

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Menurut Sarwono, masa kehamilan 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 dibagi menjadi 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dimulai dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (Yulianingtyas, 2014; 11).

Kehamilan didefinisikan sebagai *fertilisasi* atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi dan implantasi (Walyani dan Purwoastuti, 2015; 69).

Kehamilan adalah hasil dari “kencan” sperma dan sel telur. Dalam prosesnya, perjalanan sperma untuk menemui sel telur (ovum) betul-betul penuh perjuangan. Dari sekitar 20-40 juta sperma yang dikeluarkan, hanya sedikit yang *survive* dan berhasil mencapai tempat sel telur. Dari jumlah yang sudah sedikit itu, hanya satu sperma saja yang bisa membuahi sel telur (Walyani dan Purwoastuti, 2015; 69)

2. Memantau tumbuh kembang janin

Tabel 2.1 Memantau tumbuh kembang janin

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus	
	Dalam cm	Menggunakan penunjuk-penunjuk badan
12 minggu	-	Teraba diatas simfisis pubis
16 minggu	-	Ditengah, antara simfisis pubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm (\pm 2 cm)	Pada umbilicus

22-27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (± 2 cm)	Ditengah, antara umbilikus dan prosesus sifoideus
29-35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (± 2 cm)	-
36 minggu	36 cm (± 2 cm)	Pada proseusus sifoide

Sumber : Ade Setiabudi, 2016

3. Pemeriksaan diagnosa kebidanan

Menurut Sulistyawati, (2011) pada jurnal Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (2019; 16) pemeriksaan diagnosa untuk menentukan kehamilan dapat dilakukan dengan hal-hal berikut ini :

a. Tes HCG (tes urine kehamilan)

Dilakukan segera mungkin begitu diketahui ada *amenorea* (satu minggu setelah *koitus*). Urin yang digunakan saat tes diupayakan urin pagi hari.

b. Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

Dilaksanakan sebagai salah satu diagnosis pasti kehamilan. Gambaran yang terlihat, yaitu adanya rangka janin dan kantong kehamilan.

c. Palpasi abdomen

Pemeriksaan Leopold

1) Leopold I

Bertujuan untuk mengetahui TFU (Tinggi Fundus Uteri) dan bagian janin yang ada di fundus.

2) Leopold II

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada di sebelah kanan atau kiri perut ibu.

3) Leopold III

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada di bawah uterus

4) Leopold IV

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada di bagian bawah dan untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk panggul atau belum.

4. Perubahan pada ibu hamil trimester ketiga

Perubahan pada ibu hamil trimester ketiga menurut Walyani dan Purwoastuti (2015; 78) yaitu:

- a. Sakit punggung disebabkan karena meningkatnya beban berat yang dibawa yaitu bayi dalam kandungan.
- b. Pernafasan, pada kehamilan 33-36 minggu banyak ibu hamil yang susah bernafas, ini karena tekanan bayi yang berada dibawah diafragma menekan paru ibu, tetapi setelah kepala bayi sudah turun ke rongga panggul ini biasanya pada 2-3 minggu sebelum persalinan maka akan merasa lega dan bernafas lebih mudah.
- c. Sering buang air kecil, pembesaran rahim dan penurunan bayi ke PAP membuat tekanan pada kandung kemih ibu.
- d. Kontraksi perut, *brackton-hicks* kontraksi palsu berupa rasa sakit yang ringan, tidak teratur dan kadang hilang bila duduk atau istirahat.
- e. Cairan vagina, peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih, pada awal kehamilan biasanya agak kental dan pada persalinan lebih cair.

5. Asuhan *antenatal care*

a. Pengertian asuhan *antenatal care*

Asuhan *antenatal care* adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi, dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persiapan persalinan yang aman dan memuaskan (Walyani dan Purwoastuti, 2015; 78).

b. Tujuan asuhan *antenatal care*

- 1) Memantau kemajuan untuk memastikan kesehatan ibu dan tubuh kembang anak
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial budaya ibu dan bayi
- 3) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan, pembedahan
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
- 6) Mempersiapkan peranan ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal (Jannah,2012).

c. Standar ANC yang diprogramkan

Dalam melakukan pemeriksaan antenatal tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standart (10T). Standar pelayanan 10T menurut PP IBI (2016) terdiri dari:

1) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk deteksi faktor resiko terhadap kehamilan. Jika kurang dari 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya (*Cephalo Pelvic Disproportion*) CPD atau panggul sempit.

2) Pengukuran tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg) pada kehamilan dan preeklamsi (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah, dan atau proteinuria)

3) Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas/LILA)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil beresiko KEK. Kurang energi kronik disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan setelah berlansung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat badan lahir rendah (BBLR).

4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri)

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur kehamilan 24 minggu.

Tabel 2.2 TFU menurut perubahan per tiga jari

Umur kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)	
	Menggunakan Jari	Dalam Cm
12	3 jari diatas symphysis	-
16	Pertengahan pusat-symphysis	-
20	3 jari dibawah pusat	-
24	Setinggi pusat	24-25 cm diatas simpisis
28	3 jari diatas pusat	26,7 cm diatas simpisis
32	Pertengahan pusat-Prosesus Xiphoides (PX)	29,5-30 cm simpisis
36	3 jari dibawah Prosesus Xiphoides (PX)	32 cm diatas simpisis
40	Pertengahan pusat-prosesus Xiphoides (PX)	37,7 cm diatas simpisis

Sumber : Jannah, 2012

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

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

Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal, DJJ lambat kurang dari 120x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160x/menit menunjukkan adanya gawat janin. Denyut jantung janin didengarkan di atas suprapubik pada usia kehamilan 10-12 minggu dengan menggunakan fetoskop atau Doppler.

- 6) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil di skrining status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus, ibu hamil dengan status imunisasi T5 (TT long life) tidak perlu diberikan imunisasi.

Tabel. 2.3 Skrining Imunisasi TT

Riwayat imunisasi ibuhamil	Imnisasi yang didapat	Status imunisasi
Imunisasi dasar lengkap	DPT-Hb1 DPT-Hb2 DPT-Hb3	T1 dan T2
Anak sekolah kelas 1 SD	DT	T3
Kelas 2 SD	Td	T4
Kelas 3 SD	Td	T5
Calon pengantin masahamil	TT	- Jika ada status T diatas yang tidak terpenuhi - Lanjutkan urutan T yang belum terpenuhi - Perhatikan interval pemberian

Sumber: MU, 2016

Tabel 2.4 Jadwal Imunisasi TT

Antigen	Interval (selang waktu minimal)	Lama perlindungan
TT 1	Pada kunjugan antenatal pertama	-
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT 3	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT 4	25 tahun/seumur hidup

Sumber: Jannah, 2012

a) Beri tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapatkan tablet tambah darah (zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

b) Pemeriksaan laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium rutin adalah pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah, protein urine, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/epidemi (malaria, IMS, HIV, dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal. Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal tersebut meliputi:

a) Pemeriksaan golongan darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan

b) Pemeriksaan kadar Hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditunjukkan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan. Pemeriksaan kadar hemoglobin darah ibu hamil pada trimester kedua dilakukan atas indikasi.

c) Pemeriksaan protein dan urin

Pemeriksaan protein dalam pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditunjukkan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya preeklamsia pada ibu hamil.

d) Pemeriksaan kadar gula darah

Ibu hamil yang dicurigai menderita *Diabetes Melitus* harus dilakukan pemeriksaan gula darah selama kehamilannya minimal sekali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua, dan sekali pada trimester ketiga.

e) Pemeriksaan darah malaria

Semua ibu hamil di daerah endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama. Ibu hamil di daerah non endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria apabila ada indikasi.

f) Pemeriksaan tes sifilis

Pemeriksaan tes sifilis dilakukan didaerah dengan resiko tinggi dan ibu yang diduga sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan.

g) Pemeriksaan HIV

Di daerah epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi, tenaga kesehatan difasilitas pelayanan kesehatan wajib menawarkan tes HIV kepada semua ibu hamil secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan. Didaerah epidemi HIV rendah, penawaran tes HIV oleh tenaga kesehatan diprioritaskan pada ibu hamil dengan IMS dan TB secara inklusif pada pemeriksaan laboratorium rutin lainnya saat pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan.

h) Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkulosis sebagai pencegahan agar infeksi tuberkulosis tidak mempengaruhi kesehatan janin. Selain pemeriksaan tersebut diatas, apabila diperlukan dapat dilakukan pemeriksaan penunjang lainnya di fasilitas rujukan.

i) Tatalaksana/penanganan kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan bidan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

j) Temu wicara (konseling)

Temu wicara dan konseling dilakukan setiap kunjungan antenatal yang meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup sehat, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asuhan zigi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling didaerah epidemi meluas dan terkonsentrasi atau ibu hamil dengan IMS dan TB didaerah epidemik

rendah, Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif, kb paska persalinan, imunisasi dan peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan.

d. Kartu Skor Poedji Rochjati

Menurut Prawirohardjo (2011), kartu skor poedji rochjati adalah alat sederhana dengan format :

- 1) Daftar faktor resiko dengan gambar yang cukup komunikatif, mudah dimengerti, diterima, digunakan oleh ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat pedesaan.
- 2) Sistem skoring dengan nilai skor untuk tiap faktor resiko dan kode warna untuk pemetaan ibu risti.

Resiko adalah suatu ukuran statistik epidemiologik dari kemungkinan terjadinya suatu keadaan gawatdarurat obstetrik yang tidak diinginkan pada masa mendatang yaitu perkiraan/prediksi akan terjadinya komplikasi dalam persalinan dengan dampak kematian/kesakitan pada ibu dan bayi. Ukuran resiko diberi nilai dituangkan dalam angka yang disebut skor. Skormerupakan bobot dari resiko akan kemungkinan komplikasi dalam persalinan. Sistem skoring berdasarkan analisis statistik epidemiologik didapatkanskor 2 sebagai skor awal untuk semua umur dan paritas. Skor 8 untuk bekas operasi sesar, letak sungsang, letak lintang, pre eklamsia berat/eklamsia, perdarahan antepartu sedangkan skor 4 untuk faktor resiko yang lain.

Kelompok faktor resiko dikelompokkan dalam 3 kelompok antara lain :

1. Kelompok faktor resiko I

Ada Potensi Gawat Obstetrik/APGO dengan 7 Terlalu dan 3 Pernah

a. Tujuh Terlalu, meliputi :

- 1) Primi muda
- 2) Primi tua
- 3) Primi tua sekunder
- 4) Umur ≥ 35 tahun
- 5) Grande multi
- 6) Anak terkecil umur < 2 tahun
- 7) Tinggi badan rendah ≤ 145 cm

b. Tiga pernah, meliputi :

- 1) Riwayat obstetri yang jelek
- 2) Persalinan lalu mengalami perdarahan pascapersalinan dengan infus/transfusi, uri manual, tindakan pervaginam

3) Bekas operasi sesar.

2. Kelompok Faktor resiko II

Ada Gawat Obstetrik/AGO antara lain :

- a. Penyakit ibu seperti TBC, kurang darah, malaria, penyakit jantung dan sebagainya
- b. Pre eklampsia ringan
- c. Hamil kembar
- d. Letak lintang
- e. Hidramnion
- f. Serotinus
- g. Letak sungsang
- h. IUFD

3. Kelompok faktor resiko III

Ada Gawat Darurat Obstetrik/AGDO meliputi :

- a. Perdarahan Antepartum
- b. Pre eklampsia berat/Eklamsia

Berdasarkan jumlah skor pada tiap kotak, ada 3 kelompok resiko yaitu :

1) Kehamilan Resiko Rendah/KRR

Jumlah skor 2 dengan kode warna hijau, selama hamil tanpa faktor resiko, rencana bersalin bisa ditolong oleh dan tempat persalinan di BPM atau dipolindes.

2) Kehamilan Resiko Tinggi/KRT

Jumlah skor 6-10 dengan kode warna kuning, selama hamil terdapat faktor resiko terjadinya komplikasi pada persalinan lebih besar, rencana bersalin bisa di tolong oleh bidan atau dokter dan tempat persalinan di polindes, puskesmas, atau rumah sakit.

4. Kehamilan Resiko Sangat Tinggi/KRST

Jumlah skor sama dengan atau lebih 12 dengan kode warna merah, ibu hamil dengan resiko ganda atau lebih yang dapat mengancam nyawa ibu atau janin, rencana bersalin hanya bisa ditolong oleh dokter dan tempat persalinan di rumah sakit.

B. Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian persalinan

Menurut Saifudin, Persalinan adalah proses membuka dan menutupnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (Yanti, 2010).

Menurut Yanti, (2010), persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu. Adapun menurut proses berlangsungnya persalinan dibedakan sebagai berikut:

a. Persalinan spontan

Bila persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.

b. Persalinan buatan

Bila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya *ekstraksi forceps*, atau dilakukan operasi *sectio caesaria*.

c. Persalinan anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin.

2. Asuhan persalinan normal

Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, fokus utamanya adalah mencegah terjadinya komplikasi. Hal ini merupakan pergeseran paradigma dari sikap menunggu dan menangani komplikasi menjadi mencegah komplikasi yang mungkin terjadi (Fiandara, 2016).

3. Tujuan asuhan persalinan normal

Mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal (Sarwono, 2011; 335).

4. Sebab-sebab yang Menimbulkan Persalinan

Sebab-sebab yang dapat menimbulkan terjadinya persalinan menurut Mochtar (2011), yaitu:

- 1) Teori penurunan hormon: 1-2 minggu sebelum partus, mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim, karena itu akan terjadi kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan his jika kadar progesteron turun.
- 2) Teori plasenta menjadi tua: penuaan plasenta akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga terjadi kekejangan pembuluh darah. Hal itu akan menimbulkan kontraksi rahim.
- 3) Teori distensi rahim: rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi *uteroplasenta* sehingga plasenta mengalami degenerasi. Pada kehamilan ganda seringkali terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu, sehingga menimbulkan proses persalinan.
- 4) Teori iritasi mekanik: dibelakang serviks terletak ganglion servikalis (*fleksus frankenhaus*), bila ganglion ini digeser dan ditekan (misalnya oleh kepala janin), maka akan timbul kontraksi uterus.
- 5) Induksi partus (*induction of labour*) Partus dapat pula ditimbulkan dengan:
 - 1) *Gagang laminaria*: beberapa laminaria dimasukkan kedalam kanalis servisis dengan tujuan merangsang *fleksus frankenhauser*
 - 2) *Amniotomi*: pemecahan ketuban
 - 3) Tetesan oksitosin: pemberian oksitosin melalui tetesan per infus

5. Tanda dan Gejala Inpartu

Tanda dan gejala persalinan menurut JNPK-KR (2014), sebagai berikut:

- a. Penipisan dan pembukaan serviks
- b. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit)
- c. Cairan lendir bercampur darah (*show*) melalui vagina.

6. Tahapan Persalinan

Proses persalinan terdiri dari 4 kala, yaitu:

a. Kala I (Pembukaan)

Menurut Sondakh (2013), kala pembukaan dimulai dari pembukaan 0-10, dibagi atas 2 fase, yaitu:

- 1) Fase laten: pembukaan serviks yang berlangsung lambat sampai

pembukaan 3 cm, lamanya 8 jam

- 2) Fase aktif: berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4-10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering, dan dibagi atas 3 subfase
 - a) Periode akselerasi berlangsung 2 jam pembukaan 3-4 cm
 - b) Periode dilatasi maksimal selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat dari 4-9 cm
 - c) Periode deselerasi berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 menjadi 10 cm.

Proses tersebut dapat terjadi pada primigravida ataupun multigravida, tetapi pada multigravida memiliki jangka waktu yang lebih pendek. Pada primigravida berlangsung tidak lebih dari 12 jam dan pada multigravida tidak lebih dari 8 jam.

b. Kala II (Pengeluaran janin)

Menurut Mochtar (2011), pada kala pengeluaran janin, his terkoordinasi, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun dan masuk ke ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang leboh lengkung refleks menimbulkan rasa mencedan. Karena tekanan pada rektum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum meregang. Dengan his dan mencedan yang terpimpin, akan lahir kepala diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primigravida berlangsung selama 1 ½ - 2 jam, pada multigravida ½ - 1 jam. Tanda dan gejala kala II persalinan yaitu, ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinyakontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan, tekanan pada rektum dan/atau vaginanya, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. Tanda pasti kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam yaitu, pembukaan serviks telah lengkap atau terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina (JNPK- KR,2014).

c. Kala III (Pengeluaran Uri)

Menurut JNPK-KR (2014) pada kala III persalinan, otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian lepas dari dinding uterus. Dalam waktu 5-10

menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong kedalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (Mochtar, 2011).

Tanda-tanda lepasnya plasenta, yaitu:

- 1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus. Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya berada di bawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pir atau alpukat dan fundus berada di atas pusat (sering kali mengarah kesisi kanan).
- 2) Tali pusat memanjang. Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda Ahfeld).
- 3) Semburan darah mendadak dan singkat. Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (*retroplacenta pooling*) dalam ruangan diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersedot keluar dari tepi plasenta yang terlepas (JNPK-KR, 2014).

Kala III dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

a. Fase Pelepasan Plasenta

Beberapa pelepasan plasenta antara lain :

a) *Schultze*

Cara ini merupakan cara yang sering terjadi (80%). Proses lepasnya plasenta seperti menutup payung. Bagian yang lepas terlebih dahulu adalah bagian tengah, lalu terjadi hematoma retroplasenta yang menolak plasenta mula-mula bagian tengah. Menurut cara ini, perdarahan biasanya tidak ada sebelum plasenta lahir dan berjumlah banyak setelah plasenta lahir.

b) *Duncan*

Lepasnya plasenta dimulai dari pinggir plasenta lebih dulu. Darah akan mengalir keluar antara selaput ketuban. Pengeluarannya juga serempak dari tengah dan pinggir plasenta. Cara ini terjadi pada 20% kasus.

b. Fase pengeluaran plasenta

a) *Kustner*

Dengan meletakkan tangan disertai tekanan pada/diatas simfisis, tali pusat di tegangkan. Jika tali pusat masuk kembali berarti belum lepas. Jika diam atau maju berarti sudah lepas.

b) *Klein*

Sewaktu ada his, rahim didorong sedikit. Jika tali pusat kembali berarti belum lepas, jika tali pusat diam atau turun berarti lepas (cara ini tidak dilakukan lagi).

c) *Strassman*

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, jika tali pusat bergetar berarti tali pusat belum lepas, sedangkan jika tali pusat tidak bergetar berarti sudah lepas (Mochtar,2011).

2) Kala IV (Pengawasan)

Menurut Sondakh (2013), kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum. Observasi dilakukan pada kala ini karena perdarahan postpartum sering terjadi pada 2 jam pertama. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah perdarahan dikatakan normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. Jika perdarahan lebih dari 500cc, maka dapat dianggap abnormal serta dicari penyebabnya. Sebelum pergi meninggalkan ibu yang baru melahirkan, periksa ulang terlebih dahulu dan perhatikan 7 pokok penting:

- a) Kontraksi rahim: baik atau tidaknya pemeriksaan palpasi jika dilakukan masase dan berikan uterotonika seperti metergin, atau emertrin dan oksitosin
- b) Perdarahan: ada atau tidak, banyak atau biasa
- c) Kandung kemih: harus kosong, jika penuh, ibu dianjurkan berkemih dan kalau tidak bisa, lakukan kateter
- d) Luka-luka: jahitannya baik atau tidak, ada perdarahan atau tidak
- e) Plasenta dan selaput ketuban harus lengkap
- f) Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernapasan, dan masalah lain.

Satu cara untuk menilai kehilangan darah adalah dengan melihat volume darah yang terkumpul dan memperkirakan berapa banyak botol 500 ml yang dapat menampung semua darah tersebut. Jika darah dapat mengisi dua botol, maka dapat dikatakan ibu telah kehilangan 1 L darah. Jika darah dapat mengisi

setengah botol, maka ibu kehilangan darah 250 ml. Sedangkan menurut PP IBI (2016), cara tak langsung untuk mengukur kehilangan darah adalah melalui penampakan gejala, dan mengatur tanda vital (nadi dan tekanan darah). Apabila perdarahan menyebabkan ibu lemas, pusing, *tachicardi* dan hipotensi (sistolik turun ≥ 30 mmHg dari kondisi sebelumnya) maka telah terjadi perdarahan 500 ml – 1000 ml. Bila ibu mengalami syok hipovolemik, maka ibu telah kehilangan darah 50% (2000- 2500 ml). Penting sekali untuk selalu memantau keadaan umum ibu dan menilai jumlah kehilangan darah ibu selama kala IV melalui tanda vital, jumlah darah yang keluar dan kontraksi uterus.

3) Memeriksa Perdarahan dari Perineum

Perhatikan dan temukan penyebab perdarahan dari laserasi atau robekan perineum dan vagina. Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan.

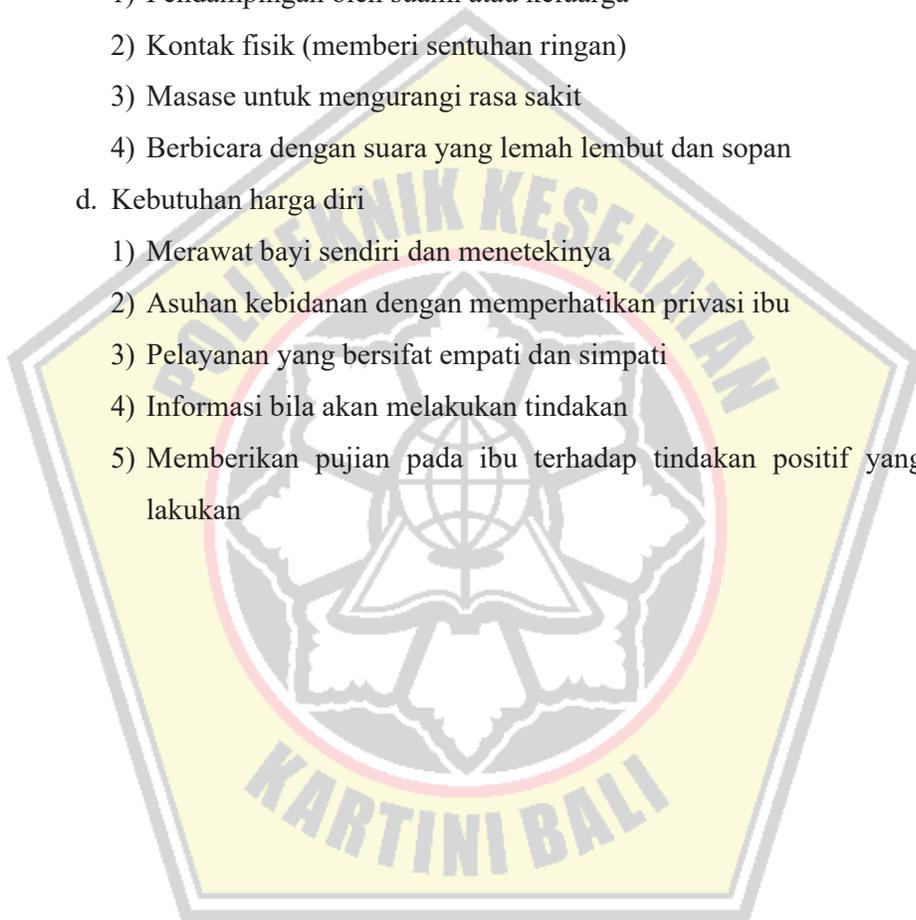
- a) Derajat I : mukosa vagina, komisura posterior, dan kulit perineum. Tidak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan dan aposisi luka baik.
- b) Derajat II : mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, dan otot perineum. Jahit menggunakan teknik yang sesuai standar.
- c) Derajat III : mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot Perineum, dan otot sfingter ani. Penolong APN tidak dibekali keterampilan untuk reparasi laserasi perineum derajat tiga atau empat. Segera rujuk ke fasilitas rujukan.
- d) Derajat IV : mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani, dan dinding depan rektum. Penolong APN tidak dibekali keterampilan untuk reparasi laserasi perineum derajat tiga atau empat. Segera rujuk ke fasilitas rujukan (JNPK-KR, 2014).

3. Kebutuhan Masa Persalinan

Kebutuhan ibu pada masa kehamilan menurut Sumarah (2009), yaitu:

- a. Kebutuhan psikologis
 - 1) Oksigen
 - 2) Makan dan minum
 - 3) Istirahat selama tidak ada his
 - 4) Kebersihan badan terutama genitalia
 - 5) Buang air kecil dan buang air besar
 - 6) Pertolongan persalinan yang standar
 - 7) Penjahitan perineum bila perlu

- b. Kebutuhan rasa aman
 - 1) Memilih tempat dan penolong persalinan
 - 2) Informasi tentang proses persalinan atau tindakan yang akan dilakukan
 - 3) Posisi tidur yang di kehendaki ibu
 - 4) Pendampingan oleh keluarga
 - 5) Panutan selama persalinan
 - 6) Intervensi yang di perlukan
- c. Kebutuhan dicinta dan mencintai
 - 1) Pendampingan oleh suami atau keluarga
 - 2) Kontak fisik (memberi sentuhan ringan)
 - 3) Masase untuk mengurangi rasa sakit
 - 4) Berbicara dengan suara yang lemah lembut dan sopan
- d. Kebutuhan harga diri
 - 1) Merawat bayi sendiri dan menetekinya
 - 2) Asuhan kebidanan dengan memperhatikan privasi ibu
 - 3) Pelayanan yang bersifat empati dan simpati
 - 4) Informasi bila akan melakukan tindakan
 - 5) Memberikan pujian pada ibu terhadap tindakan positif yang ibu lakukan



C. Konsep Dasar Teori Nifas

a. Pengertian

Masa nifas adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas yaitu 6-8 minggu (Mochtar, 2011).

b. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi dalam 3 periode yaitu:

- 1) Puerperium dini yaitu kepulihan saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- 2) Puerperium intermediat, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.
- 3) Puerperium lanjut yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan kembali sehat sempurna, terutama jika selama hamil dan proses persalinan timbul komplikasi.waktu yang di butuhkan dapat berminggu-minggu, bulanan, atau tahunan (Asih, 2016).

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut Asih (2016), perubahan fisiologi alat kandungan pada masa nifas yaitu sebagai berikut:

1) Uterus

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

Tabel.2.5 TFU Dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simpisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas simpisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber : Mochtar, 2011

2) Bekas implantasi uri

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

Rasa nyeri (*after pains*) atau mulas disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pasca persalinan. Perlu diberikan pengertian pada ibu mengenai hal tersebut dan jika terlalu mengganggu, dapat diberikan obat-obatan anti nyeri.

3) Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas :

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

4) Serviks

Setelah persalinan bentuk serviks agak menganga seperti corong, berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan kecil. Setelah bayi lahir tangan masih bisa dimasukkan ke dalam rongga rahim, setelah 2 jam dapat dilalui oleh 2-3 jari, dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui jari.

5) Ligamen-ligamen

Ligamen, fascia, dan diafragma pelvis yang meragang pada waktu persalinan setelah bayi lahir seara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih

kembali. Akibatnya tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi *retrofleksi* karena *ligamentum rotundum* menjadi kendur.

6) Cidera perineum

Wanita yang mengalami cidera perineum dalam derajat tertentu akan mengalami nyeri selama beberapa hari sampai terjadi pemulihan. Bagi sebagian besar wanita, nyeri pada luka perineum akan berkurang secara bertahap dan pulih pada hari ke 7 sampai ke 10 setelah melahirkan. Nyeri yang muncul di sebabkan infeksi memiliki ciri tepi kulit senderung tampak lembab, gembung, dan licin, mungkin juga tercium bau tidak sedap dan terlihat adanya pus di luka (Fraser, 2011).

d. Perubahan Psikologi Nifas

Perubahan masa nifas yaitu:

1) Riwayat psikososial

Adaptasi psikososial ibu nifas dibagi menjadi 3 fase, yaitu:

a) *Taking in*

Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang fokus pada dirinya sendiri. Perhatian tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya, kemungkinan akan mengulang-ulang waktu dan pengalaman melahirkan. Ketidaknyamanan fisik yang dialami ibu pada fase ini seperti mulas, nyeri pada jahitan, kurang tidur, rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya, kekecewaan karena mendapatkan apa yang tidak diinginkan tentang bayinya.

b) *Taking hold*

Periode ini berlangsung selama 3-10 hari post partum. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah.

c) *Letting go*

Periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan, ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya, dukungan suami dan keluarga masih terus diperlukan ibu (Asih,2016).

e. Perawatan Pasca Nifas

1) Mobilisasi

Setelah melahirkan ibu harus istirahat, tidur terlentang selama 8 jam pascapersalinan. Setelahnya, ibu boleh miring-miring ke kanan dan ke kiri untuk mencegah terjadinya trombosis dan tromboemboli. Mobilisasi tersebut

memiliki variasi, bergantung pada komplikasi persalinan, nifas, dan sembuhnya luka-luka.

2) Diet

Makan harus bermutu, bergizi, dan cukup kalori. Sebaiknya makan makanan yang mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan.

3) Miksi

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang, wanita mengalami kesulitan berkemih karena *sphincter uretra* di tekan oleh kepala janin dan spasme serta odema kandung kemih selama persalinan. Apabila kandung kemih penuh dan ibu tidak berkemih sebaiknya dilakukan kateterisasi.

4) Defekasi

Buang air besar harus dilakukan 3-4 hari pascapersalinan. Apabila masih sulit bab dan terjadi obstipasi apalagi bab keras, dapat diberikan obat laksatif peroral atau perrektal.

5) Perawatan payudara

Perawatan payudara telah dimulai sejak wanita hamil agar puting susu lemas, tidak keras dan kering sebagai persiapan untuk menyusui bayi. Apabila bayi meninggal, laktasi harus dihentikan dengan cara pembalutan *mammae* sampai tertekan, pemberian obat estrogen untuk supresi LH, seperti tablet lynoral dan parlodel.

6) Laktasi

Apabila bayi mulai disusui, isapan pada puting ibu merupakan rangsangan psikis yang mencetuskan pengeluaran oksitosin oleh hipofisis. Produk air susu ibu (ASI) akan lebih banyak. Sebagai efek positif, involusi uterus akan lebih sempurna. Disamping ASI merupakan makanan utama bayi yang tidak ada bandingannya, menyusui bayi sangat baik untuk menciptakan rasa kasih sayang antara ibu dan anak. Ibu dan bayi dapat ditempatkan dalam satu ruangan (*rooming in*) atau terpisah. Keuntungan *rooming in* adalah:

- a) Mudah menyusukan bayi
- b) Setiap saat ada kontak ibu dan bayi
- c) Sedini mungkin ibu telah belajar mengurus bayinya

7) Cuti hamil dan bersalin

Menurut undang-undang, wanita pekerja berhak mengambil cuti hamil dan bersalin selama 3 bulan yaitu 1 bulan sebelum bersalin ditambah 2 bulan setelah persalinan (Mochtar, 2011).

f. Kunjungan Masa Nifas

Menurut Asih (2016), kunjungan pada masa nifas yaitu paling sedikit tiga kali melakukan kunjungan pada masa nifas dengan tujuan untuk:

- 1) Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi
- 2) Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya
- 3) Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas
- 4) Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas dan bayinya.

Masa nifas dimulai dari 6 jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan.

Jenis pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan terdiri dari :

- 1) Kunjungan nifas pertama (KF 1) adalah kunjungan nifas pada masa 6 jam sampai dengan 3 hari setelah melahirkan. Asuhan yang diberikan antara lain:
 - a) Mencegah perdarahan masa nifas karena persalinan
 - b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan rujuk jika perdarahan berlanjut
 - c) Pemberian ASI awal
 - d) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi
 - e) Memberikan ibu terapi vitamin A 200.000 iu sebanyak 2 kapsul yang berfungsi untuk mencegah pandangan mata kabur, tablet FE sebanyak 30 tablet 1x1 untuk mencegah anemia pada ibu nifas, Amoxilin 3x1 yang berfungsi sebagai profilaksis jika terjadi infeksi.
 - f) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- 2) Kunjungan nifas kedua (KF 2), adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke 4 sampai hari ke 28 setelah persalinan. Asuhan yang diberikan yaitu:
 - a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi dengan baik, fundus pertengahan pusat-symphisis, tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal

- c) Memastikan ibu cukup mendapatkan istirahat yang cukup
 - d) Memastikan ibu cukup mendapatkan makanan yang bergizi
 - e) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit
 - f) Memberikan konseling pada ibu mengenai hal yang berkaitan dengan asuhan pada bayi
- 3) Kunjungan nifas ketiga (KF 3), adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke 29 sampai dengan hari ke 42 setelah persalinan. Asuhan yang diberikan antara lain:
- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami
 - b) Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi
 - c) Tanyakan ibu mengenai suasana emosinya, bagaimana dukungan yang didaparkannya dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk perawatan bayinya

Hal-hal yang perlu dipantau pada masa nifas adalah :

- a) Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu
- b) Pengeluaran darah pervaginam / lochea
- c) Kondisi perineum: adakah tanda infeksi, penyembuhan luka
- d) Kondisi uterus: kontraksi uterus, tinggi fundus
- e) Fungsi berkemih
- f) Fungsi saluran cerna
- g) Tanda-tanda bahaya nifas: keluhan sakit kepala, rasa lelah, nyeri punggung, dan pembengkakan payudara (tanda *mastitis*)
- h) Pemantauan keberhasilan pemberian ASI
- i) Pemantauan emosi ibu
- j) Bagaimana dukungan yang didaparkannya dari keluarga, pasangan, dan masyarakat untuk pengasuhan bayinya (PP IBI, 2016).

D. Konsep Dasar Neonatus

a. Pengertian

Bayi lahir normal adalah bayi yang cukup bulan, 38-42 minggu dengan berat badan sekitar 2500-3000 gram dan panjang badan sekitar 50- 55 cm (Sondakh, 2013).

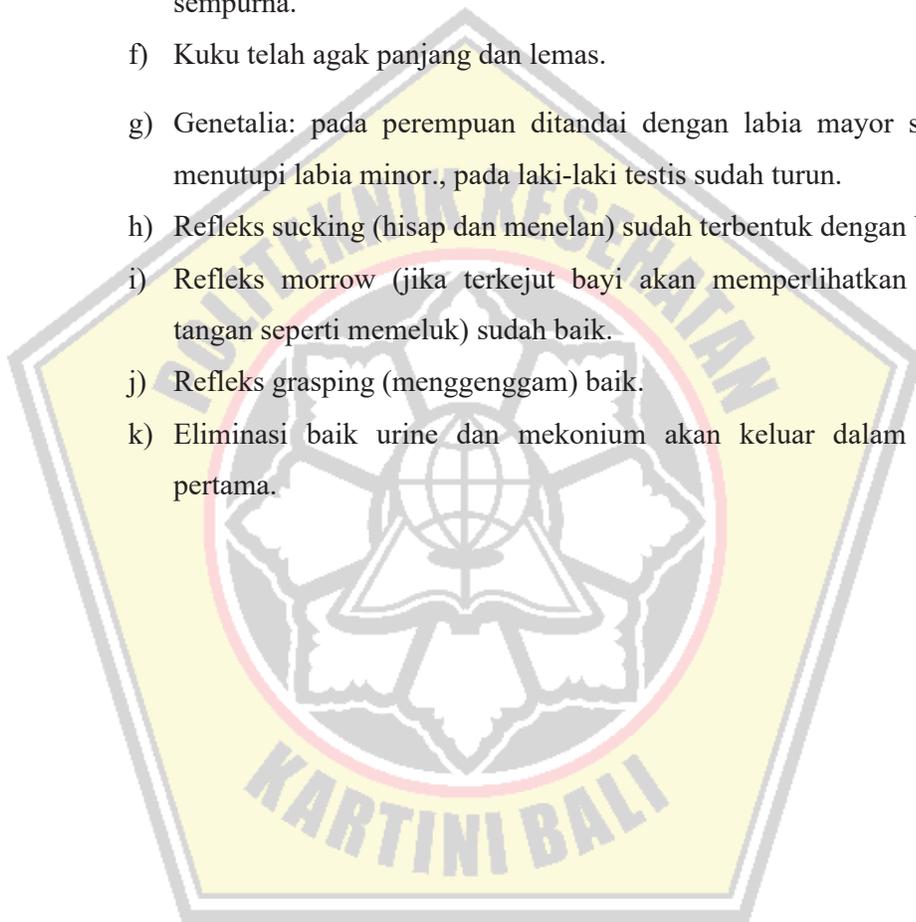
1. Kriteria Bayi Baru Lahir Normal

Kriteria bayi baru lahir normal menurut Sondakh (2013) sebagai berikut:

- a) Berat badan 2500-4000 gram, panjang badan lahir 48-52 cm,

lingkar dada 30-38 cm, lingkar kepala 33-35 cm.

- b) Frekuensi jantung dalam menit pertama $\pm 180x/$ menit, kemudian menurun sampai 120-140x/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
- c) Pernapasan pada beberapa menit pertama cepat, kira-kira 80x/menit di sertai cuping hidung, retraksi supraternal, dan interkostal, serta rintihan yang berlangsung sekitar 10-15 menit.
- d) Kulit kemerahan dan licin kerana jaringan subkutan cukup terbentuk dan lapisan vernik kaseosa
- e) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya terlihat sempurna.
- f) Kuku telah agak panjang dan lemas.
- g) Genetalia: pada perempuan ditandai dengan labia mayor sudah menutupi labia minor., pada laki-laki testis sudah turun.
- h) Refleks sucking (hisap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
- i) Refleks morrow (jika terkejut bayi akan memperlihatkan gerakan tangan seperti memeluk) sudah baik.
- j) Refleks grasping (menggenggam) baik.
- k) Eliminasi baik urine dan mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama.



Sedangkan menurut PP IBI (2016), penampilan bayi baru lahir yaitu:

- 1) Ukuran
 - a) Berat badan bayi rata-rata 2500-4000 gram
 - b) Lingkar kepala bayi rata-rata 35 cm
 - c) Panjang badan bayi normalnya 45-50 cm
 - d) Lingkar dada bayi normalnya 30-33 cm.
 - e) Tanda-tanda vital bayi : laju nafas normalnya 40-60x/ menit, laju jantung normal 100-120x/ menit, suhu normal 36,5-37,2°C.
- 2) Verniks

Cairan keputih-putihan, keabu-abuan, kekuning-kuningan, berminyak dan berlendir yang berfungsi untuk melindungi kulit bayi agar tidak tenggelam oleh air ketuban selama ia berada di dalam rahim.
- 3) Ubun-ubun

Ukuran variasi, tidak ada standar. Ubun-ubun merupakan titik lembut pada bagian atas kepala bayi ditempat tulang tengkorak yang belum sepenuhnya bertemu. Ubun-ubun besar menyatu pada usia 12-18 bulan, sedangkan ubun-ubun kecil menyatu pada usia 2 bulan.
- 4) Warna kulit dan kuku

Warna kulit dan kuku saat berada di dalam rahim yaitu merah muda, saat lahir kebanyakan berwarna biru atau ungu merah muda karena *sianosis* pada saat kelahiran, segera setelah bernafas akan berubah menjadi merah muda.
- 5) Bentuk kepala

Bentuk kepala aneh (*molase*) adalah diameter kepala bayi yang mengecil karena tulang kepala tergecet panggul dan saling bertindih. Molase alamiah pada kepala akan kembali normal pada 24-48 jam postpartum.
- 6) Mata

Kebanyakan bayi lahir dengan mata agak cembung akibat tekanan alamiah selama persalinan namun akan mengempis setelah beberapa hari.

2. Perawatan Bayi Baru Lahir

Perawatan bayi baru lahir menurut Sondakh (2013), yaitu:

- a) Pertolongan saat bayi lahir
 - 1) Sambil menilai pernafasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk diatas perut ibu.
 - 2) Bersihkan darah atau lender dari wajah. Periksa ulang pernafasan bayi, sebagian besar bayi akan menangis dalam 30 detik.

3) Klasifikasi klinik nilai APGAR

- a) Nilai 7-10 : bayi normal
- b) Nilai 4-6 : bayi asfiksia ringan-sedang
- c) Nilai 0-3 : bayi asfiksia berat

Tabel 2.6 Nilai APGAR

	Skor		
	0	1	2
A : Appearance color (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstermitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
P : Pulse (frekuensi denyut jantung)	Tidak ada	Kurang dari 100	Diatas 100
G : Grimace (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	sedikit gerakan mimik	Menangis, batuk/bersin
A : Activity (tonus otot)	Lumpuh	Ekstermitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
R : Respiration (usaha bernafas)	Tidak ada	Lemah, tidak teratur	Menangis kuat

Sumber: Sondakh, 2013

4) Perawatan mata

Tetrasiklin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata akibat klamidia (penyakit menular seksual). Obat perlu di berikan pada jam pertama setelah persalinan. Upaya profilaksis infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran

5) Pemeriksaan fisik bayi

Setelah bayi lahir perlu di lakukan pemeriksaan dari ujung rambut sampai ujung kaki seperti kepala, mata, hidung dan mulut, telinga, leher, dada, jantung, abdomen, tali pusat, alat kelamin, dan lain-lain.

6) Identifikasi bayi

Untuk memudahkan identifikasi bayi yang di pasang setelah persalinan dengan menggunakan bahan yang tahan air, tidak mudah sobek, dan halus seperti gelang plastik dan di pasang ke tangan bayi yang di cantumkan berupa nama bayi dan ibunya, tanggal lahir bayi, jenis kelamin, dan unit. Sidik jari ibu dan bayi harus tercetak di catatan yang tidak mudah hilang. Berat badan, panjang bayi, lingkar kepala dan lingkar perut, kemudian di catat dalam rekam medis.

3. Perawatan lain-lain

- a. Lakukan perawatan tali pusat
- b. Orang tua di ajarkan tanda-tanda bahaya bayi dan mereka di beritahu agar merujuk bayi dengan segera untuk perawatan lebih lanjut jika di temui hal-hal berikut :

- 1) Pernafasan : sesak atau lebih dari 60x/menit
 - 2) Warna kulit : kuning(terutama pada 24 jam pertama), biru, atau pucat. Tali pusat : merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, berdarah.
 - 3) Infeksi: suhu meningkat, pernafasan sulit, sering kejang, tidak bisa tenang, menangis terus-menerus.
 - 4) Feses/kemih: tidak berkemih dalam 24 jam dan feses lembek.
- c. Orang tua di ajarkan cara merawat bayi dan melakukan perawatan harian untuk bayi baru lahir:
- 1) Pemberian air susu ibu (ASI) sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam, mulai dari hari pertama.
 - 2) Menjaga bayi tetap hangat, bersih dan kering, serta mengganti popok.
 - 3) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering.
 - 4) Menjaga keamanan bayi terhadap trauma dan infeksi.
- d. Profilaksis perdarahan bayi baru lahir
Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K1, injeksi 1 mg intramuskuler di paha kiri sesegera mungkin untuk mencegah perdarahan bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.
- e. Pemberian imunisasi hepatitis B
Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi (JNPK- KR, 2014).
- f. Pencegahan Kehilangan Panas
Mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada bayi baru lahir, belum berfungsi sempurna oleh karena itu, jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka bayi baru lahir dapat mengalami hipotermi. Bayi dengan hipotermi sangat beresiko tinggi untuk mengalami kesakitan berat atau bahkan kematian. Hipotermi mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera di keringkan dan di selimuti walau pun berada didalam ruangan yang relative hangat (JNPK- KR, 2014).
- 1) Mekanisme kehilangan panas
 - a. Evaporasi adalah jalan utama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena segera lahir, tubuh bayi tidak segera di keringkan dan di selimuti.

- b. Konduksi adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.
- c. Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang di lahirkan di tempatkan di dalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas.
- d. Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi di tempatkan di dekat benda-benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi (JNPK-KR, 2014).

2) Mencegah kehilangan panas

- a. Keringkan bayi dengan seksama.
- b. Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih dan hangat.
- c. Selimuti bagian kepala bayi.
- d. Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya.
- e. Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir(JNPK-KR, 2014).

4. Adaptasi Fisiologi, BBL Terhadap Kehidupan di Luar Uterus

a) Adaptasi pernafasan

Pernafasan pertama bayi baru lahir normal terjadi dalam waktu 30 detik sesudah kelahiran. Pernafasan ini timbul sebagai akibat aktivitas normal sistem saraf pusat dan perifer yang di bantu oleh beberapa rangsangan lainnya.semua ini menyebabkan perangsangan pusat pernafasan dalam otak dan melanjutkan rangsangan tersebut untuk mengerakkan diafragma, serta otot-otot pernafasana lainnya.

Tekanan pada rongga bayi saat melalui jalan lahir per vaginam mengakibatkan paru-paru kehilangan $\frac{1}{3}$ dari cairan yang terdapat di dalamnya, sehingga tersisa 80-100 ml, setelah lahir cairan yang hilang tersebut akan digantikan dengan udara.

b) Adaptasi kardiovaskular

Berbagai perubahan anatomi yang berlangsung setelah bayi lahir, beberapa perubaha terjadi dengan begitu cepat dan sebagian lagi terjadi seiring berjalannya waktu.

- 1) Sirkulasi perifer lambat, yang menyebabkan akrosianosis (pada tangan, kaki, dan sekitar mulut).
- 2) Denyut nadi berkisar 120-160 kali/menit saat bangun, dan 100kali/menit

saat tidur.

- 3) Rata-rata tekanan darah adalah 80/46 mmHg dan bervariasi sesuai dengan ukuran dan tingkat aktivitas bayi. Dengan berkembangnya paru-paru pada alveoli akan terjadi peningkatan tekanan oksigen, sebaliknya tekanan karbon dioksida menurun. Hal ini mengakibatkan terjadinya penurunan resistansi pembuluh darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan *ductus arteriosus* tertutup. Setelah tali pusat dipotong aliran darah dan plasenta terhenti dan foramen ovale tertutup.
- c) Perubahan termoregulasi dan metabolik
- 1) Suhu badan bayi baru lahir dapat turun beberapa derajat karena lingkungan eksternal lebih dingin daripada lingkungan di uterus
 - 2) Suplai lemak subkutan yang terbatas dan area permukaan kulit yang besar dibandingkan dengan berat badan bayi menyebabkan bayi mudah menghantarkan panas pada lingkungan
 - 3) Kehilangan panas yang cepat dalam lingkungan yang dingin terjadi melalui konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi
 - 4) Trama dingin (hipotermi) pada bayi baru lahir dalam hubungannya dengan asidosis metabolik dapat bersifat mematikan bahkan pada bayi cukup bulan yang sehat
- d) Perubahan neurologis
- 1) Sistem neurologis bayi secara anatomik masih belum berkembang secara sempurna
 - 2) Bayi baru lahir menunjukkan gerakan yang tidak terarah/ tidak terkoordinasi, pengaturan tubuh yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas
 - 3) Perkembangan neonatus sangat cepat. Saat bayi tumbuh, perilaku yang lebih kompleks
 - 4) Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan bayi.

Tabel 2.7 Reflek Pada BBL

Refleks	Respon
Rooting dan menghisap	Bayi baru lahir menolehkan kepalanya ke arah stimulus, membuka mulut dan mulai menghisap bila pipi, bibir atau sudut mulut bayi di sentuh dengan jari atau puting
Menelan	Bayi baru lahir menelan berkoordinasi dengan menghisap bila cairan di letakkan di belakang lidah

Ekstrusi	Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar apabila ujung lidah di sentuh dengan jari atau outing
Moro	Ekstensi simetris bilateral dan abduksi seluruh ekstremitas, dengan ibu jari dan jari telunjuk membentuk "C", diikuti dengan adduksi ekstremitas dan kembali fleksi relaks jika posisi bayi berubah tiba-tiba atau jika bayi diletakkan terlentang pada permukaan yang datar
Melangkah	Bayi akan melangkah dengan satu kaki dan kemudian kaki lainnya dengan gerakan berjalan bila satu kaki di sentuh pada permukaan rata
Merangkak	Bayi akan berusaha untuk merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan

	telungkup pada permukaan yang datar
Tonik leher	Ekstremitas pada satu sisi di mana saat kepala di tolehkan akan ekstensi dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi beristirahat
Terkejut	Bayi melakukan abduksi dan fleksi seluruh ekstremitas dan dapat mulai menangis bila mendapat gerakan mendadak atau suara keras
Ekstensi silang	Kaki bayi yang berlawanan akan fleksi dan kemudian ekstensi dengan cepat seolah-olah berusaha untuk memindahkan stimulus ke kaki yang lain bila diletakkan telentang, bayi akan mengekstensikan satu kaki sebagai respons terhadap stimulus pada telapak kai
Glabellar "blink"	Bayi akan berkedip bila lakukan 4 atau 5 ketuk pertama pada batang hidung saat mata terbuka
Palmar grasp	Jari bayi akan melekuk di sekeliling benda dan menggengamnya seketika bila jari diletakkan di tangan bayi
Plantar grasp	Jari bayi akan melekuk di sekeliling benda ketika jari diletakkan di telapak kaki bayi
Babinski	Jari-jari kaki bayi akan hiperekstensi dan terpisah seperti kipas dari dorsofleksi ibu jari kaki bila satu sisi kaki digosok dari tumit keatas melintasi bantalan kaki

Sumber : Sondakh, 2013

e) Adaptasi gastrointestinal

- 1) Enzim-enzim digestif aktif saat lahir dan dapat menyokong kehidupan ekstrauterin pada kehamilan 36-38 minggu.
- 2) Perkembangan otot dan reflek yang penting untuk menghantarkan makanan sudah terbentuk saat lahir.
- 3) Pencernaan protein dan karbohidrat telah tercapai, pencernaan dan

absorpsi lemak kurang baik karena tidak adekuatnya enzim-enzim pankreas dan lipase. Kelenjar sanjaya imatur saat lahir, sedikit sanjaya diolah sampai bayi berusia 3 bulan.

- 4) Pengeluaran mekonium, yaitu feses berwarna hitam kehijauan, lengket, dan mengandung darah samar, dieskresikan dalam 24 jam pada 90% bayi baru lahir yang normal.
- 5) Variasi besar terjadi diantara bayi bayi baru lahir tentang minat pada makanan, gejala-gejala lapar, dan jumlah makanan yang ditelan pada setiap kali pemberian makanan.
- 6) Beberapa bayi baru lahir menyusu segera bila diletakkan pada payudara, sebagian lainnya memerlukan 48 jam untuk menyusu secara efektif.
- 7) Gerakan acak tangan ke mulut dan menghisap jari telah di amati didalam uterus, tindakan-tindakan ini berkembang baik pada saat lahir dan diperkuat dengan rasa lapar.

f) Adaptasi ginjal

- 1) Laju filtrasi glomerulus relative rendah pada saat lahir disebabkan oleh tidak adekuatnya karyapermukaan kapiler glomerulus.
- 2) Meskipun keterbatasan ini tidak mengancam bayi baru lahir yang normal, tetapi menghambat kapasitas bayi untuk merespon terhadap stresor.
- 3) Penurunan kemampuan untuk mengekresikan obat-obatan dan kehilangan cairan yang berlebihan mengakibatkan asidosis dan ketidakseimbangan cairan.
- 4) Sebagian besar bayi baru lahir berkemih dalam 24jam pertama setelah lahir dan 2/6 kali sehari pada 1/2 hari pertama, setelah itu, mereka berkemih 5/20 kali dalam 24jam.
- 5) Urine dapat keruh karena lender dan garam asam urat, noda kemerahan (debu batu bata) dapat diamati pada popok karena Kristal asam urat.

g) Adaptasi hati

- 1) Selama kehidupan janin dan sampai tingkat tertentu setelah lahir, hati terus membantu pembentukan darah. Selama periode neonatus, hati memproduksi zat yang esensial untuk pembekuan darah.
- 2) Penyimpanan zat besi ibu cukup memadai bagi bayi sampai 5bulan kehidupan ekstra uterine, pada saat ini, bayi baru lahir menjadi rentan terhadap defisiensi zat besi.
- 3) Hati juga mngontrol jumlah bilirubin tak terkojugasi yang bersirkulasi, pigmen berasal dari hemoglobin dan dilepaskan bersamaan dengan

pemecahan sel-sel darah merah.

h) Adaptasi imun

- 1) Bayi baru lahir tidak dapat membatasi organisme penyerang pintumasuk.
- 2) Imaturitas jumlah sistem pelindung secara signifikan meningkatkan resiko infeksi pada periode bayi baru lahir.
- 3) Infeksi merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas selama periode neonates (Sondakh, 2013:).

5. Kunjungan Neonatus

Pelaksanaan kunjungan neonatus menurut Madya (2016) adalah sebagai berikut:

- a. Kunjungan neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan pada kurun waktu 6-48 jam setelah lahir
- b. Kunjungan neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke 3-7 setelah lahir
- c. Kunjungan neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke 8-28 setelah lahir

Kunjungan neonatal bertujuan untuk meningkatkan akses neonatus terhadap pelayanan kesehatan dasar, mengetahui sedini mungkin bila terdapat kelainan/masalah kesehatan. Resiko terbesar kematian neonatus terjadi pada 24 jam pertama kelahiran, minggu pertama dan bulan pertama kehidupannya. Perawatan dan pemeriksaan bayi baru lahir menggunakan pendekatan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) untuk memastikan bayi dalam keadaan sehat.

E. Konsep dasar KB atau Pelayanan Kontrasepsi

1. Pengertian

Kontrasepsi berasal dari kata “kontra”, artinya melawan dan “konsepsi”, artinya pembuahan. Jadi, kontrasepsi berarti “mencegah bertemunya sperma dan ovum, sehingga tidak terjadi pembuahan yang mengakibatkan kehamilan” (Irianto, 2012).

2. Macam-Macam Metode Kontrasepsi

Macam-macam kontrasepsi menurut PP IBI (2016) yaitu:

- a. Kontrasepsi pil kombinasi

Kontrasepsi pil kombinasi adalah pil yang mengandung hormon estrogen dan progesteron dengan dosis tertentu. Hormon di dalam pil ini, sangat mirip dengan hormon estrogen dan progesteron yang ada dalam tubuh perempuan. Dengan penggunaan yang benar, hanya terjadi kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan atau 3 kehamilan per 1000

perempuan ditahun pertama penggunaannya.

Tabel 2.8 Penanganan Efek Samping Yang Sering Terjadi

Efek samping atau masalah	Penanganan
Amenore	Tes kehamilan, bila tidak hamil dan klien minum pil dengan benar, tenangkan klien. Tidak datang haid kemungkinan besar karena kurang adekuatnya efek estrogen terhadap endometrium. Tidak perlu pengobatan khusus.
Mual, pusing, atau muntah	Tes kehamilan. Bila tidak hamil, sarankan minum pil saat makan malam, atau sebelum tidur.
Perdarahan pervaginam/spotting	Tes kehamilan atau periksa ginekologik. Sarankan minum pil pada waktu yang sama. Jelaskan bahwa perdarahan atau spotting merupakan hal yang biasa terjadi dalam 3 bulan pertama, dan lambat laun akan berhenti sendiri.

Sumber :PP IBI, 2016

1) Kontasepsi pil progestin

Kontrasepsi pil progestin atau minipil adalah pil yang mengandung progestin dalam dosis yang sangat rendah. Mekanisme kontrasepsi pil progestin terjadi melalui penebalan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma melalui kanalis servikalis. Dengan penggunaan yang benar, efektifitas kontrasepsi pil progestin adalah 99,95%. Efek samping dan penatalaksanaannya, sebagai berikut:

1) Gangguan frekuensi dan lamanya haid

Perdarahan atau haid yang tidak teratur seringkali terjadi pada pengguna pil progesteron. Lakukan pemeriksaan tambahan untuk mencari penyebab perdarahan yang belum jelas sebabnya, karena gejala seperti itu dapat disebabkan oleh infeksi, obat-obatan atau kondisi abnormal lainnya. Bila terjadi amenore yang lama, sebaiknya lakukan pemeriksaan untuk menyingkirkan kemungkinan adanya kehamilan.

2) Sefalgia

Penggunaan pil progestin tidak dianjurkan untuk klien yang mempunyai riwayat migren atau sefalgia berat. Demikian pula halnya apabila penggunaan pil progestin memperberat migren yang telah ada sebelumnya.

2) Kontrasepsi suntik

Jenis kontrasepsi suntikan yaitu:

1) Kontasepsi suntik kombinasi

a) Pengertian

Kontasepsi suntik kombinasi (KSK) terdiri dari 2 hormon yaitu progestin dan estrogen seperti hormon alami pada tubuh seorang perempuan. Progestin yang digunakan adalah *Medroxy Progesterone Acetate* (MPA) dan estrogennya adalah *Estradiol Cypionate*. Suntikan kombinasi, dipasarkan dengan nama dagang *Ciclofem*, *Ciclofemina*, *Cyclofem*, *Cyclo-provera*, dll.

b) Efek samping dan penanganannya

- Amenore (tidak ada perdarahan atau spotting)

Bila tidak terjadi kehamilan, dan tidak perlu diberikan pengobatan khusus. Jelaskan bahwa darah tidak berkumpul didalam rahim. Anjurkan klien untuk kembali ke klinik bila tidak datangnya haid menjadi masalah. Bila klien hamil, hentikan penyuntikan dan jelaskan bahwa hormon estrogen dan progesteron sedikit sekali pengaruhnya pada janin

- Mual, pusing, atau muntah (akibat reaksi anafilatik)

Lakukan tes kehamilan atau pemeriksaan ginekologik. Bila tidak hamil, informasikan bahwa hal ini adalah hal biasa dan akan hilang dalam waktu dekat. Bila hamil, hentikan penyuntikan.

- Perdarahan pervaginam atau spotting

Lakukan tes kehamilan atau pemeriksaan ginekologik. Bila tidak hamil, jelaskan bahwa perdarahan atau spotting merupakan hal yang biasa terjadi dalam 3 bulan pertama, dan lambat laun akan berhenti sendiri. Bila perdarahan berlanjut, ganti dengan metode kontrasepsi yang lain.

2) Kontasepsi suntik progestin

a) Pengertian

Kontasepsi suntik progestin yang umum digunakan adalah Depo Medroxyprogesteron Acetate (DMPA) dan

Norethisteron Enanthate (Net-En) yang merupakan derivat progesteron alamiah yang ada didalam tubuh seorang perempuan. Kontrasepsi progestin, tidak mengandung estrogen sehingga dapat digunakan pada masa laktasi dan perempuan yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen. Selain itu, menurut jurnal Purwaningsih (2015) kadar estrogen yang tinggi pada kontrasepsi dapat menekan FSH, sehingga merangsang *lobus anterior hipofise* untuk mengeluarkan *luteinizing hormone*. Produksi *luteinizing hormone* ini dibawah pengaruh *releasing hormone* yang disalurkan dari *hipotalamus* ke *hipofisis*. Adanya *sekresi luteinizing hormone*, maka dapat menyebabkan *hipotalamus* untuk melepas faktor penghambat *prolaktin* (PIF) yang dianggap sebagai *dopamin*. *Dopamin* ini dapat menurunkan *sekresi prolaktin* sampai sepuluh kali lipat. Bila *sekresi prolaktin* dihambat, maka sel-sel *alveoli* pada payudara tidak akan memproduksi air susu. Dengan tidak adanya produksi air susu, maka pengeluaran ASI juga terhambat.

b) Efektifitas

Menurut PP IBI (2016), Efektifitas suntikan progestin sangat tinggi yaitu 3 kehamilan per 1000 perempuan pada tahun pertama penggunaan, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yaitu setiap 12 minggu

c) Efek samping dan penatalaksanaannya

- Amenore

Jelaskan pada klien bahwa sebagian besar pengguna suntikan progestin mengalami hal ini. Haid tidak harus setiap bulan dan hal ini tidak mengganggu kesehatan ibu. Klien tidak menjadi infertil karena darah tidak terkumpul didalam rahim. Beberapa pengguna justru merasa senang tidak mendapat haid. Bila klien merasa terganggu dengan hal ini, anjurkan menggunakan suntik kombinasi.

- Perdarahan ireguler

Jelaskan bahwa kondisi ini tidak mengganggu

kesehatan klien dangangguan ini akan berkurang setelah beberapa bulan penggunaan. Untuk penanganan jangka pendek, gunakan ibuprofen 3x800 mg per hari selama 5 hari atau asam mefenamat 2 x 500 mg setelah makan.

- Kenaikan berat badan

Lakukan kajian pola diet dan jika terjadi masalah, rujuk klien ke ahli gizi

- Perdarahan banyak atau berkepanjangan

Untuk penanganan efek samping ini dapat menggunakan kontrasepsi oral kombinasi 1 tablet sehari selama 21 hari yang dimulai sejak timbulnya perdarahan atau 50 µg *ethinyl estradiol* per hari selama 21 hari dimulai sejak timbulnya perdarahan.

- Sefalgia

Untuk sefalgia yang terkait dengan pemakaian suntikan progestin, dapat diberikan aspirin (325-650 mg). Ibuprofen (200-400 mg), paracetamol (325-1000 mg) atau penghilang nyeri lainnya. Jika sefalgia menjadi lebih berat atau lebih sering timbul selama penggunaan suntikan progestin maka lakukan evaluasi tentang kemungkinan penyebab lainnya (Sujiyati, 2011).

d) Waktu penggunaan

- Setelah melahirkan, jika menyusui:

- Bisa mulai 6 minggu setelah melahirkan
- Jika lebih dari 6 minggu dan kurang dari 6 bulan, menyusui penuh dan masih belum haid, klien boleh mendapat suntikan kapan saja
- Jika menyusui tidak penuh, sebaiknya mulai 6 minggu setelah melahirkan karena menunggu lebih lama berisiko hamil

- Selah melahirkan jika tidak menyusui

- Bisa mulai setelah melahirkan (tidak perlu perlindungan tambahan).
- 6 minggu setelah melahirkan klien bisa mulai

jika dipastikan tidak hamil. Jika dia masih belum mendapat haid dia harus menghindari senggama atau memakai kondom selama 7 hari sejak mendapat suntikan pertama (Kemenkes RI, 2014).

3) Implant

Menurut Irianto (2012), Implant adalah alat kontrasepsi berbentuk kapsul silastik berisi hormon jenis progesteron sintetis yang ditanamkan dibawah kulit lengan bagian atas.

1) Jenis implant

- Terdiri dari 6 kapsul sintetis, dimana setiap kapsul berisi *levonorgestrel* sebanyak 36 mg (norplant).
- Terdiri dari satu kapsul silastik berisi 68 mg 3-*ketodesgestrel* dan 66 mg kopolimer EVA (implanon).
- Terdiri dari 2 kapsul silastik berisi *levonorgestrel* 75 mg (jadena).

2) Cara kerja

- Menekan ovulasi yang akan mencegah lepasnya sel telur dari indung telur
- Mengentalkan lendir serviks sehingga sperma tidak bisa masuk ke dalam rahim
- Menipiskan endometrium sehingga siap untuk nidasi

3) Keuntungan

- Daya guna tinggi (kegagalan 0,2 per 100 wanita).
- Memberi perlindungan jangka panjang.
- Tingkat kesuburan cepat kembali setelah implan di cabut.
- Tidak perlu melakukan pemeriksaan dalam.
- Dapat dicabut setiap saat menurut kebutuhan.
- Tidak mengganggu kegiatan senggama dan tidak mengganggu produksi ASI.
- Tidak mengandung estrogen yang menyebabkan berbagai efek samping pada pemakaian pil kontrasepsi.

4) Kerugian

- Mengalami efek samping gangguan siklus haid berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak, dan amenorea
- Tidak memberikan perlindungan terhadap penyakit hepatitis B, infeksi IMS dan AIDS.
- Sakit kepala.
- Perubahan berat badan (biasanya meningkat).

5) Waktu pemasangan implan:

- Selama haid (dalam waktu 7 hari pertama siklus haid).
- Pasca persalinan (3-4 minggu).
- Pasca keguguran (segera atau dalam 7 hari pertama).
- Sedang menyusukan bayinya secara eksklusif (lebih dari 6 minggu pascapersalinan dan sebelum 6 bulan pasca persalinan).

4) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) adalah suatu alat plastik atau logam kecil yang dimasukkan ke uterus melalui kanalis servikalis yang bertujuan untuk pencegahan kehamilan yang sangat efektif, berjangka panjang, aman dan reversibel bagi wanita tertentu, terutama yang tidak terjangkau PMS dan sudah pernah melahirkan.

1) Jenis AKDR

- IUD yang mengandung hormon steroid seperti IUD *progestasert*® yang mengandung progesteron dan yang baru dikembangkan IUD *LevoNova*® mengandung *levonorgestral*.
- IUD yang mengandung tembaga seperti *Copper T* (CUT 380 A dan 200 C), multiload (ML CU 250 dan 375), dan *Nova T*.

2) Jangka waktu pemakaian IUD

Badan Obat Federal Amerika (USFDA) telah menyetujui pemakaian *IUD Copper T 380 A* mempunyai jangka waktu penyimpanan selama 7 tahun.

3) Waktu pemasangan IUD

- Setiap saat pada siklus haid bila sudah dipastikan tidak hamil
- Pasca persalinan : segera setelah persalinan 48 jam pertama setelah persalinan atau 6-8 minggu setelah persalinan. Perhatian hindari pemasangan setelah 1 minggu atau 6 minggu karena resiko

perforasi saat pemasangan sangat besar

- Setelah abortus spontan bila tidak ada infeksi.



6. Pendokumentasian SOAP

Dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien, dan tim kesehatan tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien, dan respon pasien terhadap semua asuhan yang telah diberikan (Sudarti, 2011; 38).

Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang telah dan akan dilakukan pada seorang pasien, didalamnya tersirat proses berfikir bidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan (Sudarti, 2011; 39).

Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP, yaitu :

1. Data Subyektif

Data subjektif merupakan Data yang berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien atau anamnesa. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosis.

2. Data Obyektif

Data objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain.

3. Analysis

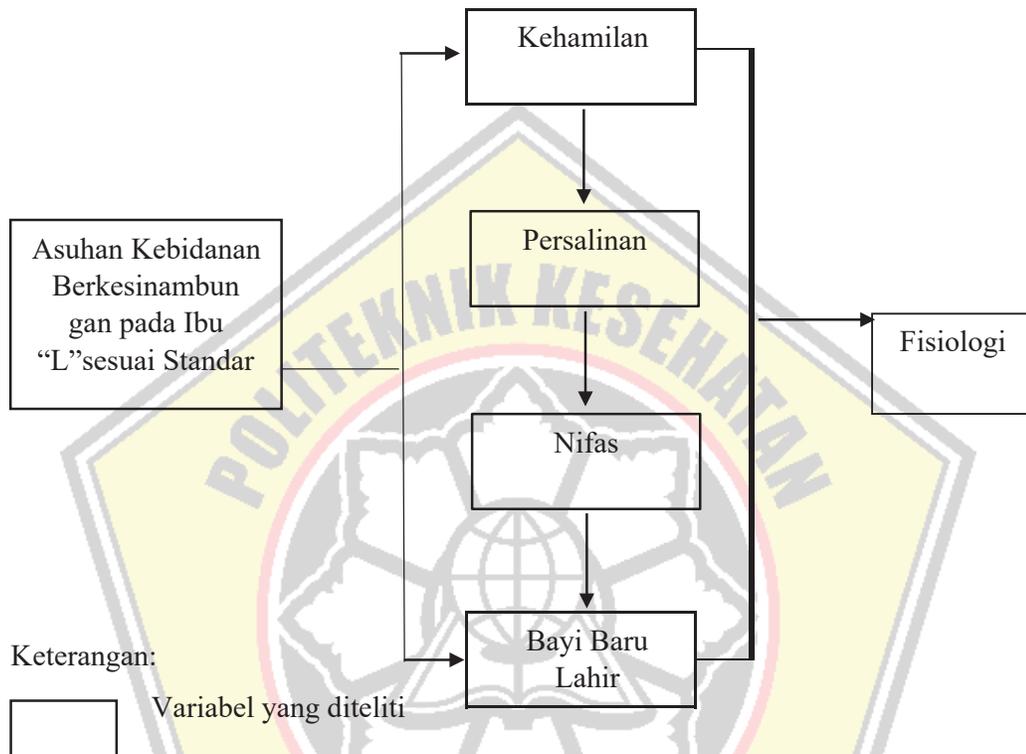
Pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif (Muslihatun, 2009).

4. Planning

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah sebelumnya. Semua perencanaan harus dibuat sesuai dengan pertimbangan yang tepat meliputi pengetahuan, teori yang *up to date*, perawatan berdasarkan bukti (*evidence based care*, serta divalidasikan dengan asumsi mengenai apa yang diinginkan dan tidak diinginkan oleh pasien (Sulistyawati, 2011).

7. Kerangka Pikir

Kerangka pikir asuhan kebidanan yang diberikan kepada Ny.“L” selama masa kehamilan, persalinan, masa nifas, dan bayi baru lahir yaitu sebagai berikut:



Gambar 2.1

Bagan Kerangka Pikir Asuhan Ny.“L”