BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan merupakan fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Di hitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan/9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua minggu ke-13 hingga ke-27, trimester ketiga minggu ke-28 hingga ke-40. (Sarwono Prawirohardjo, 2014)

Kehamilan TM III adalah kehamilan usia 28-40 minggu. Dimana periode ini juga disebut periode penantian (Marmi, 2011).

2.1.2 Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

a. Perdarahan pervaginam

Perdarahan pervaginam pada kehamilan usia lanjut yang termasuk kriteria tanda bahaya adalah perdarahan yang banyak, berwarna merah dan kadang-kadang tetapi tidak selalu disertai nyeri.

b. Sakit kepala yang hebat

Hal ini disebabkan karena pengaruh dari hormone atau keletihan. Kecuali jika sakit kepala hebat, menetap dan tidak hilang oleh istirahat maka dapat dikatakan salah satu tanda dari preeklampsi.

c. Pengelihatan kabur

Dikarenakan adanya pengaruh hormonal dalam kehamilanya, ketajaman visual ibu dapat berubah.

b. Bengkak diwajah dan jari tangan

Bengkak bisa menunjukan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan yang tidak hilang setelah beristirahat dan disertai keluhan (fisik yang lain) hal ini bisa merupakan tanda anemia, gagal ginjal jantung atau preeklampsi.

c. Keluar cairan pervaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester III. Ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses

persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuba h dapat terjadi pada kehamilan preterm (sebelum 37 minggu) maupun pada kehamilan aterm. (ilmu kebidanan: 365 dalam indrayati, 2011: 279).

d. Gerakan janin tidak terasa

Ibu tidak merasakan gerakan janin setelah kehamian trimester 3. Normalnya ibu mulai merasakan gerakan janin selama bulan ke-5 atau ke-6. Paling sedikit bayi bergerak 3 kali dalam periode 3 jam dan selama 12 jam sebanyak 10 kali.

e. Nyeri abdomen yang hebat

Ibu mengeluh nyeri perut pada kehamilan TM 3. Nyeri abdomen terjadi pada saat proses persalinan adalah suatu hal yang normal. Namun abdomen yang terjadi sebelum periode persalinan dan menunjukkan adanya permasalahan yang mengancam keselamatan jiwa ibu yaitu nyeri yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat. (ilmu kebidanan: 365 dalam indrayati, 2011: 279).

f. Demam

Seperti demam tinggi disertai dengan tubuh menggigil, pusing dan rasa sakit pada seluruh tubuh yang dapat disebabkan oleh malaria.

g. Kehamilan lewat waktu

Kehamilan lewat waktu adalah kehamilan yang melewati 294 hari atau 42 minggu lengkap. (Jannah, 2012). Dan (Ilmu kebidanan : 365 dalam indrayani, 2011 : 279).

2.1.3 Perubahan Anatomi dan Adaptasi fisiologis trimester III

1. Kepala

Saat kehamilan pada kepala tidak ada perubahan, namun perlu di lakukan pemeriksaan mulai dari adanya benjolan abnormal, nyeri tekan, dan kebersihan pada rambut. (Ambarwati, 2011)

2. Muka

Biasanya pada ibu hamil akan mengalami terlihat atau munculnya cloasma gravidarum, pastikan pada muka tidak pucat dan tidak bengka. (Ambarwati, 2011)

3. Mata

Tidak ada perubahan pada mata namun harus diperhatikan pada konjungtiva, pada konjungtiva harus berwarna merah dan sklera harus berwarna putih.

4. Hidung

   Ibu hamil tidak ditemukan perubahan pada ibu, terkecuali ibu memang memiliki masalah pada hidung. (Ambarwati, 2011)

5. Mulut

   Ibu hamil juga tidak ada perubahan pada mulut, namun alangkah baiknya ibu hamil memiliki mukosa bibir yang lembab, itu menandakan ibu tidak pucat, tidak memiliki stomatitis, dan tidak ditemukan pembengkakan kelenjar tonsil. (Ambarwati, 2011)

6. Telinga

   Pada ibu hamil tidak ditemukan perubahan, namun harus dilakukan pemeriksaan apakah terdapat serumen, dan apakah pendengaran ibu baik atau tidak. (Ambarwati, 2011)

7. Leher

   Tidak ada perubahan pada ibu hamil, dipastikan bahwa tidak mengalami pembesaran pada kelenjar tyroid dan vena jugularis.

8. Dada

   Pada dada juga tidak ada perubahan yang dialami oleh ibu hamil, namun juga harus dilakukan pemerikasaan apakah terdapat suara *rochi* atau *weezheng*. (Ambarwati, 2011)

9. Payudara

   Pada payudara biasanya akan mengalami perubahan yaitu pembesaran mame, terjadi hyperpigmentasi pada areola, puting susu menonjol, biasanya pada trimester III jika dilakukan penekanan pada area mamae akan mengeluarkan kolostrum.

10. Abdomen

    Pada abdomen mengalami perubahan dimana usia bertambah maka semakin bertambah ukuran perut ibu, biasanya disertai munculnya striae gravida dan linea nigra. (Hani, 2011) adapun pemeriksaan lain pada abdomen yaitu pemeriksaan palpasi leoplod:

    1) Leopold I : Untuk mengetahui berapa tinggi fundus uteri.
    2) Leopold II : Untuk mengetahui bagian kanan / kira abdomen ibu.
    3) Leopold III : Untuk mengetahui bagian bawah perut ibu.
    4) Leopold IV : Untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk pintu atas panggul atau tidak, dan untuk megetahui seberapa jauh peneranan kepala bayi.

11. Genetalia

    Pada kehamilan trimester III genetalia akan mengalami perubahan dimana vulva terlihat agak membuka berwarna kemerahan.

12. Anus

    Pada anus tidak ada perubahan, namun harus dipastikan ibu tidak memiliki hemoroid. (Ambarwati, 2011)

13. Ekstrimitas

    Pada ekstremitas juga tidak ada perubahan, namun harus dilakukan pemeriksaan apakah timbul oedema pada ekstrimitas atau tidak, tidak sedikit ibu mengeluh pegal pada kaki di UK trimester III.

2.1.4 Perubahan psikologi kehamilan Trimester III

1. Merasa khawatir bayinya akan lahir sewaktu-waktu.
2. Merasa khawatir bayinya akan lahir abnormal.
3. Merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul.
4. Rasa tidak nyaman karena merasa aneh dan jelek.
5. Ibu akan bersedih karena berpisah dengan bayinya. (Hani, 2011).

2.1.5 Gangguan fisiologis pada kehamilan

1. Sering berkemih

   Keluhan berkemih diakibatkan tertekanya kandung kemih oleh uterus yang semakin membesar dan menyebabkan kapasitas kandung kemih berkembang serta frekuensi berkemih meningkat.

2. Nyeri punggung

   Seiring bertambahnya usia kehamilan dan perkembangan janin yang menyebabkan muatan di dalam uterus bertambah, menjadikan uterus membesar. Pembesaran ini akan memaksa ligament, otot–otot, serabut saraf dan punggung teregangkan. Sehingga beban tarikan tulang punggung kearah depan akan bertambah dan menyebabkan lordosis fisiologis.

3. Varises dan wasir

   Varises adalah pelebaran pada pembuluh darah balik vena sehingga kutup vena melemah dan menyebabkan hambatan pada aliran pembuluh darah balik dan bisa terjadi pada pembuluh balik superfisial. Wasir atau hemoroid sering didahului dengan konstipasi. Oleh karena itu penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid.

4. Sesak nafas

   Keluhan sesak nafas terjadi karena adanya perubahan pada volume paru yang terjadi akibat perubahan anatomi toraks selama kehamilan. Dengan semakin bertambahnya UK, pembesaran uterus semakin mempengaruhi keadaan diafragma, dimana diafragma terdorong ke atas sekitar 4cm disertai pergeseran ke tulang iga.

5. Bengkak dan kram pada kaki

   Bengkak adalah penumpukan atau retensi cairan pada daerah luar sel akibat berpindahnya cairan intraseluler ke ekstraseluler.

6. Gangguan tidur dan mudah Lelah

   Cepat Lelah pada kehamilan disebabkan oleh nocturia (sering berkemih pada malam hari). Terbangun dimalam hari dan mengganggu tidur yang nyenyak.

7. Nyeri perut bawah

   Secara normal, nyeri perut bawah disebabkan oleh muntah yang berlebihan dan konstipasi yang dialami ibu dalam kehamilanya.

8. Kontraksi Braxton Hicks

   Pada saat trimester akhir, kontraksi dapat sering terjadi setiap 10-20 menit dan sedikit banyak mungkin berirama. Pada akhir kehamilan, kontraksi-kontraksi ini dapat menyebabkan rasa tidak nyaman dan menjadi penyebab persalinan palsu. (Anneke, dll. 2008 dalam Husin, 2014 : 86)

2.1.6 Standar Asuhan Kehamilan

1. Jumlah Kunjungan

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

   a. Kunjungan I (16 minggu) dilakukan satu kali yang bertujuan untuk hal-hal berikut :
      1) Penapisan dan pengobatan anemia
      2) Perencanaan persalinan
      3) Pencegahan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatan
   b. Kunjungan ke II (24-28 minggu) dan kunjungan III (32 minggu) dilakukan untuk:
      1) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatan

2) Penapisan preeklamsia, gameli, infeksi alat reproduksi dan infeksi saluran perkemihan
3) Perencanaan persalinan

c. Kunjungan IV (36 minggu sampai dengan lahir), dilakukan untuk:
1) Sama seperti kunjungan II dan III
2) Mengenali adanya kelainan letak dan presentasi janin
3) Menyakan kebutuhan persiapan persalinan
4) Memantapkan rencana persalinan
5) Mengenali tanda-tanda persalinan (Dewi, 2014)

2. Pelayanan Standar

a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kg selama kehamilan atau kurang dari 1 kg setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukutan tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya CPD.

b) Tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (≥140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklamsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah dan atau proteinuria).

c) Nilai status gizi (LILA)

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

d) Ukur tinggi fundus uteri (TFU)

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan

umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Peningkatan tinggi fundus uteri 1-2 cm setiap minggu. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

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

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika, pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.

f) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid (TT) bila diperlukan

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskrining imunisasi T- nya. Pemberian imunisasi pada ibu hamil disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapat perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 (TT Long Life) tidak perlu diberikan imunisasi lagi.

g) Beri tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil mendapat tablet tambah darah (tablet besi) dan Asam Folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

h) Periksa laboratorium

Pemeriksaan lab yang dilakukan bumil adalah pemeriksaan lab rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan yaitu golongan darah, hemoglobin, rotein urine, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/epidemi (malaria, IMS, HIV, dll). Sementara pemeriksaan lab lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal. Penambahan siphilis dan hepatitis (Manuaba, 2012)

i) Tatalaksana / penanganan kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada bumil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan bidan. Kasus yang tidak bisa ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

j) Temu wicara (konseling)

Dilakukan pada setiap kunjungan antenatal meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup sehat, peran keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan, nifas, serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran melakukan tes HIV, IMD, dan pemberian ASI eksklusif, KB pasca persalinan, imunisasi, peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan. Hani, 2010).

3. Kartu Skor Poedji Rochjati

KSPR merupakan salah satu upaya dalam melakukan deteksi dini resiko tinggi ibu hamil oleh nakes, yang bertujuan mendeteksi secara awal kondisi atau status kehamilan ibu apakah masuk pada kelompok ibu tidak beresiko/beresiko. Nilai dan skor yang tertulis dalam model rujukan dapat mengklasifikasikan rujukan pada ibu hamil dengan resiko berdasarkan kelompok resiko. (Rulihari, dkk. Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia, Vol 2, No 1. 2014).

2.1.7 Konsep Dasar Inovasi pada Kehamilan

Masalah Nyeri Punggung

1) Prenatal Yoga

Penelitian yang berjudul Prenatal Yoga Untuk Mengurangi Nyeri Punggung Pada Ibu Hamil TM III ditulis oleh Dyah Ayu Wulandari, Euis Ahadiyah, Fitria Hikmatul Ulya pada tahun 2019 di Semarang.

Nyeri punggung bawah adalah ketidaknyamanan yang terjadi dibawah costa dan di atas bagian inferior glueteal. Nyeri punggung bawah adalah gangguan yang umum terjadi, dan ibu hamil mungkin saja memiliki riwayat “sakit punggung” dimasa lalu. Nyeri punggung bawah sering terjadi dalam kehamilan sehingga digambarkan sebagai salah satu gangguan minor dalam kehamilan, gejala nyeri biasanya terjadi antara 4-7 bulan usia kehamilan dan nyeri biasanya

terasa di punggung bagian bawah, terkadang menyebar ke bokong dan paha, dan terkadang turun ke kaki sebagai siatika. (Purwaningsih & Fatmawati, 2010)

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain penelitian eksperimen semu (quasy experiment) dan rancangan penelitiannya adalah pre-post test without control group. Sampel dalam penelitian ini adalah 18 ibu hamil dengan kriteria TM III (28-36 minggu), yang mengalami nyeri punggung dan tidak mengalami komplikasi dalam kehamilan. Data yang diambil pada penelitian ini adalah nyeri punggung pada ibu hamil TM III sebelum intervensi dan sesudah intervensi. Intervensi dilakukan dengan memberikan prenatal yoga 6x selama 30 menit dan nyeri punggung diukur menggunakan Numeric Rating Scale (NRS).

Penelitian Lina Fitriani (2018) tentang Efektivitas Senam Hamil Dan Yoga Hamil Terhadap Penurunan Nyeri Punggung Pada Ibu Hamil TM III didapat hasil senam hamil efektif dalam menurunkan nyeri punggung bawah pada ibu hamil TM III.

Senam prenatal yoga merupakan modifikasi dari senam yoga dasar yang disesuaikan gerakannya dengan kondisi ibu hamil. Yoga adalah suatu olah tubuh, pikiran dan mental yang sangat membantu ibu hamil dalam melenturkan persendian dan menenangkan pikiran terutama pada ibu hamil TM dan III. Gerakan dalam prenatal yoga dibuat dengan tempo yang lebih lambat menyesuaikan dengan kapasitas ruang gerak ibu hamil (Wagiyo & Putrono, 2016) Penelitian bertujuan mengetahui prenatal yoga terhadap nyeri punggung ibu hamil TM III.

2.2 Konsep Dasar Persalinan

2.2.1 Definisi Persalinan

Definisi persalinan menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan, berisiko rendah awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan. Bayi dilahirkan secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada UK 37-42 minggu lengkap.

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan

melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sulistyawati, 2010).

2.2.2 Sebab Mulainya Persalinan

a. Peregangan otot
   1) Otot rahim kemampuan meregang dalam batas tertentu.
   2) Setelah melewati batas tersebut, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

b. Penurunan progesteron
   1) Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat sehingga pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu.
   2) Produksi progesteron mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin.
   3) Akibatnya, otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

c. Oksitosin internal
   1) Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior.
   2) Perubahan keseimbangan estrogen progesteron mengubah sensitivitas otot rahim sehingga terjadi kontraksi *Braxton Hicks.*
   3) Menurunnya konsentrasi progesteton akibat tuanya UK oksitosin meningkatkan aktivitas sehingga persalinan dimulai.

d. Prostaglandin
   1) Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak UK 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua.
   2) Pemberian prostaglandin saat hamilmenimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan.
   3) Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan.

2.2.3 Tahapan persalinan

Menurut Prawirohardjo tahapan persalinan dibagi menjadi 4 yaitu :

a. Kala I

   Dimulai sejak adanya his yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) yang menyebabkan pembukaan, sampai serviks membuka lengkap (10 cm). Kala 1 terdiri dari dua fase yaitu :

1) Fase laten

   Berlangsung 8 jam, pembukaan sangat lambat diameter 3 cm

2) Fase aktif, dibagi menjadi 3 fase yaitu :

   a) Fase akselerasi

      Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm

   b) Fase dilatasi maksimal

      Dalam waktu 2 jam pembukaan serviks berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm

   c) Fase deselerasi

      Pembukaan serviks menjadi lambat dalam waktu 2 jam dari pembukaan 9 cm menjadi 10 cm. Pada primipara, berlangsung selama 12 jam dan pada multipara sekitar 8 jam. Kecepatan pembukaan serviks 1cm/jam (primi) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multi)

b. Kala II

His menjadi lebih kuat dan cepat kira-kira 2-3 menit. Karena dalam hal ini kepala janin sudah masuk di ruang panggul. Maka pada his dirasakan tekanan pada otot dasar panggul, menimbulkan rasa mengejan. Kemudian perineum mulai menonjol dan lebar dengan anus membuka. Labio mulai membuka tidak lama kepala janin tampak pada vulva pada waktu his. Setelah istirahat, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan dan anggota bayi. Pada primigravida berlangsung rata-rata 1,5 jam, multipara rata-rata 0,5 jam.

c. Kala III

Persalinan kala III dimulai segera setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta serta selaput ketuban yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, biasanya plasenta lepas 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan dari fundus uteri. Tanda-tanda pelepasan plasenta ialah :

1) Uterus menjadi bundar
2) Perdarahan terutama perdarahan yang agak banyak
3) Memanjang bagian tali pusat yang lahir

d. Kala IV

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Masalah atau komplikasi yang dapat muncul pada kala

IV adalah perdarahan. Karena itu harus dilakukan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan. (Nurasiah, 2014)

1) 2-3 lingkup asuhan dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
2) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
3) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.

2.2.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Manuaba, 2010 faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan:

1. Power

   Kekuatan dan refleks meneran, faktor lain yang berpengaruh :

   1) Otot rahim di daerah fundus uteri dan semakin berkurang ke arah serviks diikuti dengan meningkatnya jaringan ikat, otot rahim terdiri dari lapisan luar, dalam dan tengah.
   2) Ligamentum rotundum (Ligamentum uteri)

      Merupakan jaringan otot yang mengalami hipertropi dan hiperflasi. Fungsinya adalah untuk menahan uterus agar tetap berada dalam posisi antefleksi.
   3) Refleks Mengejan

      Timbul akibat perangsangan fleksus frakenhouser, sehingga terjadi kontraksi pada diafragma, pelvis yang berguna untuk mempercepat pembukaan serviks dan melebarkan bagian bawah vagina pada saat mengejan anus tampak terbuka.

2. Passage

   Jalan lahir yang paling penting dalam menentukan proses persalinan adalah pelvis minor, yang terdiri dari susunan tulang yang kokoh dihubungkan oleh persendian dan jaringan ikat yang kuat. Pelvis minor (panggul kecil) ini terdiri atas:

   1) Pintu atas panggul

      Dibentuk oleh promontorium, sayap sakrum, linea inominata, ramus superior os pubis dan sympisis pubis.
   2) Bidang terluas panggul

      Bidang terluas dalam ruangan panggul kecil, membentang dari pertengahan sympisis, asetabulum dan pertemuan sakral II III, ukuran depan belakang 12,75 cm ukuran melintang12,5 cm.
   3) Bidang sempit panggul

Bidang ini membentang melalui tepi bawah sympisis menuju ke spina isciadika dan memotong ujung atas sacrum.

4) Pintu bawah panggul

Terdiri dari dua segitiga dengan dasar garis pembatas tuber isciadikum dengan jarak 10,5 cm. Tinggi segitiga belakang 7,5 cm. Segitiga depan dibatasi oleh askus pubis ukuran depan belakang pintu bawah panggul 11,5 cm.

Untuk menilai penurunan bagian terendah janin, ditentukan dengan bidang Hodge, yaitu :

Tabel 2.1 Bidang Hodge

Hodge I	Sejajar dengan pintu atas panggul (PAP)
Hodge II	Sejajar dengan Hodge I, melalui tepi bawah sympisis
Hodge III	Sejajar dengan Hodge II, melalui spina isciadika
Hodge IV	Sejajar dengan Hodge III, melalui ujung os koksigeus

Sumber : Nurasiah, 2011

3. Passanger

Passanger dalam persalinan adalah janin, plasenta dan air ketuban. Janin merupakan passanger utama, dan bagian janin yang paling penting adalah kepala, karena kepala janin mempunyai ukuran yang paling besar, dan sangat menentukan dalam proses kelahiran, ukuran kepala yang lebih besar dari jalan lahir mampu menyebabkan komplikasi baik ibu maupun janin.

4. Psikologis

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.

5. Penolong

Kompetensi yang dimiliki penolong mempunyai peranan penting dalam proses persalinan, selain itu penolong mempunyai untuk mencegah kematian maternal dan neonatal. (Nurasiah, dkk. 2011)

2.2.5 Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan yang bertujuan untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan serta mendeteksi apakah proses persalinan berjalan normal. Pencatatan partograf dimulai dari fase aktif ketika pembukaan serviks 4 cm (WHO, 2000 dalam Prawirohardjo, 2011).

2.2.6 Asuhan Persalinan Normal

Tujuan asuhan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan.

LANGKAH ASUHAN PERSALIAN NORMAL (APN)

I. MELIHAT TANDA DAN GEJALA KALA DUA

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

II. MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN

2. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap. Mematahkan ampul oksi 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, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5. Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).

III. MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DENGAN JANIN BAIK

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air DTT. Jika mulut vagina, perineum

atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi, langkah # 9).

8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.
10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180x/menit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. Dokumentasi hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

IV. MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES PIMPINAN MENERAN.

11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu dalam posisi nyaman sesuai keinginannya. Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan dokumentasi temuan. Menjelaskan kepada keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu utuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
13. Melakukan pimpinan meneran saat Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran :

- Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinganan untuk meneran
- Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
- Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).
- Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
- Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
- Menganjurkan asupan cairan per oral.
- Menilai DJJ setiap lima menit.
- Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu (2 jam) meneran untuk ibu primipara (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera.

Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran

- Menganjurkan ibu berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, menganjurkan untuk mulai meneran pada puncak kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
- Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setalah 60m meneran, merujuk ibu dengan segera.

V. PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI.

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 bersih lipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
16. Membuka partus set.
17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

VI. MENOLONG KELAHIRAN BAYI

18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut tidak menghambat pada kepala bayi, biarkan kepala keluar perlahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.

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

19. Menyeka lembut muka, mulut, hidung dengan kain bersih.
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi :
    - Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
    - Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklemnya di dua tempat dan memotongnya.
21. Menunggu kepala bayi putaran paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian 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 tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian 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 menyangganya saat panggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi, hati-hati membantu kelahiran kaki.

VII. PENANGANAN BAYI BARU LAHIR

25. Menilai bayi dengan cepat, letakkan bayi di atas perut ibu posisi kepala sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila talpus terlalu pendek, letakkan bayi di tempat yang memungkinkan).

26. Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.
27. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm.
28. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
29. Mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, mengambil tindakan yang sesuai.
30. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI.

VIII. PENANGANAN BAYI BARU LAHIR

31. Meletakkan kain bersih kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
32. Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
33. Dalam waktu 2 m setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
34. Memindahkan klem pada tali pusat.
35. Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
36. Menunggu uterus berkontraksi lakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan talpus dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.
    - Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

37. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah kemudian ke arah atas, mengikuti jalan lahir sambil meneruskan ke arah pada uterus.
    - Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva.
    - Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan talpus selama 15 menit :
        - Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
        - Menilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
        - Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
        - Mengulangi penegangan talpus 15 menit berikutnya.
        - Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit.
38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban 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. Menggunakan jari-jari tangan/handscoon steril untuk melepaskan bagian selapuk yang tertinggal.
39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

IX. MENILAI PERDARAHAN

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

X. MELAKUKAN PROSEDUR PASCA PERSALINAN

42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik. Mengevaluasi perdarahan persalinan vagina.
43. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
44. Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikatkan tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
45. Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
46. Melepaskan klem bedah dan letakkan ke larutan klorin 0,5%.
47. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
48. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.

XI. EVALUASI

49. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam :
    - 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
    - Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
    - Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
    - Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melaksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.

    Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan dengan anestesia lokal gunakan teknik yang sesuai.
50. Mengajarkan pada ibu bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
51. Mengevaluasi kehilangan darah.
52. Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
    - Memeriksa temperatur tubuh setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.
    - Melakukan tindakan sesuai untuk temuan tidak normal.

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

2.3 Konsep Dasar Masa Nifas

2.3.1 Definisi Masa Nifas

Puerperium adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari

Masa nifas merupakan masa pulih kembali yang dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil berlangsung 6 minggu (Haryani, 2016).

2.3.2 Tahapan Masa Nifas

Beberapa tahapan masa nifas adalah sebagai berikut :

a. Puerperium Dini (*Immediate Puerperium*)
   Dimana ibu diperbolehkan untuk duduk, berdiri dan berjalan-jalan, dengan waktu 0-24 jam setelah persalinan.
b. Puerperium Intermediate (*Early Puerperium*)
   Pemulihan dari organ-organ reproduksi yang lamanya 6-8 minggu.
c. Puerperium Remote (Later Puerperium)
   Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna. (Nurjanah, dkk, 2013).

2.3.3 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a. Kepala. Saat kehamilan pada kepala tidak ada perubahan, namun perlu di lakukan pemeriksaan mulai dari adanya benjolan abnormal, nyeri tekan, dan kebersihan pada rambut.
b. Muka. Biasanya pada ibu hamil akan terlihat cloasma gravidarum, pastikan pada muka tidak pucat dan bengkak. (Ambarwati, 2011)
c. Mata. Tidak ada perubahan pada mata namun harus diperhatikan pada konjungtiva harus berwarna merah muda dan sclera putih.
d. Hidung Ibu hamil tidak ditemukan perubahan pada ibu, terkecuali ibu memang memiliki masalah pada hidung. (Ambarwati, 2011)
e. Mulut. Ibu hamil juga tidak ada perubahan pada mulut, namun alangkah baiknya ibu hamil memiliki mukosa bibir yang lembab, itu menandakan ibu tidak pucat, tidak memiliki stomatitis, dan tidak ditemukan pembengkakan kelenjar tonsil. (Ambarwati, 2011)
f. Telinga. Pada ibu hamil tidak ditemukan perubahan, namun harus dilakukan pemeriksaan apakah terdapat serumen, dan apakah pendengaran ibu baik atau tidak. (Ambarwati, 2011)
g. Leher. Tidak ada perubahan pada ibu hamil, harus dipastikan bahwa ibu hamil tidak mengalami pembesaran pada kelenjar tyroid dan vena jugularis. (Ambarwati, 2011)
h. Dada. Pada dada juga tidak ada perubahan yang dialami oleh ibu hamil, namun juga harus dilakukan pemeriksaan suara *ronchi/ weezheng.* (Haryani, 2012)
i. Payudara. Pada payudara mengalami perubahan hyperpigmentasi pada areola, puting susu menonjol, ASI sudah keluar.
j. Abdomen. Pada abdomen akan mengalami perubahan dimana pada uterus akan mengecil atau mengalami involusi uteri.

Tabel 2.2 Perubahan Involusi Uterus Pada Ibu Nifas

Waktu involusi	**Tinggi Fundus Uteri**	**Berat Uterus**
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Plasenta lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat-simfisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber : Aiyeyeh, 2011

k. Genetalia

Genetalia akan mengalami perubahan dimana ibu akan mengeluarkan lochea hingga kurang lebih 40 hari.

Tabel 2.3 Macam-macam Lochea

Lochea	Waktu	Warna	Ciri – ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa meconium dan sisa darah.
Sanguilenta	3-7 hari	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lender
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	>14 hari	Putih	Mengandung leokosit, selaput lender serviks dan serabut jaringan mati
Purulenta			Terjadi infeksi keluar cairan seperti nanah
Lochiastasis			Lochea tidak lancar keluarnya

Sumber : Anggraini, 2010

l. Anus

Tidak ada perubahan, namun pastikan tidak memiliki hemoroid.

m. Ekstremitas

Pada ekstremitas juga tidak ada perubahan, namun harus dilakukan pemeriksaan apakah timbul oedema pada ekstremitas atau tidak, tidak sedikit ibu mengeluh pegal pada kaki di UK TM III.

2.3.4 Perubahan Psikologis Masa Nifas

Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan melalui fase:

a. *Taking In* (1-2 postpartum)

Wanita menjadi pasif dan sangat tergantung

b. *Taking Hold* (2-4 postpartum)

Ibu khawatir akan kemampuannya untuk merawat bayinya

c. Letting Go

Pada umumnya ibu sudah mengambil tanggung jawab untuk merawat bayinya. (Marmi, 2012).

2.3.5 Kebutuhan Dasar Masa Nifas

a. Nutrisi

Kebutuhan nutrisi ibu nifas meningkat 25% saat menyusui. Sehingga ibu nifas memerlukan makanan bergizi dan seimbang.

b. Ambulasi

Ambulasi dini adalah beberapa jam setelah melahirkan segera bangun dari tempat tidur dan bergerak agar lebih kuat dan lebih baik. Adapun keuntungan dari ambulasi dini, antara lain :

1) Penderita merasa lebih sehat dan lebih kuat

2) Faal usus dan kandung kemih menjadi lebih baik
3) Memungkinkan bidan untuk membrikan bimbingan kepada ibu mengenangi cara merawat bayinya

c. Eliminasi

Pengeluaran air seni akan meningkat 24-48 jam pertama sampai sekitar hari ke-5 setelah melahirkan. Hal ini terjadi karena volume darah meningkat.

d. Personal hygiene

Menjaga kebersihan diri secara keseluruhan untuk menghindari infeksi, baik pada luka jahitan maupun kulit, yakni dengan cara sering mengganti pembalut, mandi, dll.

e. Istirahat

Delapan jam setelah persalinan, ibu harus tidur terlentang untuk mencegah perdarahan. Setelah itu ibu boleh miring kanan atau kiri untuk mencegah trombosis. Ibu dianjurkan untuk rileks dan istirahat yang cukup.

f. Seksual

Secara fisik, aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri.

g. Rencana *KB*

Pemilihan kontrasepsi harus sudah dipertimbangkan pada masa nifas. Apabila hendak memakai kontrasepsi yang mengandung hormon, harus menggunakan obat yang tidak mengganggu produksi ASI. (Anggarini, 2010).

2.3.6 Masalah Atau Tanda Bahaya Masa Nifas

a. Perdarahan pervaginam yang luar biasa melebihi 500 ml atau tiba tiba bertambah banyak ganti pembalut setiap setengah jam.
b. Pengeluaran pervaginam yang baunya busuk
c. Rasa sakit di bagian bawah abdomen dan punggung
d. Sakit kepala terus menerus, nyeri uluh hati, pandangan kabur
e. Demam, muntah, rasa sakit saat BAK/merasa tidak enak badan
f. Payudara berubah menjadi bengkak, merah, panas dan sakit
g. Kehilangan nafsu makan dalam waktu lama. (Heryani, 2012).

2.3.7 Kunjungan Masa Nifas

Pemerintah melalui Departemen Kesehatan telah memberikan kebijakan yaitu sesuai dengan dasar kesehatan ibu nifas yakni paling sedikit 4x kunjungan, diantaranya :

a. Kunjungan Pertama (6-8 jam postpartum)
   1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
   2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan rujuk jika perdarahan berlanjut
   3) Memberi konseling cara mencegah perdarahan atonia uteri
   4) Pemberian ASI awal 1 jam setelah IMD berhasil
   5) Melakukan hubungan ibu dan BBL
   6) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.
b. Kunjungan Kedua (6 hari postpartum)
   1) Memastikan involusio berjalan normal, berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak perdarahan abnormal, tidak bau.
   2) Menilai adanya tanda demam, infeksi/perdarahan abnormal
   3) Memastikan mendapatkan cukup makanan cairan dan istirahat
   4) Memastikan menyusui dengan baik.
   5) Memberikan konseling mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
c. Kunjungan Ketiga (2 minggu postpartum)
   1) Memastikan involusio uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
   2) Menilai adanya tanda demam infeksi/ perdarahan abnormal
   3) Memastikan mendapatkan cukup makanan cairan istirahat
   4) Memastikan menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
   5) Memberikan konseling mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
d. Kunjungan Keempat (6 minggu postpartum)
   1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit yang ibu/ bayi alami
   2) Memberikan konseling untuk menggunakan KB secara mandiri

2.3.8 Konsep Dasar Inovasi pada Masa Nifas

Konsep Inovasi dengan Masalah ASI Kurang

1) Serbuk Katuk

Penelitian yang berjudul Efektivitas Ekstraksi Alkaloid dan Sterol Daun Katuk (Sauropus androgynus) terhadap Produksi ASI yang ditulis oleh Soraya Rahmanisa pada tahun 2016.

Beberapa ramuan tradisional bisa membantu memperlancar keluarnya ASI. Agar dapat memproduksi ASI dibutuhkan kalori sebesar 600 kal/hari. Karena itu, ibu yang sedang menyusui harus makan lebih banyak daripada biasanya dan lebih bergizi, kalori sebesar 550 kal/hari dan protein 17 gram per hari dengan jumlah vitamin A, thiamin, dan riboflavin cukup tinggi. Untuk itu, perlu makanan seimbang dengan prinsip yang sama dengan makanan ibu hamil, tetapi jumlahnya lebih banyak dan gizi lebih baik. Jika produksi ASI kurang makanan yang dianjurkan untuk dikonsumsi seperti daun katuk. Ibu menyusui sejak hari kedua setelah melahirkan diberikan ekstrak daun katuk dengan dosis 3x300 mg/hari selama 15 hari, produksi ASI meningkat 50,7%.

Menurut Djuniati Kustifah, menunjukkan bahwa daun katuk secara per oral dapat meningkatkan kuantitas produksi air susu ibu karena alkolid dan sterol dari daun katuk yang dapat meningkatkan produksi ASI. Daun katuk telah dikenal dalam pengobatan tradisional di Asia Selatan dan Asia Tenggara sebagai obat penambah ASI. Daun katuk selain baik untuk kesehatan juga mengandung beta karoten yang cukup tinggi sehingga dapat Tara Aulianova dan Soraya Rahmanisa Efektivitas Ekstraksi Alkaloid dan Sterol Daun Katuk terhadap Produksi ASI membantu kesehatan mata dan kulit. Kandung mineralnya cukup banyak terutama zat besi untuk membantu produksi sel darah merah. Salah satu manfaat daun katuk adalah untuk melancarkan produksi ASI, karena mengandung senyawa seskuiterna. Selain melancarkan ASI, daun katuk juga punya beberapa manfaat, antara lain frambusia, sambelit, dan sebagai pewarna alami. Kandungan alkaloid dan sterol dari daun katuk meningkatkan produksi ASI menjadi lebih banyak karena metabolisme glukosa untuk sintesis laktosa sehingga produksi ASI meningkat.

Salah satu penanganan untuk meningkatkan produksi ASI adalah dengan Ekstrak Daun Katuk. Ekstrak daun katuk yang

akan diberikan kepada ibu nifas adalah dalam bentuk rebusan daun katuk. Rebusan daun katuk diambil 300 gram kemudian direbus dengan air 1,5 l dan diberikan kepada ibu 3 kali dalam sehari dengan dosis 150cc. Hasil penelitian dari Sa'roni (2004) dalam judul Efektivennes Of The Sauropus Androgynus (L) Merr Leaf Extraction Incresing Mother's Beast Milk Production pemberian ekstrak daun katuk pada kelompok ibu melahirkan dan menyusui bayinya dengan dosis 3x300 mg/hari selama 15 hari mulai hari ke dua dapat meningkatkan produksi ASI 50,7% lebih banyak dibandingkan dengan ibu yang tidak diberikan ekstra daun katuk. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh konsumsi air rebusan daun katuk terhadap pengeluaran produksi ASI pada ibu nifas di BPM Manurung Kota Medan tahun 2018.

2.4 Konsep Dasar Neonatus

2.4.1 Definisi Neonatus

Neonatus adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin. Beralih dari ketergantungan mutlak pada ibu menuju kemandirian yang fisiologis (Aiyeyeh Rukiyah, 2010).

Neonatus dengan berat badan 2500 gram sampai dengan 4000 gram dengan masa kehamilan 37-42 minggu. Neonatus dengan usia 0-7 hari disebut neonatal dini, sedangkan 0 – 28 hari disebut neonatal lanjut. (Vivian, 2011)

2.4.2 Ciri-ciri Neonatus

a. Lahir aterm antara 37-42 minggu
b. Berat badan 2500-4000 gram.
c. Panjang badan 48-52 cm
d. Lingkar dada 30-38 cm.
e. Lingkar kepala 33-35 cm
f. Lingkar lengan 11-12 cm
g. Frekuensi jantung 120-160x/menit.
h. Pernafasan 40-60x/menit
i. Kulit kemerahan dan licin karena jaringan subcutan yang cukup
j. Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala telah sempurna
k. Kuku agak panjang dan lemas

l. Nilai APGAR > 7
m. Gerakan aktif
n. Bayi lahir langsung menangis kuat
o. Refleks rooting, Refleks sucking, Refleks grasping sudah terbentuk dengan baik.
p. Genetalia
   Perempuan labia mayor sudah menutupi labia minor. Laki-laki testis sudah turun dalam skrotum
q. Eliminasi baik, ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan. (Saputra, 2014).

2.4.3 Adaptasi Neonatus

Adaptasi bayi baru lahir terhadap kehidupan diluar uterus menurut (Vivian, 2010:11) antara lain :

a. Pernapasan. Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan alveoli, selain karena adanya surfaktan, juga karena adanya tarikan nafas dan pengeluaran napas dengan merintih sehingga udara bisa tertahan di dalam.
b. Peredaran darah. Tekanan darah pada waktu lahir di pengaruhi oleh jumlah darah yang melalui transfuse plasenta yang pada jam-jam pertama sedikit menurun, untuk kemudian naik lagi dan menjadi konstan kira-kira 85/40 mmHg.
c. Suhu tubuh
   Terdapat empat mekanisme kemungkinan hilangnya panas tubuh dari bayi baru lahir kelingkunganya yaitu:
   1) Konduksi: Pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lainmelalui kontak langsung misal, menimbang bayi tanpa alas timbangan, tangan penolong memegang bayi baru lahir, menggunakan stetoskop dingin untuk pemeriksaan BBL,
   2) Konveksi : Panas hilang dari bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak misal, membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir dekat jendela.
   3) Radiasi: Pemindahan panas antar dua objek yang mempunyai suhu berbeda misal, bayi baru lahir di biarkan dalam ruangan dengan *Air onditioner,* BBL dibiarkan keadaan telanjang.

4) Evaporasi : Perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadu uap. Evaporasi di pengaruhi oleh jumlah panas yang di pakai tingkat kelembaban udara.

2.4.4 Apgar Score

Tabel 2.4 APGAR SCORE

Tanda	0	1	2
Appearance	Pucat/biru keseluruhan	Tubuh merah, ekstermitas biru	Merah seluruh tubuh
Pulse	Tidak ada	<100	>100
Grimace	Tidak ada	Ekstermitas fleksi	Gerakan aktif
Activity	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung nangis
Respiration	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber : Dewi,2010.

Interpretasi :

Nilai 1-3 : asfiksia berat

Nilai 4-6 : asfiksia sedang

Nilai 7-10 : asfiksia ringan (Normal)

2.4.5 Ballard Score

Penilaian menurut Ballard adalah dengan menggabungkan hasil penilaian maturitas neuromuskuler dan maturitas fisik. Kriteria pemeriksaan maturitas neuromuskuler diberi skor, demikian pula kriteria pemeriksaan maturitas fisik. Jumlah skor pemeriksaan maturitas neuromuskuler dan maturitas fisik digabungkan, kemudian dengan menggunakan tabel nilai kematangan dicari masa gestasinya.

2.4.6 Perubahan Psikologis Neonatus

a. *Bonding Attachment*

Suatu ikatan yang terjadi diantara orang tua dan bayi baru lahir yang meliputi pemberian kasih sayang dan pencurian perhatian.

b. Tahapan *Bonding Attachment*

1) Perkenalan (*acquintance*), dengan melakukan kontak mata, menyentuh, berbicara, dan lain-lain
2) *Bounding* (keterikatan)
3) *Attachment,* perasaan sayang yang mengikat individu dengan individu lain. (Muslihatun, 2010)

c. Elemennya

Meliputi: sentuhan, kontak mata, suara, aroma, entrainment, bioritme, kontak dini. (Muslihatun, 2010)

d. Keuntungan

Bayi merasa dicintai, diperhatikan, percaya diri, merasa aman, menimbulkan sifat sosial, serta mampu mengeksplorasi lingkungan barunya. (Saputra, 2014)

e. Hambatan

Kurangnya sistem pendukung, ibu dengan resiko (ibu sakit), bayi dengan resiko (bayi prematur, bayi sakit, bayi cacat fisik), kehadiran bayi yang tidak diinginkan. (Saputra, 2014)

2.4.7 Kebutuhan Dasar Neonatus

Kebutuhan dasar neonatus menurut Dewi (2011), antara lain :

a. Nutrisi

Pemberian nutrisi yang benar sangat penting khususnya dalam usia bulan pertama. Neonatus membutuhkan cairan yang memadai karena laju metaboliknya yang tinggi, asupan cairan juga sangat penting karena luas permukaan tubuh neonatus meningkatkan kehilangan cairan lewat evaporasi. BB bayi dapat turun diminggu-minggu pertama karena tubuh bayi banyak mengandung air sehingga akan dikeluarkan melalui urine setelah lahir. Pemberian nutrisi seperti ASI sumber makanan yang ideal selama 12 bulan pertama. Karena keuntungannya yaitu :

a. Memberikan keuntungan ekonomis
b. Mudah disediakan
c. Meningkatkan perkembangan otak, rahang dan gigi
d. Membantu involusi uterus
e. Mengurangi resiko infeksi

b. Perawatan mandi

Memandikan neonatus setelah tanda vital stabil. Normalnya memandikan bayi 6 jam setelah persalinan.

c. Pertahanan suhu tubuh

Mempertahankan suhu tubuh normal dengan memastikan bahwa penghangat disetel pada suhu yang dikehendaki, menyelimuti bayi serta memberi penutup kepala.

d. Perawatan tali pusat

Perawatan tali pusat bertujuan untuk merawat tali pusat pada neonatus agar tetap kering dan mencegah terjadinya infeksi. Tali pusat umumnya terlepas sekitar 7-14 hari.

e. Imunisasi

Imunisasi merupakan bentuk intervensi kesehatan yang efektif dalam menurunkan angka kematian bayi dan balita. Dengan imunisasi berbagai penyakit seperti TBC, Difteri, Pertusis, Tetanus, Hepatitis, Poliomyelitis dan Campak dapat dicegah (Dewi, 2011). Berikut adalah 5 jenis imunisasi dasar :

Tabel 2.5 Jadwal Imunisasi dan Penyakit yang dapat dicegah

Umur	Jenis Imunisasi	Penyakit yang bisa dicegah
0 bulan	HB O	Hepatitis B (kerusakan hati)
1 Bulan	BCG	TBC (sakit paru-paru)
	Polio 1	Polio (lumpuh payuh pada tungkai dan tangan)
2 Bulan	DPT/HB 1	Difteri, Batuk Rejan, Tetanus
	Polio 2	Polio (lumpuh payuh pada tungkai dan tangan)
3 Bulan	DPT/HB 2	Difteri, Batuk Rejan, Tetanus
	Polio 3	Polio (lumpuh payuh pada tungkai dan tangan)
4 Bulan	DPT/HB 3	Difteri, Batuk Rejan, Tetanus
	Polio 4	Polio (lumpuh payuh pada tungkai dan tangan
9 Bulan	Campak	Campak (radang paru, radang otak, dan kebutaan)

Sumber: Dewi, 2010.

2.4.8 Kunjungan Neonatus

Menurut Nurasiah (2012), kunjungan neonatus dilakukan pada :

a. Kunjungan I (dalam 24 jam setelah persalinan)
   a. Menjaga agar bayi tetap hangat dan kering
   b. Menilai penampilan bayi secara umum yaitu bagaimana penampakan bayi secara keseluruhan dan bagaimana bayi bersuara yang dapat menggambarkan keadaan kesehatannya
   c. Tanda-tanda pernapasan, denyut jantung dan suhu badan penting untuk diawasi selama 6 jam pertama
   d. Memeriksa adanya cairan atau bau busuk pada tali pusat, menjaga tali pusat agar tetap bersih dan kering
   e. Pemberian ASI awal
b. Kunjungan II (Pada umur 1-3 hari setelah persalinan)
   1) Menanyakan pada ibu mengenai keadaan bayi
   2) Jaga kehangan bayi
   3) Pemberian ASI
   4) Memeriksa apakah bayi terlihat kuning (*ikterus*)
   5) Memeriksa apakah ada nanah pada pusat bayi dan bau.
c. Kunjungan III (Pada umur 4-7 hari setelah persalinan)

1) Tali pusat biasanya sudah lepas 2 minggu pasca bersalin
2) Memastikan apakah bayi mendapatkan ASI yang cukup
3) Jaga kehangan bayi

d. Kunjungan IV (Pada umur 8-28 hari setelah kelahiran)
1) Memastikan laktasi berjalan baik dan BB bayi meningkat
2) Melihat hubungan antara ibu dan bayi
3) Menganjurkan membawa bayinya ke posyandu

2.4.9 Adaptasi Psikologis Neonatus

1. Periode pertama reaktifitas

   Periode ini memungkinkan orang tua untuk berinteraksi dengan bayi mereka dan menikmati kontak dengan bayi baru mereka. Reflek menghisap yang kuat pada periode ini menyediakan kesempatan terbaik untuk inisiasi menyusu. Selain itu, periode ini mata bayi terbuka lebih lama dari hari-hari berikutnya sehingga merupakan waktu yang tepat untuk memulai proses perlekatan (kulit dengan kulit) karena bayi dapat mepertahankan kontak mata dengan dalam waktu yang lama.

2. Fase tidur

   Fase tidur dimulai dari 30-120 menit awal setelah bayi dilahirkan dan berlangsung selama 2-4 jam. Selama fase ini sangat sulit berinteraksi dengan bayi dan bayi tidak tertarik untuk menyusu. Waktu tenang dapat digunakan ibu beristiahat setelah persalinan.

3. Periode kedua reaktifitas

   Periode kedua reaktifitas berlangsung sejak bayi terbangun dan menunjukkan ketertarikan terhadap rangsangan dan lingkungan berlangsung selama 2-8 jam pada BBL normal. (Lyndon, 2014).

2.5 Konsep Keluaga Berencana

2.5.1 Definisi KB

Keluarga berencana adalah suatu usaha untuk merencanakan kehamilan dalam rangka menuju keluarga kecil bahagia dan sejahtera. (manuaba, 2012 : 591).

Program Keluarga Berencana menurut UU No. 10 tahun 1992 (tentang perkembangan penduduk pembangunan keluarga sejahtera) adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat

melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Anggarini dan Martini, 2012).

2.5.2 Tujuan KB

Tujuan menggunakan kontrasepsi adalah untuk menjarangkan kelahiran, mengendalikan jumlah anak, dan untuk kesehatan reproduksi wanita. Serta mencapai keluarga yang sejahtera.

Menurut Imbarwati (2009) kebijakan keluarga berencana (KB) bertujuan untuk mengendalikan pertumbuhan penduduk melalui usaha penurunan tingkat kelahiran. Kebijakan KB ini bersama-sama dengan usaha pembangunan yang lain selanjutnya akan meningkatkan kesejahteraan keluarga.

2.5.3 Sasaran KB

Sasaran program KB dibagi menjadi 2 yaitu sasaran langsung. Sasarannya adalah pasangan usia subur (PUS) dan sasaran tidak langsung adalah pelaksana dan pengelola KB dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu untuk mencapai keluarga yang berkualitas dan sejahtera. (Handayani, 2010)

2.5.4 Macam-macam Alat Kontrasepsi

a. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

1) Pengertian

MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan. (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. 2013). MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila : Menyusui penuh lebih efektif bila pemberian ≥8x/hari, belum haid, umur bayi >6 bulan

2) Cara kerja : Penundaan/penekanan ovulasi.

3) Keuntungan dan kerugian

Tabel 2.6 Keuntungan dan Kerugian KB MAL

Kerugian	Keuntungan
1. Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyususi dalam 30 menit pasca persalinan 2. Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial 3. Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau	1. Efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan) 2. Segera efektif, tidak mengganggu senggama 3. Tidak perlu pengawasan medi, tidak perlu obat atau

sampai dengan 6 bulan 4. Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B dan HIV	alat, tanpa biaya.

Sumber : Saifuddin, 2010

b. Mini pil (Pil Progestin)

1) Jenis

Kemasan isi 35 pil: 300 lg lenovogestrel atau 350 lg, Kemasan isi 28 pil : 75 lg norgestrel.

2) Keuntungan

a) Tidak mengganggu hubungan seksual
b) Tidak mempengaruhi ASI
c) Kesuburan cepat kembali
d) Nyaman dan mudah digunakan

3) Keterbatasan

a) Peningkatan atau penurunan BB
b) Harus digunakan setiap hari
c) Tidak melindungi dari IMS
d) Payudara tegang, mual, pusing, dermatitis (jerawat)
e) Bila lupa 1 pil saja kegagalan menjadi lebih besar

4) Waktu kunjungan saat KB mini pil habis, maka ibu di haruskan melakukan kunjungan untuk mendapatkan KB mini pil baru.

c. Suntikan Progestin

1) Definisi : Suntikan yang berisi hormon progesterone.
2) Jenis : Depo medroksi progesterone asetat, mengandung 150 mg DMP yang diberikan tiap 3 bulan secara IM, Depo norestisteron enantat yang mengandung 200 mg noretindron enatat, di berikan tiap 2 bulan IM.
3) Indikasi : Usia Reproduktif, setelah melahirkan dan ibu menyusui, TD <180/110 mmHg, anemia, nulipara.
4) Kontraindikasi : Hamil atau diduga hamil, perdarahan pervaginam, kanker payudara, DM dengan komplikasi.
5) Waktu menggunakan. Setiap saat selama siklus haid, mulai hari 1-7 siklus haid, selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh berhubungan.

d. Implant

1) Definisi

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

2) Jenis

Norplant 6 batang silastik, panjang 3,4 cm diameter 2,4 mm 36 mg lenovogestrel 5 tahun, dan implanon 1 batang, isi 36 mg ketoagestrel 5 tahun, serta jadena indoplan 2 Lenovogestrel, lama kerja 3 tahun.

3) Kontraindikasi

Hamil, perdarahan pervag, kanker payudara, mioma uterus.

4) Indikasi

Usia reproduktif, pasca abortus, pasca persalinan, menyusui dan membutuhkan kontrasepsi, sering lupa menggunakan pil.

5) 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 implant dapat segera diinsersikan.

6) Waktu kunjungan

a) 3 hari setelah pemasangan.

b) Saat akan melakukan pelepasan atau pemasangan ulang.

e. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

1) Pengertian

AKDR adalah suatu alat yang dimasukkan ke dalam rahim berjangka panjang, dipakai oleh wanita usia reproduktif.

2) Jenis

Bentuk terbuka (oven device) misalnya Lippesloop, CUT, Cu-7, Marguiles, spring coil, Multiload, Nova-T, Bentuk tertutup (closed device) misalnya Ota-ring, Atigon, dan Graten Berg Ring, 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 (Saifuddin,2010).

3) Indikasi dan Kontraindikasi

Tabel 2.7 Indikasi dan Kontraindikasi AKDR

Indikasi	Kontraindikasi
a. Usia reproduktif, dan nulipara,	a. Hamil

b. Menginginkan menggunkan kontrasepsi jangka panjang, c. Perempuan menyusui yang ingin menggunakan kontrasepsi d. setelah melahirkan dan tidak menyusi bayinya, e. setelah abortus dan tidak ada infeksi, f. perempuan dengan resiko rendah IMS, dan tidak menghendaki metode hormonal.	b. perdarahan pervaginam c. kanker alat genetalia d. abortus e. menderita TBC pelvic f. ukuran rongga rahim < 5 cm.

Sumber: Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. 2013.

4) Efek samping dan penanganan AKDR (cu-T-3080A)
   a) Amenorhea

      Periksa apakah sedang hamil atau tidak apabila tidak jangan lepas AKDR Lakukan konseling dan selidiki penyebab amenorheaa apabila diketahui hamil jelaskan dan sarankan untuk melepas AKDR.
   b) Perdarahan pervaginam yang hebat dan tidak teratur.

      Pastikan adanya infeksi pelvik dan kehamilan ektopik.
   c) Benang yang hilang pastikan adanya kehamialn atau tidak.
   d) Adanya pengeluran cairan dari vagina atau dicurigai adanya penyakit radang panggul (Saifuddin, 2010).
5) Waktu kunjungan
   1) 1-2 minggu setelah pemasangan
   2) Jika ibu merasa ada keluhan .
   3) jika ingin melakukan pelepasan atau pemasangan kembali.

2.5.5 Konseling KB

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, termasuk pilihan beberapa jenis kontrasepsi.

TU : Bantulah klien menentukan pilihannya

J : Jelaskan lengkap cara menggunakan kontrasepsi pilihannya.

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