

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan Trimester III

Kehamilan trimester III adalah periode kehamilan bulan terakhir/sepertiga masa kehamilan terakhir. Kehamilan trimester ketiga dimulai pada minggu ke-27 sampai kehamilan dinilai cukup bulan (38 sampai 40 minggu) (Fauziah, 2012).

2.1.2 Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Menurut Romauli (2011) tanda bahaya yang dapat terjadi pada ibu hamil trimester III yaitu:

a. Keluar cairan peraginam

Pengeluaran cairan peraginam pada kehamilan lanjut merupakan kemungkinan mulainya persalinan lebih awal. Bila pengeluaran berupa mucus bercampur darah dan mungkin disertai mules, kemungkinan persalinan akan dimulai lebih awal. Bila pengeluaran berupa cairan, perlu diwaspadai terjadinya ketuban pecah dini (KPD). Menegakkan diagnosis KPD perlu diperiksa apakah cairan yang keluar tersebut adalah cairan ketuban. Pemeriksaan dilakukan dengan menggunakan speculum untuk melihat darimana asal cairan, kemudian pemeriksaan reaksi Ph basa.

b. Gerakan janin tidak terasa

Apabila ibu hamil tidak merasakan gerakan janin sesudah usia kehamilan 22 minggu atau selama persalinan, maka waspada terhadap kemungkinan gawat janin atau bahkan kematian janin dalam uterus. Gerakan janin berkurang atau bahkan hilang dapat terjadi pada solusio plasenta dan ruptur uteri.

c. Nyeri perut yang hebat

Nyeri perut kemungkinan tanda persalinan preterm, ruptur uteri, solusio plasenta. Nyeri perut hebat dapat terjadi pada ruptur uteri disertai shock, perdarahan, intra abdomen dan aau pervaginam, kontur uterus yang abnormal, serta gawat janin atau DJJ tidak ada

d. Keluar air ketuban sebelum waktunya

Keluarnya cairan berupa air dari vagina setelah kehamilan 22 minggu, ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm sebelum kehamilan 37 minggu maupun kehamilan aterm.

2.1.3 Penyulit Kehamilan Trimester III

Kejadian abortus diduga mempunyai efek terhadap kehamilan berikutnya, baik pada timbulnya penyulit kehamilan maupun pada hasil kehamilan itu sendiri. Wanita dengan riwayat abortus mempunyai risiko yang lebih tinggi untuk terjadinya persalinan prematur, abortus berulang, BBLR, (Cunningham, 2005).

a. Persalinan prematur

Persalinan preterm atau partus prematur adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan kurang dari 37 minggu (antara 20–37 minggu) atau dengan berat janin kurang dari 2.500 gram.

b. Abortus berulang (abortus habitualis)

Abortus Habitualis ialah abortus spontan yang terjadi 3 kali atau lebih berturut-turut.

c. BBLR

Menurut World Health Organization (WHO) Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) didefinisikan sebagai bayi yang lahir dengan berat < 2500 gram

2.1.4 ANC Terpadu

ANC adalah rangkaian pemeriksaan kehamilan sebelum persalinan terjadi pengawasan antenatal memberikan manfaat agar dapat mendeteksi dan menemukan berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini. ANC adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditunjukkan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim. (Prof. dr. Ida Bagus Gde Manuaba. SPOG)

a. Kunjungan Awal

Kunjungan baru ibu hamil adalah kunjungan ibu hamil yang pertama kali pada masa kehamilan. Tujuannya yaitu mengumpulkan data mengenai ibu, mendeteksi komplikasi, menghitung usia kehamilan, dan tafsiran persalinan, dan merencanakan asuhan yang akan dibutuhkan ibu.

b. Kunjungan Ulang

Kunjungan ulang adalah setiap kali kunjungan antenatal yang dilakukan setelah kunjungan antenatal pertama sampai memasuki persalinan. Dalam ANC setidaknya ibu melakukan kunjungan 4 kali selama kehamilan. Kunjungan ulang dilakukan 4 minggu sekali sampai 28 minggu. Selanjutnya setiap 2 minggu sekali sampai umur kehamilan 36 minggu dan setiap minggu sampai bersalin.

Pelayanan antenatal mencakup banyak hal, namun dalam penerapan operasional dikenal standart minimal "10T" yang meliputi :

- 1) Timbang badan.
- 2) Ukur lingkaran lengan atas (LILA).
- 3) Ukur tekanan darah.
- 4) Ukur TFU.
- 5) Hitung denyut jantung janin (DJJ).
- 6) Tentukan presentasi janin.
- 7) Beri imunisasi TT.
- 8) Beri tablet tambah darah (Tablet Fe).
- 9) Periksa laboratorium.
- 10) Temu wicara dalam rangka persiapan rujuk.

Pada ibu hamil memerlukan minimal lebih dari 4 kali kunjungan selama periode kehamilannya, yaitu:

- 1) Satu kali dalam trimester pertama (sebelum 14 minggu)
- 2) Satu kali dalam trimester kedua (antara 14-28 minggu)

- 3) Dua kali dalam trimester ketiga (antara minggu 28-36 dan setelah minggu ke 36)
- 4) Pemeriksaan khusus bila terdapat keluhan-keluhan tertentu.

Tabel 2.1 Pemeriksaan Pelayanan Antenatal Terpadu

Pemeriksaan Pelayanan Antenatal Terpadu				
No	Pemeriksaan			
1	Keadaan Umum	•	•	•
2	Suhu Tubuh	•	•	•
3	Tekanan Darah	•	•	•
4	Berat Badan	•	•	•
5	LILA	•		
6	TFU		•	•
7	Presentasi Janin		•	•
8	DJJ		•	•
9	Pemeriksaan Hb	•	*	•
10	Golongan Darah	•		
11	Protein Urin		*	*
12	Gula Darah/Reduksi	*	*	*
13	Darah Malaria	• *	*	*
14	BTA Sputum	*	*	*
15	IMS/Sifilis	*	*	*
16	Serologi HIV	• *	*	*
17	USG	*	*	*

Keterangan :

- : pemeriksaan rutin
- * : pemeriksaan atas indikasi
- * malaria : px rutin pada daerah endemis malaria
- * HIV : px rutin pada daerah epidemic meluas dan terkonsentrasi sedangkan pada Epidemic rendah hanya pada ibu hamil IMS dan TB

2.1.5 Score Poedji Rochjati

Menurut Prawirohardjo (2010), Kartu Skor Poedji Rochajati (KSPR) adalah alat untuk mendeteksi dini kehamilan berisiko dengan menggunakan skoring. Jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok yaitu:

- a. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2,
- b. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10,
- c. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor 12.

Skor awal ibu hamil adalah 2 dan tiap faktor risiko memiliki skor 4 kecuali pada riwayat sectio caesarea, letaksungsang, letak lintang, perdarahan antepartum, preeklampsia berat dan eklampsia.

2.1.6 Kehamilan dengan Riwayat Abortus

Menurut WHO abortus adalah penghentian kehamilan sebelum janin berusia 20 minggu. Karena secara medis janin tidak bisa bertahan diluar kandungan, sebaliknya bila penghentian kehamilan dilakukan saat janin sudah berusia diatas 20 minggu, hal tersebut adalah *infanticide* atau pembunuhan janin.

Kehamilan dengan Abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin mampu hidup di luar kandungan dengan berat badan kurang dari 1000 gram atau umur kehamilan kurang dari 28 minggu. (Icemi Sukarni K dkk,2013 hal109). Riwayat Abortus merupakan jumlah abortus yang pernah dialami ibu yang tercatat dalam berkas rekam medik di institusi kesehatan yang proses kehamilannya terhenti pada usia kurang dari 20 minggu atau berat janin yang lahir 500 gram atau kurang (Rukiyah, dkk. 2010). Abortus ada beberapa macam yaitu abortus spontan, abortus buatan dan terapeutik. Biasanya abortus spontan karena kurang baiknya sel telur dan sperma , abortus buatan yaitu pengakhiran kehamilan secara sengaja sebelum usia kandungan 20 minggu.(Dr. Taufan nugroho 2012 hal128).

2.1.7 Penyebab Abortus

Penyebab abortus biasanya adalah karena factor maternal dan janin, penyebabnya adalah sebagai berikut (Maulana, 2015)

a. Penyebab dari segi maternal

Penyebab secara umum dari segi maternal adalah sebagai berikut:

- 1) Infeksi akut
- 2) Virus, misalnya cacar, rubella, hepatitis
- 3) Infeksi bakteri, misalnya streptokokus
- 4) Parasite, misalnya malaria
- 5) Infeksi kronis
- 6) Sifilis, biasanya menyebabkan abortus pada trimester kedua
- 7) Tuberculosis paru aktif
- 8) Keracunan, misalnya keracunan tembaga, timah, dll

Sedangkan penyebab yang disebabkan karena adanya penyakit kronis adalah:

- 1) Hipertensi
- 2) Nephritis
- 3) Diabetes
- 4) Anemia berat
- 5) Penyakit jantung
- 6) Toxemia gravidarum
- 7) Gangguan fisiologis, misalnya syok, ketakutan, dll
- 8) Trauma fisik

b. Penyebab dari segi janin

- 1) Kematian janin akibat kelainan bawaan

- 2) Mola hidatidosa (hamil anggur)
- 3) Penyakit plasenta dan desidua, misalnya inflamasi dan degenerasi.

c. Faktor genetic

Pada 9-10 kehamilan sekitar 5% abortus terjadi karena faktor genetik, penyebab yang aling menimbulkan abortus spontan adalah abnormalitas kromosom pada janin dan lebih dari 60% abortus spontan terjadi pada trimester pertama.

d. Faktor anatomi congenital

Pernah dilaporkan timbul sampai 10-15 wanita dengan abortus spontan yang rekuren : lesi anatomi kongenital yaitu duktus Mullerian(uterus bersepta).

e. Faktor endokrin

Fungsi corpus luteum yang abnormal dengan tidak cukupnya produksi progesteron.

f. Faktor infeksi

Infeksi yang disebabkan TORC (toksoplasma, rubella, cytomegalovirus) dan malaria. Infeksi yang menyebabkan abortus spontan belum dapat di buktikan. Namun diduga sebagai penyebabnya adalah Chlamydia, Ureaplasma, Mysoplasma, Cytomegalovirus, Listeria Monocytogenes dan Toxoplasma Gondii. Dapat dilakukan pemeriksaan kultur yang bahannya diambil cairan pada servical dan endometrium.

g. Faktor imunologi

Faktor imunologi juga dapat menyebabkan riwayat abortus seperti inkompatibilitas golongan darah A, B, O, dengan reaksi antigen antibodi dapat menyebabkan abortus berulang.

h. Faktor nutrisi

Malnutrisi umum yang sangat berat memiliki kemungkinan paling besar menjadi presdiposisi terjadinya abortus.

i. Faktor psikologis

Faktor psikologis dibuktikan bahwa ada hubungan antara abortus berulang dengan keadaan mental akan tetapi belum bisa dijelaskan sebabnya. (Rukiyah, 2010)

2.1.8 Klasifikasi Abortus

A. Abortus Spontan (abortus yang berlangsung tanpa tindakan)

1) Abortus Imminens

Keguguran mengancam. Keguguran belum terjadi sehingga kehamilan dapat dipertahankan dengan cara:

- 1) Tirah berbaring
- 2) Gunakan preparat progesterone
- 3) Tidak berhubungan badan
- 4) Evaluasi secara berkala dengan USG untuk melihat perkembangan Janin.

2) Abortus Insiptien

Proses keguguran yang sedang berlangsung. Ditandai dengan adanya rasa sakit karena telah terjadi kontraksi Rahim untuk mengeluarkan hasil konsepsi.

Penatalaksanaan: Evakuasi hasil konsepsi dengan dilatasi dan Kuretase

3) Abortus Inkomplit

Hanya sebagian dari hasil konsepsi yang dikeluarkan, yang tertinggal adalah desidua atau plasenta.

Gelaja : didapati anantara lain adalah mulas-mulas, perdarahan yang bisa sedikit atau banyak, dan biasanya berupa darah beku. Sudah ada keluar fetus atau jaringan, pada abortus yang sudah lama terjadi atau abortus yang disengaja oleh orang yang tidak ahli akan menyebabkan infeksi. Pada pemeriksaan dalam untuk abortus yang baru terjadi didapati serviks terbuka, kadang-kadang dapat diraba sisa-sisa jaringan dalam kanalis servikalis atau kavum uteri, serta uterus yang berukuran lebih kecil dari seharusnya.

1) Abortus Kompletus (Keguguran lengkap)

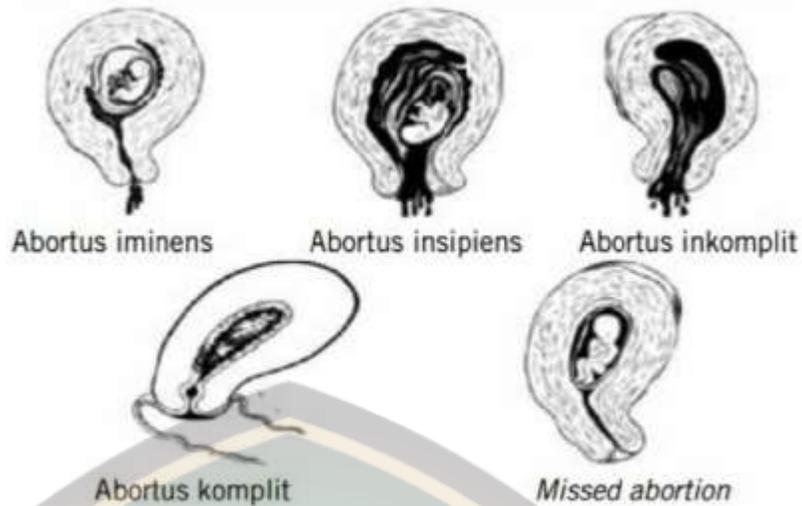
Seluruh hasil konsepsi dikeluarkan (desidua dan fetus), sehingga rongga Rahim kosong.

2) Missed Abortion

Keadaan dimana janin yang telah mati masih berada didalam Rahim.

Gejala : Dijumpai amenorea; perdarahan sedikit-sedikit yang berulang pada permulaannya, serta selama observasi fundus tidak bertambah tinggi, malahan tambah rendah. Kalau tadinya ada gejala-gejala kehamilan, belakangan menghilang, diiringi dengan reaksi kehamilan yang menjadi negative pada 2-3 minggu sesudah fetus mati. Pada pemeriksaan dalam, serviks tertutup dan ada darah sedikit.

Gambar 2.1 Jenis-jenis Abortus

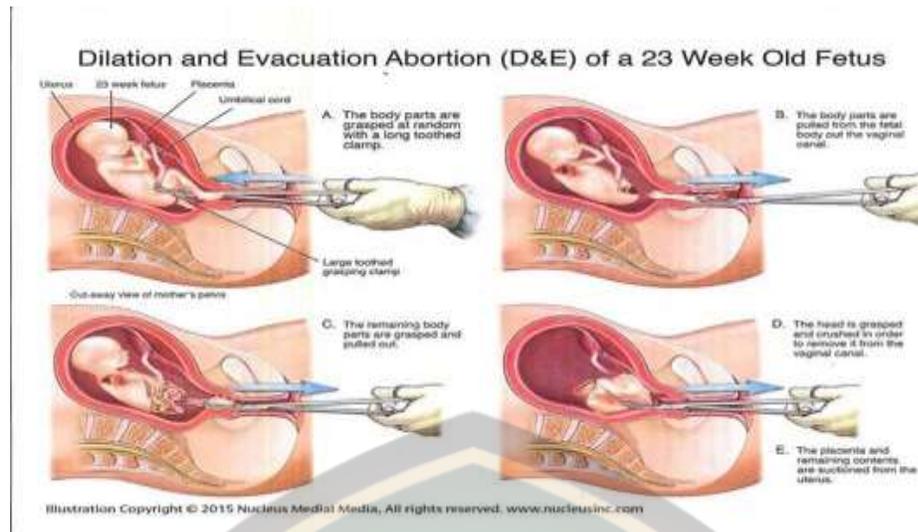


B. Abortus Provokatus (Abortus buatan)

Abortus jenis ini sengaja dilakukan sehingga kehamilan dapat diakhiri. Upaya menghilangkan konsepsi dapat dilakukan berdasarkan:

- 1) Indikasi medis, yaitu menghilangkan kehamilan atas indikasi untuk menyelamatkan jiwa ibu. Indikasi tersebut diantaranya adalah penyakit jantung, ginjal, atau penyakit hati berat dengan pemeriksaan ultrasonografi, gangguan pertumbuhan dan perkembangan dalam rahim.
- 2) Indikasi sosial, penguguran kandungan dilakukan atas dasar aspek social, menginginkan jenis kelamin tertentu, tidak ingin punya anak lagi, jarak kehamilan terlalu pendek, belum siap untuk hamil dan kehamilan yang tidak diinginkan.

Gambar 2.2 Abortus Provokatus



2.1.9 Karakteristik ibu hamil dengan riwayat abortus dilihat dari:

a. Usia

Usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun merupakan usia beresiko untuk hamil dan melahirkan. Menurut Manuaba (2010) kurun waktu reproduksi sehat wanita adalah 20-30 tahun dan keguguran dapat terjadi pada usia muda karena pada saat masih remaja usia reproduksi belum matang dan belum siap untuk mengalami kehamilan. Menurut Cunningham (2005) bahwa frekuensi terjadinya abortus bertambah 12% pada wanita usia 20 tahun dan menjadi 26% pada wanita diatas 40 tahun.

b. Paritas

Resiko abortus spontan menurut Cunningham (2010) semakin meningkat dengan bertambahnya paritas. Persalinan kedua dan ketiga merupakan persalinan yang aman, sedangkan resiko terjadinya komplikasi akan meningkat pada kehamilan, persalinan, dan nifas setelah yang ketiga dan seterusnya. Menurut Winkjosastro (2002) bahwa abortus yang sering

terjadi pada kehamilan pertama adalah karena faktor fisik ataupun alasan sosial misalnya belum siap memiliki anak.

c. Riwayat abortus

Riwayat abortus menurut kamus besar bahasa Indonesia (2010) adalah sesuatu yang pernah dialami seseorang sebelumnya, jadi riwayat abortus adalah pengeluaran hasil konsepsi pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu dengan berat janin kurang dari 500 gram yang pernah dialami seseorang pada kehamilan sebelumnya.

Menurut Cunningham (2010) kejadian abortus diduga mempunyai efek terhadap kehamilan berikutnya, baik pada timbulnya penyulit kehamilan maupun pada hasil kehamilan itu sendiri. Wanita dengan riwayat abortus mempunyai resiko lebih tinggi untuk persalinan premature, abortus berulang dan bayi dengan berat lahir rendah.

d. Jarak persalinan

Menurut Sastrawinata (2010) bahwa jarak persalinan yang pendek merupakan faktor resiko yang perlu untuk diwaspadai karena belum pulihnya alat reproduksi untuk kehamilan berikutnya, terjadinya abortus meningkat jika jarak persalinan dengan kehamilan berikutnya 3 bulan.

e. Pekerjaan

Menurut Nursalam (2010) pekerjaan bukanlah sumber kesenangan tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan. Namun pada masa kehamilan pekerjaan yang berat dan dapat membahayakan kehamilannya hendaklah dihindari untuk menjaga keselamatan ibu maupun janin.

f. Lingkungan

Diperkirakan 1-10% malformasi janin akibat dari paparan obat, bahan kimia, atau radiasi dan umumnya berakhir dengan abortus, misalnya paparan dari anestesi dan tembakau berakibat pada terjadinya abortus. Menurut Hartanto (2006) bahwa tembakau, alkohol, kafein, radiasi dan kontrasepsi juga merupakan zat-zat yang dilaporkan berperan dalam insidensi abortus.

g. Sosial ekonomi

Sosial ekonomi adalah suatu keadaan atau kedudukan yang diatur secara sosial dan menetapkan seseorang dalam posisi tertentu dalam struktur masyarakat. Bahwa kedudukan sosial ekonomi mencakup 3 faktor yaitu pekerjaan, pendidikan, dan penghasilan (Melly, 1984).

h. Pendidikan

Secara bahasa definisi pendidikan adalah proses penguahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pembelajaran dan pelatihan.

2.1.10 Dampak riwayat abortus pada kehamilan selanjutnya

Menurut Amalia dan Sayono (2015) resiko riwayat abortus terhadap kehamilan selanjutnya ada 3, yaitu:

a. Abortus Berulang

Riwayat abortus juga merupakan faktor risiko yang dapat meningkatkan risiko terjadinya abortus berulang pada ibu hamil. Pada penelitian yang dilakukan, sekitar 21 dari 35 ibu hamil dengan riwayat abortus mengalami abortus spontan pada kehamilan selanjutnya. Ibu hamil dengan riwayat abortus sebelumnya memiliki risiko 1,4 kali lebih besar mengalami abortus

berulang pada kehamilan selanjutnya. Data dari beberapa studi menyatakan bahwa ibu yang pernah mengalami abortus spontan 1 kali memiliki risiko abortus rekuren sebanyak 15%, meningkat menjadi 25% apabila pernah mengalami abortus sebanyak 2 kali, dan meningkat lagi menjadi 30 – 45% setelah mengalami abortus spontan 3 kali berturut-turut (Prawirohardjo, 2009).

b. Prematur

Riwayat abortus sering dikaitkan dengan tingginya angka persalinan prematur.

c. BBLR (Berat Badan Lahir Rendah)

Riwayat abortus sering dikaitkan dengan tingginya angka bayi baru lahir dengan BBLR.

2.1.11 Penanganan

Penanganan yang adekuat serta pencegahan terhadap semua faktor resiko merupakan hal yang sangat penting untuk mengurangi angka mortalitas ibu (W Sanjaya 2018)

- 1) Melakukan pemeriksaan fisik secara umum menggunakan (10T) dan pemeriksaan laboratorium.
- 2) Tidak menganjurkan ibu melakukan banyak pekerjaan berat dan beraktivitas yang memicu terjadinya abortus (Klein dan Thomson, 2008)
- 3) Mengatur jarak kehamilan minimal. Mayoritas ibu yang jarak kehamilannya <2 tahun banyak mengalami abortus (Nurvita Putri, 2012)
- 4) Segera melakukan kolaborasi dengan dokter untuk mencegah perdarahan semakin banyak.

- 5) Melakukan rujukan apabila terjadi kegawatdaruratan (dr.Ida Ayu C.M, 2005:259)

2.2 KONSEP DASAR PERSALINAN

2.2.1 Pengertian

Definisi persalinan normal menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan, beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan. Bayi dilahirkan secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37 hingga 42 minggu lengkap. Setelah persalinan ibu maupun bayi berada di dalam kondisi sehat(Eka, 2014).

2.2.2 Sebab mulainya persalinan

Menurut Ina & Fitria (2014), sebab mulainya persalinan adalah:

a. Penurunan hormone progesterone

Progesteron meimulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerenggangan otot rahim, selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesterone dan estrogen di dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesterone menurun sehingga timbul his.

b. Teori *oxytocin*

Pada akhir kehamilan kadar *oxytocin* bertambah oleh karena itu timbul kontraksi otot-otot rahim.

c. Ketegangan otot-otot

Seperti halnya dengan kandung kencing dan lambung, bila dindingnya terenggang oleh karena isinya.

d. Pengaruh janin/fetal *cortisol*

Hypofise dan kelenjar suprarenal pada janin memegang peranan dalam proses persalinan, oleh karena itu pada anencepalus kehamilan lebih lama dari biasanya.

e. Teori prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan dari desidua meningkat saat umur kehamilan 15 minggu. Hasil percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin menimbulkan kontraksi myometrium pada setiap umur kehamilan.

2.2.3 Tanda-Tanda Persalinan

Tanda-tanda persalinan menurut (Rohani dkk,2011)

a. Terjadi lightening

Menjelang minggu ke 36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uteri karena bayi sudah mauk PAP, maka ibu akan merasakan ketidaknyaman disebabkan karena adanya tekanan bagian bawah pada stuktur daerah pelvis.

b. Terjadinya HIS, His dibagi menjadi 2 macam

a. His asli dengan sifat sebagai berikut:

- a) Pinggang tersa sakit atau menjalar kedepan
- b) Teratur dengan interval yang pendek dengan kekutan makin besar
- c) Perubahan pada serviks atau tanda pembawa tanda
- d) Penambahan kontraksi bila beraktifitas

b. His palsu dengan sifat sebagai berikut:

- a) Rasa nyeri ringan dibagian bawah
- b) Datangnya tidak teratur

- c) Tidak ada perubahan pada serviks atau tanda pembawa tanda
 - d) Durasinya pendek
 - e) Tidak bertambah bila beraktivitas
- c. Perut kelihatan melebar, fundus uteri turun
- d. Perasaan sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh uterus
- e. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar, dan sekresinya bertambah, kadang bercampur darah. Dengan mendekatnya persalinan serviks menjadi matang dan lembut.

2.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

- a. *Power* /kekuatan his dan mengejan

Power atau tenaga untuk mendorong anak dibagi menjadi dua yakni:

1) His

His adalah kontraksi pada otot-otot rahim pada persalinan menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks. his terdiri dari his pembukaan, his pengeluaran dan his pelepasan uri.

2) Tenaga Mengejan

Tenaga mengejan terjadi karena adanya kontraksi otot-otot dinding perut dan juga karena kepala yang sudah berada pada dasar panggul, mengejan paling bagus dilakukan saat ada ontraksi atau his.

- b. *Passage*/ jalan lahir

Faktor paling penting dalam menentukan proses persalinan salah satunya adalah pelvis minor yang tersusun dari tulang-tulang yang kokoh dan kemudian dihubungkan oleh persendian dan jaringan ikat yang kuat.

- 1) Ruang panggul
 - a) Pelvis mayor, diatas linea terminalis
 - b) Pelvis minor, dibawah linea terminalis

- 2) Bidang-bidang panggul

Bidang hodge adalah semu sebagai pedoman untuk mentukan kemajuan persalianan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam. Bidang hodge dibagi atas empat bagian:

- a) Bidang hodge I, Bidang setinggi pintu atas pangul (PAP) yang dibentuk oleh promontorim, artikulasio sakro-iliaca, linea inominata, ramus superior os. Pubis, tepi atas sympisis pubis.
- b) Bidang hodge II, bidang setinggi pinggir bawah sympisis pubis, terhempit dengan PAP (hodge I)
- c) Bidang hodge III, bidang setinggi spina ischiadica berhempit dengan PAP (hodge I)
- d) Bidang hodge IV, bidang setinggi ujung koksigis berhempit dengan PAP (hodge I)

Saat ini bidang hodge sudah tidak dipergunakan menjadi acuan dalam pemeriksaan dalam vagina, namun yang digunakan adalah station.

Station adalah hubungan antara bagian terendah dari bagian bawah janin dengan garis bayangan yang ditarik anantara dua spina ischiadica pada panggul perempuan. bagian terendah dari janin setinggi spina ischiadica disebut station 0.

- 3) Pintu panggul
 - a) Pintu atas panggul, inlet dibatasi oleh linea terminalis(linea innominata)
 - b) Ruang tengah panggul, pada spina ischiadica disebut midlet
 - c) Pintu bawah panggul, dibatasi simfisis, dan arkus pubis disebut outlet
 - d) Ruang panggul yang sebenarnya, berada antara inlet dan outlet
- 4) Jenis panggul
 - a) Ginekoid, merupakan bentuk paling ideal, berbentuk bulat, terdapat pada sekitar 45% wanita
 - b) Android, merupakan jenis panggul pria, berbentuk segitiga terdapat ada sekitar 15% wanita
 - c) Antropoid, berbentuk agak lonjong seperti telur, terdapat pada sekitar 35% wanita (mirip panggul kera)
 - d) Platipeloid, picak, menyempit pada arah muka belakang (panggul pipih)
- 5) Jalan lahir pada proses persalinan
 - a) Pintu atas panggul dengan distensi transversalis kanan-kiri lebih panjang daripada muka-belakang
 - b) Mempunyai bidang tersempit pada spina ischiadica
 - c) Pintu bawah panggul terdiri atas dua segitiga dengan dasar yang sama pada tuber ischii, kedepan dengan ujung symfisis pubis, kebelakang ujung sektrum
 - d) Jalan lahir depan panjangnya 4,5 cm sedangkan jalan lahir beakang anjangnya 12,5 cm

- e) Secara keseluruhan jalan lahir merupakan corong yang melengkung kedepan, mempunyai bidang sempit pada spina ischiadica, terjadi perubahan pintu atas panggul, lebar kanan kiri menjadi pintu bawah panggul engan lebar kedepan dan kebelakang terdiri dua segitiga.
- f) Dengan demikian tulang jalan lahir menentukan proses persalinan apakah dapat berlangsung melalui jalan biasa atau melalui tindakan operasi.

b. *Passager/fetus*

Janin dapat mempengaruhi jalannya persalinan dengan besar dan juga karena posisi janin atau bagian janin yang terletak pada bagian depan jalan lahir. Adapula faktor kelainan genetik dan juga kebiasaan ibu yang buruk dapat menjadikan pertumbuhan menjadi tidak normal misalnya

- 1) Kelainan bentuk dan besar janin (ansefalus, hidrosefalus dann janin makrosomia)
- 2) Kelainan pada letak kepala dan juga letak janin misalnya sungsang, melintang dan lain-lain.
- 3) Psikologis Ibu

Keadaan psikologis adalah keadaan baik secara emosional, jiwa, pengalaman, adat istiadat, dan dukungan dari orang-orang tertentu yang dapat mempengaruhi proses persalinan. Kondisi psikologis ibu melibatkan emosi dan persiapan intelektual, pengalaman bayi sebelumnya dan dyukungan orang terdekat. Keadaan stres dan cemas dan depresi dapat mempengaruhi persalinan karena dapat mempengaruhi kontraksi yang dapat mempengaruhi proses

persalinan, untuk itu sangat penting bagi bidan dalam mempersiapkan mental ibu menghadapi proses persalinan.

c. Penolong

Penolong persalinan bertugas mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin dan proses persalinan sangat tergantung dari kemampuan, keterampilan, dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

Seorang bidan harus bekerja sesuai dengan standar yang telah ditentukan dan untuk pertolongan persalinan ditetapkan standar asuhan persalinan normal (APN) yang terdiri dari 58 langkah dengan tetap memperhatikan 5 aspek benang merah asuhan persalinan normal yakni, membuat keputusan klinik, asuhan sayang ibu dan sayang bayi, pencegahan infeksi, pencatatan atau rekamedik asuhan persalinan dan rujukan (Liliyana, 2011).

2.2.5 Mekanisme persalinan

a. Penurunan

Pada primipara kepala janin turun ke rongga panggul/ masuk ke PAP pada akhir minggu 36 kehamilan, sedangkan pada multipara terjadi saat mulainya persalinan. Masuknya kepala janin melintasi PAP dapat dalam keadaan sinklitismus atau asinklitismus, dapat juga dalam keadaan melintang, Penurunan kepala janin terjadi selama persalinan karena daya dorong dari kontraksi dan posisi serta peneranan (selama kala II) oleh ibu. Sinklitimus adalah bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP (sutura sagitalis berada ditengah tengah jalan lahir atau PAP)

asinklitismus adalah bila arah sumbu kepala janin miring dengan bidang PAP (sutura sagitalis mendekati promontorium atau simfisi pubis.

b. Fleksi

Semakin turun ke rongga panggul, kepala kepala janin semakin fleksi, sehingga mencapai fleksi maksimal (biasanya di Hodge III) dengan ukuran diameter kepala janin yang terkecil, yaitu diameter suboksibregmatika (9,5 cm).

c. Putar paksi dalam

Kepala yang sedang turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas kearah depan. Akibat kombinasi elastitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin yang disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi/putaran paksi dalam yaitu UUK memutar kearah depan(UUK berada di bawah simfisis)

d. Ekstensi

Sesudah kepala janin sampai didasar panggul dan UUK berada di bawah simfisis sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi/ekstensi untuk dapat dilahirkan, maka lahirlah berturut-turut UUB,dahi, muka, dan akhirnya dagu.

e. Putar paksi luar

Setelah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi (putaran paksi luar), yaitu gerakan kembali sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak.

f. Ekspulsi

Setelah kepala lahir, bahu akan berada dalam posisi depan belakang. Selanjutnya bahu depan dilahirkan terlebih dahulu baru kemudian bahu

belakang. Menyusul trokhanter depan terlebih dahulu, kemudian trokhanter belakang. Maka lahirlah bayi seluruhnya (eksplusi) (Lailiyana, 2011).

2.2.6 Tahapan persalinan (kala Persalinan)

Proses persalinan terdiri dari 4 kala, yaitu :

a. Kala I (pembukaan)

Merupakan waktu untuk pembukaan servik sampai menjadi pembukaan lengkap 10 cm. Inpartu (partus mulai) ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (bloody show), karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (efficcement). Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran ketika serviks mendatar dan terbuka. Kala pembukaan dibagi atas 2 fase, yaitu :

1) Fase laten

Dimana pembukaan serviks berlangsung lambat, sampai pembukaan 3 cm berlangsung dalam 7-8 jam.

2) Fase aktif

Periode akselerasi: berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.

a) Periode dilatasi maksimal (*steady*)

Selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.

b) Periode deselerasi

Berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap. Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih). Dari

pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan rata-rata 1 cm per jam 9 (nulipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).

Terjadinya penurunan bagian terbawah janin.

b. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

Merupakan kala pengeluaran janin, waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengedan mendorong janin keluar hingga lahir. Pada kala pengeluaran janin, his terkoordinir, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengedan. Karena tekanan pada rectum, ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perinium meregang. Dengan his mengedan yang terpimpin, akan lahirlah kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primi: 1 ½ jam – 2 jam, pada multi ½ jam – 1 jam.

c. Kala III (Kala Pengeluaran Uri)

Menurut Lailiyana (2011), Kala tiga dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhirnya dengan lahirnya plasenta dan selaput janin.

- 1) Tujuan manajemen aktif kala III. Untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif, sehingga dapat memperpendek waktu kala III persalinan dan mengurangi kehilangan darah di bandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis.
- 2) Keuntungan manajemen aktif kala III
 - a) Kala III persalinan lebih singkat

- b) Mengurangi jumlah kehilangan darah
 - c) Mengurangi kejadian retensio plasenta
- 3) Manajemen aktif kala III
- a) Melakukan peregangan tali pusat terkendali
 - b) Tanda-tanda lepasnya plasenta:
 - a) Perubahan ukuran dan bentuk uterus
 - b) Tali pusat memanjang
 - c) Semburan darah tiba-tiba
 - c) Pemijatan fundus uteri (Masase)

Segera lakukan massase pada fundus uteri minimal 15 kali dalam 15 detik setelah plasenta lahir

2.2.7 Persalinan dengan riwayat abortus

a. Dampak persalinan dengan riwayat abortus

1) Persalinan Premature

Pada persalinan riwayat abortus kemungkinan besar terjadi persalinan premature atau preterm. Persalinan preterm menurut WHO adalah lahirnya bayi sebelum kehamilan berusia lengkap 37 minggu. (Sofie RK, Jusuf SE, Adhi P, 2009). Penelitian Malka tahun 2013 menunjukkan bahwa riwayat abortus memberi kontribusi risiko 5,29 kali terhadap kelahiran premature.

2) Persalinan Sectio Caesarea

Dengan penelitian Faizah Betty (2014) kondisi kehamilan resiko tinggi ditandai dengan beberapa hal antara lain riwayat obstetric yang jelek berupa riwayat abortus. Dengan riwayat reproduksi yang kurang baik

(kurang sehat), kemungkinana dapat menyebabkan terjadinya penyulit atau komplikasi pada kehamilan berikutnya dan akhirnya dengan riwayat abortus.

b. Penanganan persalinan dengan riwayat abortus

- 1) Konfirmasi umur kehamilan
- 2) Melakukan perkiraan berat badan janin
- 3) Konseling
- 4) Memberikan dukungan psikolog pada ibu
- 5) Menyiapkan pemberian antibiotic untuk mencegah terjadinya infeksi
- 6) Penanganan kegawat daruratan, dilanjutkan dengan rujukan ke Puskesmas atau rumah sakit yang memiliki fasilitas NICU.

(Fikilhusna,2011)

2.3 Konsep Dasar Masa Nifas

2.3.1 Pengertian

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat – alat kandungan kembali seperti pra hamil. Lama masa nifas yaitu 6 – 8 minggu (Setyo, 2011).

Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan. Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira- kira 6 minggu (Marmi, 2012).

2.3.2 Tahapan Masa Nifas

Menurut Sulistyawati (2010), masa nifas dibagi menjadi 3 (tiga) tahap, yaitu:

a. *Puerperium Dini.*

Puerperium dini merupakan masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan – jalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya. Dalam agama islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

b. *Puerperium intermediate.*

Puerperium intermediatemerupakan masa kepulihan menyeluruh lat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

c. *RemotePuerperium.*

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

2.3.3 Tanda – Tanda Bahaya Pada Masa Nifas

- a. Perdarahan lewat jalan lahir
- b. Keluar cairan berbau dari jalan lahir
- c. Demam lebih dari dua hari
- d. Bengkak di muka, tangan dan kaki mungkin dengan sakit kepala dan kejang – kejang
- e. Payudara bengkak kemerahan disertai rasa sakit

- f. Mengalami gangguan jiwa (sumber : Protap untuk kebidanan buku 1, 2013)

2.3.4 Kebutuhan Masa Nifas

Menurut Setyo (2011) kebutuhan dasar ibu masa nifas dibagi menjadi 10 (sepuluh) yaitu :

a. Nutrisi

Menu makanan seimbang yang harus dikonsumsi adalah porsi cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alkohol, nikotin serta bahan pengawet atau berwarna.

b. Ambulasi

Disebut juga *early ambulation*. Early ambulation adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan. Klien sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dan dalam 24-28 postpartum.

c. Eliminasi : BAK atau BAB

1) Miksi

Miksi disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Ibu diusahakan dapat buang air kecil sendiri, bila tidak dilakukan dengan tindakan :

- a) Dirangsang dengan mengalirkan air kran didekat klien.
- b) Mengompres air hangat diatas simpisis.

2) Defekasi

Biasanya 2-3 hari post partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ke tiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan

supositoria dan minum air hangat agar dapat buang air besar secara teratur dapat dilakukan dengan diet teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat, olah raga.

d. Kebersihan diri/perineum dan kebersihan bayi

Mandi ditempat tidur dilakukan sampai ibu dapat mandi sendiri dikamar mandi, yang terutama dibersihkan adalah puting susu dan mammae dilanjutkan perawatan perineum.

e. Istirahat

Anjurkan ibu untuk :

- 1) Istirahat yang cukup untuk mengurangi kelelahan.
- 2) Tidur siang atau tidur selagi bayi tidur.
- 3) Kembali kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan.
- 4) Mengatur kegiatan rumahnya sehingga dapat menyediakan waktu istirahat pada siang kira-kira 2 jam dan malam 7-8 jam.

f. Seksual

Apabila pendarahan telah berhenti dan episiotomy maka coitus bias dilakukan pada 3-4 minggu postpartum. Hasrat seksual pada bulan pertama akan berkurang baik kecepatannya maupun lamanya, juga orgasme pun akan menurun. Secara fisik aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri, aman untuk melakukan hubungan suami istri.

g. Latihan atau senam nifas

Selama kehamilan dan persalinan ibu banyak mengalami perubahan fisik seperti dinding perut menjadi kendur, longgarnya liang senggama dan

otot dasar panggul. Untuk mengembalikan kepada keadaan normal dan menjaga kesehatan agar tetap prima, senam nifas sangat baik dilakukan pada ibu setelah melahirkan. Senam masa nifas berupa Gerakan-gerakan yang berguna untuk mengencangkan otot-otot, terutama otot-otot perut yang telah terjadi longgar setelah kehamilan. *Senam nifas* adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan setiap hari sampai hari kesepuluh, terdiri dari sederetan Gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu.

h. Keluarga berencana

Idealnya setelah melahirkan boleh hamil lagi setelah dua tahun. Pada dasarnya ibu tidak mengalami ovulasi selama menyusui eksklusif atau penuh enam bulan dan ibu belum mendapatkan haid (metode amenorhe laktasi). Meskipun setiap metode kontrasepsi beresiko, tetapi menggunakan kontrasepsi jauh lebih aman.

i. Pemberian ASI / LAKTASI

Hal-hal yang perlu diberitahukan kepada pasien :

- 1) Menyusui bayi segera setelah lahir minimal 30 menit bayi telah disusukan.
- 2) Ajarkan cara menyusui yang benar.
- 3) Memberikan ASI secara penuh 6 bulan tanpa makanan lain (ASI Eksklusif).
- 4) Menyusui tanpa jadwal, sesuka bayi (*on demand*).
- 5) Diluar menyusui jangan memberikan dot / kempeng pada bayi, tpei berikan ASI dengan sendok.

- 6) Menyapihan bertahap meningkatkan frekuensi makanan dan menurunkan frekuensi pemberian ASI.
- j. Kebiasaan yang tidak bermanfaat bahkan membahayakan
- 1) Menghindari makanan berprotein seperti telur, ikan, karena ibu menyusui membutuhkan tambahan protein.
 - 2) Penggunaan bebat perut setelah melahirkan.
 - 3) Penggunaan kantong es atau pasir untuk menjaga uterus tetap berkontraksi.
 - 4) Memisahkan ibu dan bayi dalam masa yang lama dalam satu jam *post partum*.

2.3.5 Perubahan Fisiologi Masa Nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi (Uterus, Vagina, dan Perineum)

Perubahan alat-alat genital baik interna maupun eksterna kembali seperti sebelum hamil disebut involusi.

1) Involusi Uterus

Merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil. Proses involusi uterus antara lain: iskemia miometrium, atrofi jaringan, autolysis, efek oksitosin.

Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2 Perubahan Normal Pada Uterus

Involusi Uteri	TFU	Berat Uterus	Diameter Uterus
Plasenta Lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm
7hari (minggu 1)	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram	7,5 cm
14 hari (minggu 2)	Tidak teraba	350 gram	5 cm
6 minggu	Normal	60 gram	2,5 cm

(Sumber: Setyo, 2011).

Proses involusi uterus menurut Vivian (2011) adalah sebagai berikut:

a) Iskemia Miometrium

Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus – menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relative anemia dan menyebabkan serat otot atrofi.

b) Autolisis

Autolisis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot uterus.

c) Efek Oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterine sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplay darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

2) Involusi tempat Plasenta

Setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm.

3) Perubahan Ligamen

Setelah bayi lahir, ligamen dan diafragma pelvis fasial yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala. Perubahan ligamen yang dapat terjadi pasca melahirkan antara lain: ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi, ligamen fasial, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur.

4) Perubahan Serviks

Setelah melahirkan serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk corong.

5) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal (Damai, 2011).

Tabel 2.3 Macam-macam Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur Merah	Sisa darah bercampur lender
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	Lebih dari 14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati

6) Perubahan Vulva, vagina dan Perineum

Selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendor. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Perubahan pada perineum pasca melahirkan terjadi pada saat perineum mengalami robekan baik secara spontan maupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu (Damai, 2011).

b. Perubahan Sistem Pencernaan

Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain:

1) Nafsu Makan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal.

2) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir.

3) Pengosongan Usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir (Damai, 2011).

c. Perubahan Sistem Urinarius

Pada pasca persalinan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

Hal yang berkaitan dengan fungsi sistem perkemihan, antara lain:

1) Hemostatis Internal

2) Keseimbangan Asam Basa Tubuh

3) Pengeluaran sisa Metabolisme

Hal yang menyebabkan kesulitan Buang Air Kecil pada ibu post partum, antara lain:

- a) Adanya odema trigonium yang menimbulkan obstruksi sehingga terjadi retensi urin.
 - b) Diaforesis yaitu mekanisme tubuh untuk mengurangi cairan yang teretensi dalam tubuh, terjadi selama 2 hari setelah melahirkan
 - c) Depresi dan Sfingter uretra oleh karena penekanan kepala janin dan spasme oleh iritasi muskulus sfingter ani selama persalinan, sehingga menyebabkan miksi (Damai, 2011).
- d. Perubahan Sistem Endokrin

Hormon-hormon yang berperan pada proses ini adalah :

1) Hormon Plasenta

Hormon ini menurun secara cepat pasca persalinan yang menyebabkan kadar gula darah menurun pada masa nifas. Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 post partum.

2) Hormon Pituitary

Hormon ini terdiri dari hormon prolaktin, FSH, dan LH. Hormon Prolaktin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. Hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu.

3) Hipotalamik Pituitary Ovarium

Akan mempengaruhi lamanya mendapatkan menstruasi pada wanita yang menyusui maupun yang tidak menyusui.

4) Hormon Oksitosin

Disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang. Bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Isapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu involusi uteri.

5) Hormon Estrogen dan Progesteron

Hormon Estrogen yang tinggi, memperbesar hormon anti diuretik yang dapat meningkatkan volume darah. Sedangkan hormon progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah (Damai, 2011).

e. Perubahan Sistem Musculoskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah persalinan. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan.

Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan-latihan tertentu (Nurul Janah, 2011).

f. Perubahan Tanda-tanda Vital

1) Suhu Badan

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

2) Nadi

Denyut nadi normal orang dewasa 60-80 kali/menit. Denyut nadi ibu postpartum biasanya akan lebih cepat.

3) Tekanan Darah

Tekanan Darah biasanya tidak berubah. Kemungkinan akan lebih rendah setelah melahirkan karena ada pendarahan atau yang lainnya.

4) Pernapasan

Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya kecuali bila ada gangguan khusus pada saluran cerna (Nurul Janah, 2011).

g. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

1) Denyut jantung, volume secukupnya, dan curah jantung meningkat selama hamil.

2) Segera Setelah melahirkan, keadaan tersebut akan meningkat lebih tinggi lagi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkulasi utero / plasenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum.

3) Nilai curah jantung mencapai puncak selama awal puerperium 2-3 minggu setelah melahirkan curah jantung berada pada tingkat sebelum hamil (Nurul Janah, 2011).

h. Perubahan Sistem Hematologi

- 1) Leukosit normal selama kehamilan rata-rata $12.000/\text{mm}^3$. Selama 10-12 hari pertama setelah bayi lahir, nilai leukosit antara $15.000\text{-}20.000/\text{mm}^3$ merupakan hal umum.
- 2) Kadar hemoglobin dan hematokrit dan eritrosit sangat bervariasi pada saat awal masa postpartum sebagai akibat volume darah, plasenta, dan tingkat volume darah yang berubah-ubah.
- 3) Perubahan komponen darah terjadi saat masa nifas, misalnya jumlah sel darah putih akan bertambah banyak. Jumlah sel darah merah berfluktuasi, namun dalam 1 minggu pasca-persalinan, biasanya semua akan kembali ke keadaan semula (Nurul Janah, 2011).

2.3.6 Perubahan Psikologis Ibu Nifas

Perubahan psikologis pada masa nifas menurut Walyani & Purwoastuti (2015), yaitu:

1. Fase *Taking In*

Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan, berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan, pada fase ini ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri, ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal-akhir.

2. Fase *Taking Hold*

Fase *Taking Hold* adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan, pada fase ini timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi.

3. Fase *Letting Go*

Fase *Letting Go* adalah periode menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai orang tua, fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

2.3.7 Dampak Pada Masa Nifas

a. Infeksi masa Nifas

Dengan tanda dan gejala secara umum sebagai berikut:

- 1) Setelah 24 jam pertama, suhu di atas 370C lebih dari 1 hari. Tetapi kenaikan suhu tubuh temporal hingga 410C tepat se usai melahirkan (karena dehidrasi) atau demam ringan tidak lebih dari 380C pada waktu air susu mulai keluar tidak perlu dikhawatirkan.
- 2) Rasa sakit atau tidak nyaman, dengan atau tanpa pembengkakan, di area abdominal bawah usai beberapa hari melahirkan.
- 3) konseliRasa sakit yang tak kunjung reda di daerah perineal, setelah beberapa hari pertama.
- 4) Bengkak di tempat tertentu dan/atau kemerahan, panas, dan keluar darah di tempat insisi Caesar.
- 5) Rasa sakit di tempat tertentu, bengkak, kemerahan, panas, dan rasa lembek pada payudara begitu produksi penuh air susu mulai berkurang yang bisa berarti tanda-tanda mastitis.

Infeksi pada dan melalui traktus genitalis setelah persalinan disebut infeksi nifas. Suhu 38⁰C atau lebih yang terjadi antara hari ke 2- 10 postpartum dan diukur per oral sedikitnya 4 kali sehari disebut sebagai morbiditas puerperalis.

Kenaikan suhu pada masa nifas dianggap sebagai infeksi nifas apabila tidak ditemukan sebab-sebab ekstragenital (Saifuddin, 2007).

Infeksi puerperium adalah infeksi bakteri yang berasal dari saluran reproduksi selama persalinan atau puerperium (Varney, 2008).

b. Penyebab predisposisi infeksi nifas:

- 1) Persalinan lama, khususnya dengan pecah ketuban
- 2) Pecah ketuban yang lama sebelum persalinan
- 3) Teknik aseptik tidak sempurna
- 4) Berbagai macam pemeriksaan vagina selama persalinan, khususnya pecah ketuban
- 5) Tidak memperhatikan teknik mencuci tangan
- 6) Manipulasi intra uteri (misal: eksplorasi uteri, pengeluaran plasenta manual)
- 7) Trauma jaringan yang luas atau luka terbuka, seperti laserasi yang tidak diperbaiki
- 8) Hematoma
- 9) Hemoragi, khususnya jika kehilangan darah lebih dari 1000 ml
- 10) Pelahiran operatif terutama kelahiran melalui seksio sesaria
- 11) Retensi sisa plasenta atau membran janin
- 12) Perawatan perineum tidak memadai
- 13) Infeksi vagina/serviks atau penyakit menular seksual yang tidak ditangani

Organisme infeksius pada infeksi puerperium berasal dari tiga sumber yaitu organisme yang normalnya berada dalam saluran genitalia bawah atau dalam usus besar, infeksi saluran genitalia bawah, dan bakteri dalam nasofaring atau

pada tangan personel yang menangani persalinan atau di udara dan debu lingkungan.

c. Tanda dan gejala infeksi nifas:

Tanda dan gejala infeksi umumnya termasuk peningkatan suhu tubuh, malaise umum, nyeri, dan lochia berbau tidak sedap. Peningkatan kecepatan nadi dapat terjadi, terutama pada infeksi berat. Interpretasi kultur laboratorium dan sensitivitas, pemeriksaan lebih lanjut, dan penanganan memerlukan diskusi dan kolaborasi dengan dokter (Varney, 2008).

Tanda dan gejala infeksi meliputi sebagai berikut: Nyeri lokal, disuria, suhu derajat rendah jarang, di atas 38,30C, edema, sisi jahitan merah dan inflamasi, mengeluarkan pus atau eksudat berwarna abu-abu kehijauan, pemisahan atau terlepasnya lapisan luka operasi.

d. Pencegahan terjadinya infeksi masa nifas:

1) Sesudah partus terdapat luka-luka dibeberapa tempat di jalan lahir.

Pada hari-hari pertama postpartum harus dijaga agar luka-luka ini tidak dimasuki kuman-kuman dari luar. Oleh sebab itu, semua alat dan kain yang berhubungan dengan daerah genital harus suci hama.

2) Pengunjung dari luar hendaknya pada hari-hari pertama dibatasi sedapat mungkin.

3) Setiap penderita dengan tanda-tanda infeksi jangan dirawat bersama dengan wanita-wanita dalam masa nifas yang sehat (Winkjosastro, 2007).

e. Penanganan infeksi nifas pada riwayat abortus

- 1) Melakukan kunjungan nifas
- 2) Konseling (Scientia Journal Vol.8, 2019)

2.3.8 Kunjungan Nifas

Kunjungan nifas dilakukan paling sedikit 4 kali. Hal ini dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir serta untuk mencegah terjadinya masalah.

1. Kunjungan pertama dilakukan 6-8 jam setelah persalinan

Tujuan:

- a. Menecegah perdarahan waktu nifas karena atonia uteri.
Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
- b. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bila terjadi perdarahan banyak.
- c. Pemberian ASI awal.
- d. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi.
- e. Menjaga bayi agar tetap sehat dengan cara mencegah terjadinya hipotermia.

Jika petugas kesehatan menolong persalinan petugas harus tinggal dan mengawasi sampai 2 jam pertama.

2. Kunjungan kedua 6 hari setelah persalinan

Tujuan:

- a. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus uteri dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan dan tidak berbau.
- b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan normal.

- c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - d. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik dan tidak menunjukkan tanda-tanda penyulit.
 - e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi supaya tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
3. Kunjungan ketiga 2-3 minggu setelah persalinan
- a. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus uteri dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan dan tidak berbau.
 - b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
 - d. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik dan tidak menunjukkan tanda-tanda penyakit.
 - e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi supaya tetap hangat dan merawat bayi.
4. Kunjungan keempat 4-6 minggu setelah persalinan
- a. Menanyakan kepada ibu tentang penyakit-penyakit yang ibu dan bayi alami.
 - b. Memberikan konseling KB secara dini.
 - c. Tali pusat harus tetap kering, ibu perlu diberitahu bahaya membubuhkan sesuatu pada tali pusat bayi, misal minyak atau bahan lain. Jika ada kemerahan pada pusat, perdarahan tercium bau busuk, bayi segera dirujuk.
 - d. Perhatikan kondisi umum bayi, apakah ada ikterus atau tidak, ikterus pada hari ketiga post partum adalah fisiologis yang tidak perlu pengobatan. Namun bila ikterus terjadi pada hari ketiga atau kapan

saja dan bayi malas untuk menetek serta tampak mengantuk maka segera dirujuk bayi ke RS.

- e. Bicarakan pemberian ASI dengan ibu dan perhatikan apakah bayi menetek dengan baik/
- f. Nasehati ibu untuk hanya memberikan ASI kepada bayi selama minimal 4-6 bulan dan bahaya pemberian makanan tambahan selain ASI sebelum usia 4-6 bulan.
- g. Catat semua dengan tepat hal-hal yang diperlukan.
- h. Jika ada yang tidak normal segeralah merujuk ibu atau bayi ke puskesmas atau RS.

2.3.9 Standar Pelayanan Nifas

a. Standar 13 Perawatan Bayi Baru Lahir

- 5. Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan, mencegah hipoksia sekunder, menemukan kelainan, dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai kebutuhan.
- 6. Bidan juga harus mencegah atau menangani hipotermia.

Syarat:

- f. Bidan mampu untuk:
 - a) Memeriksa dan menilai bayi baru lahir.
 - b) Menolong bayi bernafas spontan dan melakukan resusitasi bayi
 - c) Mengenal tanda-tanda hipotermia dan dapat melakukan pencegahan dan penanganannya
- 2) Adanya alat/bahan yang diperlukan, misalnya: sabun, air beersih dan handuk untuk mencuci tangan, handuk lembut yang bersih untuk

bayi, kain yang bersih dan kering untuk bayi, thermometer dan timbangan bayi

3) Obat tetes mata: selep mata Tetrasiklin 1%, kloramfenikol 1% atau eritromisin 0,5%

4) Kartu ibu

Proses:

- a) Segera sesudah bayi lahir, menilai apakah bayi bernafas. Bila bayi tidak menangis secara spontan, bersihkan jalan nafas dengan jari telunjuk yang dibulatkan dengan kain bersih dan lembut. Jika cara ini tidak menolong, segera lakukan tindakan sesuai dengan standar 25 yaitu penanganan asfiksia pada bayi baru lahir.
- b) Segera bayi keringkan dengan handuk kering, bersih dan hangat, kemudian pakaikan kain kering yang hangat. Berikan bayi pada ibunya untuk di dekap didadanya serta di beri ASI. karena akan membantu pelepasan plasenta. tidak perlu menunggu untuk melakukan pemotongan tali pusat. pastikan bahwa terjadi kontak kulit antara ibu dan bayi. bila hal tersebut tak dapat dilakukan, maka bungkuslah bayi dengan kain bersih dan kering dan jaga agar bayi tetap hangat
- c) Klem tali pusat dilakukan pada dua tempat. pengikatan dilakukan pada dua tempat yang pertama berjarak 5 cm dari umbilicus dan pengikat yang kedua pada 10 cm dari umbilicus. gunakan gunting steril untuk memotong tali pusat di antara kedua ikatan tadi. periksa tali pusat yang dipotong untuk memastikan tidak ada perdarahan

- d) Cuci tangan dengan sabun dan air bersih lalu keringkan dengan handuk yang bersih.usahakan ruangan tetap hangat
 - e) Sesudah 5 menit lakukan penilaian terhadap keadaan bayi secara umum dengan menggunakan skor apgar
 - f) Periksa bayi dari kepala sampai ujung kaki untuk mencari kemungkinan adanya kelainan.periksa anus dan daerah kemaluan.lakukan pemeriksaan ini dengan cepat agar bayi tidak kedinginan.ibu sebaiknya menyaksikan pemeriksaan tersebut
 - g) Timbang bayi dan ukur panjang bayi.
 - h) Periksa tanda vital bayi.
 - i) Berikan bayi pada ibu untuk di susui dengan ASI segera setelah lahir paling lambat dalam 2 jam pertama
 - j) Periksa bahwa bayi tetap terbungkus/mengenakan pakaian hangat dan tutup kepala,bantulah ibu untuk menyusui bayinya terutama pada ibu yang baru pertama kali menyusui.
 - k) Cuci tnga sekali lagi dengan sabun dan air bersih,dan keringkan tangan dengan handuk bersih.
- b. Standar 14 Penanganan pada 2 jam pertama setelah lahir
- 1) Bidan melakukan pemantauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam 2 jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang di perlukan.
 - 2) Bidan memberikan penjelasan tentang hal-hal yang mempercepat pulihnya kesehatan ibu , dan membantu ibu untuk memulai memberikan ASI

Syarat:

- 1) Ibu dan bayi di jaga o/ bidan selama 2jam setelah persalinan
- 2) Bidan terlatih dalam merawat ibu dan bayi segera setelah persalinan, termasuk pertolongan pertama pada keadaan gawat darurat
- 3) Ibu termotifasi untuk menyusui ASI dan memberikan kolostrum
- 4) Tersedia alat / bahan
- 5) Tersedianya oksitosin dan obat lain yang di butuhkan
- 6) Adanya sarana pencatanan

Proses:

- 1) Segera setelah bayi lahir keringkan sambil perhatikan apakah bayi bisa bernafas atau apakah ada kelainan lainnya
 - 2) Jika keadaan umum bayi baik,letakkan bayi didada ibunya agar terjadi kontak kulit antara ibu dan bayi
 - 3) Secepatnya bantu ibu agar dapat menyusui.
 - 4) Cuci tangan lagi dan lakukan pemeriksaan pada bayi.
 - 5) Bila bayi tiddak memperhatikan tanda-tanda kehidupan setelah di lakukan resusitasi
 - 6) Mintalah ibu untuk buang air kecil dalam 2 jam pertama sesudah melahirkan
 - 7) Bantu ibu untuk membersihkan tubuhnya dan mengganti pakaian
 - 8) Catat semua yang ditemukan
- c. Standar 15Pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas

Bidan memberikan pelayanan selama masa nifas mulai kunjungan rumah pada hari ketiga,minggu kedua dan minggu keenam setelah persalinan untuk membantu proses pemulihan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar.

- 1) Penemuan dini, penanganan atau perujukan komplikasi yg mungkin terjadi pd masa nifas.
- 2) Memberikan penjelasan ttg kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan bergizi, perawatan BBL, pemberian ASI, Immunisasi, dan KB

Syarat:

- 1) Bidan telah trampil dalam
 - a) Perawatan nifas, termasuk pemeriksaan ibu dan bayi pada masa nifas dengan cara yang benar
 - b) Membantu ibu untuk memberikan ASI
 - c) Mengetahui komplikasi yang dapat terjadi pada ibu dan bayi pada masa nifas

2.3.10 Masa nifas dengan riwayat abortus

Perdarahan dengan kondisi saat meninggal paling banyak pada masa nifas, yaitu 54,55%

a. Dampak yang terjadi pada masa nifas

Retensio plasenta sering dikaitkan dengan atonia uteri (Ramadhani, 2011). Penyebab lain adalah situs implantasi plasenta di segmen bawah Rahim dan hipoksia pada solusio plasenta sehingga kontraksi tidak baik dan menimbulkan perdarahan (Rueda *et al.*, 2013)

b. Penanganan riwayat abortus pada masa nifas

a. Memberikan transfuse proteksi dengan antibiotic

b. Menyusui bayi dapat merangsang oksitosin alami, yang bisa membantu uterus berkontraksi

- c. Penarikan tali pusat terkontrol
- d. Beri semangat usaha mengejan
- e. Bila terjadi keadaan gawat maka dapat melakukan pengeluaran plasenta secara manual
- f. Jika perdarahan berlanjut, lakukan uji pembekuan darah (Chapman, 2006;272)

2.4 KONSEP DASAR BAYI BARU LAHIR NORMAL

2.4.1 Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi berat badan 2500 gram sampai dengan masa kehamilan 37 minggu sampai dengan 42 minggu. Bayi baru lahir dengan 0-7 hari disebut dengan neonatal sedangkan 0-28 hari disebut dengan neonatal lanjut.

Masa neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu (28 hari) sesudah kelahiran. Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 1 bulan sesudah lahir. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari (Muslihatun, 2010).

2.4.2 Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir Normal

Walaupun sebagian besar persalinan berfokus pada ibu, tetapi karena proses tersebut merupakan pengeluaran hasil kehamilan maka penatalaksanaan persalinan baru dapat dikatakan berhasil apabila selain ibunya, bayi yang dilahirkan juga dalam kondisi yang optimal.

Beberapa tujuan asuhan bayi baru lahir antara lain :

- a. Mengetahui sedini mungkin kelahiran pada bayi.

- b. Menghindari risiko terbesar kematian BBL, terjadi pada 24 jam pertama kehidupan.
- c. Mengetahui aktivitas bayi normal/tidak dan identifikasi masalah kesehatan BBL yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan.

2.4.3 Lingkungan Adaptasi Bayi Baru Lahir

Adaptasi bayi baru lahir adalah proses penyesuaian neonatus dari kehidupan di dalam uterus. Kemampuan adaptasi fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus. Kemampuan adaptasi fungsional neonatus kehidupan didalam uterus ke kehidupan di luar uterus disebut dengan hemostasis.

Perubahan-perubahan yang segera terjadi sesudah kelahiran adalah:

- a. Perubahan Metabolisme Karbohidrat

Dalam waktu 2 jam setelah lahir kadar gula tali pusat akan menurun, energi tambahan yang diperlukan neonatus ada jam pertama sesudah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak sehingga kadar gula darah mencapai 120 mg/100. Bila ada gangguan metabolisme akan lemah. Sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan neonatus maka kemungkinan neonatus akan menderita hipoglikemia.

- b. Perubahan Suhu Tubuh

Ketika bayi baru lahir, bayi merasa pada suhu lingkungan yang lebih rendah dari suhu yang ada di rahim. Apabila bayi dibiarkan disuhu ruangan, bayi akan mengalami kehilangan suhu melalui konveksi. Evaporasi sebanyak 200 kal/kg/BB/menit. Sedangkan produksi yang dihasilkan tubuh

bayi hanya 1/100 nya, keadaan ini menyebabkan penurunan suhu bayi sebanyak 2⁰C dalam waktu 15 menit. Akibat suhu yang rendah metabolisme jaringan meningkat dan kebutuhan O₂ pun meningkat.

c. Perubahan pernapasan

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

Adapun awal terjadinya napas:

- 1) Hipoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan di luar rahim yang merangsang pusat pernapasan otak.
- 2) Tekanan terhadap rongga dada, yang terjadi karena kompresi paru selama persalinan, merangsang masuknya udara ke dalam paru secara mekanis.

d. Perubahan Peredaran Darah

Bayi baru lahir setelah terjadi kelahiran harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi melalui tubuh guna mengantarkan oksigen ke jaringan. Terjadi sirkulasi yang baik pada bayi yang baru lahir dua perubahan besar yang membuat sirkulasi yang baik pada bayi yang baru lahir diluar rahim :

- 1) Penutupan foramen ovale pada atrium jantung
- 2) Penutupan duktus arteriosus antara arteri paru dan aorta.

Perubahan siklus ini terjadi akibat perubahan tekanan di seluruh sistem pembuluh tubuh. Oksigenasi menyebabkan sistem pembuluh mengubah tekanan dengan cara mengurangi atau meningkatkan resistensinya, sehingga

mengubah aliran darah. Ada dua keadaan dalam sist peristiwa yang mengubah tekanan dalam sistem pembuluh darah yaitu:

- a) Pada saat tali pusat di potong, resistensi pembuluh sistemik dan tekanan atrium kanan menurun.
- b) Pernapasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan.

e. Perubahan neurologik

Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas. Perkembangan neonatus terjadi cepat. Saat bayi tumbuh, perilaku yang lebih kompleks. Reflek bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal. (Sondakh, 2013).

f. Perubahan yang lain

Alat-alat pencernaan, hati, ginjal, dan alat-alat lain mulai berfungsi. Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir

1) Penilaian

Nilai kondisi bayi :

- a) Apakah bayi menangis kuat atau bernafas tanpa kesulitan?
- b) Apakah bayi bergerak dengan bebas/lemas?
- c) Apakah kulit bayi merah muda, pucat/ biru?

Ketiga hal tersebut dilakukan secara cepat dan tepat guna melanjutkan pemberian asuhan bayi baru lahir selanjutnya, meliputi membersihkan jalan nafas dan penghisapan lendir

Tanda-tanda bayi lahir sehat menurut Buku Panduan Kesehatan BBL Kemenkes RI adalah :

- a) Berat badan bayi 2500-4000 gram
- b) Umur kehamilan 37-40 mg
- c) Bayi segera menangis
- d) Bergerak aktif, kulit kemerahan
- e) Mengisap ASI dengan baik
- f) Tidak ada cacat bawaan

2) Pencegahan infeksi

3) Pencegahan kehilangan panas

Bayi baru lahir dapat mengatur temperatur tubuhnya secara memadai, dan dapat dengan cepat kedinginan jika kehilangan panas tidak segera dicegah. Cara mencegah kehilangan panas yaitu:

- a) Keringkan bayi secara seksama
- b) Selimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kering, dan hangat
- c) Tutup bagian kepala bayi
- d) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya
- e) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir
- f) Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat.

4) Perawatan tali pusat

Setelah plasenta lahir dan kondisi ibu stabil, ikat atau jepit tali pusat.

5) Inisiasi menyusui dini

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

6) Pencegahan infeksi pada mata

Pencegahan infeksi yang dapat diberikan pada bayi baru lahir antara lain dengan :

a. Memberikan obat tetes mata/salep

Diberikan 1 jam pertama bayi lahir yaitu tetrasiklin 1%

b. Pemberian imunisasi awal

Pelaksanaan penimbangan, penyuntikan vitamin K1, salep mata dan imunisasi Hepatitis (HB0) harus dilakukan. Pemberian layanan kesehatan tersebut dilaksanakan pada periode setelah IMD sampai 2-3 jam setelah lahir, dan dilaksanakan di kamar bersalin oleh dokter, bidan/ perawat.

Semua BBL harus diberikan penyuntikan vitamin K1 1 mg IM di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami sebagian BBL. Salep mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.

2.4.4 Tatalaksana Bayi Baru Lahir

a. Asuhan bayi baru lahir pada 0-6 jam :

Asuhan bayi baru lahir normal, dilaksanakan segera setelah lahir, dan diletakkan di dekat ibunya dalam ruangan yang sama.

b. Asuhan bayi baru lahir dengan komplikasi dilaksanakan satu ruangan dengan ibunya atau ruangan khusus.

c. Pada proses persalinan, ibu dapat didampingi suami.

d. Asuhan bayi baru lahir pada 6 jam sampai 28 hari

Pemeriksaan neonatus pada periode ini dilaksanakan di puskesmas/pustu/polindes/poskesdes dan/atau melalui kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan. Pemeriksaan neonatus dilaksanakan di dekat ibu, bayi didampingi ibu dan keluarga pada saat diperiksa atau diberikan pelayanan kesehatan.

Menurut Sari (2014), Pemantauan bayi pada jam pertama setelah lahir yang dinilai meliputi kemampuan menghisap kuat atau lemah, bayi tampak aktif atau lunglai, bayi kemerahan atau biru, yang menjadi penilaian terhadap ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindakan lanjut, diantaranya :

- 1) Pemantauan 2 jam pertama meliputi, kemampuan menghisap, bayi tampak aktif/lunglai, bayi kemerahan/biru.
- 2) Sebelum penolong meninggalkan ibu, harus melakukan pemeriksaan dan penilaian ada tidaknya masalah kesehatan meliputi, bayi kecil masa kehamilan/ kurang bulan, gangguan pernapasan, hipotermia, infeksi, cacat bawaan/trauma lahir.
- 3) KIE pada orang tua.

2.4.5 Pencegahan Infeksi

Pada bayi baru lahir terjadi infeksi yang besar, ini disebabkan karena bayi belum memiliki kemampuan yang sempurna. Maka perlindungan dari orang lain disekitarnya sangat diperlukan. Usaha yang dapat dilakukan meliputi peningkatan upaya hygiene yang maksimal agar terhindarkan dari kemungkinan terkena infeksi. Bayi baru lahir beresiko tinggi terinfeksi apabila ditemukan: ibu menderita eklampsia, diabetes mellitus, ibu mempunyai penyakit bawaan, kemungkinan bayi terkena infeksi yang berkaitan erat dengan:

- a. Riwayat kelahiran: persalinan lama, persalinan dengan tindakan (ekstraksi cunam/vacuum, SC), ketuban pecah dini, air ketuban hijau kental.
- b. Riwayat bayi baru lahir: trauma lahir, lahir kurang bulan, bayi kurang mendapat cairan dan kalori, hipotermia pada bayi.

2.4.6 Bounding Attachment

Bounding attachment adalah sebuah peningkatan hubungan kasih sayang dengan keterikatan batin antara orang tua dan bayi. Hal ini merupakan proses dimana hasil dari interaksi terus-menerus antara bayi dan orang tua yang bersifat saling mencintai memberikan keduanya pemenuhan emosional dan saling membutuhkan.

Caranya untuk melakukan bounding adalah inisiasi dini, pemberian ASI Eksklusif, Rawat gabung, Kontak mata, Suara, Aroma, Entrainment. Bioritme(Rukiyah, 2012)

2.4.7 Reflek pada Bayi Baru Lahir

a. Refleksi Glabella

Ketuk daerah pangkal hidung secara pelan-pelan dengan menggunakan jari telunjuk pada saat mata terbuka. Bayi akan mengedipkan mata pada 4 sampai 5 ketukan pertama

b. Refleksi hisap

Benda menyentuh bibir disertai refleksi menelan . tekanan pada mulut bayi pada langit bagian dalam gusi atas timbul isapan yang kuat dan cepat. Dilihat pada waktu bayi menyusu

c. Reflek mencari (rooting)

Bayi menoleh ke arah benda yang menyentuh pipi. Misalnya mengusap pipi bayi dengan lembut, bayi menolehkan kepalanya ke arah jari kita dan membuka mulutnya

d. Refleksi genggam (palmar grasp)

Dengan meletakkan jari telunjuk pada palmar, tekanan dengan gentle, normlanya bayi akan menggenggam dengan kuat. Jika telapak tangan bayi ditekan: bayi mengepalkan tinjunya.

e. Refleksi babinski

Gores telapak kaki, dimulai dari tumit, gores sisi lateral telapak kaki ke arah atas kemudian gerakkan jari sepanjang telapak kaki. Bayi akan menunjukkan respon berupa semua jari kaki hyperekstensi dengan ibu jari dorsifleksi.

f. Refleksi moro

Timbulnya pergerakan tangan yang simetris apabila kepala tiba-tiba digerakkan atau dikejutkan dengan cara bertepuk tangan.

g. Refleksi tonik leher atau “fencing”

Ekstremitas pada satu sisi dimana kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi apabila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat. Respons ini dapat tidak ada atau tidak lengkap segera setelah lahir.

h. Refleksi ekstrusi

Bayi baru lahir menjulurkan lidah ke luar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting.

i. Refleksi melangkah

Bayi menggerak-gerakkan tungkainya dalam suatu gerakan berjalan atau melangkah jika diberikan dengan cara memegang lengannya sedangkan kakinya dibiarkan menyentuh permukaan yang rata dan keras.

j. Refleksi merangkak

Bayi akan berusaha merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar (Marmi dkk, 2015).

2.4.8 Bayi baru lahir dengan riwayat abortus

a. Dampak pada bayi baru lahir dengan riwayat abortus

Hal ini akan berdampak negative pada janin yaitu pertumbuhan yang tidak maksimal dan meningkatkan resiko terjadi abortus berulang dan BBLR (Mochtar, 2010)

b. Penanganan pada bayi baru lahir dengan riwayat abortus

Perawatan metode kanguru (PMK), penanganan BBLR, mempertahankan suhu dengan ketat, mencegah infeksi dengan ketat. Pengawasan nutrisi

dan ASI, penimbangan berat badan harus dilakukan secara ketat.
(Syafrudin & Hamidah, 2009)

2.5 Konsep Keluarga Berencana

2.5.1 Pengertian

Keluarga Berencana adalah

- a. Upaya peningkatan kepedulian masyarakat dalam mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera (UU No.10/1992).
- b. Suatu usaha menjarakkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi.

2.5.2 Tujuan Program KB

- a. Tujuan Umum: membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.
- b. Tujuan lain: meliputi pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga (Ari Sulistiawati, 2011).

2.5.3 Sasaran program KB

Sasaran program KB tertuang dalam RPJMN 2004-2009 sebagai berikut.

- a. Menurunkan rata-rata laju pertumbuhan penduduk menjadi 1,14 % per tahun
- b. Menurunkan angka kelahiran total (TFR) menjadi sekitar 2,2 / perempuan.

- c. Menurunnya PUS yang tidak ingin punya anak dan ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alat/cara kontrasepsi (unmet need) menjadi 6 %.
- d. Meningkatnya peserta KB laki-laki menjadi 4,5%.
- e. Meningkatnya penggunaan metode kontrasepsi yang rasional, efektif, dan efisien.
- f. Meningkatnya rata-rata usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun.
- g. Meningkatnya partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak.
- h. Meningkatnya jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera 1 yang aktif dalam usaha ekonomi produktif
- i. Meningkatnya jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan program KB Nasional

2.5.4 Ruang Lingkup Program KB

Ruang lingkup program KB mencakup sebagai berikut :

a. Ibu

Dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahiran, adapun manfaat yang diperoleh oleh ibu adalah sebagai berikut.

- 1) Tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek, sehingga kesehatan ibu dapat terpelihara terutama kesehatan organ reproduksi.

2) Meningkatkan kesehatan mental dan social yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak dan beristirahat yang cukup karena kehadiran akan anak tersebut memang diinginkan.

b. Suami

Dengan memberikan kesempatan suami agar dapat melakukan hal berikut:

- 1) Memperbaiki kesehatan fisik
- 2) Mengurangi beban ekonomikeluarga yang ditanggungnya.

c. Seluruh Keluarga

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

d. Ruang lingkup KB secara umum adalah sebagai berikut.

- e. Keluarga berencana
- f. Kesehatan reproduksi remaja
- g. Kesehatan dan pemberdayaan keluarga
- h. Penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas
- i. Keserasian kebijakan pendudukan.

2.5.5 Macam-macam Kontrasepsi

Kontrasepsi Pasca Persalinan

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan yang bersifat sementara dan bersifat permanen. Pada wanita pasca persalinan kemungkinan untuk hamil kembali akan menjadi lebih kecil jika mereka terus

menyusui setelah melahirkan. meskipun laktasi dapat membantu mencegah kehamilan, akan tetapi suatu saat ovulasi tetap akan terjadi. Ovulasi dapat mendahului menstruasi pertama pasca persalinan dan pembuahan pun akan dapat terjadi. Selain metode laktasi ada beberapa metode yang bias di gunakan yaitu:

a. Kontrasepsi Non Hormonal

Metode kontrasepsi non hormonal yang ada meliputi: metode laktasi amenorhea (LAM / lactational amenorrhea method), kondom, spermid, diafragma, alat kontrasepsi dalam rahim atau IUD, pantang berkala, dan kontrasepsi mantap (tubektomi atau vasektomi). Pemakaian alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR atau IUD) dapat dilakukan segera setelah proses persalinan atau dalam waktu 48 jam pasca persalinan. Jika lewat dari waktu tersebut, maka pemakaian AKDR akan di tunda hingga 6-8 minggu.

b. Kontrasepsi Hormonal

Pemakaian kontrasepsi hormonal di pilih yang berisi progestin saja, sehingga dapat digunakan untuk wanita masa laktasi karena tidak mengganggu produksi ASI serta tumbuh kembang bayi. Metode ini bekerja dengan cara menghambat ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma, menghalangi implantasi ovum pada endometrium dan menurunkan kecepatan transportasi ovum di tuba

c. Kontrasepsi Darurat

Kontrasepsi darurat adalah kontrasepsi yang dipakai setelah senggama oleh wanita yang tidak hamil untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.

1) Indikasi kontrasepsi darurat

Untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, bila terjadi kesalahan dalam pemakaian kontrasepsi seperti:

- a) Kondom bocor, lepas atau salah menggunakannya.
- b) Diafragma pecah, robek atau diangkat terlalu cepat.
- c) Kegagalan senggama, terputus misalnya ejakulasi di vagina atau pada genetalia eksterna.
- d) Salah hitung masa subur.
- e) Lupa minum pil KB
- f) Tidak menggunakan kontrasepsi.
- g) Kontraindikasi kontrasepsi darurat.
- h) Hamil atau diduga hamil.
- i) Kelebihan kontrasepsi darurat:
- j) Tidak menyebabkan keguguran, dapat mencegah kehamilan yang tidak diinginkan
- k) Tidak menimbulkan cacat bawaan, bila diketahui ibu hamil
- l) Efektif bekerja dengan cepat, mudah, relative murah untuk pemakaian jangka pendek.
- m) Kekurangan kontrasepsi darurat.
- n) Tidak dapat dipakai secara permanen
- o) Tidak efektif setelah 3x 24 jam

Macam-macam Alat kontrasepsi Darurat :

1. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim/AKDR

- a) Pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim/AKDR (IUD) sebagai kontrasepsi darurat selain dengan memakai pil (baik dedicated pills

atau pil KB biasa), metode kontrasepsi darurat lain yang juga bias dilakukan adalah dengan pemasangan AKDR jenis Copper-T dalam waktu lima hari setelah terjadinya hubungan seksual tanpa perlindungan.

b) Mekanisme Kerja

AKDR mengubah transportasi tubal dan rahim dan mempengaruhi sel telur dan sperma sehingga pembuahan tidak terjadi.

c) Efek Samping

Efek samping pemasangan AKDR termasuk diantara : Rasa tidak enak di perut, perdarahan per vaginam atau *spotting*, dan infeksi. Efek samping dari penggunaan AKDR termasuk : perdarahan yang banyak, kram, infeksi, kemandulan dan kebocoran rahim.

g. KB Implan

a) Keuntungan

1. Perlindungan jangka panjang sampai 5 tahun
2. Bebas dari pengaruh estrogen
3. Tidak mengganggu hubungan saat senggama
4. Tidak mengganggu produksi ASI.
5. Dapat di cabut setiap saat sesuai kebutuhan.

b) Kekurangan

1. Implant harus di pasang dan dilepas oleh petugas kesehatan yang terlatih.
2. Sering mengubah pola haid

h. Metode Amenore Laktasi (MAL)

Metode Amenore Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya ASI hanya diberikan kepada bayinya tanpa makanan atau minuman tambahan hingga usia 6 bulan.

Cara kerja penundaan atau penekanan ovulasi

a) Keuntungan kontrasepsi

1. Efektifitas tinggi (tingkat keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan)
2. Tidak mengganggu saat berhubungan seksual.
3. Segera efektif bila digunakan secara benar.
4. Tidak ada efek samping secara sistemik
5. Tidak perlu pengawasan medis
6. Tidak perlu alat atau obat dan biaya yang murah.

b) Keuntungan non kontrasepsi

1. Untuk bayi
 - a. Mendapatkan kekebalan pasif
 - b. Merupakan asupan gizi terbaik
2. Untuk ibu
 - a. Dapat mengurangi perdarahan pasca persalinan
 - b. Dapat mengurangi resiko anemia
 - c. Dapat meningkatkan kasih sayang antara ibu dan bayi.

c) Kelemahan metode MAL

1. Perlu persiapan dan perawatan sejak awal kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan.

2. Sulit dilakukan karena kondisi social.
 3. Efektifitas tinggi hingga hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.
 4. Tidak melindungi terhadap IMS termasuk HIV/AIDS dan Virus Hepatitis B.
- d) Ibu yang dapat menggunakan MAL
1. Ibu menyusui secara penuh (full breast feeding), dan lebih efektif bila pemberian $\geq 8x$ sehari.
 2. Ibu yang belum haid sejak pascapersalinan.
 3. Umur bayi kurang dari 6 bulan.
 4. Harus di anjurkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya bila ibu sudah mendapat menstruasi.
- e) Ibu yang seharusnya tidak memakai MAL
1. Sudah mendapatkan haid setelah melahirkan
 2. Tidak menyusui bayinya secara eksklusif
 3. Usia bayi sudah lebih dari 6 bulan
 4. Bekerja dan terpisah dari bayinya lebih dari 6 jam serta tidak memberikan ASI perah.
- f) Hal-hal yang perlu diketahui oleh ibu yang menggunakan metode MAL, antara lain :
1. Seberapa sering seorang ibu harus memberikan ASInya kepada bayi.
 2. Waku antara 2 pengosongan payudara tidak lebih dari 4 jam. ibu tetap memberikan ASInya pada malam hari karena menyusui

pada malam hari membantu mempertahankan kecukupan pemberian ASI.

3. Biarkan bayi mengisap sampai bayi sendiri yang melepasnya
ASI dapat disimpan dalam freezer.

2) Metode Keluarga Berencana Alamiah (KBA)

Metode kalender pantang berkala adalah metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggama atau hubungan seksual pada masa subur atau ovulasi.

Manfaat

1. Metode kalender atau pantang berkala dapat bermanfaat sebagai kontrasepsi maupun konsepsi
2. Sebagai alat pengendalian kelahiran atau mencegah kehamilan.
3. Dapat di gunakan oleh para pasangan untuk mengharapkan bayi dengan melakukan hubungan seksual saat masa subur atau ovulasi untuk meningkatkan kesempatan bias hamil.

a) Keuntungan

Metode kalender atau pantang berkala mempunyai keuntungan sebagai berikut:

- a. Metode kalender atau pantang berkala lebih sederhana.
- b. Dapat digunakan oleh setiap wanita yang sehat.
- c. Tidak membutuhkan alat atau pemeriksaan khusus dalam penerapannya.
- d. Tidak mengganggu pada saat berhubungan seksual

- e. Kontrasepsi dengan menggunakan metode kalender dapat menghindari resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi
- f. Tidak memerlukan biaya
- g. Tidak membutuhkan tempat pelayanan kontrasepsi.

Keterbatasan

- a. Memerlukan kerjasama yang baik antara suami dan istri
 - b. Harus ada motifasi dan disiplin pasangan dalam menjalankannya
 - c. Pasangan suami istri tidak dapat melakukan hubungan seksual setiap saat.
 - d. Pasangan suami istri harus tahu masa subur dan masa tidak subur.
 - e. Harus mengamati siklus menstruasi minimal 6 kali siklus.
 - f. Siklus menstruasi yang tidak teratur (menjadi penghambat).
 - g. Lebih efektif bila dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain.
- 3) Metode Barrier Kondom
- Merupakan selubung atau sarung karet yang terbuat dari bahan diantaranya karet (lateks) plastic (viniel) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis untuk menampung sperma ketika seorang pria mencapai ejakulasi saat berhubungan seksual.
- 4) Pil
- Mini pil adalah pil KB yang hanya mengandung hormon progesterone dalam dosis rendah.

a) Keuntungan

- a. Cocok sebagai alat kontrasepsi bagi perempuan yang sedang menyusui.
- b. Sangat efektif untuk masa laktasi.
- c. Dosis gestagen rendah tidak menurunkan produksi ASI.
- d. Tidak mengganggu hubungan seksual
- e. Kesuburan cepat kembali.
- f. Tidak memberikan efek samping estrogen
- g. Tidak ada bukti peningkatan resiko penyakit kardiovaskuler, resiko tromboemboli vena dan resiko hipertensi.
- h. Cocok untuk perempuan yang menderita diabetes mellitus dan yang tidak biasa mengkonsumsi estrogen serta sapat mengurangi dismenorhea

b) Kerugian

- a. Memerlukan biaya
- b. Harus selalu tersedia
- c. Efektifitas berkurang apabila menyusui juga berkurang.
- d. Penggunaan mini pil bersamaan dengan obat tuberkulosis atau epilepsi akan mengakibatkan efektifitas menjadi rendah
- e. Mini pil harus diminum setiap hari dan pada waktu yang sama.
- f. Angka kegagalan tinggi apabila penggunaan tidak benar dan konsisten
- g. Tidak melindungi dari penyakit menular seksual termasuk HBV dan HIV/AIDS/

- h. Tidak menjamin akan melindungi dari kista ovarium bagi wanita yang pernah mengalami kehamilan ektopik.

5) Kontrasepsi Suntik

a. KB Suntik 1 Bulan

KB suntik 1 bulan adalah metode suntikan yang pemberiannya tiap bulan dengan cara penyuntikan secara IM sebagai usaha pencegahan kehamilan berupa hormone progesteron dan estrogen pada wanita usia subur.

6) Jenis suntikan 1 bulan

Suntikan kombinasi adalah 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estro diol.sipionat yang di berikan injeksi IM sebulan sekali (cyclofem) dan 50 mg noretindron enantat dan 5 mg estradiol valerat yang di berika injeksi IM sebulan sekali.

2) Keuntungan kontrasepsi KB suntik 1 bulan :

- a) Risiko terhadap kesehatan kecil.
- b) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- c) Tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam
- d) Jangka panjang
- e) Efek samping sangat kecil.
- f) Pasien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- g) Pemberian aman, efektif dan relatif mudah.

3) Keuntungan non kontrasepsi

- a) Mengurangi jumlah perdarahan
- b) Mengurangi nyeri saat haid.
- c) Mencegah anemia

- d) Mencegah kanker ovarium dan kanker miometrium.
 - e) Mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium
 - f) Mencegah kehamilan ektopik.
 - g) Pada keadaan tertentu dapat diberikan pada perempuan usia perimenopous.
- 4) Kerugian KB 1 bulan
- a) Terjadi perubahan pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak atau spotting, perdarahan sela sampai sepuluh hari.
 - b) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntik kedua atau ketiga.
 - c) Ketergantungan pasien terhadap pelayanan kesehatan, karena pasien harus kembali setiap 30 hari untuk kunjungan ulang.
 - d) Efektifitas suntik 1 bulan berkurang bila di gunakan dengan bersamaan dengan obat-obatan epilepsi
 - e) Dapat terjadi perubahan berat badan
 - f) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan IMS, HIV/AIDS
- 5) Ibu yang boleh menggunakan KB suntik 1 bulan
- a) Usia reproduksi
 - b) Telah memiliki anak atau belum memiliki anak
 - c) Menyusui ASI paskapersalinan > 6 bulan
- 6) Ibu yang tidak boleh menggunakan KB suntik 1 bulan
- a) Hamil atau diduga hamil

- b) Menyusui ASI < 6 minggu pasca persalinan.
- c) Ibu mempunyai riwayat penyakit jantung, stroke, atau hipertensi.

b. KB suntik 3 bulan

1) Keuntungan

- a) Efektifitas tinggi
- b) Sederhana pemakaiannya
- c) Dapat mencegah kanker endometrium, kehamilan ektopik serta beberapa penyakit akibat radang panggul.

2) Kerugian

- a) Terdapat gangguan haid seperti amenore
- b) Pusing dan sakit kepala

6) Kontrasepsi Mantap

a. Tubektomi

Adalah setiap tindakan pada kedua saluran telur wanita yang mengakibatkan orang tersebut tidak akan mendapat keturunan lagi.

1) Manfaat

- a) Tidak mempengaruhi proses menyusui
- b) Pembedahan sederhana dapat dilakukan dengan anastesi local.
- c) Tidak ada perubahan dengan fungsi seksual

2) Keterbatasan

- a) Rasa sakit atau ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan
- b) Tidak melindungi diri dari IMS dan HIV/ AIDS

b. Vasektomi

1) Kelebihan

- a) Komplikasi yang dijumpai sedikit dan ringan
- b) Lebih murah dan lebih sedikit komplikasi dari sterilisasi tubulus
- c) Tidak mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menikmati hubungan seksual

2) Kekurangan

- a) Cara ini tidak langsung efektif perlu menunggu beberapa waktu setelah benar-benar sperma tidak ditemukan berdasarkan analisa sperma
- b) Ada sedikit rasa sakit dan ketidaknyamanan beberapa hari setelah operasi
- c) Tidak memberikan perlindungan terhadap IMS termasuk HIV/AIDS.

7) IUD Pasca Plasenta

a. Pengertian

IUD post plasenta adalah IUD yang dipasang dalam waktu 10 menit setelah lepasnya plasenta pada persalinan pervaginam (EngenderHealth, 2008).

Pemasangan AKDR berdasarkan waktu pemasangan dapat dibagi menjadi 3

- a) *Immediate postplacental insertion (IPP)* yaitu AKDR dipasang dalam waktu 10 menit setelah plasenta dilahirkan.
- b) *Early postpartum insertion (EP)* yaitu AKDR dipasang antara 10 menit sampai dengan 72 jam postpartum.
- c) *Interval insertion (INT)* yaitu AKDR dipasang setelah 6 minggu postpartum.

Pemasangan AKDR dalam 10 menit setelah plasenta lahir dapat dilakukan dengan 2 cara, yaitu :

- a) Dipasang dengan tangan secara langsung

Setelah plasenta dilahirkan dan sebelum perineorafi, pemasang melakukan kembali toilet vulva dan mengganti sarung tangan dengan yang baru. Pemasang memegang AKDR dengan jari telunjuk dan jari tengah kemudian dipasang secara perlahan-lahan melalui vagina dan servik sementara itu tangan yang lain melakukan penekanan pada abdomen bagian bawah dan mencengkeram uterus untuk memastikan AKDR dipasang di tengah-tengah yaitu di fundus uterus. Tangan pemasang dikeluarkan perlahan-lahan dari vagina. Jika AKDR ikut tertarik keluar saat tangan pemasang dikeluarkan dari vagina atau AKDR belum terpasang di tempat yang seharusnya, segera dilakukan perbaikan posisi AKDR.

- b) Dipasang dengan *ring forceps*

Sama dengan pemasangan dengan menggunakan tangan secara langsung akan tetapi AKDR diposisikan dengan menggunakan *ring forceps*, bukan dengan tangan.

b. Jenis

Ada 3 macam IUD yang biasanya digunakan yaitu Copper T 380A, Multiload Copper 375, dan IUD dengan levonorgestrel. IUD jenis Copper T 380A sangat banyak tersedia dan pada program pilihan KB Pascapersalinan, jenis IUD Copper T 380A ini paling banyak digunakan karena selain karakteristiknya yang baik, harga IUD jenis ini juga lebih terjangkau dibanding dengan jenis IUD yang lain. IUD dengan levonorgestrel (misal Mirena) belum terlalu banyak tersedia dan jika tersedia harganya mahal, dan IUD jenis ini biasanya tidak direkomendasikan sebagai IUD post partum.

c. Cara Kerja

IUD yang dipasang setelah persalinan selanjutnya juga akan berfungsi seperti IUD yang dipasang saat siklus menstruasi. Pada pemasangan IUD post plasenta, umumnya digunakan jenis IUD yang mempunyai lilitan tembaga yang menyebabkan terjadinya perubahan kimia di uterus sehingga sperma tidak dapat membuahi sel telur.

d. Efektivitas

Efektivitas sangat tinggi. Tiap tahunnya 3-8 wanita mengalami kehamilan dari 1000 wanita yang menggunakan IUD jenis Copper T 380A. Kejadian hamil yang tidak diinginkan pada pasca insersi IUD post plasenta sebanyak 2.0 - 2.8 per 100 akseptor pada 24 bulan setelah pemasangan. Setelah 1 tahun, penelitian menemukan angka kegagalan IUD post plasenta 0.8 %, dibandingkan dengan pemasangan setelahnya. Sesuai dengan kesepakatan WHO, IUD

dapat dipakai selama 10 tahun walaupun pada kemasan tercantum efektifitasnya hanya 4 tahun (BKKBN, 2010).

a) Keuntungan

- 1) Langsung bisa diakses oleh ibu yang melahirkan di pelayanan kesehatan
- 2) Efektif dan tidak berefek pada produksi menyusui
- 3) Aman untuk wanita yang positif menderita HIV
- 4) Kesuburan dapat kembali lebih cepat setelah pelepasan
- 5) Resiko terjadi infeksi rendah yaitu dari 0,1-1,1 %
- 6) Kejadian perforasi rendah yaitu sekitar 1 kejadian perforasi dari jumlah populasi 1150 sampai 3800 wanita
- 7) Mudah dilakukan pada wanita dengan epidural
- 8) Sedikit kasus perdarahan daripada IUD yang dipasang di waktu menstruasi.

b. Kerugian

Angka keberhasilannya ditentukan oleh waktu pemasangan, tenaga kesehatan yang memasang, dan teknik pemasangannya. Waktu pemasangan dalam 10 menit setelah keluarnya plasenta memungkinkan angka ekspulsinya lebih kecil ditambah dengan ketersediaan tenaga kesehatan yang terlatih (dokter atau bidan) dan teknik pemasangan sampai ke fundus juga dapat meminimalisir kegagalan pemasangan.

c. Efek Samping dan Komplikasi

- 1) Ekspulsi

Angka kejadian ekspulsi pada IUD sekitar 2-8 per 100 wanita pada tahun pertama setelah pemasangan. Angka kejadian ekspulsi setelah post partum juga tinggi, pada insersi setelah plasenta lepas kejadian ekspulsi lebih rendah daripada pada insersi yang dilakukan setelahnya. Gejala ekspulsi antara lain kram, pengeluaran per vagina, *spotting* atau perdarahan, dan dispareni.

2) Kehamilan

Kehamilan yang terjadi setelah pemasangan IUD post plasenta terjadi antara 2.0-2.8 per 100 akseptor pada 24 bulan. Setelah 1 tahun, studi menyatakan angka kegagalannya 0,8 % dibandingkan dengan pemasangan IUD saat menstruasi.

3) Infeksi

Prevalensi infeksi cenderung rendah yaitu sekitar 0,1 % sampai 1,1 %.

4) Perforasi

Perforasi rendah yaitu sekitar 1 kejadian perforasi dari jumlah populasi 1150 sampai 3800 wanita.

d. Petunjuk Bagi Klien

- 1) Kembali memeriksakan diri setelah 4 sampai 6 minggu setelah pemasangan AKDR
- 2) Selama bulan pertama menggunakan AKDR, periksalah benang AKDR secara rutin terutama setelah haid

3) Setelah bulan pertama pemasangan, hanya perlu memeriksa keberadaan benang setelah haid apabila mengalami :

a) Kram/kejang di perut bagian bawah

b) Perdarahan (spooting) di antara haid atau setelah senggama

c) Nyeri setelah senggama atau apabila pasangan mengalami tidak nyaman selama melakukan hubungan seksual.

4) Copper T-380A perlu dilepas setelah 10 tahun pemasangan, tetapi dapat dilakukan lebih awal apabila diinginkan.

5) Kembali ke klinik apabila :

a) Tidak dapat meraba benang AKDR

b) Merasakan bagian yang keras dari AKDR

c) AKDR terlepas

d) Siklus terganggu/meleset

e) Terjadinya pengeluaran cairan dari vagina yang mencurigakan

f) Adanya infeksi.

e. Teknik Pemasangan Manual (Pascaplasenta)

Teknik ini hanya digunakan dalam waktu 10 menit setelah kelahiran plasenta.

1. Gunakan sarung tangan panjang (hingga siku lengan) yang steril ATAU sarung tangan standar yang steril dengan baju kedap air steril.
2. Gunakan tangan untuk memasukkan AKDR.
3. Pegang AKDR dengan menggenggam lengan vertikal antara jari telunjuk dan jari tengah tangan yang dominan.
4. Secara perlahan, dengan arah tegak lurus terhadap bidang punggung ibu, masukkan tangan yang memegang AKDR ke dalam vagina dan melalui serviks masuk ke dalam uterus.
5. Lepaskan forsep yang menjepit serviks dan tempatkan tangan yang nondominan pada abdomen untuk menahan uterus dengan mantap. Stabilisasi uterus dengan penekanan ke bawah untuk mencegahnya bergerak ke atas ketika memasukkan tangan yang memegang AKDR; hal ini juga membantu pemasang untuk mengetahui ke arah mana tangan yang memegang AKDR diarahkan serta memastikan tangan telah mencapai fundus.
6. Setelah mencapai fundus, putar tangan yang memegang AKDR 45 derajat ke arah kanan untuk

menempatkan AKDR secara horizontal pada fundus.

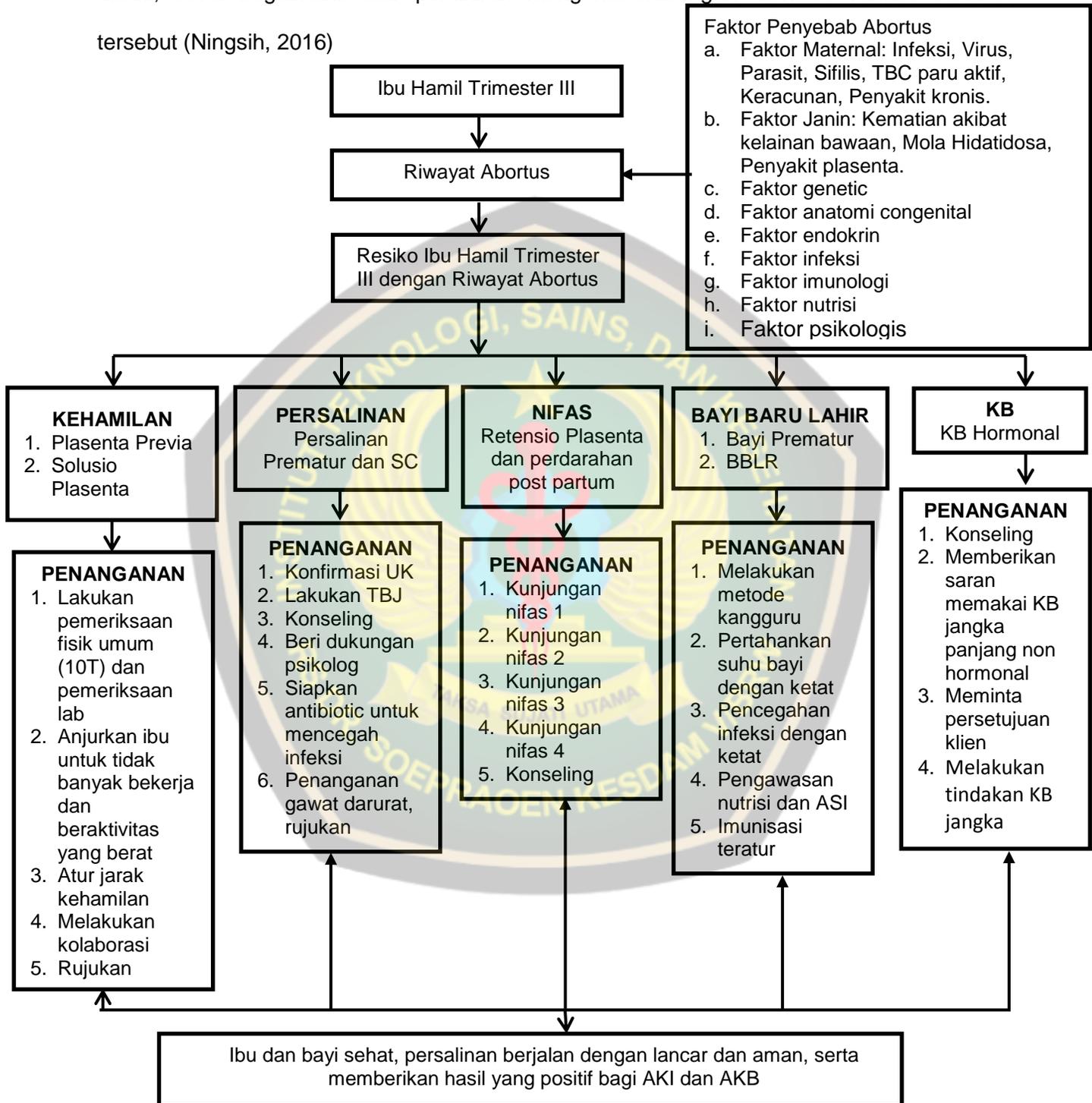
7. Keluarkan tangan secara perlahan, merapat ke dinding lateral uterus.
8. Perhatikan jangan sampai AKDR tergeser ketika mengeluarkan tangan.

2.5.6 Penanganan alat kontrasepsi dengan riwayat abortus

Tujuan pelayanan KB Pasca persalinan adalah untuk mengatur jarak kehamilan/kelahiran dan menghindari kehamilan yang tidak diinginkan sehingga setiap keluarga dapat merencanakan kehamilan dengan aman dan sehat, pasca persalinan wanita membutuhkan 2-3 tahun dalam memulihkan tubuhnya dan mempersiapkan dirinya pada persalinan berikutnya dan memberikan kesempatan pada luka untuk sembuh dengan baik. Jarak persalinan pada section caesarea yang pendek meningkatkan resiko bagi ibu dan anak (Sinaga, 2013) sehingga disarankan untuk menggunakan metode KB jangka panjang.

2.6 Kerangka Teori

Kerangka teori adalah uraian yang menegaskan teori yang dijadikan landasan (*grand theory*) yang digunakan untuk menjelaskan fenomena yang diteliti. Dalam kerangka teori dijelaskan mengenai faktor-faktor apa saja yang dapat mempengaruhi variabel yang akan diteliti, serta bagaimana alur pemikiran mengenai hubungan diantara variabel-variabel tersebut (Ningsih, 2016)



Gambar 2.6 Kerangka Teori pada Ny. R Kehamilan dengan Riwayat Abortus pada Trimester III sampai dengan Penggunaan Alat Kontrasepsi di PMB Setyaning Rahayu, S.Tr.Keb DAMPIT Kabupaten Malang