

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar *Continuity of Care (COC)***

##### **2.1.1 Pengertian**

*Continuity of care (COC)* adalah suatu proses di mana pasien dan tenaga kesehatan yang kooperatif terlibat dalam manajemen pelayanan kesehatan secara terus menerus menuju pelayanan yang berkualitas tinggi, biaya perawatan medis yang efektif. *COC* pada awalnya merupakan ciri dan tujuan utama pengobatan keluarga yang lebih menitikberatkan kepada kualitas pelayanan kepada pasien (keluarga). *COC* dapat membantu bidan (tenaga kesehatan), keluarga mendapatkan kepercayaan dan memungkinkan untuk menjadi advokasi pasien. Kontinuitas perawatan berakar dari kemitraan pasien dan bidan dalam jangka panjang di mana bidan tahu riwayat pasien dari pengalamannya dan dapat mengintegrasikan informasi baru dan dapat mengambil tindakan yang efisien tanpa penyelidikan mendalam atau review catatan. Kontinuitas perawatan dipimpin oleh bidan dan dalam pendekatannya bidan bekerjasama dengan tim kesehatan lainya (Adnani, QE, Nuraisyah, W., 2013).

Hubungan pelayanan kontinuitas adalah hubungan terapeutik antara perempuan dan petugas kesehatan khususnya bidan dalam mengalokasikan pelayanan serta pengetahuan secara komprehensif (Sandall, 2014). Hubungan tersebut salah satunya dengan dukungan emosional dalam bentuk dorongan, pujian, kepastian, mendengarkan keluhan perempuan dan menyertai perempuan telah diakui sebagai komponen kunci perawatan intrapartum. Dukungan bidan tersebut mengarah pada pelayanan yang berpusat pada perempuan (Iliadou, 2012).

Filosofi model *COC* menekankan pada kondisi alamiah yaitu membantu perempuan agar mampu melahirkan dengan intervensi minimal dan pemantauan fisik, kesehatan psikologis, spiritual dan sosial perempuan dan keluarga (Mclachlan et al., 2012).

Menurut Sandall, J. dalam Ningsih (2017) menyebutkan bahwa *Continuity Of Care* memiliki tiga jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesenambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesenambungan informasi menyangkut ketersediaan

waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan. Pemberian informasi kepada perempuan memungkinkan dan memberdayakan mereka dalam melakukan perawatan untuk mereka sendiri dan muncul sebagai dimensi secara terus menerus sebagai informasi dan kemitraan. Perawatan berencana tidak hanya menopang bidan dalam mengkoordinasikan layanan komprehensif mereka tetapi juga menimbulkan rasa aman serta membuat keputusan bersama. Tidak semua pasien dapat mengasumsikan keaktifan perannya namun mereka dapat membuat akumulasi pengetahuan dari hubungan yang berkesinambungan untuk bisa mengerti terhadap pelayanan yang mereka terima (Haggerty, Freeman, & Beaulieu, 2013).

### **2.1.2 Prinsip-prinsip Pokok Asuhan**

- a. Kehamilan dan kelahiran adalah suatu proses yang normal, alami dan sehat.
- b. Pemberdayaan ibu adalah pelaku utama dalam asuhan kehamilan.
- c. Oleh karena itu, bidan harus memberdayakan ibu dan keluarga dengan meningkatkan pengetahuan dan pengalaman mereka melalui pendidikan kesehatan agar dapat merawat dan menolong diri sendiri dalam kondisi tertentu.
- d. Otonomi pengambilan keputusan adalah ibu dan keluarga. Untuk dapat mengambil suatu keputusan mereka membutuhkan informasi
- e. Intervensi (campur tangan/ tindakan) bidan yang terampil harus tau kapan ia harus melakukan sesuatu dan intervensi yang dilakukannya haruslah aman berdasarkan bukti ilmiah.
- f. Tanggung jawab asuhan kehamilan yang di berikan bidan harus selalu didasari ilmu, analisa dan pertimbangan yang matang. Akibat yang timbul dari tindakan yang dilakukan menjadi tanggung jawab bidan (Diana, 2017).
- g. Asuhan kehamilan mengutamakan kesinambungan pelayanan (*Continuity of Care*) sangat penting bagi wanita untuk mendapatkan pelayanan dari seorang yang profesional yang sama atau dari satu team kecil tenaga profesional, sebab dengan begitu maka perkembangan kondisi mereka setiap saat terpantau dengan baik selain itu mereka juga lebih di percaya dan terbuka karena sudah mengenal si pemberi asuhan (Diana, 2017).

- h. Dimensi kesinambungan layanan kesehatan artinya pasien harus dapat dilayani sesuai dengan kebutuhannya, termasuk rujukan jika diperlukan tanpa mengeurangi prosedur diagnosis dan terapi yang tidak perlu. Pasien harus selalu mempunyai akses ke layanan kesehatan yang dibutuhkannya, karena riwayat penyakit pasien terdokumentasi dengan lengkap, akurat, dan terkini, layanan kesehatan rujukan yang diperlukan pasien dapat terlaksana dengan tepat waktu (Diana, 2017).

### **2.1.3 Komponen Model Pelayanan Persalinan Berkelanjutan**

- a. Persalinan difasilitasi yang memenuhi standar
- b. Menjamin penduduk miskin untuk bersalin di fasilitas kesehatan.
- c. Membangun jaringan rujukan antara fasilitas kesehatan dan rumah sakit (pemerintah maupun swasta).
- d. Menerapkan kebijakan penjaminan kualitas pelayanan di Rumah Sakit.
- e. Menjalankan strategi promosi.
- f. Menjalankan sistem surveilans kematian ibu dan neonatal (komunitas dan fasilitas).
- g. Membangun sistem reditasi untuk standar pelayanan persalinan dan rujukan di fasilitas kesehatan (Diana, 2017).

## **2.2 Konsep Dasar Kehamilan Trimester III**

### **2.2.1 Pengertian**

Kehamilan adalah suatu mata rantai yang berkesinambungan yang terdiri dari ovulasi (pematangan sel) lalu pertemuan ovum (sel telur) dan spermatozoa (sperma) terjadilah pembuahan dan pertumbuhan. Zigot kemudian bernidasi (penanaman) pada uterus dan pembentukan plasenta dan tahap akhir adalah tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Manuaba dkk, 2012).

Kehamilan trimester III merupakan kehamilan dengan usia 28-40 minggu dimana merupakan waktu mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua , seperti terpusatnya perhatian pada kehadiran bayi, sehingga disebut juga sebagai periode penantian (Vivian, 2011).

Kehamilan trimester III adalah kehamilan yang terjadi selama 13 minggu yaitu pada usia kehamilan 28 minggu – 40 minggu (Prawirohardjo, 2012).

## 2.2.2 Perubahan Fisiologis pada Kehamilan Trimester III

### a. Sistem Reproduksi

#### 1) Vulva dan Vagina

Dinding vagina mengalami banyak perubahan sebagai persiapan untuk persalinan yang seringnya melibatkan peregangan vagina, ketebalan mukosa bertambah, jaringan ikut mengendor, dan sel otot polos mengalami hipertropi juga terjadi peningkatan volume sekresi vagina yang berwarna keputihan dan lebih kental (Syaiful.Y, 2019).

Vagina dan vulva akibat hormon estrogen juga mengalami perubahan. Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak merah dan agak kebiru-biruan (livide). Warna perisio tampak livide. Pembuluh darah alat genitalia interna akan membesar. Hal ini dapat dimengerti karena oksigenasi dan nutrisi pada alat-alat genitalia tersebut meningkat. Apabila terjadi kecelakaan pada kehamilan atau persalinan maka perdarahan akan banyak sekali, sampai dapat mengakibatkan kematian. Pada bulan terakhir kehamilan, cairan vagina mulai meningkat dan lebih kental (Syaiful.Y, 2019).

#### 2) Uterus

Uterus tumbuh membesar primer, maupun sekunder akibat pertumbuhan isi konsepsi intrauterin. Estrogen menyebabkan hiperplasi jaringan, progesteron berperan untuk elastisitas/kelenturan uterus. Taksiran kasar perbesaran uterus pada perubahan tinggi fundus Trimester III:

- (a) Kehamilan 28 minggu : Sepertiga pusat-xyphoid
- (b) Kehamilan 32 minggu : Pertengahan pusat-xyphoid
- (c) Kehamilan 36-42 minggu : 3 sampai 1 jari bawah xyphoid

Pengurangan tinggi fundus terjadi pada beberapa bulan terakhir kehamilan, pada saat fetus turun ke bawah ke bagian bawah uterus. Hal ini bertujuan untuk membuat jaringan pelvik menjadi lebih lunak dengan tonus uterus yang baik, dengan formasi yang baru dari ligamen bawah rahim. Pada akhir kehamilan (40 minggu) berat uterus menjadi 1000 gram (berat uterus normal 30 gram) dengan panjang 20 cm dan dinding 2,5 cm (Syaiful.Y, 2019).

### 3) Serviks Uteri

Serviks uteri lebih banyak mengandung jaringan ikat terdiri atas kolagen. Karena serviks terdiri atas jaringan ikat dan hanya sedikit mengandung jaringan otot, maka serviks tidak mempunyai fungsi sebagai spinkter, sehingga pada saat partus serviks akan membuka saja mengikuti tarikan-tarikan corpus uteri ke atas dan tekanan bagian bawah janin ke bawah. Selain itu prostaglandin bekerja pada serabut kolagen, terutama pada minggu-minggu akhir kehamilan. Serviks menjadi lebih lunak dan lebih mudah berdilatasi sesaat sebelum persalinan (Syaiful.Y ,2019).

#### b. Payudara

Pada payudara biasanya akan mengalami perubahan yaitu pembesaran mamae, terjadi hyperpigmentasi pada areola, puting susu menonjol, biasanya pada trimester III jika dilakukan penekanan pada area mammae akan mengeluarkan kolostrum (Ambarwati, 2011). Kolostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi (Syaiful.Y, 2019).

#### c. Sirkulasi Darah

Volume darah akan bertambah banyak  $\pm 25\%$  pada puncak usia kehamilan 32 minggu. Meskipun ada peningkatan dalam volume eritrosit secara keseluruhan, tetapi penambahan volume plasma jauh lebih besar sehingga konsentrasi hemoglobin dalam darah menjadi lebih rendah. Walaupun kadar hemoglobin ini mneurun menjadi  $\pm 120$  g/L. Pada minggu ke-32, wanita hamil mempunyai hemoglobin total lebih besar dari pada wanita yang tidak hamil. Bersamaain itu, jumlah sel darah putih meningkat ( $\pm 10.500$ /ml), demikian juga dengan trombositnya. Untuk mengatasi pertambahan volume darah, curah jantung akan meningkat  $\pm 30\%$  pada minggu ke-30. Kebanyakan peningkatan curah jantung tersebut disebabkan oleh meningkatnya isi sekuncup, akan tetapi frekuensi denyut jantung meningkat  $\pm 15\%$ .

Setelah kehamilan lebih dari 30 minggu terdapat kecenderungan peningaktan tekanan darah. Sama halnya dengan pembuluh darah yang lain, yena tungkai juga mengalami distensi. Vena tungkai terutama terpengaruhi pada kehamilan lanjut karena terjadi obstruksi aliran balik vena akibat tingginya tekanan darah vena yang kembali dari uterus dan

akibat tekanan mekanik dari uterus pada vena kava. Keadaan ini menyebabkan varises pada vena tungkai (dan kadang-kadang pada vena vulva) pada wanita rentan. Aliran darah melalui kapiler kulit dan membran mukosa meningkat hingga mencapai maksimum 500 ml/menit pada minggu ke-36. Peningkatan aliran darah pada kulit disebabkan oleh vasodilatasi perifer. Hal ini menerangkan mengapa wanita “merasa panas” mudah berkeringat sering berkeringat banyak dan mengeluh kongesti hidung (Syaiful,Y, 2019).

d. Sistem Respirasi

Pada trimester III pergerakan diafragma semakin terbatas seiring pertambahan ukuran uterus dalam rongga abdomen. Setelah minggu ke 30, peningkatan volume tidal, volume ventilasi per menit, dan pengambilan oksigen per menit akan mencapai puncaknya pada minggu ke 37. Wanita hamil akan bernafas lebih dalam sehingga memungkinkan pencampuran gas meningkat dan konsumsi oksigen meningkat 20 %. Diperkirakan efek ini disebabkan oleh meningkatnya sekresi progesteron (Syaiful.Y,2019).

Timbulnya keluhan sesak dan pendek nafas. Hal ini disebabkan karena uterus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim. Volume tidal (volume udara yang diinspirasi/diekspirasi setiap kali bernafas normal) meningkat. Hal ini dikarenakan pernafasan cepat dan perubahan bentuk rongga toraks sehingga O<sub>2</sub> dalam darah meningkat (Kumalasari, 2015).

e. Sistem Integumen

Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi alat-alat tertentu. Pigmentasi ini disebabkan oleh pengaruh Melanophore Stimulating Hormone (MSH) yang meningkat. MSH ini merupakan salah satu hormon yang juga dikeluarkan oleh lobus anterior hipotesis. Kadang-kadang terdapat deposit pigmen dahi, pipi, dan hidung, yang dikenal sebagai cloasma gravidarum (Syaiful.Y,2019).

*Linea Alba* adalah garis putih tipis yang membentang dari simfisis pubis sampai umbilikus, dapat menjadi gelap yang biasa disebut *Linea Nigra* (Dewi dkk, 2011). Pada primigravida panjang linea nigra mulai terlihat pada bulan ketiga dan terus memanjang seiring dengan meningginya fundus. Pada Muligravida keseluruhan garis munculnya

sebelum bulan ketiga (Kamariyah dkk, 2014). *Striae Gravidarum* yaitu renggangan yang dibentuk akibat serabut-serabut elastic dari lapisan kulit terdalam terpisah dan putus. Hal ini mengakibatkan pruritus atau rasa gatal (Kumalasari, 2015).

Kulit perut mengalami perenggangan sehingga tampak retak-retak, warna agak hyperemia dan kebiruan disebut *striae lividae* (timbul karena hormone yang berlebihan dan ada pembesaran/perenggangan pada jaringan menimbulkan perdarahan pada kapiler halus di bawah kulit menjadi biru). Tanda regangan timbul pada 50% sampai 90% wanita selama pertengahan kedua kehamilan setelah partus berubah menjadi putih disebut *striae albicans* (biasanya terdapat pada payudara, perut, dan paha) (Kamariyah dkk, 2014).

f. Traktus Digestivus

Di mulut, gusi menjadi lunak, mungkin terjadi karena retensi cairan intraseluler yang disebabkan oleh progesteron. Spingter esopagus bawah relaksasi, sehingga dapat terjadi reguritasi isi lambung yang menyebabkan rasa terbakar di dada. Sekresi isi lambung berkurang dan makanan lebih lama berada di lambung. Otot-otot usus relaks dengan disertai penurunan motilitas. Hal ini memungkinkan absorpsi zat nutrisi lebih banyak, tetapi dapat menyebabkan konstipasi, yang merupakan salah satu keluhan utama wanita hamil (Syaiful.Y,2019).

g. Sistem Imun

HCG dapat menurunkan respon imun wanita hamil . Selain itu kadar IgG,IgA dan IgM serum menurun mulai dari minggu ke-10 kehamilan hingga mencapai kadar terendah pada minggu ke-30 da tetap berada pada kadar ini hingga aterm (Syaiful.Y,2019).

### 2.2.3 Perubahan Janin pada Trimester III

**Tabel 2.1 Perubahan Janin pada Trimester III**

Usia Kehamilan	Perkembangan Janin
Minggu 28-31	Lemak Subcutan disimpan. Jika janin lahir saat ini dengan paru-paru imatur, <i>respiratory distress syndrome (RSD)</i> dapat terjadi.
Minggu 32-36	Berat janin menetap.

	<p>Lanugo menghilang tetapi masih ada bekasnya dikepala,</p> <p>Kuku jari tumbuh.</p> <p>Janin mempunyai kemampuan yang cukup baik jika lahir dalam minggu-minggu ini.</p>
Minggu 37-40	<p>Lemak subcutan tetap dibentuk dan di sekeliling janin menjadi menggumpal.</p> <p>Kuku jari tangan dan kaki berbentuk sempurna dan melampau ujung jari tangan dan kaki</p> <p>Testis turun ke arah skrotum.</p> <p>Tengkorak berkembang sempurna dan lebih besar dari bagian tubuh.</p>

(Sumber: Syaiful.Y, 2019).

#### 2.2.4 Perubahan dan Adaptasi Psikologis pada Kehamilan Trimester III

Pada trimester III dimana ibu sudah memasuki tahapan penantian dengan penuh kewaspadaan. Menurut Romauli (2011) perubahan fisiologis yang terjadi pada trimester III, yaitu:

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

Disamping itu, ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Pada trimester inilah ibu memerlukan keterangan dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan (Dewi dkk, 2011).

#### 2.2.5 Kebutuhan Gizi Ibu Hamil Trimester III

Menurut Syaiful.Y, (2019) Kebutuhan Gizi Ibu Hamil Trimester III (7-9 Bulan) yakni :



- a. Pertumbuhan janin berlangsung cepat pada masa ini
- b. Lima puluh persen (50 %) penambahan berat badan terjadi pada bulan keenam dan ketujuh
- c. Nafsu makan meningkat
- d. Kemampuan mencerna makanan bertambah baik
- e. Pada masa ini tambahan zat gula diperlukan untuk memelihara kesehatan yang baik

Pada trimester III tubuh membutuhkan vitamin B6 dalam jumlah banyak dibandingkan sebelum hamil. Vitamin ini dibutuhkan untuk membentuk protein dari asam amino, darah merah, saraf otak dan otot-otot tubuh. Zink dibutuhkan untuk membentuk protein dari asam amino, darah merah, saraf otak dan otot-otot tubuh. Zink dibutuhkan bagi sistem imunologi (kekebalan) tubuh. Konsumsi zink juga dapat menghindari lahirnya janin prematur dan bereperan dalam perkembangan otak janin, terutama trimester III. Kalsium dibutuhkan pada trimester I hingga trimester III. Kalsium dibutuhkan pada trimester I hingga trimester III, karena merupakan zat gizi penting selama kehamilan. Kebutuhan zat gizi meningkat terutama pada awal trimester II kehamilan.

Bila terjadi gangguan masa kehamilan pada trimester III maka dapat diatur sebagai berikut :

- a. Makanan harus disesuaikan dengan keadaan badan ibu
- b. Bila ibu hamil mempunyai berat badan kelebihan, maka makanan pokok dan tepung-tepungan dikurangi, dan memperbanyak sayur-sayuran dan buah-buahan segar untuk menghindari sembelit (Syaiful.Y,2019)

#### **2.2.6 Tanda-tanda Bahaya pada Kehamilan Trimseter III**

Menurut Romauli (2011), tanda bahaya pada kehamilan trimester III yaitu:

- a. Pendarahan *pervaginam*

Pendarahan antepartum atau pendarahan pada kehamilan lanjut adalah pendarahan pada trimester terakhir dalam kehamilan sampai bayi dilahirkan. Perdarahan abnormal apabila keluar darah merah segar atau kehitaman dengan bekuan, perdarahan banyak atau kadang-kadang dan disertai nyeri (Dewi & Sunarsih, 2011). Perdarahan pada usia lanjut biasanya disebabkan:

1) *Plasenta previa*

Plasenta yang berimplantasi rendah sehingga menutupi sebagian atau seluruh *ostium uteri internum*.

2) *Solusio Plasenta*

Adalah lepasnya plasenta sebelum waktunya. Secara normal plasenta terlepas setelah anak lahir.

(Romauli, 2011).

b. Sakit kepala yang hebat

Wanita hamil mengeluh nyeri kepala yang hebat. Sakit kepala seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah serius adalah sakit kepala yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat (Sutanto & Fitriana, 2017).

c. Penglihatan kabur

Penglihatan kabur pada ibu hamil biasanya disebabkan karena pengaruh hormonal yang dapat disertai dengan nyeri kepala hebat dan salah satu tanda adanya pre eklamsia (Walyani, 2015).

d. Bengkak di wajah dan jari-jari

Bengkak biasa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah istirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau pre-eklamsi (Hani, Umami, dkk, 2011).

e. Keluar cairan *pervaginam*

Keluaran cairan berupa air-air dari vagina pada trimester III, yaitu keluarnya cairan tanpa terasa, berbau amis, dan berwarna putih keruh, berarti yang keluar adalah air ketuban. Keluarnya cairan ketuban sebelum proses persalinan berlangsung disebut dengan ketuban pecah dini (Sutanto & Fitriana, 2017).

f. Gerakan janin tidak terasa

Ibu tidak merasakan gerakan janin sesudah kehamilan trimester III, normalnya ibu mulai merasakan janinnya selama bulan ke 5 atau ke 6, beberapa ibu dapat merasakan bayinya lebih awal, gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Biasanya tanda dan gejalanya yaitu gerakan bayi kurang dari 3 kali dalam periode 3 jam.

Normalnya gerakan janin adalah 10 kali dalam 24 jam. Apabila gerakan janin berkurang, kemungkinan terjadinya asfiksia hingga terjadi kematian janin atau IUFD (Sulistyawati, 2016).

g. Nyeri perut yang hebat

Nyeri abdomen yang hebat, menetap dan tidak hilang setelah beristirahat kemungkinan menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa ibu hamil dan janin yang dikandungnya (Marmi, 2017).

### 2.2.7 Standart Asuhan Kehamilan

a. Jumlah Kunjungan

Upaya kesehatan ibu hamil diwujudkan dalam pemberian *Antenatal care* (ANC) atau perawatan antenatal sekurang-kurangnya 4 kali selama masa kehamilan, dengan tujuan :

- 1) Kunjungan I (16 minggu) dilakukan satu kali yang bertujuan untuk hal-hal berikut:
  - a) Penapisan dan pengobatan anemia
  - b) Perencanaan persalinan
  - c) Pencegahan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatan
- 2) Kunjungan ke II (24-28 minggu) dan kunjungan III (32 minggu) dilakukan untuk :
  - a) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatan
  - b) Penapisan preeklamsia, gameli, infeksi alat reproduksi dan infeksi saluran perkemihan.
  - c) Perencanaan persalinan
- 3) Kunjungan IV (36 minggu sampai dengan lahir), dilakukan untuk :
  - a) Sama seperti kunjungan II dan III
  - b) Mengenali adanya kelainan letak dan presentasi janin
  - c) Menyakan kebutuhan persiapan persalinan
  - d) Memantapkan rencana persalinan
  - e) Mengenali tanda-tanda persalinan
 (Dewi, 2014)

b. Pelayanan Standar

Pelayanan antenatal pada ibu hamil diupayakan agar memenuhi standar kualitas "14 T" :

- 1) Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan
- 2) Pemeriksaan Tekanan Darah

- 3) Pemeriksaan Tinggi Fundus Uteri (Puncak Uteri)
- 4) Skrining Status Imunisasi Tetanus dan Pemberian Imunisasi Tetanus Toksoid (TT)

**Tabel 2.2 Lama Perlindungan dan Interval Pemberian Imunisasi TT**

Status TT	Interval	Lama Perlindungan
TT1		0 Tahun
TT2	1 bulan setelah TT1	3 Tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 Tahun
TT4	1 tahun setelah TT3	10 Tahun
TT5	1 tahun setelah TT4	≥25 Tahun

(Sumber: Kementerian Kesehatan, 2016)

- 5) Pemberian Tablet Zat Besi
- 6) Tes PMS
- 7) Temu wicara
- 8) Pemeriksaan HB (Hemoglobin)
- 9) Perawatan Payudara
- 10) Pemeliharaan tingkat kebugaran / Senam Hamil
- 11) Pemeriksaan Protein Urine
- 12) Pemeriksaan Reduksi Urine
- 13) Pemberian kapsul yodium
- 14) Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis malaria (Rukiyah, 2014).

### 2.2.8 Skort Poeji Rochayati

#### a. Pengertian

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017) dalam bukunya Rochjati menjelaskan skor Poedji Rochjati adalah suatu cara untuk mendeteksi dini kehamilan yang memiliki risiko lebih besar dari biasanya (baik bagi ibu maupun bayinya), akan terjadinya penyakit atau kematian sebelum maupun sesudah persalinan. Ukuran risiko dapat dituangkan dalam

bentuk angka disebut skor. Skor merupakan bobot prakiraan dari berat atau ringannya risiko atau bahaya. Jumlah skor memberikan pengertian tingkat risiko yang dihadapi oleh ibu hamil. Berdasarkan jumlah skor kehamilan dibagi menjadi tiga kelompok:

- 1) Kehamilan Risiko Rendah (KRR) dengan jumlah skor 2
- 2) Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dengan jumlah skor 6-10
- 3) Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) dengan jumlah skor  $\geq 12$

b. Tujuan Sistem Skor

Tujuan sistem skor sebagai berikut:

- 1) Membuat pengelompokan dari ibu hamil (KRR, KRT, KRST) agar berkembang perilaku kebutuhan tempat dan penolong persalinan sesuai dengan kondisi dari ibu hamil.
- 2) Melakukan pemberdayaan ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat agar peduli dan memberikan dukungan dan bantuan untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi untuk melakukan rujukan terencana.

(Widatiningsih dan Dewi, 2017).

c. Fungsi

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017), dalam bukunya Rochjati menjelaskan fungsi skor sebagai berikut:

- 1) Alat komunikasi informasi dan edukasi/KIE bagi klien.ibu hamil, suami, keluarga dan masyarakat .
- 2) Skor digunakan sebagai sarana KIE yang mudah diterima, diingat, dimengerti sebagai ukuran kegawatan kondisi ibu hamil dan menunjukkan adanya kebutuhan pertolongan untuk rujukkan. Dengan demikian berkembang perilaku untuk kesiapan mental, biaya dan transportasi ke Rumah Sakit untuk mendapatkan penanganan yang adekuat.
- 3) Alat peringatan bagi petugas kesehatan. Agar lebih waspada. Lebih tinggi jumlah skor dibutuhkan lebih kritis penilaian/pertimbangan klinis pada ibu Risiko Tinggi dan lebih intensif penanganannya.

## **2.2.9 Ketidaknyamana Nyeri Punggung pada Kehamilan Trimester III dan Inovasi yang Dapat Dilakukan**

### **a. Nyeri Punggung**

Nyeri punggung terjadi pada area lumbosakral. Biasanya akan meningkat intensitasnya seiring pertambahan usia kehamilan karena nyeri ini akibat pergeseran pusat gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya (Walyani & Purwoastuti, 2017). Nyeri punggung selama kehamilan dapat disebabkan oleh kenaikan berat badan dan pengaruh hormone, progesterone mengendurkan otot-otot serta ligament seluruh bagian tubuh. Karena tekanan terhadap akar syaraf dan perubahan sikap badan pada kehamilan lanjut karena titik berat badan berpindah kedepan disebabkan perut yang membesar. Ini diimbangi dengan lordosis yang berlebihan (Romauli, 2011). Biasanya penyebabnya karena ibu hamil kekurangan kalsium atau karena ketegangan otot. Pada kehamilan trimester III ini dapat dikatakan ibu membawa beban yang berlebih seiring peningkatan berat badan janin dalam rahim. Otot-otot tubuh juga mengalami pengenduran sehingga mudah merasa lelah (Hutahaean, 2013).

### **b. Prenatal Yoga**

#### **1) Pengertian**

Prenatal yoga merupakan kombinasi gerakan senam hamil dengan gerakan yoga antenatal yang terdiri dari gerakan penafasan (pranayama), posisi (mudra), meditasi dan relaksasi yang dapat membantu kelancaran dalam kehamilan dan persalinan (Rusmita, 2015). Menurut Rafika (2018), prenatal yoga (yoga selama kehamilan) merupakan salah satu jenis modifikasi dari hatha yoga yang disesuaikan dengan kondisi ibu hamil. Tujuan prenatal yoga adalah mempersiapkan ibu hamil secara fisik, mental dan spiritual untuk proses persalinan.

#### **2) Manfaat Prenatal Yoga**

a) Membantu mengatasi nyeri punggung dan mempersiapkan fisik dengan memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, ligamentligamen, otot dasar panggul yang berhubungan dengan proses persalinan.

- b) Membentuk sikap tubuh. Sikap tubuh yang baik selama kehamilan dan bersalin dapat mengatasi keluhan-keluhan umum pada wanita hamil, mengharapkan letak janin normal, mengurangi sesak nafas akibat bertambah besarnya perut
  - c) Relaksasi dan mengatasi stres. Memperoleh relaksasi tubuh yang sempurna dengan memberi latihan kontraksi dan relaksasi. Relaksasi yang sempurna diperlukan selama hamil dan selama persalinan
  - d) Menguasai teknik-teknik pernafasan yang mempunyai peran penting dalam persalinan dan selama hamil untuk mempercepat relaksasi tubuh yang diatasi dengan nafas dalam, selain itu juga untuk mengatasi nyeri saat his
  - e) Untuk meningkatkan sirkulasi darah (Mandriwati, 2011; Suananda, 2018)
- 3) Syarat Prenatal Yoga
- a) Sebelum melakukan latihan harus dilakukan pemeriksaan kesehatan dan minta nasihat dokter atau bidan
  - b) Latihan baru dapat dimulai setelah usia kehamilan 22 minggu
  - c) Latihan harus dilakukan secara teratur dan disiplin dalam batas-batas kemampuan fisik ibu
  - d) Latihan sebaiknya dilakukan di rumah sakit atau klinik bersalin
  - e) Latihan tidak menekan area perut dengan tidak melakukan latihan untuk otot perut dan menghindari posisi tengkurap
  - f) Latihan tidak meregangkan area perut dengan tidak melakukan gerakan melenting ke belakang atau backbend berlebihan
  - g) Latihan tidak memutar area perut (Mandriwati, 2011; Suananda, 2018)
- 4) Kontraindikasi Prenatal Yoga
- Menurut Sindhu (2014) kontraindikasi prenatal yoga yaitu:
- a) Rasa pusing, mual dan muntah yang berkelanjutan.
  - b) Gangguan penglihatan.
  - c) Kram pada perut bagian bawah.
  - d) Kontraksi.
  - e) Perdarahan atau pecah air ketuban.

- f) Pembengkakan pada tangan dan kaki, tremor (kaki dan tangan gemetar).
  - g) Berkurangnya produksi urin dan serangan penyakit tiba-tiba (seizure).
  - h) Detak jantung yang terlalu cepat dan gerakan janin yang melemah
- 5) Gerakan Prenatal Yoga
- a) Latihan pemusatan perhatian (*centering*)

*Centering* atau memusatkan perhatian penting untuk memulai latihan. Saat memulai senam, ibu mungkin masih memikirkan banyak hal sehingga perlu membantu ibu untuk memusatkan perhatian, menenangkan pikiran, fokus pada latihan dan hanya antara ibu dan janin dalam perutnya (Suananda, 2018).



**Gambar 2.1 Centering**  
(Sumber Suananda, 2018).

- b) Pernafasan (*pranayama*)

*Pranayama* atau latihan pernafasan perlu dilatih karena napas adalah salah satu unsur penting dalam keberhasilan menenangkan pikiran dan mengejan saat persalinan. Salah satu teknik pernafasan yang dapat dilakukan yaitu Nadi Sodhana. Nadi Sodhana adalah pernafasan bergantian antara lubang hidung kanan dan lubang hidung kiri. Ibu jari digunakan untuk menutup lubang hidung kanan dan jari kelingking untuk lubang hidung kiri (Suananda, 2018).





**Gambar 2.2 Nadi Sodhana**

(Sumber Suananda, 2018)

c) Gerakan pemanasan (*warming up*)

Pemanasan adalah saat persiapan bagi tubuh untuk melakukan gerakangerakan dalam latihan. Hindari gerakan yang berat karena tubuh belum siap. Pemanasan merupakan saat yang tepat untuk memperkenalkan bagian-bagian tubuh seperti tulang pinggul, posisi kaki dan bagian tubuh lainnya (Suananda, 2018).

d) Gerakan Inti

1) Stabilisasi

(a) *Mountain pose (tadasana)*

Posisi berdiri yang stabil dan nyaman selama hamil, beri jarak di antara kedua kaki sesuai kenyamanan ibu. Berdiri dengan membagi berat badan sama rata.



**Gambar 2.3 Mountain Pose**

(Sumber: Suananda, 2018).

(b) *Tree Pose (Vrksasana)*

Pindahkan berat badan ke kaki kanan, tekuk lutut kiri dan letakkan telapak kaki kiri di punggung kaki kanan, betis kanan atau paha di dalam kaki kanan. Satukan

kedua tangan di depan dada. Tahan beberapa saat dan jaga keseimbangan tubuh.



**Gambar 2.4. Tree Pose (Vrksasana)**

(Sumber : Suananda, 2018)

(c) *Cow pose-cat pose (bitilasana marjarisana)*

Lakukan posisi merangkak. Tarik napas, angkat kepala sedikit, jauhkan bahu dan telinga, tulang ekor diarahkan sedikit ke atas. Keluarkan napas, tundukkan kepala, bawa masuk tulang ekor ke arah dalam. Gerakan ini dapat membantu menstabilkan tulang belakang.



**Gambar 2.5 Cow Pose-Cat Pose (Bitilasana Marjarisana)**

(Sumber : Suananda, 2018).

2) Peregangan

Peregangan penting dilakukan untuk relaksasi *otot terutama quadrus lumborum, erector spina, otot oblique eksterna dan interna*. Menjaga kelenturan sendi-sendi tulang belakang dan memberi ruang pada rongga dada (Suananda, 2018).

(a) Peregangan otot leher

Posisi bisa dilakukan duduk atau berdiri. Angkat tangan kanan dan letakkan di telinga kiri. Lakukan peregangan

ke sisi kanan dan lakukan sebaliknya. Gerakan ini berfungsi untuk meregangkan otot-otot di area leher.



**Gambar 2.6 Peregangan Otot Leher**

(Sumber : Suananda, 2018)

(b) *Standing lateral stretch (ardhakati chakrasana)*

Posisi berdiri dan buka kedua kaki selebar panggul. Tarik nafas, jalin jari- jari dan angkat ke atas. Keluarkan napas dan bawa tangan ke arah kanan dan sisi kiri tubuh lalu tahan beberapa saat.



**Gambar 2.7 Standing Lateral Stretch (Ardhakati Chakrasana)**

(Sumber : Suananda, 2018)

(c) *Triangle pose (trikonasana)*

Buka kedua kaki lebar, kaki paralel menghadap ke depan. Putar kaki kanan ke arah luar, panggul dan perut tidak ikut berputar. Tarik napas dan buka kedua tangan ke samping.



**Gambar 2.8 Triangle Pose (Trikonasana)**

(Sumber : Suananda, 2018)

- (d) *Revolved head to knee pose (parivrtta janu sirsasana)*  
 Duduk dan luruskan kedua kaki. Tekuk dan buka lutut ke arah lantai lalu dekatkan tumit kanan ke paha dalam kiri. Letakkan tangan kiri di lantai. Tarik napas dan angkan tangan kanan ke atas, keluarkan napas dan bawa tangan kanan ke kiri.



**Gambar 2.9 Revolved Head to Knee Pose (Parivrtta Janu Sirsasana)**

(Sumber : Suananda, 2018).

- (e) *Twisting variation (janu sirsasana)*  
 Duduk dan buka lutut kiri ke arah lantai. Letakkan tangan kanan di depan lutut kanan dan tangan kiri di belakang lutut kiri. Tarik napas, tegakkan tulang belakang. Keluarkan napas dan perlahan putar badan ke kiri dan kanan.



**Gambar 2.10 Twisting Variation (Janu Sirsasana)**

(Sumber : Suananda, 2018).

## (f) Peregangan otot pinggang

Tidurlah terlentang dan tekuklah lutut, arah telapak tangan ke bawah dan berada di samping badan. Angkatlah pinggang secara perlahan. Lakukanlah sebanyak 8 kali.



**Gambar 2.11 Peregangan Otot Pinggang**

(Sumber : Kemenkes RI, 2011)

## (g) Peregangan lutut

Posisi tidur terlentang, tekuk lutut kanan. Lutut kanan digerakkan perlahan ke arah kanan lalu kembalikan. Lakukan sebanyak 8 kali dan lakukan hal yang sama untuk lutut kiri.

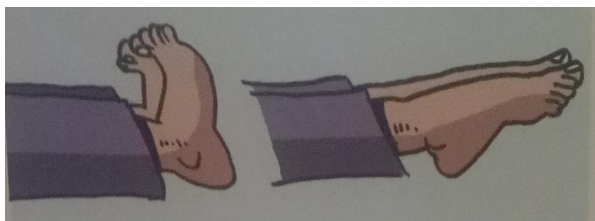


**Gambar 2.12 Peregangan Lutut**

(Sumber : Kemenkes RI, 2011)

## (h) Peregangan otot kaki

Duduk dengan kaki diluruskan ke depan dengan tubuh bersandar tegak lurus (rileks). Tarik jari-jari ke arah tubuh secara perlahan-lahan lalu lipat ke depan. Lakukan sebbanyak 10 kali, perhitungan sesuai dengan gerakan. Tarik kedua telapak kaki ke arah tubuh secara perlahan-lahan dan dorong ke depan. Lakukan sebanyak 10 kali.



**Gambar 2.13 Peregangan Kaki**

(Sumber : Kemenkes RI, 2011)

### 3) Persiapan Proses Persalinan

Pada proses persalinan, area panggul dan sekitar akan menjadi daerah yang perlu diperhatikan. Posisi persalinan dan proses mengejan membutuhkan kekuatan dan kelenturan otot-otot dasar panggul. Gerakan berikut ditujukan untuk memberikan peregangan pada otot dasar panggul, melenturkan otot area panggul dan paha antara lain *hamstring*, *adductor group*, *quadriceps femoris*, *gluteus group*. Memberi ruang bagi janin untuk masuk panggul pada trimester III dan meringankan nyeri punggung dan panggul (Suananda, 2018).

#### (a) *Bound angle pose (baddha konasana)*

Posisi duduk, tekuk dan buka kedua lutut ke arah lantai. Satukan kedua telapak kaki dan pegang dengan tangan. Tarik nafas dan tegakkan tulang belakang. Dengan menjaga tulang belakang tetap tegak, bawa tubuh ke arah depan sedikit dan pastikan tidak menekan perut. Gerakan ini dapat dikombinasikan dengan senam kegel.



**Gambar 2.14 Bound Angle Pose (Baddha Konasana)**

(Sumber : Suananda, 2018)

(b) *Garland pose (malasana)*

Posisi jongkok, buka kedua kaki cukup lebar. Letakkan kedua telapak kaki di lantai dan pastikan lutut membuka cukup lebar untuk memberi ruang bagi janin. Bawa masuk siku kanan di depan lutut kanan dan bawa masuk siku kiri di depan lutut kiri. Satukan dan tekan telapak tangan di depan dada.



**Gambar 2.15 Garland Pose (Malasana)**

(Sumber : Suananda, 2018)

## (c) Latihan mengedan dan posisi persalinan

Latihan ini hanya dilakukan oleh ibu hamil usia kehamilan lebih atau sama dengan 37 minggu. Gerakan yang dilakukan yaitu posisi persalinan dan cara mengatur napas saat mengedan selama persalinan.

4) *Restorative* (gerakan relaksasi)

Gerakan yang membantu tubuh dan pikiran menjadi lebih tenang dan relaks. Tujuan gerakan ini adalah mengembalikan stamina, meregangkan otot yang kaku, memberikan posisi yang nyaman dan menenangkan tubuh (Suananda, 2018).

(a) *Melting heart pose (anahatasana)*

Posisi berlutut, letakkan kedua tangan di lantai dan jalankan kedua tangan di sampai lurus di depan kepala. Rebahkan dada, pipi kanan di atas guling dan pejamkan kedua mata. Biarkan kedua panggul terangkat, relaks dan nikmati peregangan pada pinggang. Gerakan ini dapat dilakukan untuk ibu hamil dengan letak janin sungsang untuk membantu mengembalikan poisisi janin letak kepala.



**Gambar 2.16 Melting Heart Pose (Anahatasana)**

(Sumber : Suananda, 2018)

(b) Posisi tidur yang nyaman (*Savasana*)

Posisi ini merupakan saat yang tepat untuk menjalin hubungan ibu dengan janin. Ibu dalam posisi relaks dan tenang, merasakan tiap gerakan janin dan berbicara dari hati ke hati. Pastikan miring kiri untuk menghindari tekanan pada vena cava inferior terutama pada trimester ketiga. Sangga punggung dengan bantal dan atur musik yang nyaman.



**Gambar 2.17 Posisi Tidur yang Nyaman (Savasana)**

(Sumber : Suananda, 2018)

Jurnal Relevan

Menurut penelitian Octavia, A. M dan Ruliati (2019) dengan sampel berjumlah 45 ibu hamil trimester III Di Desa Bandung, Kecamatan Diwek, Kabupaten Jombang mengatakan sebelum diberikan senam yoga hampir dari setengah ibu hamil trimester III mengalami nyeri punggung dengan skala 2 (sedikit lebih nyeri) dengan 44,4% (20 responden), sedangkan setelah diberikan senam yoga hampir dari setengah ibu hamil trimester III mengalami nyeri punggung dengan skala 1 (sedikit nyeri) sebanyak 22 responden (48,9%). Hasil uji statistik Spearman Rank menyatakan ada pengaruh senam yoga terhadap nyeri punggung ibu hamil trimester III. Octavia, A. M dan Ruliati (2019) juga menyatakan senam yoga dapat mengurangi nyeri punggung pada ibu hamil trimester III. Dengan durasi selama 1-2 jam dan harus dilakukan sesuai SOP



sehingga bisa dirasakan manfaat secara maksimal dan ibu bisa nyaman menjalani kehamilannya.

### **2.2.10 Anemia Kehamilan**

#### **a. Pengertian**

Anemia merupakan suatu keadaan ketika jumlah sel darah merah atau konsentrasi pengangkut oksigen dalam darah Hemoglobin (Hb) tidak mencukupi untuk kebutuhan fisiologis tubuh (Kemenkes RI, 2013).

Menurut Adriyani (2012) anemia didefinisikan sebagai suatu keadaan kadar hemoglobin (Hb) di dalam darah lebih rendah daripada nilai normal untuk kelompok orang menurut umur dan jenis kelamin.

#### **b. Etiologi**

Menurut Irianto (2014) etiologi anemia defisiensi besi pada kehamilan yaitu gangguan pencernaan dan absorpsi, hipervolemia, menyebabkan terjadinya pengenceran darah, kebutuhan zat besi meningkat, kurangnya zat besi dalam makanan, dan penambahan darah tidak sebanding dengan penambahan plasma.

#### **c. Tanda dan Gejala**

Pada umumnya telah disepakati bahwa tanda-tanda anemia akan jelas apabila kadar hemoglobin (Hb)  $<7\text{gr/dl}$ . Gejala anemia dapat berupa kepala pusing, palpitasi, berkunang-kunang, pucat, perubahan jaringan epitel kuku, gangguan sistem neuromuskular, lesu, lemah, lelah, disphagia, kurang nafsu makan, menurunnya kebugaran tubuh, gangguan penyembuhan luka, dan pembesaran kelenjar limpa (Irianto, 2014).

#### **d. Klasifikasi Anemia**

Nilai ambang batas yang digunakan untuk menunjukkan status anemia ibu hamil didasarkan pada kriteria WHO tahun 1972 yang ditetapkan dalam 3 kategori, yaitu normal ( $\geq 11\text{ gr/dl}$ ), anemia ringan ( $8-9\text{ gr/dl}$ ) dan anemia berat ( $<8\text{ gr/dl}$ ) (Irianto, 2014).

Untuk menentukan apakah seseorang menderita anemia atau tidak, umumnya digunakan nilai-nilai normal yang tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI No.736a/Menkes/XI/1989, yaitu nilai batas normal hemoglobin bagi ibu hamil yaitu  $\geq 11\text{ g/dl}$ . Jika kadar hemoglobin (Hb) turun di batas nilai normal, maka akan menimbulkan anemia (Depkes

RI, 2008). Ibu hamil dikatakan anemia apabila kadar hemoglobin (Hb) dibawah 11,0 g/dl (Kemenkes RI, 2013).

e. Pengaruh Anemia pada Kehamilan

Pada wanita hamil, anemia meningkatkan frekuensi komplikasi pada kehamilan dan persalinan. Risiko kematian maternal, angka prematuritas, berat badan bayi lahir rendah, dan angka kematian perinatal meningkat. Disamping itu, perdarahan antepartum dan postpartum lebih sering dijumpai pada wanita yang anemia dan lebih sering berakibat fatal sebab wanita yang anemia tidak dapat mentolerir kehilangan darah. Dampak anemia pada kehamilan bervariasi dari keluhan yang sangat ringan hingga terjadinya kelangsungan kehamilan abortus, partus imatur/prematur, gangguan proses persalinan (perdarahan), gangguan masa nifas (daya tahan terhadap infeksi dan stres kurang, produksi ASI rendah), dan gangguan pada janin (abortus, dismaturitas, mikrosomi, cacat bawaan, BBLR, kematian perinatal, dan lain-lain) (Irianto, 2014).

f. Cara Pencegahan Anemia

Anemia dapat dicegah dengan mengonsumsi makanan yang bergizi seimbang dengan asupan zat besi yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh. Zat besi dapat diperoleh dengan cara mengonsumsi daging (terutama daging merah) seperti daging sapi. Zat besi juga dapat ditemukan pada sayuran berwarna hijau gelap seperti bayam dan kangkung, buncis, kacang polong, serta kacang-kacangan. Selain itu, diimbangi dengan pola makan sehat dengan mengonsumsi vitamin serta suplemen penambah zat besi untuk hasil yang maksimal (Irianto, 2014).

Menurut Arisman (2010), pencegahan anemia defisiensi zat besi dapat dilakukan dengan 4 pendekatan yaitu:

- 1) Pemberian tablet atau suntikan zat besi
- 2) Pendidikan dan upaya yang ada kaitannya dengan peningkatan asupan zat besi melalui makanan
- 3) Pengawasan penyakit infeksi
- 4) Fortifikasi makanan pokok dengan zat besi

## 2.3 Konsep Dasar Persalinan

### 2.3.1 Pengertian

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir kemudian berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup vulan atau hampir cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selpaut janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan (keuatan sendiri) (Sulfianti, dkk,2020).

Menurut Wiknjosastro, H (1987) dalam Maryunani (2016) persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar.

Persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), dimana janin dilahirkan secara spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Djami,Moudy E.U,Indrayani, 2016).

### 2.3.2 Etiologi

Menurut Prawirohardjo (2013) proses terjadinya persalinan karena adanya:

- a. Penurunan kadar estrogen dan progesteron, dimana progesteron merupakan penenang otot-otot rahim dan estrogen meningkatkan kontraksi otot. Selama kehamilan kadar progesteron dan estrogen seimbang di dalam darah tetapi di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his, menurunnya kadar kedua hormon ini terjadi kira-kira 1-2 minggu sebelum persalinan dimulai
- b. Oksitosin meningkat sehingga timbul kontraksi rahim,
- c. Dengan majunya kehamilan maka otot-otot rahim semakin menegang dan timbul kontraksi untuk mengeluarkan janin,
- d. Hipofise dan kadar suprarenal janin memegang peranan penting sehingga pada ancephalus kelahiran sering lebih lama kadar prostaglandin dalam kehamilan dari minggu ke-15 hingga aterm terutama saat persalinan menyebabkan kontraksi myometrium.

### 2.3.3 Tanda-tanda Persalinan

#### a. Terjadinya his persalinan

His persalinan mempunyai sifat:

- 1) Pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan
- 2) Sifatnya teratur, interval makin pendek dan kekuatannya makin besar
- 3) Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks
- 4) Makin beraktivitas (jalan-jalan) kekuatan makin bertambah
- 5) Pengeluaran lendir dan darah (blood show)

#### b. Perubahan serviks

Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan:

- 1) Pendataran dan pembukaan
- 2) Pembukaan menyebabkan sumbatan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas dan bercampur darah (bloody show) karena kapiler pembuluh darah pecah.

#### c. Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus terjadi ketuban pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Namun, sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap. Dengan pecahnya ketuban diharapkan persalinan dapat berlangsung dalam waktu 24 jam (Djami, Moudy E.U, Indrayani, 2016).

### 2.3.4 Tahapan Persalinan

#### a. Kala I (Kala pembukaan)

Persalinan kala I, dimulai setelah his adekuat dan serviks mulai membuka lengkap (10 cm). Kala satu persalinan dibagi menjadi dua fase yaitu :

- 1) Fase laten
  - a) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan bertahap
  - b) Pembukaan serviks kurang dari 4 cm
  - c) Berlangsung hampir atau hingga 8 jam
- 2) Fase aktif
  - a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau

lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih)

- b) Serviks membuka dari 4 cm ke 10 cm biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih per jam hingga pembukaan lengkap (10 cm)
- c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin Fase aktif terbagi menjadi 3 fase yaitu :
  - (1) Fase akselerasi (Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm)
  - (2) Fase dilatasi maksimal (Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm)
  - (3) Fase Deselerasi (Pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap)

(Maryunani, 2016).

b. Kala II (Pengeluaran bayi)

Kala dua persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Tanda dan gejala kala II adalah :

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

(Djami, Moudy E.U, Indrayani, 2016).

c. Kala III (Pengeluaran Plasenta)

Kala tiga persalinan disebut juga dengan kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Kala tiga persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (Djami, Moudy E.U, Indrayani, 2016).

d. Kala IV (Pengawasan)

Adanya kala pengawasan 1-2 jam setelah bayi lahir dan plasenta lahir untuk mengawasi keadaan ibu terhadap bahaya perdarahan post partum (Nurasiah, 2012).

### 2.3.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Indrayani (2013) ada lima faktor yang mempengaruhi persalinan, yaitu tiga faktor utama yaitu *passage way*, *passanger*, *power* dan dua faktor lainnya yaitu *position* dan *psychology*.

a. *Passage Way* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terbagi menjadi dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal-hal yang perlu diperhatikan dari jalan lahir keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul, sedangkan yang perlu diperhatikan pada jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina, dan introitus vagina (Sondakh, 2013).

b. *Passanger* (Janin, Plasenta, dan Air Ketuban)

1) Janin

Janin bergerak sepanjang jalan lahir akibat interaksi beberapa faktor, diantaranya : ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin karena plasenta dan air ketuban juga harus melewati jalan lahir, maka dianggap sebagai bagian dari *passanger* yang menyertai janin. Namun plasenta dan air ketuban jarang menghambat proses persalinan pada kehamilan normal. Bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala dapat memengaruhi jalan persalinan.

2) Plasenta

Umumnya plasenta akan terbentuk lengkap pada kehamilan kira-kira 6 minggu, dimana ruang amnion telah mengisi seluruh rongga rahim. Plasenta adalah alat yang sangat penting bagi janin karena merupakan alat pertukaran zat antara ibu dan anak dan sebaliknya.

3) Air Ketuban

Volume air ketuban pada kehamilan cukup bulan kira-kira 1000-1500 cc. Air ketuban berwarna putih keruh, berbau amis dan berasa manis.

(Djami, Moudy E.U, Indrayani, 2016).

c. *Power* (Kekuatan)

Faktor kekuatan terdiri dari 2, yaitu:

1) Kekuatan Primer (Kontraksi Involunter)

Kontraksi berasal dari segmen atas uterus yang menebal dan dihantarkan ke uterus bawah dalam bentuk gelombang.

2) Kekuatan Sekunder (Kontraksi Volunter)

Pada kekuatan ini, otot-otot diafragma dan abdomen ibu berkontraksi dan mendorong keluar isi ke jalan lahir sehingga menimbulkan tekanan intraabdomen. Tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan dalam mendorong keluar (Sondakh, 2013).

d. *Position* (Posisi)

Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman dan melancarkan sirkulasi darah. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk, jongkok. Posisi tegak memungkinkan gravitasi untuk penurunan bagian terendah janin. Kontraksi uterus lebih kuat dan lebih efisien untuk membantu penipisan dan dilatasi serviks sehingga persalinan lebih cepat. Posisi tegak dapat mengurangi insidensi penekanan tali pusat.

e. *Psychology* (Psikologi)

Kondisi psikologis ibu bersalin sangat mempengaruhi proses persalinan, oleh karena itu dalam persalinan juga harus memperhatikan kesiapan mental ibu seperti adanya pendampingan persalinan oleh suami, keluarga terdekat (Nurasiah, dkk, 2011).

### 2.3.6 Mekanisme Persalinan Normal

Menurut Cunningham, F. G, dkk (2012) keluarnya janin dalam rahim pada proses persalinan, janin harus melalui beberapa mekanisme persalinan. Adapun mekanisme persalinan tersebut yaitu:

a. *Engagement*

*Engagement* adalah mekanisme yang digunakan oleh diameter biparietal-diameter transversal terbesar kepala janin pada presentasi oksiput untuk melewati pintu atas panggul.

- b. Desensus  
Desensus terjadi karena faktor tekanan cairan amnion, tekanan langsung fundus, usaha mengejan yang menggunakan otot-otot abdomen dan ekstensi serta pelurusan badan janin.
- c. Fleksi  
Setelah kepala janin terjadi desensus, kepala akan tertahan oleh serviks, dinding panggul atau dasar panggul, dengan demikian kepala akan fleksi, dagu janin akan mendekati dadanya dan diameter suboksipitobregmatika yang lebih pendek menggantikan diameter oksipitofrontal yang lebih panjang.
- d. Rotasi internal  
Kepala janin akan bergerak dari posisinya menuju anterior, menuju simpisis pubis atau yang lebih jarang ke posterior, menuju lubang sakrum.
- e. Ekstensi  
Setelah kepala yang terfleksi maksimal mencapai vulva, kepala akan mengalami ekstensi untuk melewati pintu keluar vulva yang mengarah ke atas dan ke depan. Kepala dilahirkan melalui ekstensi terlebih dahulu, kemudian lahir oksiput, bregma, dahi, hidung, mulut dan dagu.
- f. Rotasi eksternal  
Gerakan yang sesuai dengan rotasi badan janin berfungsi membawa diameter biakromionnya berhimpit dengan diameter anteroposterior pintu bawah panggul, dengan demikian satu bahu akan terletak anterior dibelakang simfisis dan yang lain di posterior.
- g. Ekspulsi  
Setelah kedua bahu tersebut lahir sisa badan bayi lainnya akan segera terdorong ke luar.

### **2.3.7 Penatalaksanaan Asuhan Persalinan**

Asuhan Persalinan 60 langkah APN (Nurjasmi E. dkk, 2016) :

#### **KALA II**

- 1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.
  - a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
  - b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vaginanya.
  - c) Perineum menonjol.



- d) Vulva –vagina dan spingter anal membuka
- 2) Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
  - 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
  - 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/ pribadi yang bersih.
  - 5) Memakai satu sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
  - 6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengotaminasi tabung suntik).
  - 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan cara seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi).
  - 8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
  - 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti diatas).
  - 10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 x/menit).
    - a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
    - b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

- 11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin bayi. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
  - a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan akitip dan pendokumentasikan temuan-temuan
  - b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan member semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman)
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran:
  - a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
  - b) Mendukung dan member semangat atas usaha ibu untuk meneran.
  - c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang)
  - d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
  - e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
  - f) Menganjurkan asupan per oral.
  - g) Menilai DJJ setiap 5 menit.
  - h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
  - i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
  - j) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

- 14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm ,  
letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi
- 15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
- 16) Membuka partus set
- 17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
- 18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi  
perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain tadi , letakkan  
tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan  
tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar  
perlahan-lahan. Menganjurkan ibu meneran perlahan-lahan atau  
bernapas cepat saat kepala lahir.
- 19) Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain  
atau kassa yang bersih
- 20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal  
itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:
  - a) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat  
bagian atas kepala bayi
  - b) Jika tali pusat melilit leher dengan erat, mengklemnya di dua tempat  
dan memotongnya
- 21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara  
spontan
- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan  
di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat  
kontraksi berikutnya, dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke  
arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan  
kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk  
melahirkan bahu posterior
- 23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi  
yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan  
lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku  
dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah  
untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan menggunakan tangan  
anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior  
bayi saat keduanya lahir
- 24) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas

(anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangga saat punggung dan kaki lahir. Memegang kedua mata kaki dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

- 25) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi
- 26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitoksin/i.m
- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu)
- 28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- 29) Menegeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala bayi membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.
- 30) Membiarkan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya

### KALA III

- 31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua
- 32) Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik
- 33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitoksin 10 unit I.M di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat
- 35) Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain
- 36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan

ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian.

- 37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
  - a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva
  - b) Jika tali pusat tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :
    - (1) Mengulangi pemberian oksitoksin 10 unit I.M
    - (2) Menilai kandung kemih dan dilakukan katerisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu
    - (3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan
    - (4) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
    - (5) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi
- 38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.
- 39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).
- 40) Memeriksa kedua plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh . Meletakkan plasenta di dalam kantong plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai
- 41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera

menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif

#### KALA IV

- 42) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik
- 43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%; membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- 44) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- 45) Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
- 46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.
- 47) Menyelimuti kembali bayi atau menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- 48) Menganjurkan ibu untuk melakukan pemberian ASI
- 49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan vagina.
  - a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan
  - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan
  - c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan
  - d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteris
  - e) Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesi lokal dan menggunakan teknik yang sesuai
- 50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- 51) Mengevaluasi kehilangan darah.
- 52) Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.
  - a) Memeriksa temperatur suhu tubuh sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.
  - b) Melakukan tindakan yang sesuai dengan temuan yang tidak normal

- 53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas pakaian setelah dekontaminasi.
- 54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- 55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi . Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah . Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 56) Memastikan bahwa ibu nyaman . Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan
- 57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih
- 58) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar untuk merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
- 60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

### **2.3.8 Masalah Nyeri Persalinan pada Persalinan dan Inovasi yang Dapat Dilakukan**

#### **a. Nyeri Persalinan**

Rasa nyeri pada persalinan kala I disebabkan oleh munculnya kontraksi otot-otot uterus, hipoksia dari otot-otot yang mengalami kontraksi, peregangan serviks, iskemia korpus uteri, dan peregangan segmen bawah rahim. Reseptor nyeri ditransmisikan melalui segmen saraf spinalis T11-12 dan saraf – saraf asesori torakal bawah serta saraf simpatik lumbal atas. Sistem ini berjalan mulai dari perifer melalui medulla spinalis, batang otak, thalamus dan kortek serebri (Cunningham, 2013).

Menurut Bobak (2004) yang dikutip oleh Aryani, dkk (2015) menghilangkan rasa nyeri ialah hal yang penting. Bukan jumlah nyeri yang dialami wanita yang perlu dipertimbangkan, akan tetapi upaya tentang bagaimana cara mengatasi nyeri tersebut. Hal ini sejalan dengan program yang dicanangkan oleh Kementerian Kesehatan (Kemenkes)

yaitu program Making Pregnancy Saver (MPS) dengan salah satu aspek penatalaksanaan dalam persalinan yaitu aspek sayang ibu.

b. *Massage Effleurage*

*Massage Effleurage* adalah teknik pijatan yang dilakukan untuk membantu mempercepat proses pemulihan nyeri dengan menggunakan sentuhan tangan untuk menimbulkan efek relaksasi. *Effleurage* merupakan manipulasi gosokan yang halus dengan tekanan relatif ringan sampai kuat, gosokan ini mempergunakan seluruh permukaan tangan satu atau permukaan kedua belah tangan, sentuhan yang sempurna dan arah gosokan selalu menuju ke jantung atau searah dengan jalannya aliran pembuluh darah balik, maka mempunyai pengaruh terhadap peredaran darah atau membantu mengalirnya pembuluh darah balik kembali ke jantung karena adanya tekanan dan dorongan gosokan tersebut. *Effleurage* adalah suatu pergerakan stroking dalam atau dangkal, *effleurage* pada umumnya digunakan untuk membantu pengembalian kandungan getah bening dan pembuluh darah di dalam ekstremitas tersebut. *Effleurage* juga digunakan untuk memeriksa dan mengevaluasi area nyeri dan ketidakteraturan jaringan lunak atau peregangan kelompok otot yang spesifik (Alimah, 2012).

Jurnal Relevan

Menurut penelitian Wulandari dan Hiba (2015) dengan sampel 23 ibu primigravida yang melahirkan secara normal di RSUD Tugurejo menunjukkan bahwa skala nyeri sebelum dilakukan *massage effleurage* pada ibu primigravida kala I fase aktif mayoritas dengan skala nyeri berat yaitu sebanyak 18 orang (78,3%). Sedangkan sesudah diberikan *massage effleurage* sebagian besar responden mengalami nyeri sedang yaitu 16 orang (69,6%) sehingga ada penurunan nyeri sesudah diberikan *massage effleurage*. Hasil uji *Wilcoxon* menunjukkan bahwa dengan dilakukannya *massage effleurage* pada ibu primigravida kala I fase aktif memberikan pengaruh terhadap pengurangan tingkat nyeri persalinan yang terlihat dari hasil post test tingkat nyeri persalinan mengalami pengurangan dibandingkan dengan hasil pre test. Pengurangan tingkat nyeri persalinan tersebut dapat dilihat dari pengurangan yang signifikan, dari nilai evaluasi sesudah dilakukan



massage effleurage dengan adanya perbedaan pada rata-rata (3,78 menjadi 2,96).

### 2.3.9 Ketuban Pecah Dini

#### a. Pengertian

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu, yaitu bila pembukaan kurang dari 3 cm dan pada multipara kurang dari 5 cm (Mochtar, 2012).

KPD adalah ketuban yang pecah sebelum terdapat tanda persalinan, dan setelah ditunggu 1 jam belum ada tanda-tanda persalinan (Manuaba, 2010).

#### b. Etiologi dan Predisposisi

Pada dasarnya mekanisme yang mengawali ketuban pecah dini belum diketahui secara pasti, ketuban pecah dini merupakan sindroma yang dapat berhubungan dengan berbagai faktor.

Menurut Saifuddin (2011) dan Jazayeri (2015) KPD memiliki hubungan dengan hal-hal berikut:

- 1) Hipermortilitas Rahim yang telah lama terjadi sebelum ketuban pecah, biasanya karena penyakit seperti pielonefritis, sistitis, servisititis, dan vaginitis.
- 2) Kelainan selaput ketuban (selaput ketuban terlalu tipis)
- 3) Solusio plasenta
- 4) Kekurangan tembaga dan asam askorbatik sebagai komponen kolagen yang berakibat pertumbuhan struktur abnormal
- 5) Infeksi (amnionitis atau khorioamnitis)
- 6) Ketuban pecah dini afrisial, dimana dilakukan amniotomi terlalu dini

Menurut Manuaba (2010) dan Mochtar (2012) faktor predisposisi lain yang memengaruhi KPD diantaranya

- 1) Multipara
- 2) Malposisi (letak sungsang, letak lintang)
- 3) Disproporsi sefelopelvik, kesempitan panggul
- 4) Servik inkompeten
- 5) Ketegangan Rahim berlebihan

#### c. Patofisiologis

Pecahnya selaput ketuban berhubungan dengan perubahan proses biokimia yang terjadi dalam kolagen matriks ekstra seluler amnion,

korion, dan apoptosis membrane janin. Perubahan struktur, jumlah, dan katabolisme kolagen mengakibatkan aktivitas kolagen berubah sehingga selaput ketuban pecah. Membran janin dan desidua bereaksi terhadap stimulasi infeksi dan peregangan selaput ketuban dengan memproduksi mediator seperti prostaglandin, sitokin, dan protein hormone yang merangsang aktivitas “*matrix degrading enzyme*” (Saifuddin, 2011).

Degradasi kolagen dimediasi oleh Matriks Metaloproteinase (MMP) yang dihambat oleh inhibitor jaringan spesifik dan inhibitor protease. Mendekati waktu persalinan keseimbangan antara MMP dan TIMP-1 mengarah pada degradasi proteolitik dari matriks ekstraseluler dan membrane janin. Aktivitas degradasi proteolitik ini meningkat menjelang persalinan. Pada penyakit periodoniti dimana terdapat peningkatan MMP, cenderung terjadi ketuban pecah dini (Saifuddin, 2011). KPD berpengaruh terhadap kehamilan dan persalinan. Periode laten atau *lag period* (LP) adalah jarak antara pecahnya ketuban dengan permulaan persalinan. Periode laten akan semakin memnjang pada usia kehamilan yang semakin muda. Sedangkan lamanya persalinan akan lebih pendek dalam keadaan usia kehamilan yang semakin muda (Mochtar, 2012).

d. Pengaruh KPD

Resikopad aibu dan janin akibat KPD meningkat seiring dengan durasi atau lamanya waktu sebelum persalinan dan frekuensi periksa dalam (Kennedy, 014). Semakin lama periode laten maka semakin besar resiko morbiditas dan mortalitas ibu dan janin. Komplikasi yang timbul akibat KPD bergantung pada usia gestasinya. Dapat terjadi infeksi maternal maupun neonatal persalinan premature, hifoksia karena kompresi tali pusat, deformitas janin, meningkatkan insiden seksio sesaria, atau gagalnya persalinan normal (Saifuddn, 2011).

Terbukanya jalan lahir akibat KPD dapat menyebabkan infeksi ascendens, selain itu juga dapat dijumpai infeksi puerperalis, peritonitis, aseptikemia, serta *dry-labour* (Mochtar, 2012). Resiko terhadap neonatal dapat berupa infeksi neonatus, *plasental abrupton*, gawat janin, *fetal restriction deformities*, *pulmonary hypoplasia*, kematian janin/neontus (Jazayeri, 2015)

Infeksi intrauterine terjadi bahkan sebelum ibu merasakan tanda gejala infeksi, sehingga hal ini meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal (Mochtar, 2012). Resiko infeksi ibu dan anak meningkat pada ketuban pecah dini. Pada ibu dapat terjadi koriamnitis, pada bayi dapat terjadi septicemia, pneumonia, omfalitis. Umumnya korioamnitis terjadisebelum ada tanda infeksi pada bayi (Saifudin, 2011).

### **2.3.10 Secsio Cesarea**

#### **a. Pengertian**

Seksio sesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Mochtar, 2012). Operasi caesar adalah salah satu dari sepuluh operasi besar yang paling umum, dengan perbedaan yang ditandai dalam insiden antara berbagai wilayah dunia dan antar lembaga rumah sakit yang berbeda (El-Ardat, 2014).

#### **b. Indikasi**

Dalam persalinan ada beberapa faktor yang menentukan keberhasilan suatu persalinan yaitu jalan lahir, janin, kekuatan ibu, dan penolong. Apabila terdapat salah satu gangguan pada salah satu faktor tersebut akan mengakibatkan persalinan tidak berjalan dengan lancar bahkan dapat menimbulkan komplikasi yang dapat membahayakan ibu dan janin (Mochtar, 2012).

Operasi seksio sesarea dilakukan jika kelahiran pervaginam mungkin akan menyebabkan risiko pada ibu ataupun pada janin. Adapun indikasi dilakukannya seksio sesarea adalah:

- a. Pada pasien dengan jaringan parut meluas ke fundus. Hal ini didapatkan pada seksio sesarea dengan insisi klasik pada kelahiran sebelumnya yang meningkatkan risiko terjadinya ruptur uteri sehingga tidak memungkinkan untuk dilakukannya persalinan pervaginam.
- b. Jika saat inpartu terdapat kontraksi lemah dan tidak terkoordinasi yang menyebabkan kurangnya kekuatan untuk mendorong bayi keluar dari rahim (incoordinate uteri action).
- c. Pada pemeriksaan didapatkan kriteria panggul sempit, sehingga besar bagian terbawah janin tidak proposional dengan panggul ibu (disproporsi).

- d. Pada kasus gawat janin akibat infeksi, misalnya kasus ketuban pecah dini (KPD) dimana bayi terendam cairan ketuban yang busuk.
- e. Kasus perdarahan antepartum, seperti plasenta previa dan solusio plasenta.
- f. Pada kasus kelainan letak atau presentasi janin. Misalnya janin dengan posisi melintang atau sungsang. (Cunningham, 2014).

## **2.4 Konsep Dasar Nifas**

### **2.4.1 Pengertian**

Masa Nifas merupakan masa setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil (Yuliana,W,2020).

Masa Nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Rini,Susilo, 2017).

Nifas merupakan masa sesudahnya persalinan terhitung dari saat selesai persalinan sampai pulihnya kembali alat kandungan ke keadaan sebelum hamil (Maryunani,A, 2016).

Masa Nifas (Puerperium) adalah masa mulai pulih kembali,mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali pra-hamil ,lama nifas 6-8 minggu (Pitriani,Risa, 2014).

Berdasarkan pengertian tersebut maka dapat disimpulkan bahwa masa nifas dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan pulihnya alat-alat reproduksi seperti sebelum hamil (6 minggu).

### **2.4.2 Tahapan Masa Nifas**

Menurut Yuliana.W, (2020) nifas dibagi menjadi tiga periode,yaitu :

- a. Puerperium dini, yaitu kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan
- b. Puerperium Intermedial, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genital atau suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih enam minggu
- c. Remote Puerperium, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna,terutama bila selama hamil atau waktu persalinan

mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna mungkin beberapa minggu, bulan atau tahun.

Menurut Rini,Susilo (2017) tahapan masa nifas yaitu:

- a. Immediate Post Partum  
Masa segera setelah plasenta lahir sampai 24 jam. Sering terdapat banyak masalah, misal perdarahan. Bidan teratur melakukan pemeriksaan kontraksi uterus,pengeluaran lokhea dan tanda-tanda vital
- b. Early Postpartum (24 jam-1 minggu)  
Bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal,tidak ada perdarahan,lokhea tidak berbau busuk,tidak demam,ibu cukup cairan dan makanan, ibu menyusui dengan baik
- c. Late Postpartum (1 minggu- 5 minggu)  
Bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

### **2.4.3 Perubahan Fisiologis Masa Nifas**

#### **a. Perubahan Sistem Reproduksi**

##### **1) Involusi Uterus**

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat hanya 60 gram. Proses involusi uterus menurut Marmi (2015) antara lain, sebagai berikut:

##### **g. Iskemia miometrium**

Iskemia miometrium disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus-menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relatif anemia dan menyebabkan serat otot atrofi.

##### **h. Atrofi jaringan**

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta.

##### **i. Autolisis**

Autolisis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga panjangnya 10 kali dari semula dan lebar lima kali dari semula selama kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai

perusakan secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

d) Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi perdarahan. Penurunan ukuran uterus yang cepat itu dicerminkan oleh perubahan lokasi uterus ketika turun keluar dari abdomen dan kembali menjadi organ pelvis.

**Tabel 2.3 Perubahan Involusi Uterus Pada Ibu Nifas**

<b>Waktu Inovasi</b>	<b>Tinggi Fundus Uteri</b>	<b>Berat Uterus</b>
Bayi Lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Plasenta Lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram
1 Minggu	Pertengahan pusat-simfisis	500 gram
2 Minggu	Tidak teraba di atas simfisis	350 gram
6 Minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 Minggu	Sebesar Normal	30 gram

(Sumber: Aiyeyeh, 2011)

2) Perubahan pada Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Beberapa hari setelah persalinan, ostium eksternum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir-pinggirnya tidak rata, tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh satu jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari kranialis servikallis.

Pada serviks terbentuk sel-sel otot baru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah. Walaupun begitu, setelah involusi selesai, ostium eksternum tidak serupa dengan keadaannya sebelum hamil. Pada umumnya ostium eksternum lebih besar dan tetap terdapat retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya. Oleh karena robekan ke samping ini terbentuklah bibir depan dan bibir belakang pada serviks (Nurjannah, 2013).

### 3) Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lokhea yang berbau tak sedap menandakan adanya infeksi.

**Tabel 2.4 Pengeluaran Lokhea Selama *Post Partum***

<b>Lochea</b>	<b>Waktu Muncul</b>	<b>Warna</b>	<b>Ciri-ciri</b>
Rubra	1-4 hari	Merah	Terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan meconium.
Sanguilenta	4-7 hari	Merah Kecoklatan	Berlendir.
Serosa	7-14 hari	Kuning Kecoklatan	Mengandung serum, leukosit dan robekan atau laserasi plasenta.
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks dan

			serabut jaringan yang mati
--	--	--	----------------------------

(Sumber: Sulistyawati, 2015)

#### 4) Perubahan pada Vulva, Vagina, dan Perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut. Kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Hymen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi kurunkulae motiformis yang khas bagi wanita multipara. Pada post natal hari kelima, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum hamil (Marmi, 2015).

#### b. Perubahan pada Payudara

Menurut Nurjannah (2013) perubahan pada payudara dapat meliputi hal-hal sebagai berikut :

- 1) Penurunan kadar progesteron dan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
- 2) Kolostrum sudah ada saat persalinan, produksi ASI terjadi pada hari kedua atau hari ketiga setelah persalinan.
- 3) Payudara menjadi besar sebagai tanda mulainya proses laktasi.

#### c. Perubahan Sistem Pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, terjadi pula penurunan produksi progesteron, sehingga yang menyebabkan nyeri ulu hati (*heartburn*) dan konstipasi (adanya reflek hambatan defekasi karena adanya rasa nyeri pada perineum akibat luka episiotomi) terutama dalam beberapa hari pertama (Bahiyatun, 2011).

#### d. Perubahan Sistem Perkemihan

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari postpartum. Diuresis terjadi karena saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini akan kembali normal setelah 4 minggu post partum (Bahiyatun, 2011).



e. Perubahan Sistem Musculoskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4-8 jam postpartum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi (Elisabet dan Endang, 2015).

f. Perubahan Integumen

Penurunan melanin umumnya setelah persalinan menyebabkan berkurangnya hyperpigmentasi kulit. Perubahan pembuluh darah yang tampak pada kulit karena kehamilan dan akan menghilang pada saat estrogen menurun (Elisabet dan Endang, 2015).

#### **2.4.4 Perubahan Adaptasi Psikologis**

Menurut Herawati Mansur (2014), adaptasi psikologis postpartum oleh rubin dibagi dalam 3 (tiga) periode yaitu sebagai berikut:

a. Periode *Taking In*

Periode ini berlangsung 1-2 hari setelah melahirkan. Ibu pasif terhadap lingkungan. Oleh karena itu, perlu menjaga komunikasi yang baik. Ibu mungkin akan bercerita tentang pengalamannya ketika melahirkan secara berulang-ulang. Diperlukan lingkungan yang kondusif agar ibu dapat tidur dengan tenang untuk memulihkan keadaan tubuhnya seperti sediakala.

b. Periode *Taking Hold*

Periode ini 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. Bagi petugas kesehatan pada fase ini merupakan kesempatan yang baik untuk memberikan berbagai penyuluhan dan pendidikan kesehatan yang diperlukan ibu nifas.

c. Periode *Letting Go*

Pada periode ini ibu menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga ibu tidak terlalu terbebani.

#### **2.4.5 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas**

Paling sedikit 4 kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk:

- a. Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi
- b. Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayi
- c. Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas
- d. Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya (Walyani,E.S, 2015).

#### 2.4.6 Standart Kunjungan Nifas

**Tabel 2.5 Program dan Kebijakan Teknis Masa Nifas**

<b>Kunjungan</b>	<b>Waktu</b>	<b>Asuhan</b>
I	6-8 Jam Post Partum	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.</li> <li>b. Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.</li> <li>c. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.</li> <li>d. Pemberian ASI awal.</li> <li>e. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.</li> <li>f. Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi</li> <li>g. Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.</li> </ol>

II	6 Hari Post Partum	<p>a. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.</p> <p>b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan</p> <p>c. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.</p> <p>d. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan.</p> <p>e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.</p>
III	2 Minggu Post Partum	Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
IV	6 Minggu Post Partum	<p>a. Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.</p> <p>b. Memberikan konseling KB secara dini.</p>

(Sumber: Elisabet dan Endang, 2015)

#### 2.4.7 Masalah ASI Kurang dan Inovasi yang Dapat Dilakukan

##### a. ASI Kurang

Pemberian ASI Eksklusif adalah salah satu upaya untuk menurunkan Angka Kematian Bayi di Indonesia. Terhambatnya kelancaran pengeluaran ASI akan mengakibatkan produksi ASI berkurang dan proses menyusui terganggu sehingga menjadi salah satu factor ibu tidak memberikan ASI secara Eksklusif. Penurunan produksi ASI pada hari-hari pertama setelah melahirkan dapat disebabkan oleh kurangnya rangsangan hormon prolaktin dan oksitosin yang sangat berperan dalam kelancaran produksi ASI.

Penyebab ASI kurang diantaranya adalah:

- 1) Faktor Menyusui  
Posisi dan pelekatan yang salah, kurang sering disusukan, tidak mengosongkan payudara, dan menyusui menggunakan botol.
- 2) Faktor Psikologis  
Ibu kurang percaya diri
- 3) Faktor Fisik Ibu  
Kurang gizi, merokok, dan menggunakan alat KB hormonal
- 4) Faktor Bayi  
Sakit dan kelaianan kongenital

b. Pijat Oksitosin

Pijat oksitosin merupakan salah satu solusi untuk mengatasi ketidاكلancaran produksi ASI. Pijat oksitosin adalah pemijatan pada sepanjang tulang belakang (vertebrae) sampai tulang costae ke-5 sampai ke-6 dan merupakan usaha untuk merangsang hormon prolaktin dan oksitosin setelah melahirkan (Roesli, 2010).

Pijat oksitosin ini dilakukan untuk merangsang reflek oksitosin atau refleksi letdown. Selain untuk merangsang refleksi letdown manfaat pijat oksitosin adalah memberikan kenyamanan pada ibu, mengurangi bengkak (engorgement), mengurangi sumbatan ASI, merangsang pelepasan hormon oksitosin, mempertahankan produksi ASI ketika ibu dan bayi sakit (Kemnekes RI, 2012).

Jurnal Relevan

Menurut penelitian Indrasari (2019) dengan sampel sebanyak 15 responden untuk kelompok eksperimen dan 15 responden untuk kelompok control. Data menunjukkan bahwa rata-rata tanda kelancaran ASI yang dirasakan responden dengan jenis perlakuan yang berbeda memiliki hasil yang bervariasi yaitu setelah dilakukan intervensi dengan teknik pijat oksitosin & Breastcare rata-rata kelancaran ASI 12,87, dan kelompok kontrol diberi intervensi breast care rata-rata kelancaran ASI 11,73. Data juga menunjukkan bahwa rata-rata tanda kelancaran ASI yang dirasakan responden dengan jenis intervensi dengan teknik pijat oksitosin & Breastcare rata-rata tanda kelancaran ASI adalah 12,87 dengan standar deviasi 1,246, sedangkan untuk kelompok kontrol diberi intervensi Breast Care rata-rata tanda kelancaran ASI adalah 11,73 dengan

standar deviasi 1,280. Hasil uji statistic didapatkan nilai  $p= 0,005$ , berarti dapat disimpulkan ada perbedaan rata-rata tanda kelancaran ASI antara intervensi dengan kelompok kontrol. Dengan demikian ada pengaruh pijat oksitosin terhadap peningkatan kelancaran ASI pada ibu post partum.

## **2.5 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir dan Neonatus**

### **2.5.1 Pengertian**

Bayi baru lahir (neonatus) normal adalah bayi yang baru lahir dengan umur kehamilan lebih dari atau sama dengan 37 minggu dengan berat lahir 2.500-4.000 gram (Armini,N.W,2017).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram (Wagiyo dan Putrono, 2016).

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0- 28 hari. Bayi Baru Lahir memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi dan toleransi bagi bayi baru lahir untuk dapat hidup dengan baik (Marmi,Rahardjo Kukuh, 2012).

### **2.5.2 Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal**

- a. Berat Badan 2500-4000 gram
- b. Panjang Badan 48-52 cm
- c. Lingkar Dada 30-38 cm
- d. Lingkar Kepala 33-35 cm
- e. Frekuensi Jantung 120-160 kali/menit
- f. Pernafasan 40-60 kali/menit
- g. Kulit Kemerah – merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- i. Kuku agak panjang dan lemas
- j. Genitalia :Perempuan labia Mayora sudah menutupi labia Minora dan laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada
- k. Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- l. Reflek Morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik
- m. Reflek graps atau menggenggam sudah baik
- n. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Marmi, 2012).

### 2.5.3 Tahapan Bayi Baru Lahir

Menurut Dwienda (2014) berikut merupakan tahapan dari bayi baru lahir:

- a. Tahapan 1 terjadi segera lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan penilaian awal resusitasi
- b. Tahap 2 disebut tahap transisional reaktivitas. Pada tahap 2 ini dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.
- c. Tahap 3 disebut tahap periodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh.

### 2.5.4 Adaptasi Bayi Baru Lahir

#### a. Sistem Pernafasan

Menurut Marmi (2012) selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi baru lahir pertukaran gas terjadi pada paru-paru (setelah tali pusat dipotong). Rangsangan untuk gerakan pernafasan pertama kali pada neonatus disebabkan karena adanya:

- 1) Tekanan mekanis pada torak sewaktu melalui jalan lahir
- 2) Penurunan tekanan oksigen dan kenaikan tekanan karbondioksida merangsang kemoreseptor pada sinus karotis (stimulasi kimiawi)
- 3) Rangsangan dingin di daerah muka dapat merangsang permulaan gerakan (stimulasi sensorik)

#### b. Jantung dan Sirkulasi Darah

Menurut Lockhart & Saputra (2014) dan Dwienda (2014) terdapat perubahan fisiologis pada sistem peredaran darah pada bayi baru lahir karena paru-paru mulai berfungsi sehingga proses pengantaran oksigen ke seluruh jaringan tubuh berubah. Untuk membuat sirkulasi terbaik guna mendukung kehidupan luar rahim, harus terjadi:

- 1) Penutupan foramen ovale pada atrium jantung
- 2) Penutupan duktus arteriosus antara arteri paru dan aorta serta penutupan ductus venosus

#### c. Saluran Pencernaan

Menurut Marmi (2012) bila dibandingkan dengan ukuran tubuh, saluran pencernaan pada neonatus relatif lebih berat dan panjang

dibandingkan orang dewasa. Pada masa neonatus, traktus digestivus mengandung zat-zat yang berwarna hitam kehijauan yang terdiri dari mukopolosakarida dan disebut mekonium. Pada masa neonatus saluran pencernaan mengeluarkan tinja pertama biasanya dalam dua puluh empat jam pertama berupa mekonium (zat yang berwarna hitam kehijauan). Adapun adaptasi pada saluran pencernaan adalah:

- 1) Pada hari ke 10 Kapasitas lambung menjadi 100 cc
- 2) Enzim tersedia untuk mengkatalisis protein dan karbohidrat sederhana yaitu monosakarida dan disakarida
- 3) Defisiensi lipase pada pankreas menyebabkan terbatasnya absorpsi lemak sehingga kemampuan bayi untuk mencerna lemak belum matang, maka susu formula sebaiknya tidak diberikan pada bayi baru lahir
- 4) Kelenjar lidah berfungsi saat lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia bayi  $\pm$  2-3 bulan

d. Produksi Panas (Suhu Tubuh)

Menurut Marmi (2012) tiga faktor yang paling berperan dalam kehilangan panas tubuh bayi yaitu:

- 1) Luasnya permukaan tubuh bayi.
  - 2) Pusat pengaturan suhu tubuh bayi yang belum berfungsi secara sempurna
  - 3) Tubuh bayi terlalu kecil untuk memproduksi dan menyimpan panas
- Menurut Marmi (2012) mekanisme kemungkinan hilangnya panas tubuh dari bayi baru lahir ada 4 yaitu:

1) Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke tubuh benda di sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi. (Pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Contoh hilangnya panas tubuh bayi secara konduksi, ialah menimbang bayi tanpa alas timbangan, tangan penolong yang dingin memegang bayi baru lahir, menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan bayi baru lahir.

2) Konveksi

Konveksi adalah hilangnya panas yang terjadi ketika panas dari tubuh bayi berpindah ke udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang

dilahirkan atau ditempatkan di dalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas. Contoh hilangnya panas tubuh bayi secara konveksi, ialah membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir dekat jendela, membiarkan bayi baru lahir di ruangan yang terpasang kipas angin (Kemenkes RI, 2012).

### 3) Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antar dua objek yang mempunyai suhu berbeda). Contoh bayi mengalami kehilangan panas tubuh secara radiasi, ialah bayi baru lahir dibiarkan dalam ruangan dengan Air Conditioner (AC) tanpa diberikan pemanas (Radiant Warmer), bayi baru lahir dibiarkan keadaan telanjang, bayi baru lahir ditudurkan berdekatan dengan ruangan yang dingin, misalnya dekat tembok.

### 4) Evaporasi

Evaporasi adalah proses perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap. Kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri, karena setelah bayi lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan atau terlalu cepat dimandikan dan tidak segera dikeringkan atau diselimuti. Cara mengurangi kehilangan panas yaitu: mengatur suhu lingkungan, membungkus badan bayi dengan kain hangat, disimpan ditempat tidur yang sudah dihangatkan atau dimasukkan sementara ke dalam inkubator, mengeringkan bayi dengan seksama, menyelimuti bayi dengan selimut atau kain bersih, kering dan hangat, menutup bagian kepala bayi, menganjurkan ibu untuk memeluk dan menyusukan bayinya (Kemenkes RI, 2012).

Menurut Lockhart & Saputra (2014) kehilangan panas pada bayi baru lahir dapat dicegah dengan cara sebagai berikut.

- 1) Mengeringkan bayi dengan seksama, kecuali bagian tangan : vernik tidak perlu dibersihkan
- 2) Menyelimuti bayi dengan selimut atau kain bersih dan hangat o  
Menutupi bagian kepala bayi
- 3) Menganjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya, kontak



- dengan kulit akan membantu perpindahan panas tubuh ibu ke bayi
- 4) Menunda menimbang atau memandikan BBL; BBI dimandikan sebaiknya (sedikitnya) 6 jam setelah lahir.
  - 5) Menempatkan bayi di lingkungan yang hangat
  - 6) Menjauhkan tempat tidur bayi dan meja pemeriksaan dari jendela atau pintu.

e. Kelenjar Endokrin

Selama dalam uterus, janin mendapatkan hormon dari ibunya. Pada kehamilan sepuluh minggu kortikotropin telah ditemukan dalam hipofisis janin, hormon ini diperlukan untuk mempertahankan glandula supra renalis janin. Pada neonatus kadang-kadang hormon yang didapatkan dari ibu masih berfungsi, pengaruhnya dapat dilihat misalnya pembesaran kelenjar air susu pada bayi laki-laki ataupun perempuan, kadang-kadang adanya pengeluaran darah dari vagina yang menyerupai haid pada bayi perempuan (Marmi, 2012).

f. Keseimbangan Cairan dan Fungsi Ginjal

Tubuh neonatus mengandung relatif lebih banyak air dan kadar natrium relatif lebih besar daripada kalium karena ruangan ekstraseluler luas. Menurut Marmi (2012) pada neonatus fungsi ginjal belum sempurna hal ini karena:

- 1) Jumlah nefron matur belum sebanyak orang dewasa
- 2) Tidak seimbang antara luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal
- 3) Aliran darah ginjal (renal blood flow) pada neonatus relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa. Hingga bayi berumur tiga hari ginjalnya belum dipengaruhi oleh pemberian air minum, sesudah lima hari barulah ginjalnya mulai memproses air yang didapatkan setelah lahir

g. Susunan Syaraf

Saat lahir, sistem saraf belum terintegrasi sempurna, tetapi sudah cukup berkembang untuk bertahan dalam kehidupan ekstrasuterin.

Menurut Lockhart & Sautra (2014) fungsi sensoris bayi baru lahir sudah sangat berkembang dan memiliki dampak signifikan pada pertumbuhan dan perkembangan, termasuk proses perlekatan (attachment).

- 1) Pendengaran – berkembang sangat baik pada saat lahir. Begitu cairan amnion dibersihkan dari telinga, bayi mungkin sudah memiliki tajam pendengaran yang sama dengan orang dewasa.
- 2) Pengecap – mampu membedakan rasa manis dan asam pada usia 72 jam.
- 3) Penciuman – mampu membedakan antara bau ASI ibunya dengan ASI lain.
- 4) Peraba – sensitif terhadap nyeri, bereaksi terhadap stimulasi taktil.
- 5) Penglihatan – mampu memfokuskan penglihatan sementara pada objek yang terang dan bergerak berjarak 20 cm dan pada garis tengah lapang penglihatan. Pupil bereaksi terhadap cahaya dan refleksa berkedip mudah dirangsang. Bayi sangat sensitif terhadap cahaya. Jika ruangan digelapkan, ia akan membuka mata lebar dan melihat ke sekeliling

#### h. Imunologi

Pada sistem imunologi terdapat beberapa jenis imunoglobulin (suatu protein yang mengandung zat antibodi) diantaranya adalah IgG (imunoglobulin Gamma G). Pada neonatus hanya terdapat imunoglobulin gamma G, dibentuk banyak dalam bulan ke dua setelah bayi dilahirkan, imunoglobulin gamma G pada janin berasal dari ibunya melalui plasenta. Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap, berbagai infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang didapat. Kekebalan alam terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah atau meminimalkan infeksi (Marmi, 2012).

### 2.5.5 Refleks pada Bayi Baru Lahir

**Tabel 2.6 Refleks pada Bayi Baru Lahir**

<b>Refleks</b>	<b>Respon Normal</b>	<b>Respon Abnormal</b>
Rooting dan mengisap	Bayi baru lahir menolehkan kepala ke arah stimulus, membuka mulut, dan mulai mengisap bila pipi, bibir, atau	Respon yang lemah atau tidak ada respon terjadi pada prematuritas, penurunan atau cedera

	sudut mulut bayi disentuh dengan jari atau puting.	neurologis, atau depresi sistem saraf pusat (SSP).
Menelan	Bayi baru lahir menelan berkoordinasi dengan mengisap bila cairan ditaruh di belakang lidah.	Muntah, batuk, atau regurgitasi cairan dapat terjadi; kemungkinan berhubungan dengan sianosis sekunder karena prematuritas, defisit neurologis, atau cedera; terutama terlihat setelah laringoskopi.
Ekstruksi	Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting.	Ekstruksi lidah secara kontinu atau menjulurkan lidah yang berulang-ulang terjadi pada kelainan SSP dan kejang.
Moro	Ekstensi simetris bilateral dan abduksi seluruh ekstremitas, dengan ibu jari dan jari telunjuk membentuk huruf 'c', diikuti dengan adduksi ekstremitas dan kembali ke fleksi relaks jika posisi bayi berubah tiba-tiba atau jika bayi diletakkan telentang pada permukaan yang datar.	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur klavikula atau fraktur tulang panjang lengan atau kaki.
Melangkah	Bayi akan melangkah dengan satu kaki dan kemudian kaki lainnya dengan gerakan berjalan bila satu kaki disentuh pada permukaan rata.	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf SSP atau perifer atau fraktur tulang panjang kaki.

Merangkak	Bayi akan berusaha untuk merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar.	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf SSP dan gangguan neurologis.
Tonik Leher atau Fencing	Ekstremitas pada satu sisi di mana saat kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi beristirahat.	Respons persisten setelah bulan keempat dapat menandakan cedera neurologis. Respons menetap tampak pada cedera SSP dan gangguan neurologis.
Terkejut	Bayi melakukan abduksi dan fleksi seluruh ekstremitas dan dapat mulai menangis bila mendapat gerakan mendadak atau suara keras.	Tidak adanya respons dapat menandakan defisit neurologis atau cedera. Tidak adanya respons terhadap bunyi keras dapat menandakan ketulian. Respons dapat menjadi tidak ada atau berkurang selama tidur malam.
Ekstensi silang	Kaki bayi yang berlawanan akan fleksi dan kemudian ekstensi dengan cepat seolah-olah berusaha untuk memindahkan stimulus ke kaki yang lain bila diletakkan telentang; bayi akan mengektensikan satu kaki	Respons yang lemah atau tidak ada respons yang terlihat pada cedera saraf perifer atau fraktur tulang panjang

	sebagai respons terhadap stimulus pada telapak kaki.	
Glabellar "blink"	Bayi akan berkedip bila dilakukan 4 atau 5 ketuk pertama pada batang hidung saat mata terbuka	Terus berkedip dan gagal untuk berkedip menandakan kemungkinan gangguan neurologis
Palmar grasp	Jari bayi akan melekuk di sekeliling benda dan menggenggamnya seketika bila jari diletakkan di tangan bayi.	Respons ini berkurang pada prematuritas. Asimetris terjadi pada kerusakan saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur humerus. Tidak ada respons yang terjadi pada defisit neurologis yang berat
Plantar grasp	Jari bayi akan melekuk di sekeliling benda seketika bila jari diletakkan di telapak kaki bayi.	Respons yang berkurang pada prematuritas. Tidak ada respons yang terjadi pada defisit neurologis yang berat
Tanda Babinski	Jari-jari kaki bayi akan hiperekstensi dan terpisah seperti kipas dari dorsofleksi ibu jari kaki bila satu sisi kaki digosok dari tumit ke atas melintasi bantalan kaki	Tidak ada respons yang terjadi pada defisit SSP

(Sumber: Sondakh, 2013)

### 2.5.6 Penanganan Segera Bayi Baru Lahir

Menurut JNPK-KR (2012) asuhan segera, aman dan bersih untuk bayi baru lahir ialah:

a. Pencegahan Infeksi

BBL sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Sebelum menangani BBL, pastikan penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi berikut:

- 1) Cuci tangan dengan seksama sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi
- 2) Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan
- 3) Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, penghisap lendir DeLee dan benang tali pusat telah didesinfeksi tingkat tinggi atau steril.
- 4) Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi, sudah dalam keadaan bersih. Demikian pula dengan timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop.

b. Melakukan penilaian

- 1) Apakah kehamilan cukup bulan?
- 2) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
- 3) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?
- 4) Jika bayi tidak bernapas atau bernapas megap – megap atau lemah maka segera lakukan tindakan resusitasi bayi baru lahir

c. Pencegahan Kehilangan Panas

BBL dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara-cara berikut:

1) Evaporasi

Adalah Jalan utama bayi kehilangan panas. Jika saat lahir tubuh bayi tidak segeradikeringkan dapat terjadi kehilangan panas akibat penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri.

2) Konduksi

Kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin, meja, tempat tidur, atau timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi bila bayi diletakkan di atas benda – benda tersebut.

## 3) Konveksi

Kehilangan panas tubuh terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan atau ditempatkan didalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas. Kehilangan panas dapat juga terjadi jika ada aliran udara dingin dari kipas angin, hembusan udara dingin melalui ventilasi atau pendingin ruangan.

## 4) Radiasi

Kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda – benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi, karena benda–benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung).

### 2.5.7 Pelayanan Kesehatan pada Bayi Baru Lahir (Kunjungan Neonatal)

**Tabel 2.7 Kunjungan Neonatal**

Kunjungan	Waktu Kunjungan	Asuhan
KN1	(6 – 48 jam setelah bayi baru lahir)	a. Mempertahankan suhu bayi. Hindari memandikan bayi hingga 6 jam dan hanya setelah itu jika tidak terjadi masalah medis dan jika $S : 36.5^{\circ}\text{C}$ , bungkus bayi dengan kain kering dan hangat. b. Pemeriksaan fisik bayi. c. Lakukan perawatan tali pusat. d. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan.
KN2	(3 – 7 hari setelah bayi lahir)	a. Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering. b. Menjaga kebersihan bayi. c. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, icterus, diare, bb rendah dan masalah lainnya.

		<p>d. Memberikan ASI bayi harus disusukan minimal 10 – 15 kali.</p> <p>e. Menjaga suhu tubuh bayi</p> <p>f. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan.</p>
KN3	(8 – 28 hari setelah lahir)	<p>a. Pemeriksaan fisik</p> <p>b. Menjaga kebersihan bayi</p> <p>c. Memberitahu ibu tentang tanda – tanda bahaya BBL</p> <p>d. Memberikan ASI bayi harus disusukan minimal 10 – 15 kali.</p> <p>e. Tetap menjaga tali pusat agar tetap kering dan bersih.</p> <p>f. Menjaga suhu tubuh bayi.</p> <p>g. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan.</p>

(Sumber: Jutowiyono, 2011)

## 2.6 Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

### 2.6.1 Pengertian

Keluarga berencana (KB) adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera (Yuhedi dan Kurniawati, 2013).

Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, Pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan (Sulistiyawati, 2013).

Keluarga Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak, dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi,



perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (Kemenkes RI, 2014).

### 2.6.2 Tujuan Program KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Sulistiyawati, 2013).

### 2.6.3 Kontrasepsi

#### a. Pengertian Kontrasepsi

Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim (Nugroho dan Utama, 2014).

Kontrasepsi memiliki arti menghindari/mencegah terjadinya pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma, sehingga tidak terjadinya kehamilan (BKKBN, 2015).

#### b. Jenis-jenis Kontrasepsi yang Tidak Mempengaruhi ASI

##### 1) Metode Amenorea Laktasi (MAL)

MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan dan minuman apapun. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila menyusui secara penuh, lebih efektif bila pemberian  $\geq 8$  kali sehari, belum haid, dan umur bayi  $> 6$  bulan (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, 2013).

**Tabel 2.8 Keuntungan dan Kerugian KB MAL**

<b>Kerugian</b>	<b>Keuntungan</b>
a. Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan	a. Efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan)
b. Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan	b. Segera efektif, tidak mengganggu senggama

c. Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B dan HIV	c. Tidak perlu pengawasan medi, tidak perlu obat atau alat, tanpa biaya.
---	--

(Sumber: Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, 2013)

## 2) Kondom

### a) Definisi

Merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya leteks (karet), venil (plastik) atau bahan alami yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual (Abdul, 2010).

### b) Keuntungan

Melindungi dari PMS, tidak mengganggu kesehatan klien, murah dan mudah dibeli, tidak mengganggu produksi ASI, mencegah ejakulasi dini, mencegah kanker serviks.

### c) Kerugian

Angka kegagalan relatif tinggi, dipakai secara konsisten, masalah pembuangan kondom bekas. (Saifuddin, 2006).

## 3) Diafragma

### a) Keuntungan

Sejara efektif, tidak mempengaruhi Air Susu Ibu (ASI), tidak mengganggu hubungan seksual, melindungi PMS, menahan darah menstruasi bila digunakan saat haid.

### b) Kerugian

Efektifitas sedang, pada beberapa pengguna menjadi penyebab infeksi saluran uretra (Mulyani, 2013).

## 4) Kalender (Pantang Berkala)

Keuntungan kontrasepsi yaitu digunakan untuk mencegah kehamilan, dan Murah. Keuntungan non kontrasepsi yaitu pengetahuan meningkat, memerlukan pemberi asuhan, keterlibatan suami meningkat (Hanafi, 2010).

## 5) Senggama Terputus (*Coitus Interruptus*)

Keuntungan kontrasepsi yaitu tidak mengganggu Air Susu Ibu (ASI), tidak ada efek samping, dapat digunakan setiap waktu, tidak butuh biaya. Keuntungan non kontrasepsi yaitu meningkatkan

keterlibatan suami ke dalam KB, hubungan lebih dekat. Kerugian yaitu memutuskan kenikmatan hubungan seksual (Hanafi, 2010).

6) Suntikan Progestin

a) Definisi : Suntikan yang berisi hormone progesteron.

b) Jenis

Depo medroksi progesterone asetat, mengandung 150 mg yang diberikan tiap 3 bulan, IM dan depo norestisteron enantat (Depo Noisterat) yang mengandung 200 mg norestisteron enantat diberikan tiap 1 bulan.

c) Indikasi dan Kontraindikasi

Indikasi untuk usia Reproduksi, setelah melahirkan dan tidak menyusui, TD <180/110 mmHg, nulipara. Kontraindikasi yaitu hamil atau diduga hamil, perdarahan pervaginam, kanker payudara, DM dengan komplikasi.

d) Waktu menggunakan

Setiap saat selama siklus haid, mulai hari 1-7 siklus haid, selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh berhubungan.

e) Efek samping : Amenore, perdarahan hebat.

7) Pil progestin (Mini Pil)

a) Definisi

Pil kontrasepsi yang berisi hormone sintesis progesteron.

b) Jenis

Kemasan isi 35 pil : 300 µg lenovogestrel atau 350 µg noretindron. Kemasan isi 28 pil : 75 µg desogestrel.

c) Indikasi dan Kontraindikasi

Indikasi meliputi usia reproduksi, sangat efektif selama periode menyusui, pasca persalinan dan tidak menyusui, pasca keguguran, dan tidak boleh menggunakan.

Kontraindikasi meliputi diduga hamil, perdarahan pervaginam, menggunakan obat TBC dan epilepsi, kanker payudara, miom, riwayat stroke.

d) Efek samping :

(1) *amenorhea*

(2) *spotting*

(3) Penambahan berat badan (Saifuddin, 2012).

## 8) Implan

## a) Definisi

Kontrasepsi susuk yang terbuat dari sejenis karet silastik yang berisi hormon, di pasang pada lengan atas.

## b) Jenis

Norplant : 6 batang silastik, panjang 3,4 cm diameter 2,4 mm diisi 36 mg lenovogestrel, untuk 5 tahun, Implanon: 1 batang, isi 36 mg ketoagestrel untuk 5 tahun , Jadena dan indoplan: 2 batang isi 75 mg Lenovogestrel, lama kerja 3 tahun.

## c) Kontraindikasi

Hamil, perdarahan pervaginam, kanker payudara, mioma uterus.

## d) Indikasi

Usia reproduktif, pasca abortus, pasca persalinan, menyusui dan membutuhkan kontrasepsi, sering lupa menggunakan pil, TD <180/110 mmHg, anemia bulan sabit.

## e) Waktu Menggunakan

Selama siklus haid hari, ke 2-7, setelah 6 minggu melahirkan dan sudah haid lagi, gunakan alkon lain sementara untuk 7 hari setelah pemasangan, ingin mengganti alkon lain dengan implan, pasca keguguran impian dapat segera diinsersikan.

## 9) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

## a) Definisi

AKDR adalah suatu alat atau benda yang dimasukkan ke dalam rahim yang sangat efektif dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduktif.

## b) Jenis

AKDR Non hormonal menurut bentuknya terbagi menjadi:

- (1) Bentuk terbuka (oven device) misalnya Lippesloop, CUT, Cu-7, Marguiles, spring coil, Multiload, Nova-T
- (2) Bentuk tertutup (closed device) misalnya Ota-ring, Atigon, dan Graten Berg Ring.
- (3) Medicated IUD : Cu T 200 daya kerja tiga tahun, Cu T 220 daya kerja tiga tahun, Cu T 300 daya kerja tiga tahun, Cu

T 380 A daya kerja 8 tahun, Cu-7, nova T daya kerja 5 tahun, ML-Cu 375 daya kerja tiga tahun .

- c) Indikasi
  - (1) Usia reproduktif dan nulipara
  - (2) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang
  - (3) Perempuan menyusui yang ingin menggunakan kontrasepsi
  - (4) Setelah abortus dan tidak ada infeksi
  - (5) Perempuan dengan resiko rendah IMS dan tidak menghendaki metode hormonal
- d) Kontraindikasi
  - (1) Hamil
  - (2) Perdarahan pervaginam
  - (3) Kanker alat genitalia
  - (4) Abortus
  - (5) Menderita TBC pelvic dan ukuran rongga rahim < 5 cm
- e) Efek samping AKDR (cu-T-3080A)
  - (1) *Amenorhea*
  - (2) Perdarahan pervaginam yang hebat dan tidak teratur.
  - (3) Benang yang hilang pastikan adanya kehamiln atau tidak.
  - (4) Adanya pengeluaran cairan dari vagina atau dicurigai adanya penyakit radang panggul

(Handayani, 2010).

#### 2.6.4 Kunjungan KB

##### a. Konseling

Memberikan konseling, khususnya bagi calon klien kb yang baru, hendaknya dapat diterapkan enam langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU

SA : Sapa dan Salam kepada klien secara terbuka dan sopan

T : Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya. Tanyakan kontrasepsi yang akan diinginkan oleh klien

U : Uraikan pada klien mengenai pilihannya dan beri tahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa jenis kontrasepsi.

TU : Bantulah klien menentukan pilihannya

J :Jelaskan secara lengkap bgaimana menngunakan kontrasepsi pilihannya. setelah klien memilih jenis kontrasepsinya,jika di perlukan perlihatkan alat/obat kontrasepsinya

U : Perlunya dilakukan kunjungan ulang.bicarakan dan buatlah perjanjian kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan lanjut/ permintaan kontrasepsi. Perlu juga mengingatkan klien untuk kembali apabila terjadi suatu masalah

b. Informed Choice

Peserta/calon peserta KB yang memilih kontrasepsi didasari oleh pengetahuan yang cukup setelah mendapatkan informasi yang lengkap.