap hangat

b) Klem dan potong tali pusat, lakukan perawatan tali pusat

c) IMD

d) Pemberian identitas

e) Profilaksis salf mata tetrasiklin 1%

f) Injeksi vit K1 dosis 1 mg

- 3) Perawatan 90 menit-6 jam
 - a) Pemeriksaan fisik dan antropometri
 - b) Pemberian HB-0
 - c) Pemantauan tanda bahaya

d. Adaptasi Bayi Baru Lahir

Adaptasi bayi baru lahir adalah adaptasi terhadap kehidupan keluar rahim. Periode ini dapat berlangsung sehingga 1 bulan atau lebih setelah kelahiran untuk beberapa system tubuh bayi. Transisi paling nyata dan cepat terjadi pada system pernafasan dan sirkulasi, system kemampuan mengatur suhu, dan dalam kemampuan mengambil dan menggunakan glukosa^{19,20}.

e. *Apgar score* Nilai (skor)

APGAR tidak digunakan sebagai dasar keputusan untuk tindakan resusitasi. Penilaian BBL harus dilakukan segera, sehingga keputusan resusitasi tidak di dasarkan pada penilaian APGAR. APGAR skor dapat digunakan untuk menilai kemajuan kondisi BBL pada saat 1 menit dan 5 menit setelah kelahiran. Setelah melakukan penilaian dan memutuskan bahwa bayi baru lahir perlu resusitasi, segera lakukan tindakan yang diperlukan^{19,20}.

Tabel 2 APGAR Score

Keterangan		0	1	2
A	Appearance (Warna kulit)	Seluruh tubuh biru/ pucat	Tubuh kemerahan, ekstermitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
P	Pulse (Detak jantung)	Tidak ada	< 100 x/menit	>100 x/menit
G	Grimace (Refleks)	Tidak bereaksi	Gerakan sedikit	Reaksi melawan
A	Activity (Tonus otot)	Lumpuh	Ekstermitas fleksi sedikit	Gerakan aktif
R	Respiration (Usaha bernapas)	Tidak ada	Lambat	Menangis kuat

Tidak Asfiksia > 7
Asfiksia ringan-sedang 4-6
Asfiksia berat < 3

f. Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan Bayi Baru Lahir sebagai berikut:^{19,20}

- 1) Pencegahan infeksi
- 2) Penilaian segera setelah lahir Penilaian meliputi apakah bayi cukup bulan, apakah air ketuban jernih dan tidak bercampur mekonium, apakah bayi menangis atau bernafas/tidak megap-megap, apakah tonus otot bayi baik / bayi bergerak aktif.
- 3) Pencegahan kehilangan panas
BBL dapat mengalami kehilangan panas tubuhnya melalui proses konduksi, konveksi, dan radiasi dan evaporasi. Segera setelah bayi lahir upayakan untuk mencegah hilangnya panas dari tubuh bayi, hal ini dapat dilakukan dengan cara mengeringkan tubuh bayi, letakkan bayi di dada ibu, selimuti bayi terutama bagian kepala dengan kain yang kering, tunggu minimal hingga 6 jam setelah bayi lahir untuk memandikan bayi, jangan mandikan bayi sebelum suhu tubuhnya stabil (suhu aksila 36,5-36) tempatkan bayi dilingkungan yang hangat.
- 4) Perawatan Tali Pusat
Mengikat tali pusat dengan terlebih dahulu mencelupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, untuk membersihkan darah dan sekresi tubuh lainnya. Bilas tangan dengan air 8 matang/ desinfeksi tingkat tinggi dan keringkan tangan tersebut dengan handuk / kain bersih dan kering. Ikat puntung tali pusat sekitar 1 cm dari pusat bayi dengan menggunakan benang desinfeksi tingkat tinggi / klem plastik tali pusat. Jika menggunakan benang tali pusat, lingkarkan benang di sekeliling puntung tali pusat dan lakukan pengikatan ke 2 dengan simpul kunci dibagian tali pusat pada hasil yang berlawanan. Lepaskan klem penjepit tali pusat dan letakkan didalam larutan

klorin 0,5%. Setelah selesai selimuti ulang bayi dengan kain bersih dan kering. Pastikan bahwa bagian kepala bayi tertutup dengan baik.

5) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Bayi harus mendapatkan kontak kulit dengan kulit ibunya segera setelah lahir selama kurang lebih 1 jam. Bayi harus menggunakan naluri alamiahnya untuk melakukan IMD.

6) Pemberian ASI

Pastikan bahwa pemberian ASI dimulai dalam waktu 1 jam setelah bayi lahir. Jika mungkin, anjurkan ibu untuk memeluk dan mencoba untuk menyusukan bayinya segera setelah tali pusat diklem dan dipotong berdukungan dan bantu ibu untuk menyusukan bayinya.

Keuntungan pemberian ASI:

- a) Merangsang produksi air susu ibu
- b) Memperkuat reflek menghisap bayi
- c) Memberikan kekebalan pasif segera kepada bayi melalui colostrum
- d) Merangsang kontraksi uterus

7) Pencegahan infeksi mata

Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan setelah proses IMD dan bayi selesai menyusui. Salep mata atau tetes mata tersebut mengandung tetrasiklin 1% atau antibiotika lain. Upaya pencegahan infeksi mata kurang efektif jika diberikan > 1 jam setelah kelahiran.

8) Pemberian vitamin K1

Untuk mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir lakukan hal-hal seperti semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi vitamin K peroral 1mg/hari,

bayi resiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg IM dipaha kiri.

9) Pemberian imunisasi

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

10) Pemeriksaan BBL

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

g. Tanda Bahaya BBL

Tanda bahaya BBL sebagai berikut:^{19,20}

- 1) Tidak mau menyusu atau memuntahkan semua yang diminum
- 2) Kejang
- 3) Bayi lemah,bergerak jika dipegang
- 4) Sesak Nafas
- 5) Bayi merintih
- 6) Pustul kemerahan sampai dinding perut
- 7) Demam suhu tubuh bayi lebih dari 37,5 atau teraba dingin (suhu tubuh kurang dari 36.5)
- 8) Mata bayi bermanah banyak dan dapat menyebabkan bayi buta
- 9) Bayi diare,mata cekung,tidak sadar,jika kulit perut di cubit akan kembali lambat
- 10) Kulit terlihat kuning

h. Asuhan pada Masa Neonatal

Pelayanan kesehatan neonatus adalah pelayanan kesehatan sesuai standar menurut Permenkes Nomor 53 tahun 2014 yang diberikan oleh tenaga kesehatan yang kompeten kepada neonatus sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir, baik di fasilitas

kesehatan maupun melalui kunjungan rumah. Pelaksanaan pelayanan kesehatan neonatus .^{19,20}

- 1) Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir
 - a) Mempertahankan suhu tubuh bayi
Hindari memandikan bayi hingga sedikitnya enam jam dan hanya setelah itu jika tidak terjadi masalah medis dan jika suhunya 36,50C. Bungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat, kepala bayi harus tertutup.
 - b) Pemeriksaan fisik bayi
 - c) Konseling pemberian ASI
 - d) Perawatan tali pusat
 - e) Pencegahan infeksi dan konseling kepada ibu untuk mengawasi tandatanda bahaya pada bayi.
- 2) Kunjungan neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurunwaktu hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 setelah lahir
 - a) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
 - b) Menjaga kebersihan bayi
 - c) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan masalah pemberian ASI
 - d) Memberikan ASI Bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan
 - e) Menjaga keamanan bayi
 - f) Menjaga suhu tubuh bayi
 - g) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
 - h) Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan

- 3) Kunjungan neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir
- a) Pemeriksaan fisik
 - b) Menjaga kebersihan bayi
 - c) Memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya bayi baru lahir
 - d) Konseling pada ibu untuk memberikan ASI pada bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan.
 - e) Menjaga keamanan bayi
 - f) Menjaga suhu tubuh bayi
 - g) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif, pencegahan hipotermi, dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir di rumah dengan menggunakan Buku KIA
 - h) Memberitahu ibu tentang imunisasi *Bacillus Calmette Guerin* (BCG). Berdasarkan Depkes RI (2006), imunisasi BCG sebaiknya diberikan pada usia < 2 bulan, namun pada jadwal PPI, BCG dapat diberikan pada usia 0-12 bulan. Dosis imunisasi BCG untuk bayi dan anak < 1 tahun adalah 0,05 ml yang diberikan secara intrakutan di daerah insersio deltoideus kanan. Pemberian imunisasi BCG yakni untuk membuat kekebalan aktif terhadap penyakit TBC
 - i) Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan

Kunjungan neonatal bertujuan untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan atau masalah kesehatan pada neonatus. Resiko terbesar kematian neonatus terjadi pada 24 jam pertama kehidupan, minggu pertama dan bulan pertama kehidupan

4. Konsep Dasar Nifas dan Menyusui

a. Definisi

Masa nifas diartikan sebagai suatu masa dimana tubuh ibu melakukan adaptasi pascapersalinan, meliputi perubahan kondisi tubuh ibu hamil kembali ke kondisi sebelum hamil. Masa ini dimulai setelah plasenta lahir, dan sebagai penanda berakhirnya masa nifas adalah ketika alat-alat kandungan sudah kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas juga diartikan sebagai sebuah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu. Proses nifas dimulai setelah selesainya persalinan dan berakhir setelah alat-alat reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil atau tidak hamil sebagai akibat dari adanya perubahan fisiologis dan psikologis karena proses persalinan. Masa nifas (*post partum*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandung kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa Nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan²¹.

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Asuhan selama periode nifas perlu mendapat perhatian yang lebih karena hampir 60% kematian ibu terjadi pada periode ini Menurut teori dari Ambarwati (2017), 50% kematian pada masa nifas terjadi pada 24 jam pertama. Perawatan masa nifas juga akan menentukan keberhasilan dalam merawat bayi. Dengan pemantauan yang melekat pada asuhan bayi dan ibu pada masa nifas diharapkan dapat mengurangi atau mencegah beberapa kematian ini²¹.

c. Tahapan Masa Nifas

- 1) *Puerpurium Dini (Immediate Postpartum)*: 0-24 jam *postpartum*, yaitu masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam.

Perdarahan merupakan masalah terbanyak pada masa ini. Pada masa ini, kepulihan ibu ditandai dengan diperbolehkannya berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal biasanya²¹.

- 2) Puerpurium Intermediate (Early *Postpartum*): 1-7 hari *postpartum*, yaitu masa dimana involusi uterus harus dipastikan dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, *Lochea* tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapat nutrisi dan cairan, ibu dapat menyusui dengan baik. Masa ini juga berarti masa kepulihan alat-alat genetalia secara menyeluruh yang lamanya sekitar 6-8 minggu²¹.
 - 3) Puerpurium Remote (Late *postpartum*): 1-6 minggu, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi. Masa dimana perawatan dan pemeriksaan kondisi sehari-hari, serta konseling KB. Untuk mencapai kesehatan sempurna pada masa ini bisa membutuhkan waktu berminggu-minggu, berbulan-bulan, bahkan hitungan tahun²¹.
- d. Perubahan-Perubahan pada Masa Nifas
- Ibu hamil mengalami perubahan fisiologis selama kehamilannya, baik secara fisik maupun psikologis. Kondisi ini akan kembali seperti semula secara berangsur-angsur setelah ibu bersalin atau pada masa nifas. Beberapa perubahan yang terjadi pada masa nifas yaitu:²¹

- 1) Perubahan sistem reproduksi

- a) Uterus

Selama kehamilan, uterus berfungsi sebagai tempat tumbuh kembangnya janin. Pada akhir kehamilan, berat uterus mencapai 1000 gram, sementara berat uterus pada wanita yang tidak hamil hanya sekitar 30 gram. Setelah ibu bersalin, besar uterus akan berangsur-angsur mengecil hingga kembali seperti

sebelum hamil atau yang kita sebut dengan involusi Perubahan yang terjadi tidak terjadi secara spontan melainkan melalui proses involusi hingga berminggu-minggu. Pada minggu pertama setelah ibu melahirkan, berat uterus turun menjadi 500 gram. Kemudian pada minggu kedua turun menjadi 300 gram dan menjadi 40-60 gram setelah minggu keenam persalinan. Proses involusi ini terjadi karena adanya penurunan kadar estrogen dan progesterone segera setelah bersalin yang menyebabkan terjadinya proteolysis pada dinding uterus.

b) *Lochea*

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari kaum uteri dan vagina dalam masa nifas. Macam-macam lokia:

- *Lochea Rubra* (cruenta), timbul pada hari ke 1-2 *postpartum*; terdiri dari darah segar bercampur sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, sisa verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium.
- *Lochea sanguinolenta*, timbul pada hari ke-3 sampai dengan hari ke 7 *postpartum*, karakteristik lokia ini berupa darah bercampur lendir.
- *Lochea serosa*, cairan berwarna kuning, tidak berdarah lagi biasanya terjadi pada hari ke 7-14 *postpartum*
- *Lochea alba*, berupa cairan putih yang muncul setelah 2 minggu *post partum*
- *Lochea purulenta*, yaitu pengeluaran berupa cairan seperti nanah berbau busuk, biasanya terjadi pada kasus infeksi.

c) *Serviks*

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi,

sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi lahir, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama seperti sebelum hamil.

d) Vulva dan vagina

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

e) Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu produksi susu dan sekresi susu (let down). Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambat kelenjar pituitary akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Ketika bayi menghisap puting, reflek saraf merangsang lobus posterior pituitary untuk menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek let down (mengalirkan), sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui sinus aktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena

isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak

2) Perubahan Sistem Pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, maka terjadi pula penurunan produksi progesteron. Sehingga hal ini dapat menyebabkan heartburn dan konstipasi terutama dalam beberapa hari pertama. Kemungkinan terjadi hal ini karena kurangnya keseimbangan cairan selama persalinan dan adanya reflek hambatan defekasi dikarenakan adanya rasa nyeri pada perineum karena adanya luka episiotomy.

3) Perubahan Sistem Perkemihan

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari *postpartum*. Dieresis terjadi karena saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini akan kembali normal setelah 4 minggu *postpartum*. Pada awal *postpartum*, kandung kemih mengalami edema, kongesti, dan hipotonik. Hal ini disebabkan oleh adanya overdistensi pada saat kala dua persalinan dan pengeluaran urine yang tertahan selama proses persalinan. Sumbatan pada uretra disebabkan oleh adanya trauma saat persalinan berlangsung dan trauma ini dapat berkurang setelah 24 jam *postpartum*.

4) Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah *partus*. Pembuluhpembuluh yang berada di antara anyaman-anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Ligamen fasia dan diafragma yang meregang pada waktu persalinan akan mulai berangsur-angsur mengecil dan pulih kembali dimulai saat setelah bayi lahir. Akibatnya, tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur. Untuk

memulihkan keadaan otot-otot ini lebih baik dengan melakukan Latihan seperti senam pasca persalinan.

5) Perubahan Sistem Endokrin

Hormon kehamilan mulai menurun segera setelah plasenta keluar. Turunnya estrogen dan progesteron menyebabkan peningkatan prolaktin dan menstimulasi air susu.

6) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula.

7) Perubahan Sistem Hematologi

Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas meningkatkan faktor pembekuan darah Leukositosis yang meningkat dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa jumlah sel darah putih pertama di masa post partum.

8) Perubahan Tanda Vital

Perubahan Tanda-tanda Vital terdiri dari beberapa, yaitu:

- a) Suhu Badan, satu hari (24 jam) *postpartum* suhu badan akan naik sedikit (37,5°C-38°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan (dehidrasi) dan kelelahan karena adanya bendungan vaskuler dan limfatik. Apabila keadaan normal suhu badan menjadi biasa. Biasanya pada hari ketiga suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI, payudara menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya

ASI. Bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi *endometrium*, mastitis, tractus genetalis atau system lain.

- b) Nadi, denyut nadi normal pada orang dewasa antara 60-80 kali per menit atau 50-70 kali per menit. Sesudah melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Denyut nadi yang melebihi 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan *postpartum*
 - c) Tekanan Darah, tekanan darah meningkat pada persalinan 15 mmHg pada systole dan 10 mmHg pada diastole. Biasanya setelah bersalin tidak berubah (normal), kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada *postpartum* dapat menandakan terjadinya preeklamsi pada masa *postpartum*.
 - d) Pernapasan, keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran napas contohnya penyakit asma. Bila pernapasan pada masa *postpartum* menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok.
- 9) Perubahan Psikologis
- Periode *Postpartum* menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Faktor-faktor yang mempengaruhi suksinya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada masa *postpartum*, yaitu:
- a) Respon dan dukungan dari keluarga dan teman
 - b) Hubungan antara pengalaman melahirkan dan harapan serta aspirasi
 - c) Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lain
 - d) Pengaruh budaya

Dalam menjalani adaptasi psikososial menurut Rubin setelah melahirkan, ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut:

a) Masa Taking In (Fokus pada Diri Sendiri)

Masa ini terjadi 1-3 hari pasca-persalinan, ibu yang baru melahirkan akan bersikap pasif dan sangat tergantung pada dirinya (trauma), segala energinya difokuskan pada kekhawatiran tentang badannya. Dia akan bercerita tentang persalinannya secara berulang-ulang.

b) Masa Taking On (Fokus pada Bayi)

Masa ini terjadi 3-10 hari pasca-persalinan, ibu menjadi khawatir tentang kemampuannya merawat bayi dan menerima tanggung jawabnya sebagai ibu dalam merawat bayi semakin besar. Perasaan yang sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati.

c) Masa Letting Go (Mengambil Alih Tugas sebagai Ibu Tanpa Bantuan NAKES)

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntutan ketergantungan bayinya dan terhadap interaksi social. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

e. Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

Ada beberapa kebutuhan dasar ibu nifas yaitu:²¹

1) Nutrisi dan Cairan

Ibu nifas perlu mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup, minum sedikitnya 3 liter air setiap hari

(anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui), pil zat besi harus diminum untuk zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar bisa memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI-nya.

a) Sumber Tenaga (Energi)

Sumber tenaga yang diperlukan untuk membakar tubuh dan pembentukan jaringan baru. Zat nutrisi yang termasuk sumber energy adalah karbohidrat dan lemak. Karbohidrat berasal dari padi-padian, kentang, umbi, jagung, sagu, tepung roti, mie, dan lain-lain. Lemak bias diambil dari hewani dan nabati. Lemak hewani yaitu mentega dan keju. Lemak nabati berasal dari minyak kelapa sawit, minyak sayur dan margarine.

b) Sumber Pembangun (Protein)

Protein diperlukan untuk pertumbuhan dan pergantian sel-sel yang rusak atau mati. Sumber protein dapat diperoleh dari protein hewani dan protein nabati. Protein hewani antara lain telur, daging, ikan, udang kering, susu dan keju. Sedangkan protein nabati banyak terkandung dalam tahu, tempe, kacang-kacangan, dan lain-lain.

c) Sumber pengatur dan pelindung (mineral, air dan vitamin)

Mineral, air dan vitamin digunakan untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit dan mengatur kelancaran metabolisme di dalam tubuh. Sumber zat pengatur bias diperoleh dari semua jenis sayur dan buah-buahan segar. Beberapa mineral yang penting, antara lain:

- Zat kapur untuk membentuk tulang. Sumbernya berasal dari susu, keju, kacang-kacangan dan sayur-sayuran berdaun hijau.

- Fosfor untuk pembentukan tulang dan gigi. Sumbernya berasal dari susu, keju dan daging.
- Zat besi untuk menambah sel darah merah. Sumbernya berasal dari kuning telur, hati, daging, kerang, kacang-kacangan dan sayuran.
- yodium untuk mencegah timbulnya kelemahan mental. Sumbernya berasal dari ikan, ikan laut dan garam beryodium
- Kalsium merupakan salah satu bahan mineral ASI dan juga untuk pertumbuhan gigi anak. Sumbernya berasal dari susu, keju dan lain-lain.
- Kebutuhan akan vitamin pada masa menyusui meningkat untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Beberapa vitamin yang penting antara lain:
 - Vitamin A untuk penglihatan berasal dari kuning telur, hati, mentega, sayur berwarna hijau, wortel, tomat dan nangka.
 - Vitamin B1 agar nafsu makan baik yang berasal dari hati, kuning telur, tomat, jeruk, nanas
 - Vitamin B2 untuk pertumbuhan dan pencernaan berasal dari hati, kuning telur, susu, keju, sayuran hijau.
 - Vitamin B3 untuk proses pencernaan, kesehatan kulit, jaringan saraf dan pertumbuhan. Sumbernya antara lain susu, kuning telur, daging, hati, beras merah, jamur dan tomat.
 - Vitamin B6 untuk pembentukan sel darah merah serta kesehatan gigi dan gusi. Sumbernya antara lain gandum, jagung, hati dan daging.

- Vitamin B12 untuk pembentukan sel darah merah dan kesehatan jaringan saraf. Sumbernya antara lain telur, daging, hati, keju, ikan laut dan kerang laut.
- Vitamin C untuk pembentukan jaringan ikat dan bahan semua jaringan ikat (untuk penyembuhan luka), pertumbuhan tulang, gigi dan gusi, daya tahan terhadap infeksi dan memberikan kekuatan pada pembuluh darah. Sumbernya berasal dari jeruk, tomat, melon, mangga, papaya dan sayur.
- Vitamin D untuk pertumbuhan dan pembentukan tulang dan gigi serta penyerapan kalsium dan posfor. Sumbernya berasal dari minyak ikan, ikan susu, margarine, dan penyinaran kulit dengan matahari sebelum jam 9.
- Vitamin K untuk mencegah perdarahan. Sumbernya berasal dari hati, brokoli, bayam dan kuning telur

Untuk kebutuhan cairannya, ibu menyusui harus meminum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan untuk ibu minum setiap kali menyusui) Kebutuhan pada masa menyusui meningkat hingga 25% yaitu untuk produksi ASI dan memenuhi kebutuhan cairan yang meningkat tiga kali dari biasanya. Penambahan kalori pada ibu menyusui sebanyak 500 kkal tiap hari. Makanan yang dikonsumsi ibu berguna untuk melaksanakan aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses produksi ASI serta sebagai ASI itu sendiri yang akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangannya.

Makanan yang dikonsumsi juga perlu memenuhi syarat, seperti susunanya harus seimbang , porsiya cukup

dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alcohol, nikotin serta bahan pengawet dan pewarna. Menu makanan yang seimbang mengandung unsure- unsur , seperti sumber tenaga, pembangunan, pengatur dan perlindungan. Anjurkan makanan dengan menu seimbang, bergizi untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup, memperoleh tambahan 500 kalori setiap hari, berguna untuk produksi ASI dan mengembalikan tenaga setelah persalinan. Tidak mengonsumsi makanan yang mengandung alcohol. Minum air mineral 2 liter setiap hari. Tablet zat besi diminum minimal 40 hari pasca persalinan.

2) Ambulasi

Pada masa nifas, perempuan sebaiknya melakukan ambulasi dini. Yang dimaksud dengan ambulasi dini adalah beberapa jam setelah melahirkan, segera bangun dari tempat tidur dan segera bergerak , agar lebih kuat dan lebih baik. Gangguan kemih dan buang air besar juga dapat teratasi. Mobilisasi sangat bervariasi, tergantung pada komplikasi persalinan, nifas, atau sembuh luka (jika ada luka). Jika tidak ada kelainan , lakukan mobilisasi sedini mungkin, yaitu dua jam setelah persalinan normal. Ini berguna untuk mempercepat sirkulasi darah dan mengeluarkan cairan vagina (*Lochea*).

3) Eliminasi

Rasa nyeri kadangkala menyebabkan keengganan untuk berkemih, tetapi usahakanlah untuk berkemih secara teratur, karena kantung kemih yang penuh dapat menyebabkan gangguan kontraksi rahim, yang dapat menyebabkan timbulnya perdarahan dari rahim. Seperti halnya dengan berkeih, perempuan pascapersalinan sering tidak merasakan sensasi ingin buang air besar, yang dapat disebabkan

pengosongan usus besar (klisma) sebelum melahirkan atau ketakutan menimbulkan robekan pada jahitan dikemaluan. Sebenarnya kotoran yang dalam beberapa hari tidak dikeluarkan akan mengeras dan dapat menyulitkan dikemudian hari. Pengeluaran air seni akan meningkat 24-48 jam pertama sampai hari ke-5 setelah melahirkan. Hal ini terjadi karena volume darah meningkat pada saat hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan. Oleh karena itu, ibu perlu belajar berkemih secara spontan dan tidak menahan buang air kecil ketika ada rasa sakit pada jahitan. Menahan buang air kecil akan menyebabkan terjadinya bendungan air seni dan gangguan kontraksi rahim sehingga pengeluaran cairan vagina tidak lancar. Sedangkan buang air besar akan sulit karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka atau karena adanya haemoroid (wasir). Kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengonsumsi makanan tinggi serat dan cukup minum.

4) Miksi

Pengeluaran air seni (urin) akan meningkat 24-48 jam pertama sampai hari ke-5 setelah melahirkan. Hal ini terjadi karena volume darah meningkat pada saat hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan. Hendaknya kencing dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang wanita mengalami sulit kencing, karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan spasme oleh iritasi sphincter ani selama persalinan. Bila kandung kemih penuh dan wanita sulit kencing, sebaiknya dilakukan kateterisasi. Anjuran :

- a) Ibu perlu belajar berkemih secara spontan setelah melahirkan
- b) Tidak menahan BAK ketika ada rasa sakit pada jahitan, karena akan menyebabkan terjadinya bendungan air seni. Akibatnya akan timbul gangguan pada kontraksi rahim sehingga pengeluaran *Lochea* tidak lancar

- c) Miksi harus secepatnya dilakukan sendiri.
- d) Bila kandung kemih penuh dan tidak dapat dimiksi sendiri, dilakukan kateterisasi.
- e) Bila perlu dipasang dauer catheter atau indwelling catheter untuk mengistirahatkan otot-otot kandung kencing.
- f) Dengan melakukan mobilisasi secepatnya, tak jarang kesulitan miksi dapat diatasi

5) Defekasi

Sulit BAB (konstipasi) dapat terjadi karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka atau karena adanya haemoroid. Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari pasca persalinan. Bila masih sulit buang air besar dan terjadi obstipasi apalagi berak keras dapat diberikan obat laksans per oral atau per rectal. Jika masih belum bias dilakukan klisma. Anjuran:

- a) Mobilisasi dini
- b) Konsumsi makanan yang tinggi serat dan cukup minum
- c) Sebaiknya pada hari kedua ibu sudah bias BAB, jika pada hari ketiga belum BAB, ibu bisa menggunakan pencahar berbentuk suppositoria (pil yang dibuat dari bahan yang mudah mencair dan mengandung obat-obatan untuk dimasukkan kedalam liang anus). Ini penting untuk menghindari gangguan pada kontraksi uterus yang dapat menghambat pengeluaran *Lochea*.
- d) Defekasi harus ada dalam 3 hari pasca persalinan.
- e) Bila terjadi obstipasi dan timbul koprostase hingga akibala tertimbun di rectum, mungkin terjadi febris.
- f) Lakukan klisma atau berikan laksan per oral.
- g) Dengan melakukan mobilisasi sedini mungkin, tidak jarang kesulitan defekasi dapat diatasi.

6) Menjaga Kebersihan Diri

Menjaga kebersihan diri secara keseluruhan untuk menghindari infeksi, baik pada luka jahitan maupun kulit antara lain:

a) Kebersihan alat Genitalia

Setelah melahirkan biasanya perineum menjadi agak bengkak/memar dan mungkin ada luka jahitan bekas robekan atau episiotomi. Anjuran :

- Menjaga kebersihan alat genetalia dengan mencucinya menggunakan air dan sabun, kemudian daerah vulva sampai anus harus kering sebelum memakai pembalut wanita, setiap kali setelah bunag air besar atau kecil, pembalut diganti minimal 3 kali sehari.
- Cuci tangan dengan sabun dan iar mengalir sebelum dan sesudah membersihkan daerah genetalia.
- Mengajarkan ibu membersihkan daerah kelamin dengan cara membersihkan daeran disekitar vulva terlebih dahulu, dari depan kebelakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Bersihkan vulva setiap kali buang air kecil atau besar.
- Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan telah dikeringkan dibawah matagari atau disetrika.
- Sarankan ibu mencuci tangan dengan sabun dan iar mengalir sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
- Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh luka, cebok dengan air dingin atau cuci menggunakan sabun.

b) Pakaian

Sebaiknya pakaian terbuat dari bahan yang mudah menyerap keringat karena produksi keringat menjadi banyak. Produksi keringat yang tinggi berguna untuk menghilangkan ekstra volume saat hamil. Sebaiknya, pakaian agak longgar di daerah dada agar payudara tidak tertekan dan kering. Demikian juga degan pakain dalam, agar tidak terjadi iritasi (lecet) pada daerah sekitarnya akibat *Lochea*. Pakaian yang digunakan harus longgar, dalam keadaan kering dan juga terbuat dari bahan yang mudah menyerap keringat karena produksi keringat menjadi banyak (disamping urun). Produksi keringat yang tinggi berguna untuk menghilangkan ekstra volime saat hamil.

c) Kebersihan Rambut

Setelah bayi lahir, ibu biasanya mengalami kerontokan rambut akibat dari gangguan perubahan hormone sehingga rambut menjadi lebih tipis dibandingkan keadaan normal. Meskipun demikian, kebanyakan akan pulih kembali setelah beberapa bulan. Perawatan rambut perlu diperhatikan oleh ibu yaitu mencuci rambut dengan conditioner yang cukup, lalu menggunakan sisir yang lembut dan hindari penggunaan pengering rambut.

d) Kebersihan Tubuh

Setelah persalinan, ekstra cairan tubuh yang dibutuhkan saat hamil akan dikeluarkan kembali melalui air seni dan keringat untuk menghilangkan pembengkakan pada wajah, kaki, betis, dan tangan ibu. Oleh karena itu, dalam minggu-minggu pertama setelah melahirkan, ibu akan merasa jumlah keringat yang dari biasanya. Usahakan mandi lebih sering dan menjaga kulit tetap dalam keadaan kering.

7) Istirahat

Wanita pasca persalinan harus cukup istirahat. Delapan jam pasca persalinan, ibu harus tidur terlentang untuk mencegah perdarahan. Sesudah 8 jam, ibu boleh miring ke kiri atau ke kanan untuk mencegah trombosis. Ibu dan bayi ditempatkan pada satu kamar. Pada hari kedua, bila perlu dilakukan latihan senam. Pada hari ketiga umumnya sudah dapat duduk, hari keempat berjalan dan hari kelima sudah dapat dipulangkan. Makanan yang diberikan harus bermutu tinggi dan cukup kalori, cukup protein dan banyak buah. Anjurkan untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, usahakan untuk rileks dan istirahat yang cukup, terutama saat bayi sedang tidur. Meminta bantuan suami atau keluarga ketika ibu merasa lelah. Putarkan dan dengarkan lagu-lagu klasik disaat ibu dan bayi sedang istirahat untuk menghilangkan rasa tegang dan lelah.

8) Seksual

Setelah persalinan pada masa ini ibu menghadapi peran baru sebagai orang tua sehingga sering melupakan perannya sebagai pasangan. Namun segera setelah ibu merasa percaya diri dengan peran barunya dia akan menemukan waktu dan melihat sekelilingnya serta menyadari bahwa dia telah kehilangan aspek lain dalam kehidupannya yang juga penting. Oleh karena itu perlu memahami perubahan yang terjadi pada istri sehingga tidak punya perasaan diabaikan.

5. Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

a. Definisi

Keluarga Berencana (KB) diartikan sebagai suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah serta jarak kehamilan dengan menggunakan metode kontrasepsi. Keluarga berencana juga diartikan sebagai upaya mewujudkan keluarga berkualitas melalui promosi,

perlindungan dan bantuan dalam hak-hak reproduksi untuk membentuk keluarga dengan usia kawin yang ideal, mengatur jumlah, jarak kehamilan, membina ketahanan serta kesejahteraan anak. Pelayanan keluarga berencana merupakan salah satu strategi untuk mendukung percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dengan mengatur waktu, jarak, jumlah kehamilan, sehingga dapat mencegah atau memperkecil kemungkinan ibu hamil mengalami komplikasi yang membahayakan jiwa atau janin²².

b. Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan keluarga berencana adalah meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera, melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia. selain itu program KB juga memiliki tujuan yaitu untuk 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. Pelayanan keluarga berencana merupakan salah satu di dalam paket pelayanan kesehatan reproduksi esensial yang perlu mendapatkan perhatian serius karena dengan mutu pelayanan keluarga berencana berkualitas akan meningkatkan tingkat kesejahteraan, kesehatan bayi dan anak serta kesehatan reproduksi. Kontrasepsi merupakan bagian dari pelayanan kesehatan reproduksi untuk pengaturan kehamilan dan merupakan hak setiap individu sebagai makhluk seksual²².

c. Manfaat Program Keluarga Berencana

Beberapa manfaat untuk program Keluarga Berencana (KB) sebagai berikut:²²

1) Manfaat bagi ibu

Ibu dapat memperbaiki kesehatan tubuh, peningkatan kesehatan mental dan sosial karena mempunyai waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang.

2) Manfaat bagi anak yang dilahirkan

Anak tumbuh dengan baik terpenuhi kebutuhan dasar asah, asih, asuh.

3) Manfaat bagi suami

Memperbaiki kesehatan fisik, mental, dan sosial karena kecemasan berkurang serta memiliki lebih banyak waktu untuk keluarganya.

4) Manfaat bagi seluruh keluarga

Setiap anggota keluarga akan mempunyai kesempatan yang lebih besar untuk memperoleh pendidikan.

d. Sasaran Keluarga Berencana

Sasaran langsung KB yaitu pasangan usia subur yang wanitanya berusia antara 15-49 tahun, karena pasangan usia subur ini adalah pasangan yang aktif melakukan hubungan seksual dan mudah terjadinya kehamilan. Pasangan Usia Subur (PUS) diharapkan secara bertahap menjadi peserta KB yang aktif lestari sehingga memberi efek langsung penurunan fertilitas²².

e. Kontrasepsi

1) Definisi

Merupakan kata yang terdiri dari kata Kontra yang berarti melawan atau mencegah, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur matang dan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Sehingga kontrasepsi merupakan menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat adanya pertemuan sperma dan sel telur. Kontrasepsi merupakan usaha – usaha yang dapat dilakukan untuk

mencegah terjadinya kehamilan yang bersifat sementara maupun permanen²².

2) Prinsip Kerja Kontrasepsi

Cara kerja kontrasepsi pada dasarnya adalah meniadakan pertemuan antara sel telur (ovum) dengan sel mani (sperma). Ada tiga cara untuk mencapai tujuan tersebut diantaranya adalah menekan keluarnya sel telur (ovulasi), menahan masuknya sperma ke dalam saluran kelamin wanita sampai mencapai ovum dan yang ketiga adalah menghalangi nidasi²².

3) Efektivitas (daya guna) Kontrasepsi

Efektivitas atau daya guna pemakaian (use effectiveness), yaitu kemampuan kontrasepsi dalam pemakaian sehari-hari dipengaruhi oleh sikap tidak hati-hati, kurang disiplin dengan aturan pemakaian. Keberhasilan dalam menggunakan non metode kontrasepsi jangka panjang dipengaruhi oleh tingkat kepatuhan. Akseptor KB pil yang tidak patuh tetapi berhasil kemungkinan pada saat akseptor tersebut tidak mengonsumsi KB pil dan tidak memasuki masa subur sehingga tidak terjadi kehamilan²².

4) Persyaratan Metode Kontrasepsi

Secara umum, persyaratan metode kontrasepsi sebagai berikut:²²

- a) Aman, berarti metode kontrasepsi tidak memberikan dampak komplikasi berat jika digunakan dalam jangka waktu tertentu.
- b) Berdaya guna
- c) Dapat diterima, penerimaan awal tergantung pada motivasi yang diberikan oleh petugas kesehatan. Penerimaan lanjut dipengaruhi oleh umur, motivasi, budaya, sosial ekonomi, agama.
- d) Harga mudah dijangkau oleh masyarakat
- e) Pengembalian kesuburan cepat kecuali kontrasepsi mantap

5) Macam-Macam Metode Kontrasepsi

Macam-macam metode kontrasepsi dibagi atas antara lain:²²

a) Metode Tradisional

Metode yang sudah lama digunakan akan tetapi memiliki tingkat keberhasilan yang rendah. Metode tradisional ini antara lain penggunaan semprot vagina, senggama terputus dan penggunaan agens pembersih vagina.

b) Metode Alamiah tanpa Alat

Metode alamiah yang tanpa alat antara lain metode kelender, metode suhu basal badan, metode lendir servik, metode pantang berkala, metode amenorae laktasi, metode senggama terputus.

c) Metode Alamiah dengan Alat (Metode Barrier)

Metode barrier merupakan metode alamiah yang menggunakan alat terdiri atas kondom, spermiside, diafragma, kap serviks.

d) Metode Modern

Metode modern terdiri dari metode kontrasepsi hormonal dan non hormonal. Metode hormonal terdiri dari pil KB, suntik dan implan dan metode non hormonal terdiri dari IUD.

e) Metode mantap

- Kontrasepsi mantap pada wanita

Medis Operatif Wanita (MOW), penyumbatan tuba fallopii secara mekanis dan penyumbatan tuba fallopii secara kimiawi.

- Kontrasepsi mantap pada pria

Medis Operatif Pria (MOP), penyumbatan vas deferens secara mekanis dan penyumbatan vas deferens secara kimiawi