

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan adalah serangkaian proses yang diawali dari konsepsi atau pertemuan antara ovum dengan sperma sehat dan dilanjutkan dengan fertilisasi, nidasi, dan implantasi (Sulistiyawati, 2011).

2.1.2 Pengertian Kehamilan Trimester III

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

2.1.3 Asuhan Kebidanan Kehamilan Trimester III

Asuhan kebidanan pada kehamilan adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil selama periode antepartum dengan memperhatikan standar asuhan pada kehamilan. Dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, yang perlu dipahami adalah konsep antenatal care. Antenatal Care adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim (Manuaba, 2010).

2.1.4 Tujuan

Menurut Manuaba (2010) tujuan ANC diantaranya:

- 1) Mengetahui dan menangani sedini mungkin penyakit yang terdapat saat kehamilan, saat persalinan, dan kala nifas.
- 2) Mengetahui dan menangani penyakit yang menyertai kehamilan, persalinan, dan kala nifas.
- 3) Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, kala nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana.
- 4) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal.

2.1.5 Standar Pemeriksaan Ibu Hamil

Standar asuhan minimal kehamilan termasuk dalam "14T".

a) Ukur Berat badan dan Tinggi Badan (T1).

Dalam keadaan normal kenaikan berat badan ibu dari sebelum hamil dihitung dari TM I sampai TM III yang berkisar anatar 9-13,9 kg dan kenaikan berat badan setiap minggu yang tergolong normal adalah 0,4 - 0,5 kg tiap minggu mulai TM II. Berat badan ideal untuk ibu hamil sendiri tergantung dari IMT (Indeks Masa Tubuh) ibu sebelum hamil. Indeks massa tubuh (IMT) adalah hubungan antara tinggi badan dan berat badan. Ada rumus tersendiri untuk menghitung IMT anda yakni :

$$\text{IMT} = \text{Berat Badan (kg)} / (\text{Tinggi Badan (m)})^2$$

Tabel 2.4 Klasifikasi Nilai IMT

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	< 19,8	12,5 – 18
Normal	19,8 – 26	11,5 – 16
Tinggi	26 – 29	7 – 11,5
Obesitas	> 29	≥ 7
Gemeli	-	16 – 20,5

Sumber : (Prawirohadjo, 2013)

Prinsip dasar yang perlu diingat: berat badan naik perlahan dan bertahap, bukan mendadak dan drastis. Pada trimester II dan III perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambha berat badan 0,4 kg. Perempuan dengan gizi kurang 0,5 kg gizi baik 0,3 kg. Indeks masa tubuh adalah suatu metode untuk mengetahui penambahan optimal, yaitu:

- 1) 20 minggu pertama mengalami penambahan BB sekitar 2,5 kg
- 2) 20 minggu berikutnya terjadi penambahan sekitar 9 kg
- 3) Kemungkinan penambahan BB hingga maksimal 12,5 kg. (Sari, Ulfa, & Daulay, 2015)

Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul.

b) Ukur Tekanan Darah (T2)

Diukur dan diperiksa setiap kali ibu datang dan berkunjung. Pemeriksaan tekanan darah sangat penting untuk mengetahui standar normal, tinggi atau rendah. Tekanan darah yang normal 110/80 - 120/80 mmHg.

c) Ukur Tinggi Fundus Uteri (T3)

Tujuan pemeriksaan TFU menggunakan tehnik Mc. Donald adalah menentukan umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa di bandingkan dengan hasil anamnesis hari pertama haid terakhir (HPHT) dan kapan gerakan janin mulai dirasakan. TFU yang normal harus sama dengan UK dalam minggu yang dicantumkan dalam HPHT.

d) Pemberian Tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)

Tablet ini mengandung 200mg sulfat Ferosus 0,25 mg asam folat yang diikat dengan laktosa. Tujuan pemberian tablet Fe adalah untuk memenuhi kebutuhan Fe pada ibu hamil dan nifas, karena pada masa kehamilan kebutuhannya meningkat seiring pertumbuhan janin. Zat besi ini penting untuk mengkompensasi peningkatan volume darah yang terjadi selama kehamilan dan untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan janin.

e) Pemberian Imunisasi TT (T5)

Imunisasi tetanus toxoid adalah proses untuk membangun kekebalan sebagai upaya pencegahan terhadap infeksi tetanus. Vaksin tetanus yaitu toksin kuman tetanus yang telah dilemahkan dan kemudian dimurnikan. Pemberian imunisasi tetanus toxoid (TT) artinya pemberian kekebalan terhadap penyakit tetanus kepada ibu hamil dan bayi yang dikandungnya.

Umur kehamilan mendapat imunisasi TT :

- 1) Imunisasi TT sebaiknya diberikan sebelum kehamilan 8 bulan untuk mendapatkan imunisasi TT lengkap (, 2005).
- 2) TT1 dapat diberikan sejak diketahui positif hamil dimana biasanya diberikan pada kunjungan pertama ibu hamil ke sarana kesehatan (Depkes RI, 2000).

Jadwal Imunisasi TT :

Sesuai dengan WHO, jika seorang ibu yang tidak pernah diberikan imunisasi tetanus maka ia harus mendapatkan paling sedikitnya dua kali (suntikan) selama kehamilan (pertama pada saat kunjungan antenatal dan kedua pada empat minggu kemudian) Jarak pemberian (interval) imunisasi TT 1 dengan TT 2 minimal 4 minggu (Saifuddin dkk, 2001 ; Depkes RI, 2000) . (Sari, Ulfa, & Daulay, 2015).

Tabel 2.5 Jadwal Pemberian Imunisasi Tetanus Toksoid

Antigen	Interval	Lama perlindungan	Perlindungan (%)
TT 1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT 2	4 minggu setelah TT1	3 tahun	80
TT 3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95
TT 4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99
TT 5	1 taun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup	99

Sumber : (Saifuddin dalam Sari, Ulfa, & Daulay, 2015)

f) Pemeriksaan Hb (T6)

Pemeriksaan Hb yang sederhana yakni dengan cara Talquis dan dengan cara Sahli. Pemeriksaan Hb dilakukan pada kunjungan ibu hamil pertama kali, lalu periksa lagi menjelang persalinan. Pemeriksaan Hb adalah salah satu upaya untuk mendeteksi Anemia pada ibu hamil.

g) Pemeriksaan Protein urine (T7)

Pemeriksaan ini berguna untuk mengetahui adanya protein dalam urin ibu hamil. Adapun pemeriksaannya dengan asam asetat 2-3% ditujukan pada ibu hamil dengan riwayat tekanan darah tinggi, kaki oedema. Pemeriksaan protein urin ini untuk mendeteksi ibu hamil kearah preeklampsia.

h) Pemeriksaan VDRL (*Veneral Disease Research Lab*) (T8)

Pemeriksaan *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) adalah untuk mengetahui adanya treponema pallidum/ penyakit menular seksual, antara lain *syphilis*. Pemeriksaan kepada ibu hamil yang pertama kali datang diambil spesimen darah vena \pm 2 cc. Apabila hasil tes dinyatakan positif, ibu hamil dilakukan pengobatan/rujukan. Akibat fatal yang terjadi adalah kematian janin pada kehamilan < 16 minggu, pada kehamilan lanjut dapat menyebabkan premature, cacat bawaan.

i) Pemeriksaan urine reduksi (T9)

Untuk ibu hamil dengan riwayat DM. bila hasil positif maka perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya Diabetes Melitus Gestasioal. Diabetes Melitus Gestasioal pada ibu dapat mengakibatkan adanya penyakit berupa pre-eklampsia, polihidramnion, bayi besar.

j) Perawatan Payudara (T10)

Senam payudara atau perawatan payudara untuk ibu hamil, dilakukan 2 kali sehari sebelum mandi dimulai pada usia kehamilan 6 Minggu.

k) Senam Hamil (T11)

Senam hamil bermanfaat untuk membantu ibu hamil dalam mempersiapkan persalinan. Adapun tujuan senam hamil adalah memperkuat dan mempertahankan elastisitas otot-otot dinding perut, ligamentum, otot dasar panggul, memperoleh relaksasi tubuh dengan latihan-latihan kontraksi dan relaksasi.

l) Pemberian Obat Malaria (T12)

Diberikan kepada ibu hamil pendatang dari daerah malaria juga kepada ibu hamil dengan gejala malaria yakni panas tinggi disertai mengigil dan hasil apusan darah yang positif. Dampak atau akibat penyakit tersebut kepada ibu hamil yakni kehamilan muda dapat terjadi abortus, partus prematurus juga anemia.

m) Pemberian Kapsul Minyak Yodium (T13)

Diberikan pada kasus gangguan akibat kekurangan Yodium di daerah endemis yang dapat berefek buruk terhadap tumbuh kembang manusia.

n) Temu wicara / Konseling (T14).(Pantiawati & Suryono, 2010).

Pada kunjungan ulang atau setiap kunjungan bidan harus melakukan hal hal berikut:

- a. Menilai keadaan umum (fisik) dan psikologis ibu hamil.
- b. Memeriksa urine untuk tes protein dan glukosa urine atas indikasi. Bila ada kelainan, ibu di rujuk.
- c. Mengukur berat badan dan lingkar lengan atas. Jika beratnya tidak bertambah atau jika LILAnya kurang menunjukkan kurang gizi. Beri penyuluhan tentang gizi.
- d. Mengukur tekanan darah dengan posisi ibu hamil duduk atau berbaring dengan bantal. Letakkan tensimeter yang sejajar dengan jantungnya. Jika tekanan darah diatas 140/90 mmHg, atau peningkatan diastole 10 mmHg/ lebih sebelum kehamilan 16 minggu atau paling sedikit pada pengukuran dua

kali berturut - turut dengan selisih waktu 1 jam berarti ada selisih yang nyata dan ibu perlu dirujuk.

- e. Periksa Hb pada kunjungn pertama dan pada kehalan 28-30 minggu atau lebih untuk mengetahui tanda anemia.
- f. Berikan tablet besi minimal 90 tablet selama hamil dan di minum sehari sekali dengan air putih.
- g. Menanyakan adanya tanda gejala PMS.
- h. Lakukan pemeriksaan fisik lengkap, termasuk payudara untuk persiapan menyusui.
- i. Ukur TFU dalam centimeter. TFU sesudah 24 minggu sama dengan umur kehamilan dalam cm.
- j. Mendengarkan denyut jantung dan tanyakan pergerakan janin.
- k. Beri nasehat tentang cara perawatan diri selama kehamilan.
- l. Dengarkan keluhan dan bicarakan rencana persalinan.

2.1.6 Score Puji Rohjati

Untuk melakukan screening atau deteksi dini ibu beresiko tinggi dapat digunakan Score Puji Rohjati. Dimana dengan Score Puji Rohjati ini kita dapat merencanakan persalinan ibu pada kehamilan sekarang. Score Puji Rochjati dikaji sekali dalam kehamilan kecuali perkembangan kehamilan menjadi patologis sehingga dikaji ulang Score Puji Rochjati.

Keterangan jumlah skor:

Tabel 2.1 Skrining Kehamilan Resiko Tinggi dengan SPR

Kel F.R	NO.	Masalah / Faktor Resiko	SKOR
I		Skor awal ibu hamil	2
	1	Terlalu muda, hamil < 16 tahun	4
	2	Terlalu tua, hamil > 35tahun	4
		Terlalu lambat, kawin > 4 tahun	4
	3	Terlalu lama hamil lagi (> 10 tahun)	4
	4	Terlalu cepat hamil lagi (< 2tahun)	4
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4
	6	Terlalu tua umur > 35 tahun	4
	7	Terlalu pendek < 145 cm	4
	8	Pernah gagal kehamilan	4
9	Pernah melahirkan dengan :		

		a. tarikan tang / vakum	4
		b. Uri dirogah	4
		c. Diberi infuse atau transfuse	4
	10	Pernah operasi Caesar	8
	11	Penyakit pada ibu hamil	
		a. Kurang darah b. Malaria	4
		c. TBC paru d. Payah jantung	4
		e. Kencing manis f. PMS	4
II	12	Bengkak pada muka atau tungkai dan tekanan darah tinggi	4
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4
	14	Hamil kembar air (Hydramnion)	4
	15	Bayi mati dalam kandungan	4
	16	Kehamilan lebih bulan	4
	17	Letak sungsang	8
	18	Letak lintang	8
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8
	20	Pre- Eklampsia Berat atau Kejang-kejang	8
JUMLAH SKOR			

Sumber : Poedji Rochjati, 2014

- a. Skor 2 : Kehamilan resiko rendah, perawatan oleh bidan, tidak dirujuk.
- b. Skor 6 – 10 : Kehamilan resiko tinggi, perawatan oleh bidan dan dokter, rujukan di bidan dan puskesmas.

Skor > 12 : Kehamilan resiko sangat tinggi, perawatan oleh dokter, rujukan di rumah sakit.

2.1.7 Kebutuhan ibu hamil Trimester III

Menurut Marmi (2014) kebutuhan dasar ibu hamil trimester III, meliputi:

a. Oksigen

Seorang ibu hamil sering mengeluh tentang rasa sesak dan pendek nafas. Hal ini disebabkan karena diafragma tertekan akibat membesarnya rahim. Kebutuhan oksigen meningkat 20%. Ibu hamil sebaiknya tidak berada ditempat-tempat yang terlalu ramai dan penuh sesak, karena akan mengurangi masukan oksigen (Marmi, 2014).

b. Nutrisi

Kebutuhan energi pada kehamilan trimester 1 memerlukan tambahan 100 kkal/hari (menjadi 1900-2000 kkal/hari). Selanjutnya pada trimester II dan III, tambahan energi yang dibutuhkan meningkat menjadi 300 kkal/hari, atau sama dengan mengonsumsi tambahan 100 gr daging ayam atau minum 2 gelas susu sapi cair. Idealnya kenaikan berat badan sekitar 500gr/minggu. Kebutuhan makan ibu hamil dengan berat badan normal per hari (Marmi, 2014).

c. Personal Hygiene

Sebaiknya ibu hamil mandi, gosok gigi dan ganti pakaian minimal 2 x sehari, menjaga kebersihan alat genitalia dan pakaian dalam, menjaga kebersihan payudara (Marmi, 2014).

d. Pakaian

Longgar, nyaman, dan mudah di pergunakan, gunakan kutang/ BH dengan ukuran sesuai ukuran payudara dan mampu menyangga seluruh payudara, Tidak memakai sepatu tumit tinggi, sepatu berhak rendah, baik untuk punggung dan postur tubuh dan dapat mengurangi tekanan pada kaki (Marmi, 2014).

e. Eliminasi

Ibu hamil akan sering ke kamar mandi terutama saat malam hingga mengganggu tidur, sebaiknya intake cairan sebelum tidur di kurangi, gunakan pembalut untuk mencegah pakaian dalam yang basah dan lembab sehingga memudahkan masuk kuman, setiap habis BAB dan BAK cebok dengan baik (Susanti, 2017).

f. Seksual

Pilih posisi yang nyaman dan tidak menyebabkan nyeri bagi wanita hamil, sebaiknya menggunakan kondom karena prostatglandin yang terdapat dalam semen bisa menyebabkan kontraksi, lakukanlah dalam frekuensi yang wajar 2 sampai 3 kali seminggu (Marmi, 2014).

g. Mobilisasi dan Body Mekanik

Melakukan latihan/ senam hamil agar otot-otot tidak kaku, jangan melakukan gerakan tiba-tiba atau spontan, jangan mengangkat secara langsung benda-benda yang cukup berat, jongkok lah terlebih dahulu lalu kemudian mengangkat benda, apabila bangun tidur miring dulu baru kemudian bangkit dari tempat tidur (Marmi, 2014).

h. Istirahat atau Tidur

Ibu hamil sebaiknya memiliki jam istirahat/ tidur yang cukup. Kurang istirahat/ tidur, ibu hamil akan terlihat pucat, lesu dan kurang gairah. Usahakan tidur malam lebih kurang 8 jam dan tidur siang lebih kurang 1 jam. Umumnya ibu mengeluh susah tidur kerana rongga dadanya terdesak perut yang membesar atau posisi tidurnya jadi tidak nyaman. Tidur yang cukup dapat membuat ibu menjadi relaks, bugar dan sehat. Solusinya saat hamil tua, tidurlah dengan menganjal kaki (dari tumit hingga betis) menggunakan bantal. Kemudian lutut hingga pangkal paha diganjal dengan satu bantal. Bagian punggung hingga pinggang juga perlu diganjal bantal. Letak bantal bisa di sesuaikan, jika ingin tidur miring ke kiri, bantal diletakkan demikian rupa sehingga ibu nyaman tidur dengan posisi miring ke kiri. Begitu juga bila ibu ingin tidur posisi ke kanan (Susanti, 2017).

2.1.8 Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

Menurut Asrinah (2010), Beberapa tanda bahaya dalam kehamilan Trimester III yang harus diwaspadai diantaranya:

a. Sakit Kepala yang Hebat

Sakit kepala yang menunjukkan adanya masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut ibu merasakan pandangan menjadi kabur atau berbayang. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari pre-eklamsi.

b. Penglihatan Kabur

Apabila masalah penglihatan ini terjadi secara mendadak ataupun tiba-tiba, perlu diwaspadai karena mengaju pada tanda bahaya dalam kehamilan.

c. Bengkak pada Wajah dan Jari-Jari Tangan

Bengkak biasanya menunjukkan adanya masalah serius apabila muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai keluhan fisik lain.

d. Keluar Cairan pada Pervaginam

Yang dinamakan ketuban pecah dini adalah keluar cairan ketuban sebelum persalinan yang disebabkan karena berkurangnya kekuatan membrane atau meningkatnya tekanan intra uterin, oleh kedua faktor tersebut.

Juga karena adanya infeksi yang bisa berasal dari vagina ataupun serviks, dan penilaian dilakukan dengan adanya cairan ketuban divagina.

e. Gerakan Janin Tidak Terasa

Ibu mulai bisa merasakan gerakan bayinya saat mulai bulan ke-5 atau ke-6, jika bayi tidur gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam satu jam jika ibu berbaring atau beristirahat, dan apabila ibu makan dan minum dengan baik.

f. Nyeri Perut yang Hebat

Nyeri abdomen yang mungkin menunjukkan masalah yang mengancam keselamatan jiwa adalah nyeri yang hebat, menetap, dan tidak hilang setelah beristirahat.

2.1.9 Penyulit Kehamilan Trimester III

Menurut Ika (2010), Penyulit kehamilan pada trimester III yaitu :

a. Persalinan Prematuritas

Persalinan Prematuritas (Prematur) adalah persalinan yang terjadi diantara umur kehamilan 29-36 minggu. hal-hal yang menyebabkan Persalinan Prematuritas adalah sebagai berikut:

- 1) hamil dengan kendaraan atau kehamilan ganda
- 2) kehamilan disertai komplikasi (pre-eklamsia dan eklamsi)
- 3) kehamilan dengan komplikasi penyakit ibu, seperti hipertensi, ginjal, jantung.

b. Kehamilan Ganda (Kembar)

c. Kehamilan dengan pendarahan

Pendarahan yang dapat membahayakan dan berhubungan dengan trimester III adalah pendarahan karena plasenta previa dan solutio plasenta.

d. Kehamilan dengan ketuban pecah dini

Pecahnya selaput janin memberikan peluang dan membuka terjadinya infeksi langsung pada janin.

e. Kehamilan dengan kematian janin dalam rahim.

f. Kehamilan lewat waktu persalinan (senotinus).

g. Kehamilan dengan preklamsia dan eklamsia.

2.1.10 Perubahan Anatomis Dan Adaptasi Fisiologis Pada Ibu Hamil Trimester III

Menurut Romauli (2011), Perubahan anatomi dan adaptasi fisiologis pada ibu TM III yaitu:

A. Sistem Reproduksi

1. Vagina dan Vulva

Dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatkannya ketebalan mukosa, mengendornya jaringan ikat, dan hipertrofi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina.

2. Serviks Uteri

Pada saat kehamilan mendekati aterm, terjadi penurunan lebih lanjut dari konsentrasi kolagen. Konsentrasinya menurun secara nyata dari keadaan yang relative dilusi dalam keadaan menyebar (depresi) proses perbaikan serviks terjadi setelah pesalinan sehingga siklus kehamilan yang berikut akan berulang.

3. Uterus

Pada akhir kehamilan uterus akan terus membesar dalam rongga pelvis dan seiring perkembangannya uterus akan menyentuh dinding abdomen, mendorong usus kesamping dan keatas, terus tumbuh hingga menyentuh hati. Pada saat pertumbuhan uterus akan berotasi kearah kanan, dekstrorotasi ini disebabkan oleh adanya rektosigmoid di daerah kiri pelvis.

Tabel 2.2 usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri

Tinggi fundus uteri	Usia Kehamilan
3 jari diatas simfisis	12 minggu
½ diatas simfisis pusat	16 minggu
3 jari dibawah pusat	20 minggu
Setinggi pusat	24 minggu
3 jari di atas pusat	28
Pertengahan pusat PX	32
3 jari dibawah PX	36
Pertengahan pusat PX	40

4. Ovarium

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

B. Sistem Payudara

Pertumbuhan kelenjar mammae membuat ukuran payudara semakin meningkat. Dari yang kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, berwarna kuning dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut kolostrum.

C. Sistem Endokrin

Kelenjar tyroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi.

D. Sistem Perkemihan

Kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul keluhan sering kencing akan timbul lagi karena kandung kencing akan mulai tertekan kembali.

E. Sistem Pencernaan

Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormone progesterone yang meningkat. Selain itu perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan uterus yang membesar dalam rongga perut yang mendesak organ-organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar, kearah atas lateral.

F. Sistem Musculoskeletal

Sendi pelvik pada saat kehamilan sedikit bergerak. Perubahan tubuh secara bertahap ada peningkatan berat wanita hamil menyebabkan postur dan cara berjalan wanita berubah secara menyolok. Peningkatan distensi abdomen yang membuat tanggul miring kedepan, penurunan tonus otot dan peningkatan beban berat badan pada akhir kehamilan membutuhkan penyesuaian ulang. Pusat gravitasi wanita bergeser kedepan.

G. Sistem Kardiovaskuler

Terjadi peningkatan jumlah granulosit dan limfosit dan secara bersamaan limfosit dan monosit.

H. Sistem Integument

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam dan kadang-kadang juga akan mengenai payudara, paha, juga akan terlihat perubahan pigmentasi yang berlebihan. Tapi akan hilang pasca melahirkan.

I. Sistem Pernapasan

Pada 32 minggu keatas karena usus-usus tertekan uterus yang membesar kearah diafragma sehinggga kurang leluasa bergerak mengakibatkan wanita hamil derajat kesulit bernafas.

2.1.11Kebutuhan Psikologi Trimester III

Menurut Pantiawati (2012), selama hamil kebanyakan perempuan mengalami perubahan psikologi dan emosional. Tidak jarang ada perempuan yang merasa kalau selalu terjadi masalah dalam kehamilannya, beberapa kebutuhan psikologi ibu hamil trimester ke III diantaranya sebagai berikut:

A. Dukungan Keluarga

Dukungan dari keluarga dan suami dapat memberikan keterangan tentang persalinan, memberikan perhatian dan semangat pada ibu selama menunggu persalinan serta bersama-sama memetangkan persiapan persalinan dengan tetap waspadai komplikasi yang mungkin terjadi.

B. Dukungan dari Tenaga Kesehatan

Dukungan dari tenaga kesehatan dapat berupa penjelasan bahwa apa yang dirasakan ibu hamil merupakan hal yang normal, menenangkan ibu, membicarakan kembali tentang bagaimana tanda-tanda persalinan yang sebenarnya serta meyakinkan bahwa kita sebagai petugas kesehatan selalu berada bersama ibu untuk membantu melahirkan bayinya.

C. Rasa Aman dan Nyaman Selama Persalinan

Untuk menciptakan rasa nyaman dapat ditempuh dengan senam untuk memperkuat otot-otot, mengatur posisi duduk untuk mengatasi nyeri punggung, akibat janin, melatih sikap santai untuk menenangkan pikiran, dan menenangkan tubuh, melakukan relasasi sentuhan, teknik pemijatan.

D. Persiapan Menjadi Orang Tua

Berdiskusi dengan pasangan tentang apa yang akan dilakukan untuk menghadapi status sebagai orang tua seperti akomodasi bagi calon bayi menyiapkan tambahan penghasilan, apa saja yang diperlukan untuk merawat bayi.

E. Persiapan Sibling

Untuk mempersiapkan sang kakak dalam menerima kehadiran adiknya dapat dilakukan dengan cara memperkenalkan calon adiknya yang sesuai dengan

usia dan kemampuannya untuk memahami, biarkan dia merasakan gerakan bayi, gunakan gambar-gambar mengenai cara perawatan bayi dan lain-lain.

2.1.12 Ketidaknyamanan Ibu Hamil Trimester III

Menurut Romauli (2011) Ketidaknyamanan ibu hamil pada Trimester III, adalah sebagai berikut :

A. Peningkatan Frekuensi berkemih

Frekuensi kemih meningkat pada trimester ketiga sering dialami wanita primigravida setelah lightening terjadi efek lightening yaitu bagian presentasi akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih.

Peningkatan frekuensi berkemih disebabkan oleh tekanan uterus karena turunnya bagian bawah janin sehingga kandung kemih tertekan, kapasitas kandung kemih berkurang dan mengakibatkan frekuensi berkemih meningkat (Manuaba, 2010).

Sering buang air kecil merupakan suatu perubahan fisiologis dimana terjadi peningkatan sensitivitas kandung kemih dan pada tahap selanjutnya merupakan akibat kompresi pada kandung kemih. Pada trimester III kandung kemih tertarik keatas dan keluar dari panggul sejati ke arah abdomen. Uretra memanjang sampai 7,5 cm karena kandung kemih bergeser kearah atas. Kongesti panggul pada masa hamil ditunjukkan oleh hiperemia kandung kemih dan uretra. Peningkatan vaskularisasi ini membuat mukosa kandung kemih menjadi mudah luka dan berdarah. Tonus kandung kemih dapat menurun. Hal ini memungkinkan distensi kandung kemih sampai sekitar 1500 ml. Pada saat yang sama pembesaran uterus menekan kandung kemih, menimbulkan rasa ingin berkemih meskipun kandung kemih hanya berisi sedikit urine.

Tanda-tanda bahaya yang dapat terjadi akibat terlalu sering buang air kecil yaitu dysuria, Oliguria dan Asymtomatic bacteriuria. Untuk mengantisipasi terjadinya tanda – tanda bahaya tersebut yaitu dengan minum air putih yang cukup (\pm 8-12 gelas/hari) dan menjaga kebersihan disekitar alat kelamin. Ibu hamil perlu mempelajari cara membersihkan alat kelamin yaitu dengan gerakan dari depan kebelakang setiap kali selesai berkemih dan harus menggunakan tissue atau handuk yang bersih serta selalu mengganti celana dalam apabila terasa basah.

Penatalaksanaan yang dapat diberikan pada ibu hamil trimester III dengan keluhan sering kencing yaitu KIE tentang penyebab sering kencing, kosongkan kadung kemih ketika ada dorongan, perbanyak minum pada siang hari dan kurangi minum di malam hari jika mengganggu tidur, hindari minum kopi atau teh sebagai diuresis, berbaring miring kiri saat tidur untuk meningkatkan diuresis dan tidak perlu menggunakan obat farmakologis (Hani, 2011).

B. Hiperventilasi dan sesak nafas

Peningkatan aktivitas metabolis selama kehamilan akan meningkatkan karbondioksida. Hiperventilasi akan menurunkan karbon dioksida. Sesak nafas terjadi pada trimester III karena pembesaran uterus yang menekan diafragma. Selain itu diafragma mengalami elevasi kurang lebih 4 cm selama kehamilan.

C. Edema Pada Kaki

Terjadi karena gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bawah karena tekanan uterus membesar pada vena panggul pada saat duduk/ berdiri dan pada vena cava inferior saat tidur terlentang. Edema pada kaki yang menggantung terlihat pada pergelangan kaki dan harus dibedakan dengan edema karena preeklamsi.

D. Nyeri ulu hati

Ketidaknyamanan ini mulai timbul menjelang akhir trimester II dan bertahan hingga trimester III.

Penyebab :

- 1) Relaksasi sfingter jantung pada lambung akibat pengaruh yang ditimbulkan peningkatan jumlah progesteron.
- 2) Penurunan motilitas gastrointestinal yang terjadi akibat relaksasi otot halus yang kemungkinan disebabkan peningkatan jumlah progesteron dan tekanan uterus.
- 3) Tidak ada ruang fungsional untuk lambung akibat perubahan tempat dan penekanan oleh uterus yang membesar.

E. Kram tungkai

Terjadi karena asupan kalsium tidak adekuat, atau ketidakseimbangan rasio dan fosfor. Selain itu uterus yang membesar memberi tekanan pembuluh darah panggul sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf

yang melewati foramen doturator dalam perjalanan menuju ekstrimitas bawah.

F. Konstipasi

Pada kehamilan trimester III kadar progesteron tinggi. Rahim yang semakin membesar akan menekan rectum dan usus bagian bawah sehingga terjadi konstipasi. Konstipasi semakin berat karena gerakan otot dalam usus diperlambat oleh tingginya kadar progesterone (Romauli, 2011).

Konstipasi ibu hamil terjadi akibat peningkatan produksi progesteron yang menyebabkan tonus otot polos menurun, termasuk pada sistem pencernaan, sehingga sistem pencernaan menjadi lambat. Motilitas otot yang polos menurun dapat menyebabkan absorpsi air di usus besar meningkat sehingga feses menjadi keras (Pantiawati, 2010).

Konstipasi bila berlangsung lama lebih dari 2 minggu dapat menyebabkan sumbatan/impaksi dari massa feses yang keras (skibala). Skibala akan menyumbat lubang bawah anus dan menyebabkan perubahan besar sudut anorektal. Kemampuan sensor menumpul, tidak dapat membedakan antara flatus, cairan atau feses. Akibatnya feses yang cair akan merembes keluar . skibala juga mengiritasi mukosa rectum, kemudian terjadi produksi cairan dan mukus yang keluar melalui sela-sela dari feses yang impaksi (Romauli, 2011).

Perencanaan yang dapat diberikan pada ibu hamil dengan keluhan konstipasi adalah tingkatkan intake cairan minimum 8 gelas air putih setiap hari dan serat dalam diet misalnya buah, sayuran dan minum air hangat, istirahat yang cukup, melakukan olahraga ringan ataupun senam hamil, buang air besar secara teratur dan segera setelah ada dorongan (Hani, 2011).

G. Kesemutan dan baal pada jari

Perubahan pusat gravitasi menyebabkan wanita mengambil postur dengan posisi bahu terlalu jauh kebelakang sehingga menyebabkan penekanan pada saraf median dan aliran lengan yang akan menyebabkan kesemutan dan baal pada jari-jari.

H. Insomnia

Disebabkan karena adanya ketidaknyamanan akibat uterus yang membesar pergerakan janin dan karena adanya kekhawatiran dan kecemasan.

I. Sakit punggung Atas dan Bawah

Nyeri punggung ibu hamil di sebabkan oleh peningkatan kadar hormon estrogen dan progesteron, terjadi relaksasi dari jaringan ikat, kartilago, dan ligament juga meningkatkan jumlah cairan synovial. Keseimbangan kadar kalsium selama kehamilan biasa normal apabila asupan nutrisi khususnya produk susu terpenuhi. Karena pengaruh hormon estrogen dan progesteron, terjadi relaksasi dari ligament-ligament dalam tubuh menyebabkan peningkatan mobilitas dari sambungan/otot terutama otot pada pelvik. rasa sakit pada bagian belakang yang tambah sering dengan penambahan umur kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat belakang ke arah dua tungkai, sendi sakroiliaka, sakrokoksigis dan pubis akan meningkatkan mobilitasnya yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan (Romauli, 2011).

Ibu hamil dengan nyeri punggung sebaiknya menghindari posisi terlentang jika nyeri punggung terjadi pada malam hari. Pertahankan postur yang baik dan kenakan bra yang dapat menyangga. Hindari membungkuk berlebihan, berjalan tanpa istirahat, dan mengangkat barang. Gunakan mekanika tubuh yang baik angkat dengan kaki, bukan punggung distribusikan berat secara seimbang ketika menanggung berat dan hindari membungkukkan badan sementara memutar spina tersebut. Tidur di atas matras padat dengan menggunakan bantal. Topang kaki atas dan abdomen dengan bantal untuk tidur. Untuk bangkit dari tempat tidur, berguling lengan untuk mendorong. Kompres hangat dan es dapat meredakan nyeri, korset kehamilan dapat meredakan nyeri (sinclair, 2010).

2.1.13 Inovasi Pada Ibu Hamil

a. Inovasi Pada Ibu Hamil Yang Mengalami Nyeri Punggung

1) Pelvic Rocking dalam mengatasi nyeri punggung

a) Nyeri Punggung

Nyeri punggung ibu hamil di sebabkan oleh peningkatan kadar hormon estrogen dan progesteron, terjadi relaksasi dari jaringan ikat, kartilago, dan ligament juga meningkatkan jumlah cairan synovial. Keseimbangan

kadar kalsium selama kehamilan biasa normal apabila asupan nutrisi khususnya produk susu terpenuhi. Karena pengaruh hormon estrogen dan progesteron, terjadi relaksasi dari ligament-ligament dalam tubuh menyebabkan peningkatkan mobilitas dari sambungan/otot terutama otot pada pelvik. rasa sakit pada bagian belakang yang tambah sering dengan penambahan umur kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat belakang kearah dua tungkai, sendi sakroiliaka, sakrokoksigis dan pubis akan meningkatkan mobilitasnya yang diperkirakan karena pengaruh hormonal. Mobilitas tersebut dapat mengakibatkan perubahan sikap ibu dan pada akhirnya menyebabkan perasaan tidak enak pada bagian bawah punggung terutama pada akhir kehamilan (Romauli, 2011).

b) Pelvic Rocking

Dalam Jurnal Weni Tri Purnami (2019) yang berjudul Pelvic Rocking terhadap penurunan nyeri punggung pada ibu hamil trimester III Prodi Kebidanan (D IV) Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kadiri. Dengan hasil analisa menggunakan wilcoxon. Hasil uji komparasi wilcoxon diperoleh nilai p value= 0,001 ($p < \alpha$) pada tingkat signifikansi 5% ($\alpha = 0,05$) maka H_0 ditolak dan H_1 diterima yang mana pelvic rocking berpengaruh terhadap penurunan nyeri punggung pada ibu hamil trimester III. Pelvic rocking adalah latihan yang membuat gerakan kecil di panggul. Kooper et al (2017) dalam penelitiannya menyatakan bahwa pelvic rocking dapat membantu mengurangi nyeri, stress, meningkatkan mood dan kesehatan. Selain itu pelvic rocking dapat mengurangi nyeri pada bagian panggul bawah (Zaky, 2016). Pelvic Rocking merupakan olah tubuh dengan melakukan putaran pada bagian pinggang dan pinggul. Ini dapat dilakukan tanpa atau dengan alat bantu yaitu gym ball (Hermina, 2015).

Pelvic Rocking dengan gym ball adalah kegiatan duduk diatas bola dengan perlahan mengayunkan dan menggoyangkan pinggul ke depan dan belakang, sisi kanan, sisi kiri, serta melingkar akan membuat panggul dan Pinggang menjadi lebih relaks (Aprilia, 2011). Saat kehamilan melakukan *pelvic rocking* dengan gym ball dapat menjaga otot-otot yang mendukung tulang belakang. Pada saat proses persalinan memasuki kala I, jika duduk di atas bola dan dengan perlahan mengayunkan dan

menggoyangkan pinggul (*Pelvic Rocking*) kedepan dan belakang, sisi kanan, sisi kiri, dan melingkar, akan bermanfaat untuk :

- a) Goyang panggul memperkuat otot-otot perut dan punggung bawah.
- b) Mengurangi tekanan pada pembuluh darah di daerah sekitar rahim, dan tekanan di kandung kemih.
- c) Gerakan ini akan membantu anda bersantai.
- d) Meningkatkan proses pencernaan.
- e) Mengurangi keluhan nyeri di daerah Pinggang, inguinal, vagina dan sekitarnya.
- f) Membantu kontraksi rahim lebih efektif dalam membawa bayi melalui panggul jika posisi ibu bersalin tegak dan bisa bersandar ke depan.
- g) Tekanan dari kepala bayi pada leher rahim tetap konstan ketika ibu bersalin diposisi tegak, sehingga dilatasi (pembukaan) serviks dapat terjadi lebih cepat.
- h) Ligamentum atau otot disekitar panggul lebih relaks.
- i) Bidang luas panggul lebih lebar sehingga memudahkan kepala bayi turun ke dasar panggul.t.

Pelvic rocking dapat meminimalisir bahkan menghilangkan nyeri tulang belakang bagian bawah pada akhir masa kehamilan dan meningkatkan fungsi tubuh serta aktivitas ibu hamil trimester akhir yang sering terbatas aktivitas gerakanya akibat nyeri pinggang yang sering muncul. (Wahyuni ,catur, 2019:8—10).



Sumber Agustina, 2019:19

Gambar 2.1 *Pelvic Rocking* dengan Gym Ball

2.2 KONSEP DASAR PERSALINAN

2.2.1 Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).

Persalinan normal adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan aterm (bukan prematur dan postmatur), mempunyai onset yang spontan, selesai setelah 4 jam dan sebelum 24 jam sejak saat awitannya (bukan partus presipitatus atau partus lama), mempunyai janin (tunggal) dengan presentasi verteks (puncak kepala) dan oksiput pada bagian anterior pelvis, terlaksana tanpa bantuan seperti vorsep, tidak mencangkup komplikasi (seperti perdarahan hebat), dan mencangkup pelahiran plasenta yang normal.

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dari janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir.

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

2.2.2 Sebab mulainya persalinan

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

a. Penurunan hormone progesterone

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

b. Teori *oxytocin*

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

c. Ketegangan otot-otot

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

d. Pengaruh janin/fetal *cortisol*

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

e. Teori prostaglandin

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

2.2.3 Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Manuaba dalam Buku Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan telah disebutkan bahwa tanda-tanda persalinan dibagi menjadi dua fase, yaitu tanda bahwa persalinan sudah dekat dan tanda timbulnya persalinan (inpartu).

1. Tanda-tanda bahwa persalinan sudah dekat

a. Terjadi lightening

Menjelang minggu ke 36 minggu kehamilan, tanda pada primigavida adalah terjadinya penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan : kontraksi braxton hicks, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, dan gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah. Masuknya bayi ke pintu atas panggul menyebabkan ibu merasakan:

1. Ringan di bagian atas perut, dan rasa sesaknya berkurang.
2. Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal.
3. Kesulitan berjalan.
4. Sering buang air kecil

Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga faktor yaitu power, passage, dan pasanger. Sedangkan pada multipara gambarannya tidak begitu jelas, karena kepala janin baru masuk pintu atas panggul menjelang persalinan.

b. Terjadinya HIS permulaan

Sejak trimester pertama kehamilan uterus mengalami kontraksi ringan. Pada trimester II dapat dideteksi dengan pemeriksaan bimanual. Fenomena ini telah dikemukakan pertama kali oleh braxton hicks pada tahun 1872 sehingga disebut sebagai kontraksi braxton hicks. Sampai bulan terakhir kontraksi jarang dan akan meningkat pada satu atau dua minggu sebelum persalinan. Kontraksi ini terjadi karena adanya perubahan keseimbangan

estrogen dan progesteron sehingga terjadi peningkatan jumlah reseptor oksitosin dan gap junction di antara sel-sel miometrium.

Semakin tuanya kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesteron semakin berkurang, sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, yang dikenal dengan HIS palsu, dengan sifat sebagai berikut:

1. Rasa nyeri ringan dibagian bawah
2. Datangnya tidak teratur
3. Tidak ada perubahan pada servick atau pembawa tanda.
4. Durasinya pendek.
5. Tidak bertambah bila beraktivitas.

2. Tanda-Tanda Timbulnya Persalinan (inpartu)

Menurut Eka (2014), pada fase ini sudah memasuki tanda-tanda inpartu, sebagai berikut:

a. Terjadinya HIS

HIS adalah kontraksi rahim yang dapat diraba menimbulkan rasa nyeri diperut serta dapat menimbulkan pembukaan servick kontraksi rahim yang dimulai pada 2 face Maker yang letaknya di dekat cornu uteri. HIS yang menimbulkan pembukaan servick dengan kecepatan tertentu disebut HIS efektif. HIS efektif mempunyai sifat adanya dominan kontraski uterus pada fundus utri, kondisi berlangsung secara sinkron dan harmonis, adanya intensitas kontraksi yang maksimal antara dua kontraksi, irama teratur dan frekuensi yang sering, lama his berkisar 45-60 detik. His persalinan memiliki sifat sebagai berikut :

1. Pinggang terasa sakit dan mulai menjalar ke depan.
2. Teratur dengan interval yang mungkin pendek dan kekuatannya makin besar.
3. Mempunyai pengaruh terhadap perubahan servick
4. Penambahan aktivitas (seperti berjalan) maka his tersebut semakin meningkat.

b. Keluarnya lendir bercampur darah (show)

Lendir ini berasal dari pembukaan kanalis servikalis. Sedangkan pengeluaran darahnya disebabkan oleh robeknya pembuluh darah waktu serviks membuka.

c. Terkadang disertai ketuban pecah

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban menjelang persalinan. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Akan tetapi, apabila persalinan tidak tercapai maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu misalnya ekstraksi vakum atau sectio caesarea.

d. Dilatasi dan Effacement

Dilatasi adalah terbukanya kanalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. Effacement adalah pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas.

2.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

1. Power /tenaga

Power atau tenaga untuk mendorong anak dibagi menjadi dua yakni:

1. His

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

2. Tenaga Mengejan

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

2. Passage/Panggul/jalan lahir

Faktor paling penting dalam menentukan proses persalinan salah satunya adalah pelvis minor yang tersusun dari tulang-tulang yang kokoh dan kemudian dihubungkan oleh persendian dan jaringan ikat yang kuat. Pelvik minor dibagi menjadi 3 bagian yakni:

a. Pintu Atas Panggul/PAP

Anterior : Crista dan spina pubica

Lateral : Linea illiopectinea pada os coxae

Posterior : Tepi anterior assis sacri dan prootorium

b. Cavum Pelvis

Cavum pelvis merupakan bagian terluas dan bentuknya hampir seperti lingkaran. Batasannya yakni :

Anterior : titik tengah permukaan belakang os pubis

Lateral : 1/3 bagian atas dan tengah foramen obsturatorium

Posterior : Hubungan antara vertebra sacralis kedua dan ketiga. ukuran depan belakang 12,75 cm dan ukuran melintangnya 12.5 cm

c. Bidang sempit panggul

Bidang sempit panggul merupakan bidang yang membentang melalui tepi bawah symphysis menuju ke spina ischiadica dan memotong ujung atas sacrum.

d. Pintu bawah panggul

Pintu bawah panggul terdiri dari dua buah segitiga yang mempunyai basis bersama dan merupakan bagian terbawah. diameter pintu bawah panggul antara lain:

1. Anterior posterior anatomis mulai dari margo inferior symphysis pubis ke ujung os coccygis yakni 9,5 cm
2. Antero posterior obstetrik mulai dari margo inferior pubis ke articulatio sacrococcygealis yakni 11,5 cm
3. Transversa yakni jarak antara permukaan dalam tuber ischiadicum kanan dan kiri yakni 11 cm
4. Sagitalis posterior yakni mulai dari pertengahan diameter transversa ke artikulasio sacro coccygelis yakni 9cm
5. Sagitalis anterior mulai dari pertengahan diameter transversa ke angulus subpubicus 6 cm.

3. Passager/fetus

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

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

3. Psikologis Ibu

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

dapat mempengaruhi kontraksi yang dapat mempengaruhi proses persalinan, untuk itu sangat penting bagi bidan dalam mempersiapkan mental ibu menghadapi proses persalinan.

4. Penolong

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

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

2.2.5 Perubahan Fisiologis persalinan

A. Perubahan sistem reproduksi.

1. Segmen atas rahim dan segmen bawah rahim

Dalam persalinan segmen atas rahim sangat berperan aktif karena berkontraksi dan dindingnya bertambah tebal dengan majunya persalinan dan mendorong anak keluar. Sebaliknya segmen bawah rahim memegang peranan pasif makin tipis dengan majunya persalinan karena meregang sebagai persiapan jalan untuk dilalui bayi.

2. Bentuk rahim

Pada tiap kontraksi sumbu panjang rahim bertambah panjang sedangkan ukuran melintang berkurang. Hal ini mengakibatkan tulang punggung menjadi lebih lurus sehingga bagian atas janin tertekan pada fundus dan bagian bawah janin masuk ke PAP dan juga otot-otot memanjang diregang dan menarik pada SBR dan serviks.

3. Vagina dan dasar panggul

Dalam kala I ketuban kut meregangkan bagian atas vagina yang sejak awal mengalami perubahan sehingga dapat dilalui bayi. Perubahan pada dasar panggul terjadi bila kepala bayi sudah maju yang menyebabkan adanya penipisan.

4. Perubahan Serviks

Perubahan serviks yang terjadi adalah adanya pendataran atau pemendekan dari kanalis servikalis yang semula panjang namun sekarang menjadi satu lubang saja dengan tepi yang tipis. Perubahan ini juga ditandai dengan adanya pembukaan yang disebabkan oleh pembesaran ostium eksternum yang dipersiapkan untuk menjadi jalan lahir bayi.

5. Kardiovaskuler

Tekanan darah meningkat karena adanya kontraksi uterus yakni sistol meningkat 10-20 mmHg dan diastol meningkat 5-10 mmHg.

6. Metabolisme

Selama persalinan metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan meningkat secara terus menerus karena kecemasan serta kegiatan otot tubuh. Kenaikan metabolisme tercermin dengan kenaikan suhu badan, denyut jantung, pernafasan, curah jantung dan kehilangan cairan.

7. Ginjal

Selama persalinan terjadi peningkatan produksi urin karena peningkatan filtrasi glomerulus serta aliran plasma ginjal.

8. Gastrointestinal

Gerakan lambung dan penyerapan makanan berkurang selama persalinan. Terjadi peningkatan asam lambung menyebabkan aktivitas pencernaan hampir berhenti dan juga pengosongan lambung menjadi sangat lambat.

9. Hematologi

Selama persalinan terjadi peningkatan hemoglobin 1,2 mg/100ml dan sel darah putih sebesar 5000-15000, dan gula darah akan berkurang semua ini dikarenakan ada peningkatan kontraksi uterus dan otot-otot tubuh.

10. Endokrin

Sistem endokrin akan diaktifkan selama persalinan karena terjadi penurunan kadar progesterone dan peningkatan estrogen, prostaglandin dan oksitosin.

B. Perubahan psikologis

Perubahan psikologis yang terjadi yaitu:

1. Banyak wanita normal merasakan kegairahan dan kegembiraan saat merasa kesakitan untuk kelahiran anaknya. Mereka seolah-olah pada saat itu

- mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu keadaan yang belum pasti kini benar-benar akan terjadi dan kongkret.
2. Seorang wanita dalam proses kelahiran bayi merasa tidak sabar mengikuti irama naluriah dan mulai merasa tegang, cemas dan takut saat kesakitan pertama kali menjelang kelahiran.
 3. Lingkungan yang baru menyebabkan ibu merasa seperti orang asing dan juga lingkungan yang tidak nyaman menyebabkan wanita merasa lebih tidak realistis sehingga mereka merasa gagal dan kecewa
 4. Pada ibu multigravida ia lebih cenderung khawatir pada anak yang ditinggal dirumah oleh sebab itu dukungan dari suami dan juga bidan sangat dibutuhkan agar ibu bisa melewati persalinan dengan lancar tanpa ada kekuatiran dan sebagainya.

2.2.6 Mekanisme persalinan

1. Penurunan

Pada primipara kepala janin turun ke rongga panggul/ masuk ke PAP pada akhir minggu 36 kehamilan, sedangkan pada multipara terjadi saat mulainya persalinan. Masuknya kepala janin melintasi PAP dapat dalam keadaan sinklitismus atau asinklitismus, dapat juga dalam keadaan melintang, Penurunan kepala janin terjadi selama persalinan karena daya dorong dari kontraksi dan posisi serta peneranan (selama kala II) oleh ibu.

Sinklitismus adalah bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP (sutura sagitalis berada ditengah tengah jalan lahir atau PAP) asinklitismus adalah bila arah sumbu kepala janin miring dengan bidang PAP (sutura sagitalis mendekati promontorium atau simfisi pubis).

2. Fleksi

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

3. Putar paksi dalam

Kepala yang sedang turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas kearah depan. Akibat kombinasi elastitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin yang disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala

mengadakan rotasi/putaran paksi dalam yaitu UUK memutar ke arah depan(UUK berada di bawah simfisis)

4. Ekstensi

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

5. Putar paksi luar

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

6. Eksplusi

Setelah kepala lahir, bahu akan berada dalam posisi depan belakang. Selanjutnya bahu depan dilahirkan terlebih dahulu baru kemudian bahu belakang. Menyusul trochanter depan terlebih dahulu, kemudian trochanter belakang. Maka lahirlah bayi seluruhnya (eksplusi) (Lailiyana, 2011).

2.2.7 Tahapan persalinan (kala Persalinan)

Proses persalinan terdiri dari 4 kala, yaitu :

1. Kala I (pembukaan)

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

a. Fase laten

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

b. Fase aktif

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

1. Periode dilatasi maksimal (*steady*)

Selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.

2. Periode deselerasi

Berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap. Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih). Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan rata-rata 1 cm per jam 9 (nulipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara). Terjadinya penurunan bagian terbawah janin.

2. Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

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

3. Kala III (Kala Pengeluaran Uri)

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

- a. Tujuan manajemen aktif kala III. Untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif, sehingga dapat memperpendek waktu kala III persalinan dan mengurangi kehilangan darah di bandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis.
- b. Keuntungan manajemen aktif kala III
 1. Kala III persalinan lebih singkat
 2. Mengurangi jumlah kehilangan darah
 3. Mengurangi kejadian retensio plasenta
- c. Manajemen aktif kala III
 1. Melakukan peregangan tali pusat terkendali
 2. Tanda-tanda lepasnya plasenta:
 - a) Perubahan ukuran dan bentuk uterus
 - b) Tali pusat memanjang

- c) Semburan darah tiba-tiba
- 3. Pemijatan fundus uteri (Masase)
 - Segera lakukan massase pada fundus uteri minimal 15 kali dalam 15 detik setelah plasenta lahir
- 4. Kala IV
 - Kala IV adalah pengawasan selama 1-2 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap perdarahan postpartum (Kuswanti, 2014). Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan *postpartum* paling cepat terjadi pada 2 jam pertama. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikatakan normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. Jika perdarahan lebih dari 500 cc, maka sudah dianggap abnormal. Sebelum pergi meninggalkan ibu yang baru melahirkan, periksa ulang terlebih dahulu dan perhatikan 7 hal penting menurut (Sondakh, 2013):
 - a. Kontraksi rahim: baik atau tidaknya diketahui dengan pemeriksaan palpasi.
 - b. Perdarahan: ada atau tidak, banyak atau biasa.
 - c. Kandung kemih: harus kosong, jika penuh ibu dianjurkan berkemih dan jika tidak bisa lakukan kateter.
 - d. Luka-luka: jahitan baik atau tidak baik, ada perdarahan atau tidak.
 - e. Plasenta dan selaput ketuban harus lengkap.
 - f. Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernapasan, dan masalah lain.
 - g. Bayi dalam keadaan baik.

2.2.8 Tahapan Persalinan

Sukarni (2013), tahapan dari persalinan terdiri dari:

A. Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I dibagi 2 fase, yaitu fase laten dan fase aktif.

1. Fase pada kala I

- a) Fase laten persalinan dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servik secara bertahap, pembukaan serviks kurang dari 4 cm, biasanya berlangsung hingga diawah 8 jam.
- b) Fase aktif persalinan dilihat dari frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat atau memadai jika terjadi

tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih), serviks membuka dari 4 ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih per jam hingga pembukaan lengkap (10 cm), terjadi penurunan bagian terawah janin. Fase aktif berlangsung selama 6 jam dan dibagi menjadi 3 macam, yaitu:

1) Fase akselerasi.

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

2) Fase dilatasi maksimal.

Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

3) Fase deselerasi.

Pembukaan menjadi lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

2. Fisiologis Kala I

Menurut Asri Hidayat (2010), Perubahan fisiologis pada kala I dimana kontraksi uterus pada persalinan merupakan kontraksi otot fisiologis yang menimbulkan nyeri pada tubuh. Perubahan-perubahan fisiologi kala I.

1) Perubahan hormon.

2) Perubahan pada vagina dan dasar panggul:

a. Kala I → ketuban meregang vagina bagian atas

b. Setelah ketuban pecah → perubahan vagina dan dasar panggul karena bagian depan anak.

3) Perubahan serviks: pendataran dan pembukaan.

4) Perubahan uterus

Segmen atas dan bawah rahim.

a. Segmen atas rahim → aktif, berkontraksi, dinding bertamah tebal.

b. Segmen bawah rahim/SBR: pasif, makin tipis.

c. Sifat khas kontraksi rahim: setelah kontraksi tidak relaksasi kembali (retraksi) dan kekuatan kontraksi tidak sama kuat → paling kuat di fundus, karena segmen atas makin tebal dan bawah makin tipis → *Lingk retraksi fisiologi*, jika Segmen bawah rahim sangat renggang → *lingk retraksi patologis (Lingk Bandl)*, lingk Bandl merupakan ancaman robekan rahim.

5) Penurunan janin

a. Keadaan psikologis ibu bersalin kala I

Pada kala I tidak jarang ibu akan mengalami perubahan psikologi:

Rasa takut, stres, ketidaknyamanan, cemas, marah-marah dan lain-lain.

b. Kebutuhan dasar ibu bersalin kala I

Kebutuhan ibu selama kala I : Kebutuhan akan rasa aman dan nyaman, nutrisi, kebutuhan privasi, kebutuhan dukungan emosional, sosial dan spiritual.

1. Penyulit kala I, partus lama, gawat janin, reptur uteri.

2. Tujuan asuhan kala I

Menyiapkan kelahiran bayi seoptimal mungkin sehingga sehingga persalinan bayi dapat berjalan baik dan lancar tanpa komplikasi, ibu dan bayi selamat dan sehat: Lama kala I: primigravida 12 jam, multigravida 8 jam, sebagai pegangan:

a) Primi : kemajuan pembukaan 1 cm setiap 1 jam.

b) Multi : kemajuan pembukaan 2 cm setiap 1 jam.

B. Kala II

Menurut Asri Hidayat (2010), Kala II dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir.

Perubahan fisiologis pada kala II

Perubahan fisiologis secara umum yang terjadi pada persalinan kala II yaitu:

1. His menjadi lebih kuat dan lebih sering → *faetus axis pressure*
2. Timbul tenaga untuk meneran.
3. Perubahan dalam dasar panggul.
4. Lahirnya fetus.
 - a) Tanda gejala persalinan kala II
 - 1) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
 - 2) Ibu merasakan ada peningkatan tekanan pada rektum atau vagina.
 - 3) Perineum menonjol.
 - 4) Vulva vagin, spinter ani membuka.
 - 5) Meningkatkan pengeluaran lendir darah.
 - 6) Diagnosa persalinan kala II

Diagnosis kala II dapat ditegakkan atas dasar hasil pemeriksaan dalam yang menunjukkan pembukaan serviks telah lengkap dan terlihat bagian kepala bayi pada interoitus vagina atau kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.

- 7) Kebutuhan dasar selama persalinan
- 8) Memberikan dukungan terus kepada ibu dengan mendampingi ibu agar merasa nyaman.
- 9) Menawarkan minum, mengipasi, memijat ibu, menggosok punggung ibu.
- 10) Ibu tetap dijaga kebersihannya agar terhindar dari infeksi.
- 11) Menjaga kebersihan ibu jika ada darah lendir atau cairan ketuban segera dibersihkan.
- 12) Memberikan kenyamanan pada ibu dengan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan atau ketakutan ibu dengan cara menjaga privasi ibu, menjelaskan proses kemajuan persalinan, menjelaskan tentang prosedur yang akan dilakukan dan keterlibatan ibu, mengatur posisi ibu, menjaga kandung kemih tetap kosong, ibu dianjurkan berkemih sesering mungkin.

C. Kala III

Menurut Sumarah (2009), suhan persalinan kala III yaitu dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta atau uri. Rata-rata lama kala III berkisar 15-30 menit, baik pada primipara maupun multipara.

Fase-fase kala III

1. His pelepasan uri.

Setelah bayi lahir, terjadi kontraksi uterus. Hal ini mengakibatkan volume rongga uterus berkurang. Dinding uterus menebal. Pada tempat implantasi plasenta juga terjadi penurunan luas area. Ukuran plasenta tidak berubah, sehingga menyebabkan plasenta terlipat, menebal dan akhirnya terlepas dari dinding uterus. Plasenta terlepas sedikit demi sedikit. Terjadi pengumpulan perdarahan di antara ruang plasenta dan desidua basalis yang disebut retroplacenter hematoma. Setelah plasenta terlepas, plasenta akan menempati segmen bawah uterus atau vagina.

2. Tanda pelepasan plasenta:

- a) Perubahan bentuk uterus. Bentuk uterus yang semula discoid menjadi globuler akibat dari kontraksi uterus.
- b) Semburan darah tiba-tiba.
- c) Tali pusat yang lahir memanjang.
- d) Perubahan posisi uterus. Setelah plasenta lepas dan menempati segmen bawah rahim, maka uterus muncul pada rongga abdomen.

Menurut Asri Hidayat (2010), Pendarahan dianggap patologis bila melebihi 500cc, terdiri dari: pelepasan plasenta, pengeluaran plasenta.

Menurut Sumarah (2009), Pemeriksaan perlepasan plasenta terdiri dari:

1. Kustner : tali pusat diregangkan dengan tangan kanan, tangan kiri menekan atas symphysis. Penilaian:
 - a. Tali pusat masuk berarti belum lepas.
 - b. Tali pusat bertambah panjang atau tidak masuk berarti lepas.

Pengawasan pendarahan

- a. Selama hamil aliran darah ke uterus 500-800 ml/menit.
- b. Uterus tidak kontraksi dapat menyebabkan kehilangan darah sebanyak 3.500-500 ml.
- c. Kontraksi uterus akan menekan pembuluh darah uterus diantara anyaman miometrium.

3. Menejemen aktif kala III

Menurut Asri Hidayat (2010), menejemen aktif kala III sebagai berikut:

- a. Jepit dan gunting tali pusat sedini mungkin.
- b. Memberikan oksitsin.
- c. Lakukan peregangan tali pusat (PTT).
- d. Masase fundus.

D. Kala IV

Kala IV adalah pengawasan selama 1-2 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap perdaraha postpartum (Kuswanti, 2014). Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan observasi karena perdarahan *postpartum* paling cepat terjadi pada 2 jam pertama. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikataka normal adalah 250 cc, biasanya 100-300 cc. Jika perdarahan lebih dari 500 cc, maka sudah dianggap abnormal. Sebelum pergi meninggalkan ibu yang baru melahirkan, periksa ulang terlebih dahulu dan perhatikan 7 hal penting menurut (Sondakh, 2013):

1. Kontraksi rahim: baik atau tidaknya diketahui dengan pemeriksaan palpasi.
2. Perdarahan: ada atau tidak, banyak atau biasa.
3. Kandung kemih: harus kosong, jika penuh ibu dianjurkan berkemih dan jika tidak bisa lakukan kateter.
4. Luka-luka: jahitan baik atau tidak baik, ada perdarahan atau tidak.

5. Plasenta dan selaput ketuban harus lengkap.
6. Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernapasan, dan masalah lain.
7. Bayi dalam keadaan baik.

2.2.9 Standar Pelayanan Kebidanan pada Persalinan Menurut Purwoastuti dan Walyani (2015)

1. Standar 9: Asuhan Persalinan Kala I. bertujuan untuk memberikan pelayanan kebidanan yang memadai dalam mendukung pertolongan persalinan yang bersih dan aman untuk ibu dan bayi. Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai, dengan memperhatikan kebutuhan klien selama proses persalinan berlangsung.
2. Standar 10: Persalinan Kala II yang Aman. Bertujuan untuk memastikan persalinan yang bersih dan aman untuk ibu dan bayi. Menggunakan dan mengurangi kejadian perdarahan pasca persalinan, memperpendek dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap.
3. Standar 11: Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala III. Bertujuan membantu secara aktif mengeluarkan plasenta dan selaput ketuban secara lengkap untuk mengurangi kejadian perdarahan pasca persalinan, memperpendek kala tiga, mencegah atonia uteri dan retensio plasenta. Bidan melakukan penegangan tali pusat dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap.
4. Standar 12: Penanganan Kala II dengan Gawat Janin Melalui Episiotomi. Bertujuan untuk mempercepat persalinan dengan melakukan episiotomi jika ada tanda gawat janin pada saat kepala janin meregangkan perineum. Bidan mengenali secara tepat tanda-tanda gawat janin pada kala II yang lama, dan segera melakukan episiotomi dengan aman untuk memperlancar persalinan, diikuti dengan penjahitan perineum.

2.2.10 Patograf

1. Pengertian partograf:

Menurut Kuswanti (2014), partograf merupakan alat bantu yang digunakan untuk menentukan kemajuan kala I persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Partograf dimulai pembukaan 4 cm (fase aktif). Fungsi partograf

menurut Kuswanti (2014) yaitu untuk mendeteksi secara dini terhadap kemungkinan adanya penyulit persalinan sehingga bidan dapat membuat keputusan tindakan yang tepat. Beberapa hal yang harus dicatat untuk mengetahui kondisi ibu dan janin sebagai berikut:

- a) Denyut jantung janin, catat setiap 1 jam.
- b) Air ketuban, catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan dalam.
- c) Perubahan bentuk kepala janin (*molding* atau *molase*).
- d) Pembukaan serviks dan dinilai setiap 4 jam dan diberitanda (X).
- e) Penurunan, mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba pada pemeriksaan abdomen diatas simfisis pubis.
- f) Waktu, menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima.
- g) Jam, catat jam sesungguhnya.
- h) Kontraksi, catat setiap setengah jam.
- i) Oksitosin, jika memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan infus per menit.
- j) Obat yang diberikan. Catat semua obat yang diberikan.
- k) Nadi. Catatlah setiap 30-60 menit.
- l) Tekanan darah. Catatlah setiap 4 jam
- m) Suhu badan. Catat setiap 2 jam.
- n) Protein, aseton, dan volume urine. Catatlah setiap ibu berkemih.
- o) Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan-tindakan yang dilakukan sejak persalinan pada kala I hingga kala IV.

2.3 Konsep Dasar Masa Nifas

2.3.1 Pengertian

Masa nifas (*puerperium*) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu (Rukiyah, dkk, 2012).

Masa nifas (*peurperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, Masa nifas atau post partum disebut juga *peurperium* yang berasal dari bahasa lain yaitu dari kata "*Puer*" yang artinya bayi dan "*Parous*" berarti melahirkan. Nifas yaitu darah yang keluar dari

rahim karena sebab melahirkan atau setelah melahirkan (Sari dan Rimandini, 2014).

Masa nifas atau masa *puerperium* atau masa postpartum adalah mulai setelah partus selesai, dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu. Akan tetapi, seluruh otot genitalia baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan (Astutik, 2015).

2.3.2 Periode Masa Nifas

Menurut Maryunani (2015) Masa nifas dibagi dalam 3 periode, yaitu :

a. *Puerperium dini (Periode Immediate Postpartum)*

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Masa segera setelah plasenta lahir sampai kepulihan dimana ibu sudah diperbolehkan mobilisasi jalan. Masa pulih/kepuhian dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

b. *Puerperium intermedial (Periode Early Postpartum 24 jam-1 minggu)*

Masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu. Peran bidan pada masa ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan serta ibu dapat menyusui bayinya dengan baik.

c. *Remote puerperium (Periode Late Postpartum, 1 minggu-5 minggu)*

Adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Masa ini bisa berlangsung 3 bulan bahkan lebih.

2.3.3 Perubahan-perubahan Fisiologis Masa Nifas

Menurut Vivian Nanny (2011) perubahan fisiologis masa nifas meliputi:

a. Perubahan uterus

Pada uterus terjadi involusi. Proses involusi adalah proses kembalinya uterus ke dalam keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Pada tahap ketiga persalinan, uterus berada digaris tengah, kira-kira 2 cm dibawah umbilicus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis. Pada saat ini, besar uterus kira-kira sama besar uterus sewaktu usia kehamilan 16 minggu dan beratnya kira-kira 100 gram.

Dalam waktu 12 jam, tinggi fundus uteri mencapai kurang lebih 1 cm di atas umbilicus. Dalam beberapa hari kemudian, perubahan involusi berlangsung dengan cepat. Fundus turun kira-kira 1-2 cm setiap 24 jam. Pada hari postpartum keenam fundus normal akan berada di pertengahan antara umbilicus dan simfisis pubis. Uterus tidak bisa dipalpasi pada abdomen pada hari ke-9 postpartum.

b. Pengeluaran lokia

Dengan adanya involusi uterus, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Campuran antara darah dan desidua tersebut dinamakan lokia, yang biasanya berwarna merah muda atau putih pucat.

Lokia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkali yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Sekret mikroskopis lokia terdiri atas eritrosit, peluruhan desidua, sel epitel, dan bakteri. Lokia mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lokia dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya di antaranya sebagai berikut:

1) Lokia rubra (*cruenta*)

Lokia ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum. Sesuai dengan namanya, warnanya merah mengandung darah dari perobekan/luka pada plasenta dan serabut dari desidua dan chorion. Lokia ini terdiri atas sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, dan sisa darah.

2) Lokia sanguinolenta

Lokia ini berwarna merah kuning berisi darah dan lendir karena pengaruh plasma darah, pengeluarannya pada hari ke 3-5 postpartum.

3) Lokia serosa

Lokia ini muncul pada hari ke 5-9 postpartum. Biasanya berwarna kekuningan atau kecoklatan. lokia ini terdiri atas lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri atas leukosit dan robekan laserasi plasenta.

4) Lokia alba

Lokia ini muncul lebih dari hari ke-10 postpartum. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan, serta lebih banyak mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati.

Bila pengeluaran lokia tidak lancar, maka disebut *lochiastasis*. Jika lokia tetap berwarna merah setelah 2 minggu ada kemungkinan tertinggalnya sisa plasenta atau karena involusi yang kurang sempurna yang sering disebabkan retroflexio uteri. Lokia mempunyai karakteristik bau yang tidak sama dengan sekret menstrual. Bau yang paling kuat pada lokia serosa dan harus dibedakan juga dengan bau yang menandakan infeksi.

c. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan sebelum hamil dan vagina secara berangsur-angsur akan kembali sementara labia menjadi lebih menonjol (Astutik, 2015).

d. Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada masa nifas hari ke 5, tonus otot perineum sudah kembali seperti keadaan sebelum hamil, walaupun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan. Untuk mengembalikan tonus otot perineum, maka pada masa nifas perlu dilakukan senam kegel. Pada saat melahirkan biasanya sering terjadi luka perineum. Luka perineum adalah luka pada bagian perineum karena adanya robekan pada jalan lahir baik karena ruptur maupun tindakan episiotomi pada waktu melahirkan janin. (Walyani, Purwoastuti, 2015: 107)

e. Payudara/Laktasi

Payudara atau mammae adalah kelenjar yang terletak dibawah kulit, diatas otot dada. Secara makroskopis, struktur payudara terdiri dari korpus (badan), areola dan papilla atau puting. Fungsi dari payudara adalah memproduksi susu (air susu ibu) sebagai nutrisi bagi bayi. Sejak kehamilan trimester pertama kelenjar mammae sudah dipersiapkan untuk menghadapi masa laktasi. Perubahan yang terjadi pada kelenjar mammae selama kehamilan adalah:

- 1) Proliferasi jaringan atau pembesaran payudara. Terjadi karena pengaruh hormon estrogen dan progesteron yang meningkat selama hamil,

merangsang duktus dan alveoli kelenjar mammae untuk persiapan produksi ASI.

- 2) Terdapat cairan yang berwarna kuning (kolostrum) pada duktus laktiferus. Cairan ini kadang-kadang dapat dikeluarkan atau keluar sendiri melalui puting susu saat usia kehamilan memasuki trimester ketiga.
- 3) Terdapat hipervaskularisasi pada permukaan maupun bagian dalam kelenjar mammae.

Setelah persalinan, estrogen dan progesteron menurun drastis sehingga dikeluarkan prolaktin untuk merangsang produksi ASI. ASI kemudian dikeluarkan oleh sel/otot halus disekitar kelenjar payudara yang mengkerut dan memeras ASI keluar, hormon oksitosin yang membuat otot-otot itu mengkerut (Heryani, 2012).

Selama kehamilan hormon prolaktin dari plasenta meningkat tetapi ASI belum keluar karena pengaruh hormon estrogen yang masih tinggi. Kadar estrogen dan progesteron akan menurun pada saat hari kedua atau ketiga pasca persalinan, sehingga terjadi sekresi ASI. Pada hari-hari pertama ASI mengandung banyak kolostrum, yaitu cairan agak berwarna kuning dan sedikit lebih kental dari ASI yang disekresi setelah hari ketiga postpartum (Maritalia, 2014).

Laktasi adalah keseluruhan proses menyusui mulai dari ASI diproduksi sampai proses bayi menghisap dan menelan ASI. Laktasi merupakan bagian integral dari siklus reproduksi mamalia termasuk manusia. Masa laktasi mempunyai tujuan meningkatkan pemberian ASI eksklusif dan meneruskan pemberian ASI sampai anak umur 2 tahun secara baik dan benar serta anak mendapatkan kekebalan tubuh secara alami (Mulyani, 2013)

Laktasi atau menyusui mempunyai dua pengertian, yaitu produksi dan pengeluaran ASI. Produksi ASI (Prolaktin) Payudara mulai dibentuk sejak embrio berumur 18-19 minggu. Pembentukan tersebut selesai ketika mulai menstruasi dengan terbentuknya hormon estrogen dan progesteron yang berfungsi untuk maturasi alveolus. Sementara itu, hormon prolaktin berfungsi untuk produksi ASI selain hormon lain seperti insulin, tiroksin, dan lainlain. Selama hamil hormon prolaktin dari plasenta meningkat, tetapi ASI biasanya belum keluar karena masih dihambat oleh kadar estrogen yang tinggi. Pada hari kedua atau ketiga pasca persalinan, kadar estrogen dan progesteron turun drastis, sehingga pengaruh prolaktin lebih dominan dan saat itu sekresi ASI semakin lancar. Terdapat dua refleks pada ibu yang sangat penting dalam proses laktasi, yaitu reflex prolaktin

dan refleks aliran yang timbul akibat perangsangan puting susu oleh hisapan bayi (Yanti, Sundawati, 2014). Refleks prolaktin, sebagaimana dijelaskan sebelumnya, puting susu berisi banyak ujung saraf sensoris. Bila saraf tersebut dirangsang, timbul impuls yang menuju hipotalamus, yaitu selanjutnya ke kelenjar hipofisis anterior sehingga kelenjar ini mengeluarkan hormon prolaktin. Hormon tersebut yang berperan dalam produksi ASI di tingkat alveoli. Refleks prolaktin muncul setelah menyusui dan menghasilkan susu untuk proses menyusui berikutnya. Prolaktin lebih banyak dihasilkan pada malam hari dan dipahami bahwa makin sering rangsangan penyusuan, makin banyak ASI yang dihasilkan. Refleks aliran (*let down reflex*) bersamaan dengan pembentukan prolaktin oleh hipofisis anterior, rangsangan yang berasal dari isapan bayi dilanjutkan ke hipofisis posterior yang kemudian dikeluarkan oksitosin. Kontraksi dari sel akan memeras air susu yang telah terbuat, keluar dari alveoli dan masuk ke sistem duktus dan selanjutnya mengalir melalui duktus laktiferus masuk ke mulut bayi.

Faktor-faktor yang meningkatkan *let down* adalah dengan melihat bayi, mendengarkan suara bayi, mencium bayi, memikirkan untuk menyusui bayi. Faktor-faktor yang menghambat refleks *let down* adalah stress, seperti keadaan bingung/pikiran kacau, takut dan cemas (Yanti, Sundawati, 2014).

Sedangkan pengeluaran ASI (Oksitosin) yaitu hormone yang berfungsi memacu kontraksi otot polos yang ada di dinding alveolus dan dinding saluran, sehingga ASI di pompa keluar. Refleks oksitosin bekerja sebelum atau setelah menyusui untuk menghasilkan aliran air susu dan menyebabkan kontraksi uterus. Semakin sering menyusui, semakin baik pengosongan alveolus dan saluran sehingga semakin kecil kemungkinan terjadi bendungan susu sehingga proses menyusui makin lancar. Saluran ASI yang mengalami bendungan tidak hanya mengganggu penyusuan, tetapi menyebabkan kerentanan terhadap infeksi. Oksitosin juga memacu kontraksi otot rahim sehingga involusi rahim semakin cepat dan baik. Tidak jarang, perut ibu terasa sangat mules pada hari-hari pertama menyusui dan hal ini merupakan mekanisme alamiah untuk rahim kembali ke bentuk semula (Roito H, dkk, 2013).

2.3.4 Perubahan psikologis masa nifas

Perubahan psikologis masa nifas menurut Walyani dan Purwoastuti (2015) yaitu :

- a. Taking in (1-2 hari post partum)

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

b. Taking hold (3-10 hari post partum)

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

c. Letting go

Fase letting go merupakan periode menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai orangtua, fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan.

2.3.5 Tanda bahaya masa nifas

Menurut Maryunani (2015), ada beberapa tanda bahaya yang harus diperhatikan oleh bidan/tenaga kesehatan atau ibu sendiri, yaitu :

- a. Demam ($>37,5^{\circ}\text{C}$). Menurut teori Sari dan Rimandini (2014), 24 jam postpartum, suhu badan akan naik sedikit ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan. Apabila keadaan normal, suhu badan menjadi biasa yaitu $36,5$ - $37,5^{\circ}\text{C}$.
- b. Perdarahan aktif dari jalan lahir. Dalam hal ini, perdarahan pervagina yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak sekitar 500 cc atau lebih dari traktus genitalia setelah melahirkan.
- c. Bekuan darah yang banyak.
- d. Muntah.
- e. Rasa sakit waktu Buang Air Kecil/berkemih.
- f. Pusing atau sakit kepala yang terus menerus atau masalah penglihatan.
- g. Lochea berbau, yakni pengeluaran dari vagina yang baunya menusuk.
- h. Sakit perut yang hebat/rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung dan nyeri ulu hati.
- i. Merasa sangat letih atau nafas terengah-engah.
- j. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya atau diri sendiri.
- k. Pembengkakan
 - 1) Pembengkakan di wajah dan di tangan
 - 2) Rasa sakit, merah dan bengkak di kaki.

- l. Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama.
- m. Sulit dalam menyusui atau payudara yang berubah menjadi merah panas dan terasa sakit.

2.3.6 Inovasi untuk Penyembuhan Luka Perineum

a. Telur Rebus Terhadap percepatan Penyembuhan Luka Perineum

1) Luka Perineum

A. Pengertian Luka Perineum

Luka perineum adalah luka pada bagian perineum karena adanya robekan pada jalan lahir baik karena ruptur maupun tindakan episiotomi pada waktu melahirkan janin. (Walyani, Purwoastuti, 2015: 107)

Dalam persalinan akan terjadi perlukaan pada perineum baik itu karena robekan spontan maupun episiotomi. Di Indonesia luka perineum dialami oleh 75% ibu melahirkan pervaginam. Luka perineum merupakan perlukaan pada diafragma urogenitalis dan muskulus levator ani, yang terjadi pada waktu persalinan normal atau persalinan dengan alat dapat terjadi tanpa luka pada kulit perineum atau pada vagina sehingga tidak kelihatan dari luar, sehingga dapat melemahkan dasar pinggul dan mudah terjadi prolaps genetalia (Rukiyah; Yulianti, 2014: 361).

Infeksi perineum merupakan salah satu komplikasi yang dialami oleh ibu post partum dan dapat menyebabkan ketidaknyamanan selama fase nifas. Prevalensi infeksi perineum saat ini belum didokumentasikan dengan baik. Ibu yang melakukan persalinan secara normal dapat mengalami infeksi perineum. Faktor resiko terjadinya infeksi perineum adalah penyembuhan luka perineum yang lama. Perlukaan jalan lahir dapat terjadi di vulva, vagina, servik, dan uterus diantaranya adalah robekan pada perineum. Robekan tersebut dapat terjadi secara spontan maupun disengaja dengan episiotomi. Episiotomi adalah insisi perineum untuk melebarkan orifisium vulva pada saat melahirkan bayi. Luka pada perineum tidak mudah untuk dijaga agar tetap bersih dan kering, pengamatan dan perawatan khusus diperlukan untuk menjamin agar bagian tersebut cepat sembuh.

B. Jenis Luka Perineum

Jenis luka perineum setelah melahirkan ada 2 macam, yaitu:

1. Ruptur

Ruptur adalah luka pada perineum yang diakibatkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karena proses desakan kepala janin atau bahu pada saat proses

persalinan. Banyak ruptur biasanya tidak teratur sehingga jaringan yang robek sulit dilakukan penjahitan (Walyani; Purwoastuti, 2015: 107).

2. Episiotomi

Episiotomi adalah tindakan insisi pada perineum yang menyebabkan terpotongnya selaput lender vagina cincin selaput darah, jaringan pada septum rektovaginal, otot-otot dan pasiperineum dan kulit sebelah depan perineum (Walyani; Purwoastuti, 2015: 107). Indikasi untuk melakukan tindakan episiotomi dapat timbul dari pihak ibu maupun pihak janin:

a) Indikasi janin

Sewaktu melahirkan janin prematur, tujuannya untuk mencegah terjadinya trauma yang berlebihan pada kepala janin. Sewaktu melahirkan janin letak sungsang, melahirkan janin dengan cunam, ekstraksi vakum, dan janin besar.

b) Indikasi ibu

Apabila terjadi peregangan perineum yang berlebihan sehingga ditakuti akan terjadi robekan perineum, umpama pada primipara, persalinan sungsang, persalinan dengan cunam, ekstraksi vakum, dan anak besar (Wiknjosastro, 2005: 171).

C. Klasifikasi Laserasi Perineum

Robekan perineum dibagi menjadi 4 derajat, yaitu:

1. Derajat I yaitu robekan yang terjadi pada bagian mukosa vagina, *fourchette posterior*, dan kulit perineum. Robekan derajat I tidak perlu dilakukan penjahitan jika tidak ada perdarahan dan aposisi luka baik.
2. Derajat II yaitu robekan yang terjadi pada bagian mukosa vagina, *fourchette posterior*, kulit perineum, dan otot perineum. Robekan derajat II perlu dilakukan penjahitan.
3. Derajat III yaitu robekan yang terjadi pada bagian mukosa vagina, *fourchette posterior*, kulit perineum, otot perineum, dan sfingter ani eksterna. Robekan derajat III jika penolong asuhan persalinan normal (APN) tidak dibekali keterampilan untuk reparasi laserasi perineum derajat tiga maka segera rujuk ke fasilitas rujukan.
4. Derajat IV yaitu robekan yang terjadi pada bagian mukosa vagina, *fourchette posterior*, kulit perineum, otot perineum, sfingter ani eksterna, dan dinding rektum anterior. Robekan derajat IV jika penolong asuhan persalinan normal

(APN) tidak dibekali keterampilan untuk reparasi laserasi perineum derajat empat maka segera rujuk ke fasilitas rujukan (Indrayani; Djami, 2016: 460).

D. Etiologi

Luka Perineum terjadi disebabkan dari beberapa faktor baik dari ibu, janin, dan penolong persalinan. Berikut faktor–faktor yang menyebabkan terjadinya lukaperineum:

- 1) Faktor-faktor maternal
 - a. Partus presipitatus yang tidak dikendalikan dan tidak ditolong.
 - b. Pasien tidak mampu berhenti mengejan.
 - c. Partus diselesaikan secara tergesa-gesa dengan dorongan fundus yang berlebihan.
 - d. Edema dan kerapuhan pada perineum.
 - e. Varikosis vulva yang melemahkan jaringan perineum.
 - f. Perluasan episiotomi.
 - g. Arcus pubis sempit dengan pintu bawah panggul yang sempit pula sehingga menekan kepala bayi ke arah posterior.
- 2) Faktor-faktor bayi
 - a. Bayi yang besar
 - b. Posisi kepala yang abnormal
 - c. Kelahiran bokong
 - d. Ekstraksi forseps yang sukar
 - e. Distosia bahu
 - f. Anomali kongenital, seperti *hidrocephalus* (Oxorn; Forte, 2010: 451-452).
- 3) Faktor Penolong Persalinan

Penolong persalinan adalah seseorang yang berwenang dalam memberikan asuhan persalinan. Pemimpin persalinan merupakan salah satu penyebab terjadinya robekan perineum, sehingga sangat diperlukan kerjasama antara ibu dan penolong agar dapat mengatur ekspulsi kepala, bahu dan seluruh tubuh bayi untuk mencegah laserasi (Fatimah; Lestari, 2019: 163).

E. Proses Penyembuhan Luka

Penyembuhan luka adalah suatu kualitas dari kehidupan jaringan, hal ini juga berhubungan dengan regenerasi jaringan (Johnson; Tylor, 2015). Fase penyembuhan luka meliputi tiga fase, yaitu:

1) Fase *Inflammatory*

Fase *inflammatory* (fase peradangan) dimulai setelah pembedahan dan berakhir pada hari ke 3-4 pascaoperasi. Terdapat 2 tahap dalam fase ini, yang pertama hemostasis merupakan proses untuk menghentikan perdarahan, yakni kontraksi yang terjadi pada pembuluh darah akan membawa platelet yang membentuk matriks fibrin yang berguna untuk mencegah masuknya organisme infeksius, luka akan mengalami sindrom adaptasi lokal untuk membentuk tekanan yang besar. Fase kedua pada tahap ini yaitu fagositosis, memproses hasil dari konstruksi pembuluh darah yang berakibat terjadinya pembekuan darah berguna untuk menutupi luka dengan diikuti vasoliditasi darah putih untuk menyerang luka, menghancurkan bakteri dan debris. Proses ini berlangsung kurang lebih 24 jam setelah luka beberapa dari fagosit (makrofag) masuk ke bagian luka yang kemudian mengeluarkan angiogenesis dan merangsang pembentukan kembali anak epitel pada akhir pembuluh darah.

2) Fase *Proliferative*

Fase *proliferative* atau fase fibroplasia dimulai pada hari ke 3-4 dan berakhir pada hari ke-21. Fase *proliferative* terjadi proses yang menghasilkan zat-zat penutup tepi luka bersamaan dengan terbentuknya jaringan granulasi yang akan membuat seluruh permukaan luka tertutup oleh epitel. *Fibroblast* secara cepat memadukan kolagen dan substansi dasar akan membentuk perbaikan luka. Selanjutnya, pembentukan lapisan tipis epitel akan melewati luka dan aliran darah didalamnya, kemudian pembuluh kapiler akan melewati luka (kapilarisasi tumbuh) dan membentuk jaringan baru yang disebut granulasi jaringan, yakni adanya pembuluh darah, kemerahan, dan mudah berdarah.

3) Fase Maturasi

Fase maturasi atau fase remodeling yang dimulai pada hari ke-21 dan dapat berlanjut hingga 1-2 tahun pasca terjadinya luka. Pada fase ini, terjadi proses pematangan, yaitu jaringan yang berlebih akan kembali diserap dan membentuk kembali jaringan yang baru. Kolagen yang tertimbun dalam luka akan diubah dan membuat penyembuhan luka lebih kuat, serta lebih mirip jaringan. Kolagen baru akan menyatu dan menekan pembuluh darah dalam penyembuhan luka, sehingga bekas luka menjadi rata, tipis, dan membentuk garis putih (Fatimah; Lestari, 2019: 27-28).

F. Kriteria Penyembuhan Luka

Penyembuhan luka perineum adalah mulai membaiknya luka perineum dengan terbentuknya jaringan-jaringan baru menutupi luka perineum dalam jangka waktu 6-7 hari. Kriteria penilaian penyembuhan luka menurut Hamilton (2002), yaitu:

- 1) Baik, jika luka kering, perineum menutup dan tidak ada tanda infeksi (merah, bengkak, panas, nyeri, fungsioliosa).
- 2) Sedang, jika luka basah, perineum menutup, tidak ada tanda-tanda infeksi (merah, bengkak, panas, nyeri, fungsioliosa).
- 3) Buruk, jika luka basah, perineum menutup/membuka, dan ada tanda-tanda infeksi (merah, bengkak, panas, nyeri, fungsioliosa) (Nurafifah, 2016: 118).

Menurut Smeltzer (2005) lama penyembuhan luka perineum terdiri dari:

- 1) Cepat (jika luka perineum sembuh dalam waktu 1-6 hari) penutupan luka baik, jaringan granulasi tidak tampak, pembentukan jaringan parut minimal.
- 2) Normal (jika luka perineum sembuh dalam waktu 7-14 hari) penutupan luka baik, jaringan granulasi tidak tampak, pembentukan jaringan parut minimal, akan tetapi waktu lebih lama.
- 3) Lama (jika luka perineum sembuh dalam waktu ≥ 14 hari) tepi luka tidak saling rapat, proses perbaikan kurang, kadang disertai adanya pus dan waktu penyembuhan lebih lama (Ma'rifah; Pratiwi, 2018).

G. Faktor yang Mempengaruhi Proses Penyembuhan Luka

Faktor-faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka perineum, yaitu:

- 1) Budaya dan Keyakinan

Budaya dan keyakinan mempengaruhi penyembuhan luka perineum, misalnya kebiasaan pantangan mengkonsumsi telur, ikan, dan daging ayam, akan mempengaruhi asupan gizi ibu yang akan sangat mempengaruhi penyembuhan luka (Rukiyah; Yulianti, 2014: 363). Masih banyak digunakan ramuan peninggalan nenek moyang untuk perawatan pascapersalinan, meskipun oleh masyarakat modern (Fatimah; Lestari, 2019: 71)

- 2) Pengetahuan ibu

Pengetahuan ibu tentang perawatan pada masa nifas sangat menentukan lama penyembuhan luka perineum. Semakin kurang pengetahuan ibu, terlebih masalah kebersihan maka penyembuhan luka akan berlangsung lama. Banyak

ibu pascapersalinan merasa takut untuk memegang kemaluannya sendiri, sehingga saat melakukan *vulva hygiene* menjadi kurang bersih, jika ada luka pada perineum akan bertambah parah dan dapat menyebabkan infeksi (Fatimah; Lestari, 2019: 72).

3) Sarana dan prasarana

Sarana dan prasarana dalam perawatan perineum mempengaruhi penyembuhan luka perineum, misalnya kemampuan ibu dalam menyediakan antiseptik (Fatimah; Lestari, 2019: 72).

4) Penanganan petugas

Selama proses persalinan memerlukan pembersihan atau pencegahan infeksi dengan tepat oleh penanganan petugas kesehatan, hal ini merupakan salah satu penyebab yang dapat menentukan lama penyembuhan luka perineum (Fatimah; Lestari, 2019: 72).

5) Gizi atau nutrisi

Makanan yang bergizi dan seimbang akan membantu mempercepat masa penyembuhan luka (Fatimah; Lestari, 2019: 72). Klien memerlukan diet kaya protein, karbohidrat, lemak, vitamin A dan C, serta mineral seperti Fe dan Zn (Fatimah; Lestari, 2019: 29). Faktor gizi terutama protein akan sangat mempengaruhi terhadap penyembuhan luka karena protein dapat membantu penggantian jaringan (Rukiyah; Yulianti, 2014: 362).

6) Usia

Usia merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka, penyembuhan luka pada usia muda lebih cepat dari pada orang tua. Orang yang sudah lanjut usia, tubuh lebih sering terkena penyakit kronis, penurunan fungsi hati bisa mengganggu sintesis dari faktor pembekuan darah, yang mengakibatkan penyembuhan luka akan terganggu dan berlangsung lama (Fatimah; Lestari, 2019:29).

7) Perawatan Luka Perineum

Kebersihan diri yang kurang dapat memperlambat penyembuhan, hal ini dapat menyebabkan adanya benda asing seperti debu dan kuman. Benda asing tersebut dapat menyebabkan pengelupasan jaringan yang luas akan memperlambat penyembuhan luka.

Perawatan luka yang tidak benar dapat memperlambat penyembuhan luka dan menimbulkan infeksi. Perawatan luka dengan kasar dan salah dapat mengakibatkan kapiler darah baru rusak dan mengalami perdarahan.

Kemungkinan terjadi infeksi karena perawatan tidak benar dan dapat meningkatkan tumbuhnya bakteri pada luka. Perawatan luka dilakukan dengan baik, proses penyembuhan luka akan lebih cepat (Fatimah; Lestari, 2019:73). Luka yang kotor harus dicuci bersih, perawatan perineum dapat dilakukan dengan pengobatan farmakologis dan non farmakologis. Penggunaan terapi non farmakologis dapat dilakukan dengan banyak hal contohnya menggunakan air rebusan daun binahong dan air rebusan daun jambu biji. Kandungan dalam daun binahong antara lain flavanoid, asam oleanolik, protein, asam askrobat dan saponin sangat membantu dalam penyembuhan luka (Mardiana, 2013: 97-98). Daun jambu biji memiliki kandungan alkaloid, saponin, tanin, dan flavanoid yang dapat membantu mempercepat penyembuhan luka (Abshor; Basuki, 2019: 106).

8) Aktivitas

Ibu pascapersalinan perlu menghindari aktivitas yang melelahkan karena masih dalam proses penyembuhan (*recovery*). Aktivitas yang berat dan berlebih menghambat perapatan tepi luka, sehingga mengganggu penyembuhan luka (Fatimah; Lestari, 2019:73).

9) Infeksi

Infeksi menyebabkan peningkatan inflamasi dan nekrosis yang dapat menghambat penyembuhan luka (Ruth; Wendy, 2015 dalam Fatimah; Lestari, 2019: 73).

10) Keturunan

Sifat genetik mempengaruhi kemampuan dalam penyembuhan luka, misalnya kemampuan dalam sekresi insulin dapat dihambat menyebabkan gula darah meningkat, sehingga terjadi penipisan protein-kalori (Rukiyah; Yulianti, 2014: 362).

11) Obat-obatan

Obat anti inflamasi (steroid dan aspirin), heparin, dan antineoplasmikakan mempengaruhi proses penyembuhan luka. Seseorang yang sudah menggunakan antibiotik rentan terkena infeksi (Fatimah; Lestari, 2019: 30).

12) Diabetes melitus

Penyakit diabetes melitus (DM) yaitu terhambatnya sekresi insulin yang mengakibatkan peningkatan glukosa darah dan nutrisi tidak dapat masuk ke dalam sel, akibatnya akan terjadi penurunan protein-kalori tubuh (Fatimah; Lestari, 2019: 30).

2) Telur Rebus

Dalam jurnal penelitian Henny Novita (2017) Pengaruh konsumsi telur rebusan terhadap percepatan penyembuhan luka, jurusan kebidanan Poltekkes Kemenkes Jakarta I. Metode penelitian ini menggunakan Quasi Eksperimen, Analisa menggunakan chi square, Terdapat pengaruh konsumsi telur rebus ayam negeri terhadap penyembuhan luka perineum pada ibu nifas di Puskesmas Wilayah Tangerang Selatan.

Dalam persalinan akan terjadi perlukaan pada perineum baik itu karena robekan spontan maupun episiotomi. Di Indonesia luka perineum dialami oleh 75% ibu melahirkan pervaginam.

Infeksi perineum merupakan salah satu komplikasi yang dialami oleh ibu post partum dan dapat menyebabkan ketidaknyamanan selama fase nifas. Prevalensi infeksi perineum saat ini belum didokumentasikan dengan baik. Ibu yang melakukan persalinan secara normal dapat mengalami infeksi perineum. Faktor resiko terjadinya infeksi perineum adalah penyembuhan luka perineum yang lama. Perlukaan jalan lahir dapat terjadi di vulva, vagina, servik, dan uterus diantaranya adalah robekan pada perineum. Robekan tersebut dapat terjadi secara spontan maupun disengaja dengan episiotomi. Episiotomi adalah insisi perineum untuk melebarkan orifisium vulva pada saat melahirkan bayi. Luka pada perineum tidak mudah untuk dijaga agar tetap bersih dan kering, pengamatan dan perawatan khusus diperlukan untuk menjamin agar bagian tersebut cepat sembuh. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi perawatan perineum antara lain gizi, obat-obatan, keturunan, sarana dan prasarana, budaya dan keyakinan. Faktor gizi terutama protein sangat mempengaruhi proses penyembuhan luka perineum karena protein mempunyai fungsi khas yang tidak dapat digantikan oleh zat gizi lain, yaitu pertumbuhan, pemeliharaan jaringan tubuh, dan perbaikan jaringan. Protein yang bermutu tinggi, banyak terdapat pada protein hewani seperti daging, ikan, dan telur.

Telur merupakan jenis lauk pauk protein hewani yang murah, mudah ditemukan, ekonomis dan salah satu makanan paling padat nutrisi. Kandungan nutrisi telur utuh mengandung lebih dari 90% kalsium dan zat besi, satu telur mengandung 6 gram protein berkualitas dan 9 asam amino esensial. Nutrisi yang baik akan memfasilitasi penyembuhan dan menghambat atau bahkan menghindari keadaan malnutrisi. Zat besi dapat menggantikan darah yang hilang, sedangkan protein merupakan zat yang bertanggung jawab sebagai blok

pembangun otot, jaringan tubuh, serta jaringan tulang, namun tak dapat disimpan oleh tubuh, maka untuk menyembuhkan luka memerlukan asupan protein setiap hari. Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh konsumsi telur rebus terhadap lama penyembuhan luka perineum pada ibu nifas di Puskesmas Wilayah Tangerang Selatan.

Adapun telur rebus yang dimakan ibu nifas 1 butir sehari dari setelah bersalin sampai 7 hari. Banyak faktor yang mempengaruhi penyembuhan luka perineum antara lain gizi, tradisi, personal hygiene, lingkungan, pengetahuan, dan cara perawatan. Menurut Ma'rifah Pratiwi (2018) lama penyembuhan luka perineum terdiri dari cepat yaitu jika luka perineum sembuh dalam waktu 1-6 hari, penutupan luka baik, jaringan granulasi tidak tampak, pembentukan jaringan parut minimal. Normal yaitu jika luka perineum sembuh dalam waktu 7-14 hari, penutupan luka baik, jaringan granulasi tidak tampak, pembentukan jaringan parut minimal akan tetapi waktu lebih lama. Lama yaitu jika luka perineum sembuh dalam waktu ≥ 14 hari, tepi luka tidak saling merapat, proses perbaikan kurang, kadang disertai adanya pus dan waktu penyembuhan lebih lama. Pada penelitian ini, konsumsi makanan protein hewani seperti telur adalah salah satu faktor penentu dalam proses penyembuhan luka perineum. Proses penyembuhan luka perineum akan melalui beberapa tahapan yaitu inflamasi, proliferasi, dan maturasi (Hendro, 2008). Banyak faktor yang berperan dalam kesembuhan luka perineum. Menurut (Harmono, 2008) salah satu faktor yang berpengaruh adalah status gizi, hal ini berkaitan dengan proses penyembuhan luka perineum yang memang memerlukan zat-zat metabolisme salah satunya yaitu protein.

2.4 KONSEP DASAR BAYI BARU LAHIR NORMAL

2.4.1 Pengertian

Bayi baru lahir (Neonatus) adalah bayi yang baru lahir mengalami proses kelahiran, berusia 0 -28 hari, BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturase, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan (ekstrauterain) dan toleransi bagi BBL utuk dapat hidup dengan baik (Marmi, 2015).

Seorang bayi adalah makhluk hidup yang belum lama lahir sampai umur 1 tahun, namun tidak ada batasan pasti. Pada masa ini manusia sangat lucu dan menggemaskan tetapi juga rentan terhadap kematian (Jaya, 2016). Bayi baru

lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37-42 minggu dan berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram (Vidia, 2016).

Berdasarkan teori di atas dapat di simpulkan bahwa bayi baru lahir merupakan bayi yang lahir dengan usia kehamilan aterm, dengan berat badan 2500-4000 gram, dan apgar skor > 7 tanpa cacat bawaan.

2.4.2 Tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir Normal

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

Beberapa tujuan asuhan bayi baru lahir antara lain :

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

2.4.3 Tatalaksana Bayi Baru Lahir

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

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

- b. Asuhan bayi baru lahir dengan komplikasi dilaksanakan satu ruangan dengan ibunya atau ruangan khusus.
- c. Pada proses persalinan, ibu dapat didampingi suami.
- d. Asuhan bayi baru lahir pada 6 jam sampai 28 hari

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

Menurut Sari (2014), Pemantauan bayi pada jam pertama setelah lahir yang dinilai meliputi kemampuan menghisap kuat atau lemah, bayi tampak aktif atau lunglai, bayi kemerahan atau biru, yang menjadi penilaian terhadap

ada tidaknya masalah kesehatan yang memerlukan tindakan lanjut, diantaranya :

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

2.4.4 Pencegahan kehilangan panas

a. Mekanisme kehilangan panas.

Bayi baru lahir dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara-cara berikut :

1) Konduksi

Konduksi adalah pemindahan panas dari suatu objek ke objek lain melalui kontak langsung. Melalui proses ini, panas dari tubuh bayi berpindah ke objek lain yang lebih dingin yang bersentuhan langsung dengan kulit bayi. Meja, tempat tidur, atau timbangan yang suhunya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap tubuh bayi melalui mekanisme konduksi apabila bayi di letakkan di atas benda - benda tersebut.

2) Konveksi

Hilangnya panas melalui konveksi terjadi ketika panas dari tubuh bayi berpindah ke udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang di lahirkan atau di tempatkan di dalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas.

3) Radiasi

Radiasi adalah perpindahan panas antara dua objek dengan suhu berbeda tanpa saling bersentuhan. Kehilangan panas melalui radiasi terjadi karena bayi di tempatkan di dekat benda – benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari pada suhu tubuh bayi.

4) Evaporasi

Evaporasi adalah proses perpindahan panas dengan cara mengubah cairan menjadi uap. Evaporasi merupakan jalan utama kehilangan panas. Kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada

permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri, karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan. (Purwoastuti, 2015).

b. Mencegah kehilangan panas

- 1) Keringkan bayi segera setelah bayi lahir untuk mencegah terjadinya evaporasi dengan menggunakan handuk atau kain (menyeka tubuh bayi juga termasuk rangsangan taktil untuk membantu memulai pernapasan).
- 2) Selimuti tubuh bayi dengan kain bersih dan hangat segera setelah mengeringkan tubuh bayi dan memotong tali pusat. Sebelumnya ganti handuk atau kain yang telah di gunakan untuk mengeringkan tubuh bayi. Kain basah di dekat bayi dapat menyerap panas tubuh bayi malalui radiasi.
- 3) Selimuti bagian kepala karena kepala merupakan permukaan tubuh yang relatif luas dan bayi akan dengan cepat kehilangan panas jika tidak di tutupi.
- 4) Anjurkan ibu untuk memeluk dan menyusui bayinya. Sebaiknya pemberian ASI harus dalam waktu 1 jam pertama kelahiran.
- 5) Tempatkan bayi di lingkungan yang hangat, yang paling ideal adalah bersama dengan ibunya agar menjaga kehangatan tubuh bayi, dan mencegah paparan infeksi pada bayi.
- 6) Jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir. Sebelum melakukan penimbangan, terlebih dahulu selimuti bayi dengan kain yang kering dan bersih. Berat badan bayi dapat di nilai dari selisih berat bayi di kurangi dengan kain selimut bayi yang di gunakan. Bayi sebaiknya di mandikan sedikitnya 6 jam setelah lahir. Sebelum di mandikan periksa bahwa suhu tubuh bayi stabil (suhu aksila antara $36,5^{\circ}\text{C}$ – $37,5^{\circ}\text{C}$), jika suhu tubuh bayi masih dibawah batas normal maka selimuti tubuh bayi dengan longgar, tutupi bagian kepala, tempatkan bersama dengan ibunya (skin to skin), tunda memandikan bayi sampai suhu tubuhnya stabil dalam waktu 1 jam (Rukiah, 2013).

2.4.5 Pencegahan Infeksi

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

eklampsia, diabetes mellitus, ibu mempunyai penyakit bawaan, kemungkinan bayi terkena infeksi yang berkaitan erat dengan:

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

2.4.6 Bounding Attachment

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

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

2.4.7 Macam-macam refleks pada bayi baru lahir

Tabel 2.3 Refleks Bayi Baru Lahir

No	Reflex	Respon Normal	Respon Abnormal
1	<i>Reflex rooting</i> (Mencari)	Pada bayi baru lahir menolehkan kepala kearah stimulus, membuka mulut, dan mulai menghisap bisa pipi, bibir, atau sudut mulut bayi disentuh dengan jari atau puting.	Respon yang lemah atau tidak ada respon terjadi pada premature, penurunan atau cedera neurologis, atau depresi sistim syaraf pusat (STP).
2	<i>Refleks sucking</i> (Menelan)	Refleks ini timbul bersamaan dengan refleks rooting untuk menghisap puting susu dan menelan ASI	Muntah, batuk, atau regurgitasi cairan dapat terjadi, kemungkinan berhubungan dengan sianosis sekunder karena prematuritas, deficit neurologis, atau cedera, terutama terlohat setelah laringoskopi.

3	<i>Reflex grasping</i> (Menggenggam)	Refleks yang timbul bila ibu jari diletakkan pada telapak tangan bayi maka bayi akan menutup telapak tangannya. Respon yang sama dapat diperoleh ketika telapak kaki digores dengan ujung jari kaki, menyebabkan jari kaki menekuk. Genggaman telapak tangan bayi biasanya berlangsung usia 3-4 bulan.	Tidak ada respon yang terjadi.
4	<i>Reflex moro</i> (Terkejut)	Refleks dimana bayi akan mengembangkan tangannya lebar-lebar dan melebarkan jari-jari lalu mengembalikan dengan tarikan yang cepat seakan akan-akan memeluk seseorang. Jari-jari akan meregang dengan ibu jari dan telunjuk membentuk huruf "C". dapat diperoleh dengan memukulkan permukaan yang rata didekat bayi terlentang.	Refleks asimatis terlihat pada cedera saraf perifer (pelksus barkialis) atau fraktur clavikula atau fraktur tulang panjang lengan atau kaki.
5	<i>Reflex stapping</i> (Merangkak)	Bayi akan berusaha untuk merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan yang datar.	Respon asimetris terlihat pada cedera saraf dan gangguan neurologis.
6	<i>Reflex tonic neck</i> (Leher)	Refleks jika bayi mengangkat leher dan menoleh ke kanan atau ke kiri jika diposisikan tengkurap. Refleks ini tidak dapat dilihat pada bayi usia 1 hari, refleks ini dapat diamati sampai bayi usia 3-4 bulan.	Respon persisten setelah bulan keempat dapat menandakan cedera neurologis.

7	<i>Reflex Babinsky</i>	Refleks bila ada ransangan pada telapak kaki akan bergerak ke atas dan jari-jari lain membuka. Refleks ini biasanya hilang setelah berusia 1 tahun.	Tidak ada respon yang terjadi.
---	------------------------	---	--------------------------------

2.5 Konsep Keluarga Berencana

2.5.1 Pengertian

Keluarga Berencana adalah

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

2.5.2 Tujuan Program KB

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

2.5.3 Sasaran program KB

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

- a. Menurunkan rata-rata laju pertumbuhan penduduk menjadi 1,14 % per tahun
- b. Menurunkan angka kelahiran total (TFR) menjadi sekitar 2,2 / perempuan.
- c. Menurunnya PUS yang tidak ingin punya anak dan ingin menjarakkan kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alat/cara kontrasepsi (unmet need) menjadi 6 %.
- d. Meningkatnya peserta KB laki-laki menjadi 4,5%.
- e. Meningkatnya penggunaan metode kontrasepsi yang rasional, efektif, dan efisien.
- f. Meningkatnya rata-rata usia perkawinan pertama perempuan menjadi 21 tahun.

- g. Meningkatnya partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak.
- h. Meningkatnya jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera 1 yang aktif dalam usaha ekonomi produktif
- i. Meningkatnya jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan program KB Nasional

2.5.4 Ruang Lingkup Program KB

Ruang lingkup program KB mencakup sebagai berikut :

- a. Ibu

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

 - 1. Tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek,sehingga kesehatan ibu dapat terpelihara terutama kesehatan organ reproduksi.
 - 2. Meningkatkan kesehatan mental dan social yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak dan beristirahat yang cukup karena kehadiran akan anak tersebut memang diinginkan.
- b. Suami

Dengan memberikan kesempatan suami agar dapat melakukan hal berikut:

 - 1. Memperbaiki kesehatan fisik
 - 2. Mengurangi beban ekonomi keluarga yang ditanggungnya.
- c. Seluruh Keluarga

Dilaksanakannya program KB dapat meningkatkan kesehatan fisik, mental dan social setiap anggota keluarga dan bagi anak dapat memperoleh kesempatan yang lebih besar dalam hal pendidikan serta kasih sayang orang tuannya.
- d. Ruang lingkup KB secara umum adalah sebagai berikut.
- e. Keluarga berencana
- f. Kesehatan reproduksi remaja
- g. Kesehatan dan pemberdayaan keluarga
- h. Penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas
- i. Keserasian kebijakan pendudukan.

2.5.5 Macam-macam Kontrasepsi

a. Kontrasepsi Pasca Persalinan

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan yang bersifat sementara dan bersifat permanen. Pada wanita pasca persalinan kemungkinan untuk hamil kembali akan menjadi lebih kecil jika mereka terus menyusui setelah melahirkan. Meskipun laktasi dapat membantu mencegah kehamilan, akan tetapi suatu saat ovulasi tetap akan terjadi. Ovulasi dapat mendahului menstruasi pertama pasca persalinan dan pembuahan pun akan dapat terjadi. Selain metode laktasi ada beberapa metode yang bias di gunakan yaitu:

1. Kontrasepsi Non Hormonal

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

2. Kontrasepsi Hormonal

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

b. Kontrasepsi Darurat

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

1) Indikasi kontrasepsi darurat

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

- a) Kondom bocor, lepas atau salah menggunakannya.
- b) Diafragma pecah, robek atau diangkat terlalu cepat.
- c) Kegagalan senggama, terputus misalnya ejakulasi di vagina atau pada genetalia eksterna.

- d) Salah hitung masa subur.
- e) Lupa minum pil KB
- f) Tidak menggunakan kontrasepsi.
- g) Kontraindikasi kontrasepsi darurat.
- h) Hamil atau diduga hamil.
- i) Kelebihan kontrasepsi darurat:
- j) Tidak menyebabkan keguguran, dapat mencegah kehamilan yang tidak diinginkan
- k) Mencegah aborsi
- l) Tidak menimbulkan cacat bawaan, bila diketahui ibu hamil
- m) Efektif bekerja dengan cepat, mudah, relative murah untuk pemakaian jangka pendek.
- n) Kekurangan kontrasepsi darurat.
- o) Tidak dapat dipakai secara permanen
- p) Tidak efektif setelah 3x 24 jam

Macam-macam Alat kontrasepsi Darurat

1) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim/AKDR

a. Pemasangan alat kontrasepsi dalam rahim/AKDR (IUD) sebagai kontrasepsi darurat selain dengan memakai pil (baik dedicated pils atau pil KB biasa), metode kontrasepsi darurat lain yang juga bias dilakukan adalah dengan pemasangan AKDR jenis Copper-T dalam waktu lima hari setelah terjadinya hubungan seksual tanpa perlindungan.

b. Mekanisme Kerja

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

c. Efek Samping

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

2) KB Implan

a) Keuntungan

1. Perlindungan jangka panjang sampai 5 tahun
2. Bebas dari pengaruh estrogen

3. Tidak mengganggu hubungan saat senggama
 4. Tidak mengganggu produksi ASI.
 5. Dapat di cabut setiap saat sesuai kebutuhan.
- b) Kekurangan
1. Implant harus di pasang dan dilepas oleh petugas kesehatan yang terlatih.
 2. Sering mengubah pola haid
- 3) Metode Amenore Laktasi (MAL)

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

Cara kerja penundaan atau penekanan ovulasi

1. Keuntungan kontrasepsi
 - a. Efektifitas tinggi (tingkat keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan)
 - b. Tidak mengganggu saat berhubungan seksual.
 - c. Segera efektif bila digunakan secara benar.
 - d. Tidak ada efek samping secara sistemik
 - e. Tidak perlu pengawasan medis
 - f. Tidak perlu alat atau obat dan biaya yang murah.
2. Keuntungan non kontrasepsi
 - a. Untuk bayi
 - 1) Mendapatkan kekebalan pasif
 - 2) Merupakan asupan gizi terbaik
 - b. Untuk ibu
 - 1) Dapat mengurangi perdarahan pasca persalinan
 - 2) Dapat mengurangi resiko anemia
 - 3) Dapat meningkatkan kasih sayang antara ibu dan bayi.
3. Kelemahan metode MAL
 - a. Perlu persiapan dan perawatan sejak awal kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan.
 - b. Sulit dilakukan karena kondisi social.
 - c. Efektifitas tinggi hingga hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.
 - d. Tidak melindungi terhadap IMS termasuk HIV/AIDS dan Virus Hepatitis B.
4. Ibu yang dapat menggunakan MAL

- a. Ibu menyusui secara penuh (full breast feeding), dan lebih efektif bila pemberian $\geq 8x$ sehari.
 - b. Ibu yang belum haid sejak pascapersalinan.
 - c. Umur bayi kurang dari 6 bulan.
 - d. Harus di anjurkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya bila ibu sudah mendapat menstruasi.
5. Ibu yang seharusnya tidak memakai MAL
- a) Sudah mendapatkan haid setelah melahirkan
 - b) Tidak menyusui bayinya secara eksklusif
 - c) Usia bayi sudah lebih dari 6 bulan
 - d) Bekerja dan terpisah dari bayinya lebih dari 6 jam serta tidak memberikan ASI perah.
6. Hal-hal yang perlu diketahui oleh ibu yang menggunakan metode MAL, antara lain :
- a) Seberapa sering seorang ibu harus memberikan ASInya kepada bayi.
 - b) Waktu antara 2 pengosongan payudara tidak lebih dari 4 jam. Ibu tetap memberikan ASInya pada malam hari karena menyusui pada malam hari membantu mempertahankan kecukupan pemberian ASI.
 - c) Biarkan bayi mengisap sampai bayi sendiri yang melepasnya ASI dapat disimpan dalam freezer.
- 4) Metode Keluarga Berencana Alamiah (KBA)
1. Metode kalender pantang berkala adalah metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggama atau hubungan seksual pada masa subur atau ovulasi.

Manfaat

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

Keuntungan

Metode kalender atau pantang berkala mempunyai keuntungan sebagai berikut :

- a. Metode kalender atau pantang berkala lebih sederhana.
- b. Dapat digunakan oleh setiap wanita yang sehat.

- c. Tidak membutuhkan alat atau pemeriksaan khusus dalam penerapannya.
- d. Tidak mengganggu pada saat berhubungan seksual
- e. Kontrasepsi dengan menggunakan metode kalender dapat menghindari resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi
- f. Tidak memerlukan biaya
- g. Tidak membutuhkan tempat pelayanan kontrasepsi.

Keterbatasan

- a. Memerlukan kerjasama yang baik antara suami dan istri
- b. Harus ada motifasi dan disiplin pasangan dalam menjalankannya
- c. Pasangan suami istri tidak dapat melakukan hubungan seksual setiap saat.
- d. Pasangan suami istri harus tahu masa subur dan masa tidak subur.
- e. Harus mengamati siklus menstruasi minimal 6 kali siklus.
- f. Siklus menstruasi yang tidak teratur (menjadi penghambat).
- g. Lebih efektif bila dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain.

5) Metode Suhu Basal

Metode suhu basal adalah suhu terendah yang dicapai oleh tubuh selama istirahat atau dalam keadaan istirahat.

a. Tujuan

Untuk mengetahui masa subur atau ovulasi.

b. Manfaat

- 1) Metode suhu basal bermanfaat bagi pasangan yang menginginkan kehamilan.
- 2) Serta bermanfaat bagi pasangan yang menginginkan menghindari atau mencegah kehamilan.

6) Metode Ovulasi Billing

Merupakan metode keluarga berencana alami dengan cara mengenali masa subur dari siklus menstruasi dengan mengamati lender serviks dan perubahan rasa pada vulva menjelang hari ovulasi.

a. Manfaat

Untuk mencegah kehamilan yaitu dengan berpantang senggama pada masa subur selain itu metode ini juga bermanfaat bagi wanita yang menginginkan kehamilan.

b. Keuntungan

Mudah digunakan tidak memerlukan biaya

c. Kekurangan

1. Tidak efektif bila digunakan sendiri, sebaiknya dikombinasi dengan metode kontrasepsi lain.
2. Tidak cocok untuk wanita yang tidak menyukai menyentuh alat kelaminnya.
3. Wanita yang memiliki infeksi saluran reproduksi.
4. Wanita yang menghasilkan sedikit lendir

7) Metode Barrier Kondom

Merupakan selubung atau sarung karet yang terbuat dari bahan diantaranya karet (lateks) plastic (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis untuk menampung sperma ketika seorang pria mencapai ejakulasi saat berhubungan seksual.

8) Pil

Mini pil adalah pil KB yang hanya mengandung hormon progesterone dalam dosis rendah.

1. Keuntungan

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

2. Kerugian

- a) Memerlukan biaya
- b) Harus selalu tersedia
- c) Efektifitas berkurang apabila menyusui juga berkurang.
- d) Penggunaan mini pil bersamaan dengan obat tuberkolosis atau epilepsi akan mengakibatkan efektifitas menjadi rendah
- e) Mini pil harus diminum setiap hari dan pada waktu yang sama.

- f) Angka kegagalan tinggi apabila penggunaan tidak benar dan konsisten
 - g) Tidak melindungi dari penyakit menular seksual termasuk HBV dan HIV/AIDS/
 - h) Tidak menjamin akan melindungi dari kista ovarium bagi wanita yang pernah mengalami kehamilan ektopik.
- 9) Kontrasepsi Suntik
1. KB Suntik 1 Bulan
- KB suntik 1 bulan Adalah metode suntikan yang pemberiannya tiap bulan dengan cara penyuntikan secara IM sebagai usaha pencegahan kehamilan berupa hormone progesteron dan estrogen pada wanita usia subur.
- a) Jenis suntikan 1 bulan

Suntikan kombinasi adalah 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estro diol.sipionat yang di berikan injeksi IM sebulan sekali (cyclofem) dan 50 mg noretindron enantat dan 5 mg estradiol valerat yang di berika injeksi IM sebulan sekali.
 - b) Keuntungan kontrasepsi KB suntik 1 bulan :
 - 1) Risiko terhadap kesehatan kecil.
 - 2) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
 - 3) Tidak perlu dilakukan pemeriksaan dalam
 - 4) Jangka panjang
 - 5) Efek samping sangat kecil.
 - 6) Pasien tidak perlu menyimpan obat suntik.
 - 7) Pemberian aman, efektif dan relatif mudah.
 - c) Keuntungan non kontrasepsi
 - 1) Mengurangi jumlah perdarahan
 - 2) Mengurangi nyeri saat haid.
 - 3) Mencegah anemia
 - 4) Mencegah kanker ovarium dan kanker miometrium.
 - 5) Mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium
 - 6) Mencegah kehamilan ektopik.
 - 7) Pada keadaan tertentu dapat diberikan pada perempuan usia perimenopous.
 - d) Kerugian KB 1 bulan
 - 1) Terjadi perubahan pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak atau spotting, perdarahan sela sampai sepuluh hari.

- 2) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntik kedua atau ketiga.
- 3) Ketergantungan pasien terhadap pelayanan kesehatan, karena pasien harus kembali setiap 30 hari untuk kunjungan ulang.
- 4) Efektifitas suntik 1 bulan berkurang bila di gunakan dengan bersamaan dengan obat obatan epilepsi
- 5) Dapat terjadi perubahan berat badan
- 6) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan IMS, HIV/AIDS
 - a) Ibu yang boleh menggunakan KB suntik 1 bulan
 - 1) Usia reproduksi
 - 2) Telah memiliki anak atau belum memiliki anak
 - 3) Menyusui ASI paskapersalinan > 6 bulan
 - b) Ibu yang tidak boleh menggunakan KB suntik 1 bulan
 - 1) Hamil atau diduga hamil
 - 2) Menyusui ASI < 6 minggu pasca persalinan.
 - 3) Ibu mempunyai riwayat penyakit jantung, stroke, atau hipertensi.

10) KB suntik 3 bulan

a. Keuntungan

- 1) Efektifitas tinggi
- 2) Sederhana pemakaiannya
- 3) Dapat mencegah kanker endometrium, kehamilan ektopik serta beberapa penyakit akibat radang panggul.

b. Kerugian

- 1) Terdapat gangguan haid seperti amenore
- 2) Pusing dan sakit kepala

11) Kontrasepsi Mantap

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

a. Manfaat

- 1) Tidak mempengaruhi proses menyusui
- 2) Pembedahan sederhana dapat dilakukan dengan anastesi local.
- 3) Tidak ada perubahan dengan fungsi seksual

b. Keterbatasan

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

2. Vasektomi

a. Kelebihan

- 1) Komplikasi yang dijumpai sedikit dan ringan
- 2) Lebih murah dan lebih sedikit komplikasi dari sterilisasi tubulus
- 3) Tidak mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menikmati hubungan seksual

b. Kekurangan

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

12) IUD Pasca Plasenta

a. Pengertian

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

Pemasangan AKDR berdasarkan waktu pemasangan dapat dibagi menjadi 3

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

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

A. Dipasang dengan tangan secara langsung

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

tertarik keluar saat tangan pemasang dikeluarkan dari vagina atau AKDR belum terpasang di tempat yang seharusnya, segera dilakukan perbaikan posisi AKDR.

a. Dipasang dengan *ring forceps*

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

b. Jenis

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

c. Cara Kerja

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

d. Efektivitas

Efektivitas sangat tinggi. Tiap tahunnya 3-8 wanita mengalami kehamilan dari 1000 wanita yang menggunakan IUD jenis Copper T 380A. Kejadian hamil yang tidak diinginkan pada pasca insersi IUD post plasenta sebanyak 2.0 - 2.8 per 100 akseptor pada 24 bulan setelah pemasangan. Setelah 1 tahun, penelitian menemukan angka kegagalan IUD post plasenta 0.8 %, dibandingkan dengan pemasangan setelahnya. Sesuai dengan kesepakatan WHO, IUD dapat dipakai selama 10 tahun walaupun pada kemasan tercantum efektifitasnya hanya 4 tahun (BKKBN, 2010).

e. Keuntungan

- 1) Langsung bisa diakses oleh ibu yang melahirkan di pelayanan kesehatan
- 2) Efektif dan tidak berefek pada produksi menyusui
- 3) Aman untuk wanita yang positif menderita HIV
- 4) Kesuburan dapat kembali lebih cepat setelah pelepasan

- 5) Resiko terjadi infeksi rendah yaitu dari 0,1-1,1 %
- 6) Kejadian perforasi rendah yaitu sekitar 1 kejadian perforasi dari jumlah populasi 1150 sampai 3800 wanita
- 7) Mudah dilakukan pada wanita dengan epidural
- 8) Sedikit kasus perdarahan daripada IUD yang dipasang di waktu menstruasi.

f. Kerugian

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

g. Efek Samping dan Komplikasi

1. Ekspulsi

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

2. Kehamilan

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

3. Infeksi

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

4. Perforasi

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

h. Petunjuk Bagi Klien

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

3. Setelah bulan pertama pemasangan, hanya perlu memeriksa keberadaan benang setelah haid apabila mengalami :
 - a) Kram/kejang di perut bagian bawah
 - b) Perdarahan (sputing) di antara haid atau setelah senggama
 - c) Nyeri setelah senggama atau apabila pasangan mengalami tidak nyaman selama melakukan hubungan seksual.
4. Copper T-380A perlu dilepas setelah 10 tahun pemasangan, tetapi dapat dilakukan lebih awal apabila diinginkan.
5. Kembali ke klinik apabila :
 - a) Tidak dapat meraba benang AKDR
 - b) Merasakan bagian yang keras dari AKDR
 - c) AKDR terlepas
 - d) Siklus terganggu/meleset
 - e) Terjadinya pengeluaran cairan dari vagina yang mencurigakan
 - f) Adanya infeksi.

B. Teknik Pemasangan Manual (Pasca plasenta)

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

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

6. Setelah mencapai fundus, putar tangan yang memegang AKDR 45 derajat ke arah kanan untuk menempatkan AKDR secara horizontal pada fundus.
7. Keluarkan tangan secara perlahan, merapat ke dinding lateral uterus.
8. Perhatikan jangan sampai AKDR tergeser ketika mengeluarkan tangan.