

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

1) Definisi

Kehamilan adalah proses yang terjadi dari ovulasi sampai partus kira-kira 280 hari (40 minggu), dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu). Ditinjau dari tuanya kehamilan, kehamilan dibagi dalam 3 bagian. Masing-masing triwulan pertama (trimester I) antara 0 sampai 12 minggu, triwulan kedua (trimester II) antara 12 sampai 28 minggu, dan triwulan ketiga (trimester III) antara 28 sampai 40 minggu (Prawirohardjo, 2005: 125).

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga bayi lahir, kehamilan normal akan berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Sarwono, 2009 : 213).

2) Perubahan dan Adaptasi Fisiologis Kehamilan Trimester 3

(1) Sistem reproduksi

a) Vagina dan vulva

Dinding vagina mengalami penebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat dan hipertropi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina.

b) Serviks uteri

Pada saat kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan yang relatif dilusi dalam keadaan menyebar (*disperse*).

c) Uterus

Pada akhir kehamilan uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dan akan menyentuh dinding abdomen, mendorong usus kesamping dan keatas.

d) Ovarium

Pada trimester ke 3, korpus luteum sudah tidak berfungsi lagi karena telah digantikan oleh plasenta yang telah terbentuk.

(2) Sistem payudara

Dari kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning dan banyak mengandung lemak yang disebut kolostrum.

(3) Sistem endokrin

Kelenjar tiroid akan mengalami perbesaran 15 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasi kelenjar dan peningkatan vaskularisasi.

(4) Sistem perkemihan

Keluhan sering kencing akan timbul dikarenakan kandung kemih tertekan bagian terbawah janin.

(5) Sistem pencernaan

Konstipasi terjadi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat. Perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar kearah atas dan lateral.

(6) Sistem muskuloskeletal

Peningkatan distensi abdomen yang membuat panggul miring ke depan, penurunan tonus otot dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang. Pusat gravitasi wanita bergeser ke depan.

(7) Sistem kardiovaskuler

Selama kehamilan jumlah leukosit akan meningkat yakni berkisar antara 5.000-12.000 dan peningkatan jumlah granulosit, limfosit, monosit.

(8) Sistem integumen

Pada kulit dinding perut terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha perubahan ini dikenal dengan *striae gravidarum*. Kadang muncul pada wajah dan leher disebut *chloasma* atau *melasma gravidarum*. Pada kebanyakan perempuan kulit di garis pertengahan perut akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut *linea nigra*.

(9) Sistem metabolisme

Perubahan metabolisme adalah metabolisme basal naik sebesar 15-20 % dari semula terutama pada TM ke III

- a) Keseimbangan asam basa mengalami penurunan dari 155 mEq per liter menjadi 145 mEq per liter disebabkan hemodilusi darah dan kebutuhan mineral yang diperlukan janin.
- b) Kebutuhan protein wanita hamil makin tinggi untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, perkembangan organ kehamilan janin dan persiapan laktasi.
- c) Kebutuhan kalori didapat dari karbohidrat, lemak dan protein.
- d) Kebutuhan zat mineral untuk ibu hamil meliputi :
 - (i) Kalsium 1,5 gram setiap hari, 30- 40 gram untuk pembentukan tulang janin.
 - (ii) Fosfor rata rata 2 gram sehari.
 - (iii)Zat besi 800 mg atau 30-50 mg sehari, air ibu hamil memerlukan air cukup banyak dan dapat terjadi retensi air.

(10) Sistem berat badan dan indeks masa tubuh

Kenaikan berat badan sampai akhir kehamilan 11-12 kg.

(11) Sistem pernafasan

Ibu hamil mengalami kesulitan bernafas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar kearah diafragma.

(Suryati 2011 : 73)

3) Perubahan dan Adaptasi Psikologis Kehamilan Trimester 3

- a. Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh dan tidak menarik.
- b. Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak hadir tepat waktu.
- c. Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- d. Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- e. Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
- f. Merasa kehilangan perhatian.
- g. Perasaan sensitif.
- h. Libido menurun.

(Suryati 2011: 90)

4) Ketidaknyamanan pada TM III

- a. Nyeri punggung
- b. Keputihan
- c. Konstipasi
- d. Dispnea (sesak nafas)
- e. Kaki kram
- f. Diuresis
- g. Edema (Roumali, 2011 :191)

5) Tanda Bahaya Kehamilan Trimester 3

- a. Perdarahan pervaginam.
- b. Sakit kepala yang hebat.
- c. Penglihatan kabur.
- d. Bengkak pada muka dan jari tangan.
- e. Keluar cairan pervaginam.
- f. Gerakan janin tidak terasa.

(Suryati, 2011 : 153)

6) Kebutuhan Dasar Kehamilan

- a. Oksigen

Gangguan pernafasan bisa terjadi saat hamil sehingga mengganggu pemenuhan kebutuhan oksigen untuk ibu hamil dan janin. Untuk mencegah hal tersebut maka perlu latihan nafas melalui senam ibu hamil, tidur dengan bantal lebih tinggi, makan tidak terlalu banyak.

- b. Nutrisi

Makanan harus disesuaikan dengan keadaan ibu. Bila ibu hamil memiliki kelebihan berat badan maka makanan pokok dan tepung-tepung dikurangi dan memperbanyak sayur dan buah segar untuk menghindari sembelit.

- c. Personal hygiene

Mandi dianjurkan minimal 2 kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat. Pakaian yang dipakai harus longgar, bersih dan menyerap keringat.

d. Eliminasi

Konstipasi terjadi karena pengaruh hormon progesteron dan desakan usus oleh pembesaran janin. Tindakan pencegahannya adalah mengonsumsi makanan tinggi serat minum banyak air putih. Sering buang air kecil terjadi karena pembesaran janin yang mendesak kandung kemih. Tindakan mengurangi asupan cairan untuk mengurangi keluhan ini sangat tidak dianjurkan, karena akan menyebabkan dehidrasi

e. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan hingga akhir kehamilan, namun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak koitus selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak dibenarkan jika terdapat perdarahan pervaginam, riwayat abortus berulang, abortus/partus prematurus imminens, dan ketuban pecah sebelum waktunya.

f. Mobilisasi

Ibu hamil dapat dianjurkan untuk melakukan pekerjaan rumah tangga secara berirama sengan menghindari gerakan menyentak sehingga mengurangi ketegangan pada tubuh dan menghindari kelelahan.

g. Istirahat

Ibu hamil dianjurkan tidur malam \pm 8 jam dan istirahat dalam keadaan rileks pada siang hari selama 1 jam.

(Suryati, 2011 : 134-144)

7) Pelayanan Antenatal Terpadu

Bahwa dalam melakukan pemeriksaan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai standar yang terdiri dari:

- a. Timbang berat badan : Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.
- b. Ukur lingkaran lengan atas (LiLA) : Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko Kurang Energi Kronis (KEK). Lingkaran Lengan Atas (LiLA) minimal 23,5 cm.
- c. Ukur tekanan darah : Untuk mendeteksi adanya hipertensi pada kehamilan dan preeklampsia.
- d. Ukur tinggi fundus uteri : Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.
- e. Hitung denyut jantung janin (DJJ) : DJJ normal 120-160/menit.
- f. Tentukan presentasi janin : Pada trimester 3, bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain.
- g. Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT) : Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ini.
- h. Beri tablet tambah darah (tablet besi) : Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.
- i. Periksa laboratorium (rutin dan khusus).

- 1) Pemeriksaan golongan darah.
 - 2) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb).
 - 3) Pemeriksaan protein dalam urin.
 - 4) Pemeriksaan kadar gula darah.
 - 5) Pemeriksaan darah malaria.
 - 6) Pemeriksaan tes sifilis.
 - 7) Pemeriksaan HIV (*Human Immunodeficiency Virus*).
 - 8) Pemeriksaan BTA (Bakteri Tahan Asam).
- j. Tatalaksana/penanganan kasus : Setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan.
- k. KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) efektif meliputi:
- 1) Kesehatan ibu.
 - 2) Perilaku hidup bersih dan sehat.
 - 3) Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan.
 - 4) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas.
 - 5) Asupan gizi seimbang.
 - 6) Gejala penyakit menular dan tidak menular.
 - 7) Penawaran untuk melakukan konseling dan *testing* HIV di daerah tertentu (risiko tinggi).
 - 8) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif.
 - 9) KB (Keluarga Berencana) paska persalinan.
 - 10) Imunisasi.

11) Peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (*Brain booster*).

(Kemenkes Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, 2010 : 16-20)

8) Konsep Nyeri Punggung

a. Definisi

Nyeri punggung adalah nyeri di punggung bagian atas atau bawah. Nyeri punggung memengaruhi sebagian besar ibu hamil sampai derajat tertentu, sedangkan 15% diperkirakan akan mengalami nyeri punggung hebat (Tharpe dan Farley, 2009: 44).

b. Etiologi

Penyebab dari nyeri punggung antara lain adalah sebagai berikut:

1. Spasme otot karena tekanan saraf.
2. Kelelahan
3. Mekanik tubuh yang kurang baik yakni menempatkan beban tegangan pada punggung dan bukan paha.
4. Pada waktu mengangkat beban dilakukan dengan membungkuk bukan dengan berjongkok.

(Sulistyawati, 2012: 141)

c. Patofisiologi

Ketika usia kehamilan bertambah, pusat gravitasi wanita bergeser dan kompensasi postural terjadi yaitu kifosis vertebra servikalis yang mengakomodasi pertumbuhan dan berat payudara dan lordosis vertebra lumbalis yang mengakomodasi distensi abdomen. Perubahan tersebut yang dikombinasikan

dengan perubahan hormonal yang mengendurkan ligamen sendi dapat menyebabkan nyeri punggung pada ibu hamil (Tharpe dan Farley, 2009: 44).

d. Cara mengatasi

Untuk mengatasi keluhan nyeri punggung adalah dengan cara:

1. Gunakan mekanika tubuh yang baik, misalnya:
 - a. Agar kaki (paha) yang menahan beban dan tegangan (bukan punggung), jangan membungkuk saat mengambil barang, tetapi berjongkok.
 - b. Lebarkan kaki dan letakkan satu kaki sedikit di depan kaki yang lain saat membungkuk agar terdapat dasar yang luas untuk keseimbangan saat bangkit dari posisi jongkok.
2. Gunakan bra yang menopang payudara dengan ukuran yang tepat.
3. Hindari menggunakan sepatu hak tinggi, mengangkat beban berat dan kelelahan.
4. Gunakan kasur yang nyaman dan tidak terlalu lunak (jangan yang mudah melengkung).
5. Alasi punggung dengan bantal tipis untuk meluruskan punggung.
6. Massase punggung oleh suami menjelang tidur atau saat santai untuk mengurangi rasa nyeri punggung.

(Astuti, 2010: 73-74)

2.2 Persalinan

1) Definisi

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (JNPK-KR, 2008 : 39).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Sarwono, 2006 : 100).

2) Teori Penyebab Bermulanya Persalinan

a. Teori penurunan kadar hormone prostaglandin

Progesteron merupakan hormon penting untuk mempertahankan kehamilan. Progesteron berfungsi menurunkan kontraktilitas dengan cara meningkatkan potensi membran istirahat pada sel miometrium sehingga menstabilkan Ca membran dan kontraksi berkurang, uterus rileks dan tenang. Pada akhir kehamilan terjadi penurunan kadar progesteron yang mengakibatkan peningkatan kontraksi uterus karena sintesa prostaglandin di chorioamnion.

b. Teori distensi rahim

Otot rahim memiliki kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Rahim yang dapat membesar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim, sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenter. Misalnya ibu hamil

ganda sering terjadi kontraksi setelah peregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan.

c. Teori iritasi mekanik

Dibelakang serviks terdapat ganglion servikal (fleksus Frankenhauser). Bila ganglion ini digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, maka akan timbul kontraksi.

d. Teori plasenta sudah tua

Plasenta yang menjadi tua akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron yang menyebabkan kekejangan pembuluh darah, hal ini akan menimbulkan kontraksi rahim.

(Marmi, 2012 :4-9)

3) Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

a. Jalan lahir (*passage*)

1) Jalan lahir di bagi atas :

- (a) Bagian keras tulang – tulang panggul (rangka panggul).
- (b) Bagian lunak panggul.

2) Anatomi jalan lahir

(a) Jalan lahir keras : pelvis/panggul, terdiri dari 4 buah tulang yaitu :

- 1) 2 buah Os.coxae, terdiri dari : os. Ilium, os. Ischium, os. pubis
- 2) 1 buah Os.sacrum : promontorium
- 3) 1 buah Os.coccygis.

Tulang panggul di pisahkan oleh pintu atas panggul menjadi 2 bagian :

- (1) Pelvis major : bagian di atas pintu atas panggul dan tidak berkaitan dengan persalinan.
- (2) Pelvis minor : menyerupai suatu saluran yang menyerupai sumbu melengkung ke depan.

Ukuran – ukuran panggul :

- (1) Distansia spinarium (24 – 26 cm)
 - (2) Distansia cristarium (28 – 30 cm)
 - (3) Conjugate externa (18 – 20 cm)
 - (4) Lingkar panggul (80-90 cm)
 - (5) Conjugate diagonalis (12,5 cm)
- (b) Jalan lahir lunak : segmen bawah rahim, serviks, vagina, introitus vagina, dan vagina, muskulus dan ligamentum yang menyelubungi dinding dalam dan bawah panggul.

3) Bidang – bidang hodge

Adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan, yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam.

Bidang hodge :

- (a) Hodge I : promontorium pinggir atas simfisis
- (b) Hodge II : hodge I sejajar pinggir bawah simfisis
- (c) Hodge III : hodge I sejajar ischiadika
- (d) Hodge IV : hodge I sejajar ujung coccygeus

b. *Passenger*(janin dan plasenta)

1) Janin

Persalinan normal terjadi bila kondisi janin adalah letak bujur, presentasi belakang kepala, sikap fleksi dan tafsiran berat janin <4000 gram.

2) Plasenta

Plasenta berada di segmen atas rahim (tidak menghalangi jalan rahim). Dengan tuanya plasenta pada kehamilan yang bertambah tua maka menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga menyebabkan kekejangan pembuluh darah, hal ini akan menimbulkan kontraksi.

c. Power(kekuatan)

Yaitu faktor kekuatan ibu yang mendorong janin keluar dalam persalinan terdiri dari

1)His (kontraksi otot rahim). His dikatakan sempurna bila :

- (a) kerja otot paling tinggi di fundus uteri.
- (b) bagian bawah uterus dan serviks tertarik hingga menjadi tipis dan membuka.
- (c) adanya koordinasi dan gelombang kontraksi, kontraksi simetris dengan dominasi di fundus uteri dan amplitudo sekitar 40-60 mmHg selama 60-90 detik.

2) Kontraksi otot dinding perut.

3) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan.

4) Ketegangan dan kontraksi ligamentum.

(Marmi, 2012 : 27-54)

4) Perubahan dan Adaptasi Fisiologi Persalinan

a. Perubahan metabolisme

Metabolisme karbohidrat meningkat dengan kecepatan tetap yang disebabkan oleh aktivitas otot. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, denyut jantung dan cairan yang hilang.

b. Perubahan pada ginjal

Poliuria diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal.

c. Perubahan pada saluran cerna

Saluran cerna bekerja dengan lambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama.

d. Perubahan hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gr/100 ml selama persalinan. (Marmi, 2012 : 170-173).

e. Kontraksi uterus

Kala I : Ketika persalinan maju, pemanjangan serabut otot di segmen bawah uterus diikuti dengan pemendekan, normalnya beberapa millimeter pada bagian yang paling tipis. Jika pemendekan segmen bawah uterus terlalu tipis maka akan terbentuk cincin retraksi patologik (cincin *Bandl*). Kontraksi uterus dimulai dari fundus dan menjalar kebawah. Fundus bekerja untuk

mendorong janin kebawah sedangkan uterus bagian bawah hanya mengikuti tarikan. Kerjasama ini disebut polaritas (Marmi, 2012 : 106-109).

Kala II : Kontraksi yang bersifat berkala dan yang harus diperhatikan adalah lamanya kontraksi berlangsung 60-90 detik, kekuatan kontraksi. Kontraksi ini bersifat nyeri yang disebabkan oleh anoxia dari sel-sel otot tekanan pada ganglia dalam serviks dan segmen bawah rahim (SBR), regangan dari serviks, regangan dan tarikan pada peritoneumi (Marmi, 2012 : 170).

Kala III : Adanya kontraksi uterus kuat setelah pemisahan, hal ini menyebabkan dinding uterus saling merapat sehingga terjadi tekanan selanjutnya pada plasenta (Marmi, 2012 : 256).

Kala IV : Kontraksi uterus yang normal harus terasa keras ketika diraba (Marmi, 2012 : 296).

f. Perubahan-perubahan uterus

Kala I : Setiap kontraksi menghasilkan pemanjangan uterus berbentuk ovoid disertai pengurangan diameter horizontal (Marmi, 2012 : 109).

Kala II : SAR (segmen atas rahim) yang dibentuk oleh korpus uteri mengadakan suatu kontraksi menjadi tebal dan mendorong anak keluar. Sedangkan SBR (segmen bawah rahim) yang dibentuk oleh isthmus uteri dan serviks mengadakan relaksasi dan dilatasi (Marmi, 2012 : 170).

Kala III : Uterus berkontraksi kuat sehingga mendorong plasenta dan membran untuk menurun kedalam uterus bagian bawah dan akhirnya kedalam vagina (Marmi, 2012 : 256).

Kala IV : Hemostatis uterus dipengaruhi oleh kontraksi jalinan serat-serat otot miometrium yang berfungsi untuk mengikat pembuluh darah yang terbuka pada sisi plasenta (Marmi, 2012 : 296).

g. Perubahan pada serviks

Kala I : Penipisan serviks terjadi akibat otot yang mengelilingi ostium uteri internum ditarik oleh SAR. Sedangkan pembukaan serviks disebabkan membesarnya otot uteri eksternum (Marmi, 2012 : 111).

Kala II : Terjadi pembukaan lengkap, pada pemeriksaan dalam tidak teraba lagi bibir portio, segmen bawah rahim (SBR) dan serviks (Marmi, 2012 : 170).

Kala III : Setiap bagian serviks yang terperangkap akibat penurunan kepala janin terjadi edema dan memar pada area tersebut (Marmi, 2012: 296-297).

Kala IV : Serviks bersifat patulous, terkulai dan tebal (Marmi, 2012 : 296).

h. Perubahan pada vagina dan dasar panggul

Kala I : Peregangan serabut muskulus levatores ani dan penipisan bagian tengah perineum (Marmi, 2012 : 114).

Kala II : Dasar panggul yang diregangkan oleh bagian depan janin sehingga menjadi saluran yang dinding-dindingnya tipis karena suatu regangan dan kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap kedepan atas

dan anus menjadi terbuka, perineum menonjol dan tidak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva (Marmi, 2012 : 170-171).

Kala III : Setelah plasenta lahir, tangan dapat masuk kedalam introitus vagina (Marmi, 2012 : 297).

Kala IV : Setelah 2 jam post partum introitus vagina hanya bisa dimasuki 2 atau 3 jari (Marmi, 2012 : 297).

5)Perubahan Psikologis Ibu Bersalin

Perubahan psikologis yang biasa terjadi pada ibu bersalin yaitu :

1. Perasaan takut ketika hendak melahirkan.
2. Depresi
3. Perasaan sedih jika persalinan tidak berjalan sesuai dengan harapan ibu dan keluarga.
4. Ragu-ragu dalam menghadapi persalinan.
5. Perasaan tidak enak, sering berpikir apakah persalinan akan berjalan normal.
6. Menganggap persalinan sebagai cobaan.
7. Sering berpikir apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya.
8. Sering berpikir apakah bayinya akan normal atau tidak.
9. Keraguan akan kemampuannya dalam merawat bayinya kelak.

(Marmi, 2012 : 22)

6) Tanda-Tanda Persalinan Sudah Dekat

a. Terjadi *lightening*

Menjelang minggu ke 36, tanda primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan kontraksi *Braxton hicks*, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum dan gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah.

b. Terjadinya his permulaan

Makin tua kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron makin berkurang sehingga produksi oksitosin meningkat dengan demikian dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, his permulaan ini lebih sering diistilahkan dengan his palsu. Sifat his palsu antara lain :

- 1) Rasa nyeri di bagian bawah.
- 2) Datangnya tidak teratur.
- 3) Tidak ada perubahan pada serviks atau tidak ada tanda-tanda kemajuan persalinan.
- 4) Durasinya pendek.
- 5) Tidak bertambah bila beraktivitas.

7) Fase Persalinan

a. Kala 1 : Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka lengkap (10cm). Kala satu persalinan terdiri dari 2 fase yaitu :

- 1) Fase laten : Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan pembukaan dan penipisan serviks secara bertahap. Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm. Pada umumnya, fase laten berlangsung hampir atau hingga 8 jam.
- 2) Fase aktif. Fase aktif dibagi dalam 3 fase yaitu :
 - (a) Fase akselerasi : dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
 - (b) Fase dilatasi maksimal : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
 - (c) Fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

(Marmi, 2012 : 11)

Tabel 2.1 fase yang dilalui multigravida.

Multigravida
1. Serviks mendatar dan membuka bisa bersamaan
2. Berlangsung 6-7 jam

(Sumber : Marmi, 2012 : 12)

Tabel 2.2 Pemantauan pada kala I

Parameter	Fase laten	Fase aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu badan	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
DJJ	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30-60 menit

(Sumber : Marmi, 2012 : 162)

b. Kala dua persalinan

Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran. Kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung rata-rata 1,5 sampai 2 jam pada primigravida dan rata-rata 0,5 sampai 1 jam pada multigravida (Marmi, 2012 : 13-14).

Gejala dan tanda kala dua adalah :

- 1) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- 2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum.
- 3) Perineum menonjol.
- 4) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka.
- 5) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah.

Tanda pasti kala dua ditentukan melalui periksa dalam, yaitu :

- 1) Pembukaan serviks telah lengkap.
- 2) Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina.

(JNPK-KR, 2008 : 79)

c. Kala tiga persalinan

Persalinan kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir. Lepasnya plasenta secara *schultze* biasanya tidak ada perdarahan sebelum plasenta lahir dan banyak mengeluarkan darah setelah plasenta lahir. Sedangkan pengeluaran secara *duncan* yaitu plasenta lepas dari pinggir, biasanya darah mengalir keluar antara selaput ketuban (Marmi, 2012 : 14)

Tanda-tanda lepasnya plasenta :

- 1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus.
- 2) Tali pusat memanjang.
- 3) Semburan darah memanjang dan singkat.

(JNPK-KR, 2008 : 100)

d. Kala IV

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan post partum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah:

- 1) Tingkat kesadaran.

- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi dan pernafasan.
- 3) Kontraksi uterus.
- 4) Terjadi perdarahan.

(Marmi, 2012 : 14-15)

8) Tanda Bahaya Persalinan

1. Riwayat Bedah Sesar.
2. Perdarahan Pervaginam.
3. Persalinan Kurang Bulan (<37 mgg).
4. Ketuban pecah dengan meconium yang kental.
5. Ketuban Pecah Lama (> 24 jam).
6. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (<37 mgg).
7. Ikterus.
8. Anemia berat.
9. Tanda / Gejala Infeksi.
10. Pre – eklamsi / hipertensi dalam kehamilan.
11. Tinggi fundus 40 cm atau lebih.
12. Gawat janin.
13. Primi para dalam fase aktif, kepala masih 5/5.
14. Presentasi bukan belakang kepala.
15. Presentasi ganda (majemuk).
16. Kehamilan ganda atau gemeli.
17. Tali pusat menumbung.

18. Syok.

19. Diabetus Mellitus.

9) Kebutuhan Dasar Persalinan

a. Kala I :

- 1) Mengatur aktivitas dan posisi ibu : ibu dapat mencoba berbagai posisi yang nyaman selama persalinan.
- 2) Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his : ibu disarankan menarik nafas panjang, menahan nafas sebentar lalu dihembuskan sewaktu ada his.
- 3) Menjaga kebersihan ibu : dijaga kebersihannya agar terhindar dari infeksi.
- 4) Pemberian cairan dan nutrisi : dapat memberikan lebih banyak energi dan mencegah dehidrasi selama persalinan.

e. Kala II :

- 1) Menjaga kandung kemih tetap kosong : ibu harus berkemih minimal setiap 2 jam atau jika ibu ingin berkemih.
- 2) Menjaga kebersihan : dijaga kebersihannya agar terhindar dari infeksi.
- 3) Pemberian cairan : mencegah ibu mengalami dehidrasi.
- 4) Mengatur posisi ibu : membantu ibu memilih posisi yang nyaman.

f. Kala III :

- 1) Menjaga kebersihan : menjaga kebersihan pada daerah vulva untuk menghindari infeksi.
- 2) Pemberian cairan dan nutrisi : memberikan asupan nutrisi setelah persalinan.

- 3) Kebutuhan istirahat : istirahat dapat membantu mengembalikan alat reproduksi dan meminimalisasikan trauma saat persalinan.

(Marmi, 2011 : 65-71)

2.3 Bayi Baru Lahir

1) Definisi

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari (Marmi, 2012 : 1).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada ukuran 37-42 minggu dan berat badannya 2500-4000 gram (Vivian, 2013 :1).

2) Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir :

(a)Berat badan 2500 – 4000 gram.

(b)Panjang badan 48 – 52 cm.

(c)Lingkar dada 30-38 cm.

(d)Lingkar kepala 33 – 35 cm.

(e)Frekuensi jantung 120 – 160 kali/menit.

(f)Pernafasan 40-60 kali/menit.

(g)Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup.

(h)Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.

i. Kuku agak panjang dan lemas.

(j)Genetalia :

1) Perempuan : labia mayor sudah menutupi labia minor.

2) laki-laki : testis sudah turun skrotum sudah ada.

(k)Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.

(l) Refleks moro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.

(m)Refleks *graps* atau menggenggam sudah baik.

(n) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.(Marmi, 2012 :8-9)

3) Penilaian Awal BBL :

Segera setelah bayi lahir, sambil meletakkan bayi diatas kain bersih, segera lakukan penilaian berikut :

(a) apakah bayi menangis atau bernafas atau tidak megap – megap

(b) apakah kulit bayi berwarna kemerahan

(c) apakah tonus otot bayi baik atau bayi bergerak aktif

4) Asuhan Bayi Baru Lahir Normal

Asuhan bayi baru lahir normal dilakukan jika penilaian awal adalah bayi cukup bulan, air ketuban jernih (tidak bercampur mekonium), bayi menangis atau bernafas, tonus otot bayi baik, kulit bayi warna merah.

(1) Asuhan BBL normal :

a) Jaga kehangatan.

b) Bersihkan jalan nafas (bila perlu).

c) Keringkan dan tetap jaga kehangatan.

- d) Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir untuk memberi waktu yang cukup bagi tali pusat mengalirkan darah kaya zat besi kepada bayi.
- e) Lakukan IMD (Inisiasi Menyusu Dini) dengan cara kontak kulit bayi dengan kulit ibu.
- f) Beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata.
- g) Beri suntikan vitamin K₁ 1 mg intramuscular dipaha kiri anterolateral setelah IMD.
- h) Beri imunisasi Hepatitis B 0,5 ml intramuscular dipaha kanan anterolateral, diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K₁.

(JNPK-KR, 2008 : 126)

5) Tanda bahaya bayi baru lahir

- a. Tidak dapat menyusu.
- b. Kejang.
- c. Mengantuk atau tidak sadar.
- d. Nafas cepat (>60 x/menit).
- e. Merintih.
- f. Retraksi dinding dada bawah.
- g. Sianosis sentral.

(JNPK-KR, 2008 : 144)

2.4 Nifas

1) Definisi

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti semula (sebelum hamil). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Sarwono, 2006 : 122).

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu (Saleha, 2009 : 2).

2) Tahapan Masa Nifas

a. Puerperium dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan

b. Puerperium intermedial

Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

c. Remote puerperium

Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan bahkan tahunan.

(Sulistyawati, 2009 : 5)

3) Perubahan dan Adaptasi Fisiologis Masa Nifas

a. Perubahan sistem reproduksi

1) Uterus

(a) Pengerutan rahim (involusi)

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan involusi dapat diketahui dengan palpasi tinggi fundus uteri :

- i) Pada saat bayi lahir, fundus uteri Setinggi pusat dengan berat 1.000 gram
- ii) Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari di bawah pusat
- iii) Pada 1 minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat dan simfisis dengan berat 500 gram
- iv) Pada 2 minggu post partum, TFU teraba di atas simfisis dengan berat 350gram
- v) Pada 6 minggu post partum, fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram

b) Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut lokhea purulenta. Pengeluaran lokhea yang tidak lancar disebut lokhea statis. Lokhea dibedakan menjadi 4 berdasarkan warna dan waktu keluaranya :

(1) Lokhea *rubra* / merah

Lokhea ini keluar pada hari pertama sampai hari ke-4 masa post partum. Cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan mekonium.

(2) Lokhea *sanguinolenta*

Lokhea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum

(3) Lokhea *serosa*

Lokhea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7 sampai hari ke-14.

(4) Lokhea *alba*

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. Lokhea ini berlangsung selama 2—6 minggu post partum.

(c) Perubahan pada serviks

Muara serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Setelah bayi lahir, tangan dapat masuk kedalam rongga rahim. Setelah 2 jam, hanya dapat dimasuki 2-3 jari. Pada minggu ke-6 post partum, serviks sudah menutup kembali.

2) Vulva dan vagina

Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, vulva dan vagina tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina berangsur-angsur akan muncul kembali, serta labia menjadi lebih menonjol.

3) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur. Pada post partum hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian tonusnya, sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil.

b. Perubahan sistem pencernaan

Biasanya ibu mengalami konstipasi setelah persalinan. Hal ini disebabkan alat pencernaan mengalami tekanan yang menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan, kurangnya asupan cairan dan makanan, serta kurangnya aktivitas tubuh. Supaya buang air besar kembali normal, dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan dan ambulasi awal. Bila ini tidak berhasil, dalam 2-3 hari dapat diberikan obat laksansia.

Selain konstipasi, ibu juga mengalami anoreksia akibat penurunan dari sekresi kelenjar pencernaan dan mempengaruhi perubahan sekresi serta penurunan kebutuhan kalori yang menyebabkan kurang nafsu makan.

c. Perubahan sistem perkemihan

Setelah proses persalinan berlangsung, biasanya ibu akan sulit untuk buang air kecil dalam 24 jam pertama. Kemungkinan penyebab dari keadaan ini

adalah terdapat spasme sfingter dan edema leher kandung kemih. Urine dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum. Kadang hormone estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan tersebut disebut diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu.

d. Perubahan sistem muskuloskeletal

Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fasia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus akan jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi karena ligament rotundum menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan.

e. Perubahan sistem endokrin

1) Hormon plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum.

2) Hormon *pituitary*

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun pada waktu 2 minggu. FSH (*Follicle Stimulating Hormone*) dan LH (*Luteinizing Hormone*) akan meningkat pada fase konsentrasi folikuler (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

3) *Hipotalamik pituitary ovarium*

Lamanya seorang wanita mendapat menstruasi juga dipengaruhi oleh faktor menyusui. Seringkali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

4) Kadar estrogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktifitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI.

f. Perubahan tanda vital

1) Suhu badan

Dalam 1 hari (24jam) post partum, suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan.

2) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80 kali per menit. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat.

3) Tekanan darah

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan tekanan darah akan lebih rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan.

4) Pernafasan

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal maka pernafasan juga akan mengikutinya.

g. Perubahan sistem kardiovaskuler

Setelah persalinan, volume darah relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung akan menimbulkan dekomposisi cordis pada pasien dengan dengan vitum cardio. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan tumbuhnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Umumnya ini terjadi pada 3-5 hari post partum.

h. Perubahan sistem hematologi

Selama kelahiran dan post partum, terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan Hmt dan Hb pada hari ke-3 sampai 7 post partum, yang akan kembali normal dalam 4-5 minggu post partum.

(Sulistiyawati, 2009 :73-83)

4) Ketidaknyamanan Masa Nifas

1. Belum berekemih

Penanganan : dirangsang dengan air yang dialirkan ke daerah kemaluannya jika dalam 4 jam post partum, ada kemungkinan bahwa ia tidak dapat berkemih maka dilakukan kateterisasi.

2. Sembelit

Penanganan : dengan ambulasi dini dan pemberian makan dini, masalah sembelit akan berkurang.

3. Rasa tidak nyaman pada daerah laserasi

Penanganan : setelah 24 jam post partum, ib dapat melakukan rendam duduk untuk mengurangi keluhan. Jika terjadi infeksi maka diperlukan pemberian antibiotika yang sesuai dibawah pengawasan dokter. (farmakologi Depkes RI, 2011:5).

4. Selama 24 jam post partum, payudara mengalami distensi, menjadi padat dan nodular.

5) Tanda Bahaya Masa Nifas

Ada beberapa tanda bahaya masa nifas meliputi perdarahan pervaginam yang banyak dan menggumpal, lochea berbau, payudara menjadi merah, panas dan nyeri, kaki terasa sakit, merah dan bengkak, demam, rasa sakit ketika BAB, sakit kepala yang terus-menerus atau kejang, nyeri epigastrik, ibu mengalami depresi (antara lain menangis tanpa sebab dan tidak peduli pada bayinya. (buku KIA, hal.11)

6)Kebijakan Program Nasional Masa Nifas.

Tabel 2.3 Kebijakan program nasional masa nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam post partum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut 3. Meberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarganya 4. Pemberian ASI awal 5. Melakukan hubungan antara ibu dengan bayi yang baru lahir 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi 7. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang

		baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil
2	6hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
3	2 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
4	6 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang ia atau bayinya alami 2. Memberikan konseling KB secara dini

(Sumber : Sarwono, 2006 : 123)

7)Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Kebutuhan dasar masa nifas meliputi kebersihan diri, istirahat, latihan senam nifas, kebutuhan gizi, perawatan payudara, hubungan perkawinan/ rumah tangga, keluarga berencana.

Kebersihan diri meliputi menganjurkan untuk menjaga kebersihan keseluruhan, mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah vagina dengan sabun dan air, menyarankan untuk mengganti pembalut setiap kali darah sudah penuh atau minimal 2 kali dalam sehari, mencuci tangan dengan sabun dan air setiap kali selesai membersihkan daerah kemaluan.

Istirahat adalah dengan menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.

Kebutuhan gizi ibu nifas antara lain mengonsumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 500 kalori, makan dengan diet berimbang, cukup protein, mineral dan vitamin, minum sedikitnya 3 liter setiap hari terutama setelah menyusui, mengonsumsi tablet zat besi selama masa nifas setidaknya selama 40 hari post partum, minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

Cara melakukan perawatan payudara adalah oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting setiap kali sebelum dan selesai menyusui.

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti.

Keluarga Berencana (KB) merupakan aspek yang sangat penting dalam pelayanan Keluarga Berencana (KB). Dengan melakukan konseling berarti petugas membantu klien dalam memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan pilihannya. Konseling yang baik juga akan membantu klien dalam menggunakan kontrasepsinya lebih lama dan meningkatkan keberhasilan KB. Dalam memberikan konseling, hendaknya dapat diterapkan 6 langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU yaitu:

- 1) SA : Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.
- 2) T : Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya.
- 3) U : Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa jenis kontrasepsi post partum dibagi menjadi 2 yaitu metode sederhana dan metode modern. Metode sederhana dibagi dua, yaitu metode kontrasepsi sederhana dengan alat (kondom, diafragma, spermisida) dan tanpa alat (sanggama terputus, MAL). Sedangkan metode modern dibagi menjadi dua, yaitu hormonal (kontrasepsi progestin, pil progestin, implan) dan non hormonal (AKDR, tubektomi, vasektomi).
- 4) TU : Bantulah klien menentukan pilihannya dan tetap memotivasi pasien untuk melakukan ASI eksklusif sehingga metode MAL otomatis dapat terlaksana.
- 5) J : Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

6) U : Perlunya dilakukan kunjungan ulang.

(BPPPK, 2006 :U3-U4)

Tabel 2.4 Metode kontrasepsi pascapersalinan

Metode Kontrasepsi	Waktu Pascapersalinan	Ciri – ciri khusus	catatan
MAL	<ul style="list-style-type: none"> - Mulai segera pasca persalinan - Efektifitas tinggi sampai 6 bulan pasca persalinan dan belum dapat haid 	<ul style="list-style-type: none"> - Manfaat kesehatan bagi ibu dan bayi. - Memberikan waktu untuk memilih metode kontrasepsi lain 	<ul style="list-style-type: none"> - Harus benar-benar ASI eksklusif. - Efektivitas berkurang jika mulai suplementasi.
Kontrasepsi Kombinasi	<ul style="list-style-type: none"> - Jika menyusui : <ol style="list-style-type: none"> 1. jangan dipakai sebelum 6-8 minggu pascapersalinan 2. sebaiknya tidak dipakai dalam waktu 6 minggu – 6 bulan pascapersalinan. - Jika pakai MAL tunda sampai 6 bulan. - Jika tidak menyusui dapat dimulai 3 minggu 	<ul style="list-style-type: none"> - Selama 6-8 minggu pascapersalinan, kontrasepsi kombinasi akan mengurangi ASI dan mempengaruhi tumbuh kembang bayi. - Selama 3 minggu pascapersalinan kontrasepsi kombinasi meningkatkan risiko masalah pembekuan darah. - Jika klien tidak mendapat haid dan sudah berhubungan seksual, mulailah 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontrasepsi kombinasi merupakan pilihan terakhir pada klien menyusui - Dapat diberikan pada klien dengan riwayat preeklampsia atau hipertensi dalam kehamilan. - Sesudah 3 minggu pascapersalinan tidak meningkatkan risiko pembekuan darah.

	pascapersalinan.	kontrasepsi kombinasi setelah yakin tidak ada kehamilan.	
Kontrasepsi Progestin	<p>-. Sebelum 6 minggu pascapersalinan, klien menyusui jangan menggunakan kontrasepsi Progestin.</p> <p>-. Jika menggunakan MAL, kontrasepsi progestin dapat ditunda sampai 6 bulan</p> <p>-. Jika tidak menyusui, dapat segera dimulai</p> <p>-. Jika tidak menyusui, lebih dari 6 minggu pascapersalinan, atau sudah dapat haid, kontrasepsi progestin dapat dimulai setelah yakin tidak ada kehamilan.</p>	<p>-. Selama 6 minggu pertama pascapersalinan, progestin mempengaruhi tumbuh kembang bayi.</p> <p>-. Tidak ada pengaruh terhadap ASI.</p>	<p>-. Perdarahan ireguler dapat terjadi.</p>
AKDR	<p>-. Dapat dipasang langsung pascapersalinan, sewaktu seksio sesaria, atau 48 jam pascapersalinan.</p> <p>-. Jika tidak, insersi ditunda sampai 4-6 minggu pascapersalinan.</p> <p>-. Jika laktasi atau haid sudah dapat,</p>	<p>-. Tidak ada pengaruh terhadap ASI</p> <p>-. Efek samping lebih sedikit pada klien yang sedang menyusui.</p>	<p>-. Insersi postplasental memerlukan petugas terlatih khusus.</p> <p>-. Konseling perlu dilakukan sewaktu asuhan antenatal.</p> <p>-. Angka pencabutan AKDR tahun pertama lebih tinggi pada</p>

	insersi dilakukan sesudah yakin tidak ada kehamilan.		<p>klien menyusui.</p> <p>-. Ekspulsi spontan lebih tinggi (6-10%) pada pemasangan pascapersalinan.</p> <p>-. Sesudah 4-6 minggu pascapersalinan teknik sama dengan pemasangan waktu interval.</p>
Kondom/ Spermisida	-. Dapat digunakan setiap saat pascapersalinan.	<p>-. Tak ada pengaruh terhadap laktasi.</p> <p>-. Sebagai cara sementara sambil memilih metode lain.</p>	-. Sebaiknya pakai kondom yang diberi pelicin.
Diafragma	-. Sebaiknya tunggu sampai 6 minggu pascapersalinan.	-. Tidak ada pengaruh terhadap laktasi.	<p>-. Perlu pemeriksaan dalam oleh petugas.</p> <p>-. Penggunaan spermisida membantu mengatasi masalah keringnya vagina.</p>
KB alamiah	-. Tidak dianjurkan sampai siklus haid kembali teratur.	-. Tidak ada pengaruh terhadap laktasi.	<p>-. Lendir serviks tidak keluar seperti haid regular lagi.</p> <p>-. Suhu basal tubuh kurang akurat jika klien sering terbangun ketika malam untuk menyusui.</p>
Koitus	-. Dapat digunakan	-. Tidak pengaruh	-. Beberapa

interruptus atau abstinensia	setiap waktu	terhadap laktasi atau tumbuh kembang bayi. -. Abstinensi 100% efektif.	pasangan tidak sanggup untuk abstinensi. -. Perlu konseling.
Kontrasepsi mantap : Tubektomi	-. Dapat dilakukan dalam 48 jam pascapersalinan. -. Jika tidak, tunggu sampai 6 minggu pascapersalinan.	-. Tidak ada pengaruh terhadap laktasi atau tumbuh kembang bayi. -. Minilaparotomi pascapersalinan paling mudah dilakukan dalam 48 jam pascapersalinan.	-. Perlu anastesi lokal -. Konseling sudah harus dilakukan sewaktu asuhan antenatal.
Vasektomi	-. Dapat dilakukan setiap saat	-. Tidak segera efektif karena perlu paling sedikit 20 ejakulasi (\pm 3 bulan) sampai benar-benar steril.	-. Merupakan salah satu KB untuk pria.

(BPPPK, 2006 :U53-U56)

2.5 STANDAR ASUHAN KEBIDANAN

Standar Asuhan Kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

STANDAR I : Pengkajian

A. Pernyataan dasar

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

B. Kriteria pengkajian

1. Data tepat, akurat dan lengkap
2. Terdiri dari data subjektif (hasil anamnesa: biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya)
3. Data objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang)

STANDART II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

A. Pernyataan standart

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

B. Kriteria Perumusan diagnosa dan atau Masalah

2. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur Kebidanan
3. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
4. Dapat diselesaikan dengan Asuhan Kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan

STANDART III : Perencanaan

A. Pernyataan Standart

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan

B. Kriteria Perencanaan

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien; tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif
2. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
3. Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
4. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan: *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
5. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumberdaya serta fasilitas yang ada

STANDART IV : Implementasi

A. Pernyataan Standart

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

B. Kriteria

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosio-spiritual-kultural
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*inform consent*)
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*

4. Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
5. Menjaga privacy klien/pasien
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
9. Melakukan tindakan sesuai standart
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

STANDART V : Evaluasi

A. Pernyataan standart

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien

B. Kriteria evaluasi

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan/keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standart
4. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

STANDART VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan

A. Pernyataan standart

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan

B. Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/KMS/Status pasien/buku KIA)
2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
3. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa
4. O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan
5. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
6. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.