

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Definisi

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan di lanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi (Walyani, 2015).

Kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari). Kehamilan ini dibagi atas 3 semester yaitu; kehamilan trimester pertama mulai 0-14 minggu, kehamilan trimester kedua mulai 14-28 minggu, dan kehamilan trimester ketiga mulai 28-42 minggu (Yuli, 2017).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah suatu proses yang diawali dengan penyatuan spermatozoa dan ovum (fertilisasi) dan dilanjutkan dengan implantasi hingga lahirnya bayi yang lamanya berkisar 40 minggu.

2.1.2 Etiologi Kehamilan

Proses kehamilan akan terjadi jika terdapat 5 aspek berikut:

a. Ovum

Merupakan sel dengan diameter $\pm 0,1$ mm yang terdiri dari suatu nukleus yang terapung-apung dalam vitellus yang dilindungi oleh zona pelusida dan korona radiata.

b. Spermatozoa

Bentuk sperma seperti cebong yang terdiri atas kepala (lonjong sedikit gepeng yang mengandung inti), leher (penghubung antara kepala dan ekor), ekor (panjang sekitar 10 kali kepala, mengandung energi sehingga dapat bergerak). Pada saat berhubungan seksual dikeluarkan sekitar 3 cc sperma yang mengandung 40-60 juta sperma setiap cc.

c. Konsepsi

Pertemuan inti ovum dengan inti sperma disebut konsepsi atau fertilisasi dan membentuk zigot. proses konsepsi dapat berlangsung seperti berikut :

- 1) Ovum yang dilepaskan dalam proses ovulasi, dilindungi oleh korona radiata, yang mengandung persediaan nutrisi.
- 2) Pada ovum, dijumpai inti dalam bentuk metafase ditengah sitoplasma yng disebut vitelus.
- 3) Dalam perjalanan, korona radiata makin berkurang, nutrisi yang dialirkan kedalam vitelus, melalui saluran pada zona pelusida.
- 4) Konsepsi terjadi pada pars ampularis tuba, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh dengan jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia. Ovum mempunyai hidup terlalu lama di dalam ampula tuba.
- 5) Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam. Sperma menyebar, masuk melalui kanalis servikalis dengan kekuatan sendiri. Pada kavum uteri, terjadi proses kapasitasi yaitu pelepasan lipoprotein

dari sperma sehingga mampu mengadakan fertilisasi. Sperma melanjutkan perjalanan menuju tuba falopi. Sperma hidup selama tiga hari di dalam genetalia interna. Sperma akan mengelilingi ovum yang telah siap dibuahi serta mengikis korona radiata dan zona pelusida dengan proses hialurodinase. Melalui stoma, sperma memasuki ovum. Setelah kepala sperma masuk ke dalam ovum, ekornya lepas dan tertinggal diluar. Inti ovum dan inti sperma bertemu dengan membentuk zigot.

d. Nidasi atau Implantasi

Masuknya inti sperma ke dalam sitoplasma membangkitkan kembali pembelahan dalam inti ovum. Pembelahan terus terjadi di dalam morula terbentuk ruangan yang mengandung cairan yang disebut blastula. Sementara itu pada fase sekresi, endometrium semakin tebal dan semakin banyak mengandung glikogen yang disebut desidua. Sel trofoblas merupakan sel yang melapisi blastula melakukan destruksi enzimatik proteolitik sehingga dapat menanamkan diri di dalam endometrium. Proses penanaman blastula terjadi pada hari ke 6 sampai 7 setelah konsepsi. Pada saat tertanamnya blastula ke dalam endometrium, mungkin terjadi perdarahan yang disebut tanda Hartman.

e. Plasentasi

Nidasi atau implantasi terjadi pada bagian fundus uteri di dinding depan atau belakang. Sel trofoblas akan menghancurkan endometrium sampai terjadi pembentukan plasenta yang berasal dari primer *vili korealis*. Dengan terjadinya nidasi maka desidua terbagi menjadi desidua basalis

yang berhadapan dengan korion frondusum yang berkembang menjadi plasenta, desidua kapularis yang menutupi hasil konsepsi, desidua yang berlawanan dengan desidua kapularis adalah desidua parietalis. *Vili korealis* yang tumbuh tidak subur disebut korion leaf.

2.1.3 Tanda – Tanda Kehamilan Sesuai Umur Kehamilan

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017) tanda – tanda kehamilan dibagi menjadi tiga yaitu tanda dugaan hamil (presumtif sign), tanda tidak pasti hamil (probable sign), dan tanda pasti hamil (positive sign).

1. Tanda–tanda dugaan hamil (presumtif sign)

Tanda dugaan (presumtif) yaitu perubahan fisiologis yang dialami pada wanita namun sedikit sekali mengarah pada kehamilan karena dapat ditemukan juga pada kondisi lain serta sebagian besar bersifat subyektif dan hanya dirasakan oleh ibu hamil. Yang termasuk presumtif sign adalah :

a. Amenorea

Haid dapat berhenti karena konsepsi namun dapat pula terjadi pada wanita dengan stres atau emosi, faktor hormonal, gangguan metabolisme, serta kehamilan yang terjadi pada wanita yang tidak haid karena menyusui ataupun sesudah kuretase. Amenorea penting dikenali untuk mengetahui hari pertama haid terakhir (HPHT) dan hari perkiraan lahir (HPL).

b. Mual dan Muntah

Keluhan yang sering dirasakan wanita hamil sering disebut dengan morning sickness yang dapat timbul karena bau rokok, keringat,

masakan, atau sesuatu yang tidak disenangi. Keluhan ini umumnya terjadi hingga usia 8 minggu hingga 12 minggu kehamilan.

c. Mengidam

Ibu hamil ingin makanan atau minuman atau menginginkan sesuatu. Penyebab mengidam ini belum pasti dan biasanya terjadi pada awal kehamilan.

d. Kelelahan dan Pingsan

Sebagian ibu hamil dapat mengalami kelelahan hingga pingsan terlebih lagi apabila berada di tempat ramai. Keluhan ini akan menghilang setelah 16 minggu.

e. Mastodynia

Pada awal kehamilan mammae dirasakan membesar dan sakit. Ini karena pengaruh tingginya kadar hormon estrogen dan progesteron. Keluhan nyeri payudara ini dapat terjadi pada kasus mastitis, ketegangan payudara, penggunaan pil KB.

f. Gangguan saluran kencing

Keluhan rasa sakit saat kencing, atau kencing berulang – ulang namun hanya sedikit keluar dapat dialami ibu hamil. Penyebabnya selain karena progesteron yang meningkat juga karena pembesaran uterus. Keluhan semacam ini dapat terjadi pada kasus infeksi saluran kencing, diabetes mellitus, tumor payudara, atau keadaan stress mental.

g. Konstipasi

Konstipasi mungkin timbul pada kehamilan awal dan sering menetap selama kehamilan dikarenakan relaksasi otot polos akibat pengaruh

progesteron. Penyebab lainnya yaitu perubahan pola makan selama hamil, dan pembesaran uterus yang mendesak usus serta penurunan motilitas usus

h. Perubahan Berat Badan

Berat badan meningkat pada awal kehamilan karena perubahan pola makan dan adanya timbunan cairan berebihan selama hamil.

i. *Quickening*

Ibu merasakan adanya gerakan janin untuk yang pertama kali. Sensasi ini bisa juga karena peningkatan peristaltik usus, kontraksi otot perut, atau pergerakan isi perut yang dirasakan seperti janin bergerak.

2. Tanda tidak pasti kehamilan (probable sign)

a. Peningkatan suhu basal tubuh

Kenaikan suhu basal lebih dari 3 minggu, kemungkinan adanya kehamilan. Kenaikan ini berkisar antara 37,2°C sampai dengan 37,8°C.

b. Perubahan warna kulit

Cloasma Gravidarum/topeng kehamilan berupa berwarna kehitaman sekitar mata, hidung, dan pelipis yang umumnya terjadi pada kehamilan mulai 16 minggu. Warna akan semakin gelap jika terpapar sinar matahari. Perubahan kulit lainnya bisa berupa hiperpigmentasi di sekitar aerola dan puting mammae, munculnya linea nigra yaitu pigmentasi pada linea medialis perut yang tampak jelas mulai dari pubis sampai umbilikus. Perubahan pada kulit terjadi karena rangsangan Melanotropin Stimulating Hormone/MSH. Striae gravidarum berupa garis-garis tidak teratur sekitar perut berwarna

kecoklatan, dapat juga berwarna hitam atau ungu tua (*striae livide*) atau putih (*striae albicans*) yang terjadi dari jaringan koagen yang retak diduga karena pengaruh adrenocortikosteroid. Seringkali terjadi bercak–bercak kemerahan (*spider*) karena kadar esterogen yang tinggi.

c. Perubahan Payudara

Pembesaran dan hipervaskularisasi mammae terjadi sekitar kehamilan 6 sampai 8 minggu. Pelebaran areola dan menonjolnya kalenjer montgomery, karena rangsangan hormon steroid. Pengeluaran kolostrum biasanya kehamilan 16 minggu karena pengaruh prolaktin dan progesteron.

d. Pembesaran Perut

Biasanya tampak setelah 16 minggu karena pembesaran uterus. Ini bukan tanda diagnostik pasti tapi harus dihubungkan dengan tanda kehamilan lain. Perubahan kurang dirasakan primigravida, karena kondisi otot–otot masih baik. Pembesaran perut mungkin dapat ditemui pada obesitas, kelemahan otot perut, tumor pelvik dan perut, ascites, hernia perut bagian depan.

e. Epulis

Hipertropi pada gusi belum diketahui penyebabnya secara jelas. Dapat terjadi juga pada infeksi lokal, pengapuran gigi atau kekurangan vitamin C.

f. Balotement

Pada kehamilan 16 sampai 20 minggu pemeriksaan palpasi kesan seperti ada masa yang keras, mengapung dan memantul di uterus.

Dapat terjadi pada tumor uterus, mioma, acites, dan kista ovarium.

g. Kontraksi Uterus

Kontraksi uterus yang dirasakan seperti tertekan dan kencang, disebut kontraksi brackston Hics. Uterus mudah terangsang oleh peninggian hormon oksitosin gejala ini biasanya mulai usia kehamilan 28 minggu pada primi dan semakin lanjut kehamilannya semakin sering dan kuat.

h. Tanda Chadwick dan Goodell

Terjadi perubahan warna pada vagina atau porsio mejadi kebiruan atau ungu yang disebut tanda chadwick. Perubahan konsistensi serviks menjadi lunak disebut tanda goodell.

3. Tanda Pasti Kehamilan (positive sign)

a. Teraba bagian-bagian janin

Umumnya pada kehamilan 22 minggu janin dapat diraba pada wanita kurus dan otot perut relaksasi. Kehamilan 28 minggu jelas bagian janin dapat diraba demikian pula gerakan janin dapat dirasakan oleh ibu.

b. Gerakan Janin

Pada kehamilan 20 minggu gerakan janin dapat dirasakan oleh pemeriksa.

c. Terdengar Denyut Jantung Janin

Dengan menggunakan ultrasound denyut jantung janin dapat terdengar pada usia 6 sampai 7 minggu. Jika menggunakan dopler pada usia 12 minggu sedangkan jika menggunakan stetoskop leanec 18 minggu. Frekuensi deytut jantung janin antara 120 sampai dengan 160 kali permenit yang akan jelas terdengar bila ibu tidur terlentang atau miring dengan punggung bayi di depan. DJJ lambat kurang dari 120 x/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 x/menit menunjukkan adanya gawat janin (Depkes RI, 2015)

d. Pemeriksaan Rontgent

Gambaran tulang mulai terlihat degan sinar X pada usia kehamilan 6 minggu namun masih belum dapat dipastikan bahawa itu adalah gambaran janin. Pada kehamilan 12 sampai 14 minggu baru dapat dipastikan gambaran tulang janin.

e. Ultrasonografi

USG dapat digunakan umur kehamilan 4 sampai 5 minggu untuk memastikan kehamilan dengan melihat adanya kantong gestasi, gerakan janin dan deytut jantung janin.

f. Electrocardiography

ECG jantung janin mulai terlihat pada kehamilan 12 minggu.

2.1.4 Kasifikasi Usia Kehamilan

Menurut Widatiningsih dan Dewi (2017), kehamilan dibagi menjadi :

1. Kehamilan Trimester I (1-12 minggu)
2. Kehamilan Trimester II (13–27 minggu)

3. Kehamilan Trimester III (28–40 minggu)

2.1.5 Cara Palpasi Abdomen

Menggunakan cara leopod dengan langkah sebagai berikut :

1. Leopod I

Bertujuan untuk mengetahui TFU dan bagian janin yang ada di fundus.

Cara melakukan :

- a. Pemeriksaan menghadap pasien.
- b. Kedua tangan meraba bagian fundus dan mengukur berapa tinggi fundus uteri.
- c. Meraba bagian apa yang ada di fundus. Jika teraba bulat, keras, melenting, mudah digerakkan, maka itu adalah bagian kepala. Namun jika teraba bagian bulat, besar, lunak, tidak melenting dan susah digerakkan, maka itu adalah bagian bokong.



Gambar 2.1 Leopod I

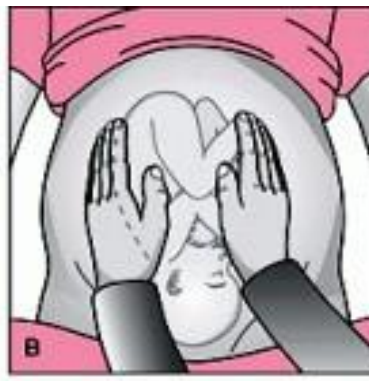
2. Leopod II

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang berada di sebelah kanan dan kiri ibu.

Cara melakukan :

- a. Kedua tangan pemeriksa berada di sebelah kanan dan kiri perut ibu.

- b. Ketika memeriksa bagian sebelah kanan, maka tangan kanan menahan perut bagian kiri ke arah sebelah kanan.
- c. Meraba perut bagian kanan menggunakan tangan kiri dan merasakan bagian yang berada di sebelah kanan (jika teraba bagian datar, keras, memanjang seperti papan, terasa ada tahanan, tidak teraba bagian kecil-kecil, maka itu adalah bagian punggung bayi. Naun jika teraba bagian kecil dan menonjol, maka itu adalah bagian kecil janin atau ekstremitas).



Gambar 2.2 Leopod II

3. Leopod III

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang berada di bagian bawah uterus.

Cara melakukan :

- a. Tangan kiri menahan fundus uteri.
- b. Tangan kanan meraba bagian yang berada di bawah uterus. Jika teraba bagian bulat, melenting, keras dan dapat digoyangkan, maka itu adalah bagian kepala. Namun jika bagian yang teraba terasa bulat, besar, lunak dan sulit digerakkan, maka itu adalah

bokong. Jika bagian bawah tidak ditemukan kedua bagian seperti di atas, maka pertimbangkan apakah janin dalam letak lintang.

- c. Pada letak sungsang (melintang) dapat dirasakan ketika tangan kanan menggoyangkan bagian bawah, tangan kiri akan merasakan ballotement (pantulan dari kepala janin, terutama ini ditemukan pada usia kehamilan 5-7 bulan).
- d. Tangan kanan meraba bagian bawah (jika teraba bagian kepala yang masih dapat digoyangkan, berarti kepala belum masuk PAP (Pintu Atas Panggul), namun jika kepala tidak dapat digoyangkan, berarti kepala sudah masuk PAP). Lanjutan ke pemeriksaan Leopod IV.



Gambar 2.3 Leopod III

4. Leopod IV

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang berada di bagian bawah dan untuk mengetahui apakah kepala atau bagian bawah sudah masuk panggul atau belum.

Cara melakukan :

- a. Pemeriksa menghadap kaki pasien.
- b. Kedua tangan meraba bagian janin yang berada dibagian bawah.

- c. Jika teraba bagian kepala, tempatkan kedua tangan di dua sisi perut yang berlawanan dibagian bawah.
- d. Jika kedua tangan konvergen (dapat saling bertemu) maka kepala belum masuk panggul.
- e. Jika kedua tangan divergen (tidak saling bertemu) berarti kepala sudah masuk panggul.



Gambar 2.4 Leopod IV

2.1.6 Perubahan Fisiologi Kehamilan Terhadap Sistem Tubuh

Menurut Sukarni dan Margareth (2013), Fauziah dan Sutejo (2012), dan Yuli (2017), menuliskan bahwa perubahan-perubahan fisiologi yang terjadi adalah sebagai berikut:

1. Sistem reproduksi

a. Uterus

Tumbuh membesar primer maupun sekunder akibat pertumbuhan isi konsepsi intrauterin. Estrogen menyebabkan hyperplasia jaringan, progesteron berperan untuk elastisitas/kelenturan uterus.

b. Vulva/ vagina

Terjadi hipervaskularisasi akibat pengaruh estrogen dan progesteron, menyebabkan warna menjadi merah kebiruan (tanda Chadwick).

c. Ovarium

Sejak kehamilan 16 minggu, fungsi diambil alih oleh plasenta, terutama fungsi produksi progesteron dan estrogen. Selama kehamilan ovarium tenang/ beristirahat.

d. Payudara

Akibat pengaruh estrogen terjadi hiperplasia sistem duktus dan jaringan interstisial payudara. Mammae membesar dan kencang, terjadi hiperpigmentasi kulit serta hipertrofi kelenjar Montgomery, terutama daerah areola dan papilla akibat pengaruh melanotor. Puting susu membesar dan menonjol.

2. Peningkatan berat badan.

Normal berat badan meningkat sekitar 6 sampai 16 kg, terutama dari pertumbuhan isi konsepsi dan volume berbagai organ/ cairan intrauterin.

3. Perubahan pada organ-organ sistem tubuh lainnya:

- a. Sistem respirasi; kebutuhan oksigen meningkat sampai 20%, selain itu diafragma juga terdorong naik ke kranial terjadi hiperventilasi dangkal akibat kompensasi dada menurun. Volume tidal meningkat, volume residu paru dan kapasitas vital menurun.

- b. Sistem gastrointestinal; estrogen dan HCG meningkat dengan efek samping mual dan muntah, selain itu terjadi juga perubahan peristaltik dengan gejala sering kembung, konstipasi, lebih sering lapar/ perasaan ingin makan terus.
- c. Sistem sirkulasi/ kardiovaskuler; tekanan darah selama pertengahan pertama masa hamil, tekanan sistolik dan diastolik menurun 5-10 mmHg. Selama trimester ketiga tekanan darah ibu hamil harus kembali ke nilai tekanan pada trimester pertama.
- d. Sistem integumen; Striae gravidarum, Linea nigra, dan Chloasma.
- e. Sistem muskuloskeletal; kram otot, sendi-sendi melemah dan karies gigi.
- f. Sistem perkemihan; sering berkemih.
- g. Sistem hematologi

Menurut Gant (2010), perubahan yang terjadi pada sistem hematologi terjadi pada volume darah, dimana volume darah pada atau mendekati akhir kehamilan rata-rata adalah sekitar 45% di atas volume pada keadaan tidak hamil. Derajat peningkatan volume sangat bervariasi. Peningkatan terjadi pada trimester pertama, meningkat paling cepat selama trimester kedua, kemudian peningkatan dengan kecepatan lebih lambat selama trimester ketiga. Selain itu terjadi peningkatan peptida natriuretik atrium terjadi sebagai respons terhadap diet tinggi

natrium. Perubahan hematokrit dan hemoglobin sedikit menurun selama kehamilan normal. Akibatnya viskositas darah berkurang.

2.1.7 Perubahan Psikologi pada Ibu Hamil

Menurut Yuli (2017), Kehamilan merupakan saat terjadinya krisis bila keseimbangan hidup terganggu.

a. Teori krisis.

Tahap syok dan menyangkal, bingung dan preoccupation, tindakan dan belajar dari pengalaman, intervensi memudahkan kembali keadaan keseimbangan.

b. Awal penyesuaian terhadap kehamilan baik ibu maupun bapak mengalami syok.

- 1) Persepsi terhadap peristiwa bervariasi menurut individu.
- 2) Dukungan situasional penting untuk memberikan bantuan dan perhatian.
- 3) Mekanisme koping; kekuatan dan keterampilan dipelajari untuk mengatasi stress.

c. Lanjutan penyesuaian terhadap kehamilan

1) Trimester pertama (bulan 1-3)

Ditandai dengan adanya penyesuaian terhadap ide-ide menjadi orang tua, tingkat hormon yang tinggi, mual dan muntah serta lebih.

2) Trimester kedua (bulan 4-6)

Waktu yang menyenangkan, respons seksual meningkat, quickening memberikan dorongan psikologis.

3) Trimester ketiga (bulan 7-9)

Letih, tubuh menjadi besar dan terlihat aneh, kegembiraan yang menyusut dengan kelahiran bayi.

2.1.8 Kebutuhan Fisik Ibu Hamil Trimester I, II, III

1. Oksigen

Kebutuhan oksigen selama kehamilan meningkat sebagai respon tubuh terhadap akselerasi metabolisme rate untuk menambah masa jaringan pada payudara. Kebutuhan oksigen ibu hamil meningkat 20%. Hasil konsepsi serta masa uterus mengakibatkan terjadi perubahan anatomi paru, diameter thorac meningkat ± 2 cm, lingkaran dada akan meningkat 5-7 cm, sudut costa $\pm 68^\circ$ sebelum kehamilan menjadi 103° pada kehamilan trimester ketiga.

Wanita hamil bernafas lebih dalam karena meningkatnya tidal volume, jumlah pertukaran gas pada setiap kali nafas, meningkatnya volume tidal respiratory dihubungkan dengan respiratory rate normal akibat dari meningkatnya volume respiratory kira-kira 2696 per-menit. Hal ini yang menyebabkan menurunnya konsentrasi CO₂ ke alveoli, perubahan pusat respiratory ini akibat dari menurunnya ambang CO₂. Progesteron dan esterogen bertanggung jawab terhadap meningkatnya sensitivitas pada pusat persyarafan. Ibu hamil sering mengeluh gangguan pernafasan seperti sesak nafas dan nafas pendek. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil dapat melakukan:

- a. Latihan pernafasan melalui senam hamil
- b. Tidur dengan posisi bantal lebih tinggi

- c. Makan tidak telalu banyak
- d. Jangan merokok
- e. Berkonsultasi ke dokter apabila terdapat kelainan atau gangguan pernafasan seperti asma dan lain lain (Fajrin,2017)

2. Nutrisi

Pada saat kehamilan ibu hamil memerlukan makan-makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi tetapi bukan berarti makanan yang mahal. Kebutuhan nutrisi ibu hamil membutuhkan tambahan 300 kalori perhari dari kebutuhan kalori normal ibu tidak hamil. Sumber kalori utama adalah hidrat arang dan lemak. Bahan yang mengandung hidrat arang adalah golongan padi-padian misalnya beras dan jagung, golongan umbi-umbian misalnya misalnya ubi, singkong dan sagu. Selain sebagai sumber tenaga bahan makanan yang yang tergolong padi-padian merupakan sumber brotein, zat besi, fosfor dan vitamin. (Fajrin,2017)

Kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan ibu adalah sebagai berikut:

- a. ibu hamil membutuhkan makanan yang mengandung tinggi kalori dan tinggi protein.
- b. porsi makan ibu hamil meliputi nasi, sayuran, lauk pauk, buah, air dan Susu
- c. Makanlah dengan gizi seimbang dan bervariasi
- d. makanlah dalam jumlah yang lebih banyak dibandingkan pada saat tidak hamil

- e. Tidak ada pantangan makanan selama hamil, kecuali ibu memiliki riwayat alergi terhadap makanan tersebut
- f. Apabila mengalami mual, muntah dan tidak nafsu makan, pilihlah makanan yang tidak berlemak dalam porsi kecil tapi sering contohnya buah, roti, ubi singkong, biskuit

3. Personal Hygiene

Kebersihan diri selama kehamilan penting untuk di jaga oleh seorang ibu hamil. Personal hygiene yang buruk dapat berdampak pada kesehatan ibu dan janin. Untuk menjaga kebersihan diri, ibu hamil dianjurkan untuk mandi, gosok gigi dan ganti pakaian minimal dua kali sehari. (Fajrin,2017)

Adapun hal-hal yang perlu di perhatikan dalam personal hygiene pada ibu hamil dimulai dari kebersihan rambut dan kulit kepala, kebersihan payudara, kebersihan vulva, kebersihan kuku tangan dan kaki.

a. Kebersihan rambut dan kulit kepala

Menjaga kebersihan rambut dan kulit sangatlah penting. Rambut. berminyak cenderung menjadi lebih sering selama kehamilan, karena over activity kelenjar minyak pada kulit kepala. Ibu hamil dianjurkan untuk mencuci rambutnya secara teratur yaitu minimal 2-3 kali dalam seminggu.

b. Kebersihan payudara

Perawatan payudara sangatlah penting, puting susu dan areola perlu selalu di jaga kebersihannya. Pada saat mandi hindari membersihkan

bagian puting terkena sabun, gunakan baby oil selanjutnya menggunakan air hangat untuk membilasnya.

c. Kebersihan vulva

Merawat dan menjaga kebersihan vulva adalah hal yang sangat penting Untuk dilakukan oleh setiap ibu hamil. Hal ini untuk menunjang kesehatan ibu hamil dan perkembangan janin di dalam kandungan. Kebersihan vulva yang kurang dapat menimbulkan terjadinya keputihan yang abnormal sehingga dapat beresiko seperti terjadinya kelahiran prematur.

d. Kebersihan kuku tangan dan kaki

Menjaga kebersihan kuku merupakan salah satu aspek penting dalam mempertahankan perawatan diri, oleh sebab itu menjaga kebersihan kuku sangat dianjurkan pada ibu hamil. Melalui kuku berbagai kuman dapat masuk kedalam tubuh, untuk itu kuku seharusnya tetap dalam keadaan sehat dan bersih. Secara anatomis kuku terdiri atas dasar kuku, badan kuku, dinding kuku, kantung kuku, akar kuku, dan lunula. Kondisi normal kuku ini dapat terlihat halus, tebal kurang lebih 0,5 mm, transparan, dasar kuku berwarna merah muda.

4. Pakaian

Pakaian bukan merupakan hal yang tidak berakibat langsung terhadap kesejahteraan janin, tetapi perlu untuk dipertimbangkan untuk kenyamanan ibu hamil dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Akibat dari perubahan fisik tubuh yaitu perut yang semakin membesar, ibu hamil membutuhkan pakaian yang nyaman selama masa kehamilan.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam penggunaan pakaian ibu hamil adalah:

- a. Pakaian harus longgar dan nyaman untuk digunakan
- b. Gunakan pakaian yang mudah menyerap keringat
- c. Gunakan BH dengan ukuran sesuai ukuran payudara dan mampu menyangga seluruh payudara
- d. Gunakan celana dalam yang tidak terlalu ketat, dari bahan yang mudah menyerap keringat, seperti berbahan katun.
- e. Tidak memakai sepatu bertumit tinggi. Sepatu bertumit rendah baik
- f. untuk menyeimbangi bentuk postur tubuh dan dapat mengurangi tekanan pada kaki.

5. Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil salah satunya berkaitan dengan eliminasi yaitu sering buang air kecil dan konstipasi. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu, desakan usus oleh pembesaran janin menyebabkan terjadinya konstipasi. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong. Ibu hamil dianjurkan sehinggaminum air putih hangat ketika perut dalam keadaan kosong sehingga dapat merangsang gerak peristaltik usus. Apabila ibu hamil sudah memiliki keinginan dorongan untuk BAB, maka segeralah untuk buang air besar agar tidak terjadi konstipasi.

Sering buang air kecil merupakan keluhan yang umum dirasakan oleh ibu hamil, terutama pada trimester I dan III. Hal tersebut merupakan kondisi yang fisiologis. Pada awal kehamilan, terjadi pembesaran uterus yang mendesak kantong kemih sehingga kapasitasnya berkurang. Pada trimester III terjadi pembesaran janin yang menyebabkan desakan pada kantong kemih mengakibatkan ibu hamil merasakan sering kencing pada saat tidur terutama malam hari sehingga mengganggu waktu tidurnya.

Langkah yang dapat dilakukan ibu adalah sebaiknya intake sebelum tidur dikurangi tetapi tidak dianjurkan untuk tidak memenuhi asupan cairan untuk mengurangi keluhan karena akan menyebabkan dehidrasi. (Fajrin,2017)

Eliminasi yang terjadi pada Ibu Hamil

- a. Trimester I : Frekuensi BAK meningkat karena kandungan kencing tertekan oleh pembesaran uterus, BAB normal konsistensi lunak.
- b. Trimester II : Frekuensi BAK normal kembali karena uterus telah keluar dari rongga panggul.
- c. Trimester III : Frekuensi BAK meningkat karena penurunan kepala bayi, BAB sering obstipasi (sembelit) karena hormon progesteron meningkat.

6. Seksual

Berhubungan seks pada kehamilan diperbolehkan dan tidak dilarang Selama kehamilan tetapi pada kondisi tertentu ibu hamil harus membatasi atau dilarang untuk melakukan hubungan seksual selama

kehamilan. Kasus. kasus kehamilan tersebut antara lain: riwayat kelahiran prematur, ancaman keguguran, keluar cairan dari vagina yang tidak diketahui penyebabnya, benyakit menular seksual, plasenta previa, dan lain-lain. Sebagian perempuan takut melakukan hubungan seksual saat hamil dengan alasan berhubungan seks selama masa kehamilan dapat melukai janinnya. Persepsi tersebut merupakan suatu yang tidak dibenarkan karena, janin dilindungi rahim dan cairan ketuban di dalam rahim dan otot-otot kuat di sekitar rahim melindungi bayi dari guncangan. Bayi terlindung dari penetrasi penis karena adanya lapisan lendir tebal yang melindungi leher rahim dan membantu mencegah infeksi. (Fajrin,2017)

Perilaku seksual ibu hamil di setiap trimester kehamilan:

- a. Trimester I: minat melakukan hubungan seksual menurun pada trimester (3 bulan) pertama, biasanya gairah seks menurun karena beberapa keluhan awal yang di alami ibu hamil seperti mengalami mual, muntah dan kelelahan sehingga akan mengurangi hasrat untuk melakukan hubungan seksual.
- b. Trimester II: minat melakukan hubungan seksual meningkat (kembali) memasuki trimester kedua, umumnya libido timbul kembali. Tubuh sudah dapat menerima dan terbiasa dengan kondisi kehamilan sehingga ibu hamil dapat menikmati aktivitas seksual dengan lebih leluasa dari pada di trimester pertama. Kondisi rahim ibu belum terlalu besar dan memberatkan seperti pada trimester ketiga. Berbagai macam keluhan yang dirasakan

pada trimester pertama sudah berkurang dan tubuh terasa lebih nyaman.

- c. Trimester III: minat melakukan hubungan seksual menurun kembali. Kondisi perut yang semakin membesar serta keluhan-keluhan yang muncul seperti nyeri punggung, kondisi tubuh bertambah berat, sesak nafas, mengakibatkan libido ibu menurun untuk melakukan hubungan seksual.

Beberapa cara yang dapat dilakukan ibu hamil pada saat melakukan hubungan seksual yaitu:

- 1) Pilih posisi yang nyaman dan tidak menyebabkan nyeri bagi ibu hamil
- 2) Posisi yang aman saat melakukan hubungan seksual pada ibu hamil adalah posisi diatas, karena ibu dapat mengendalikan penetrasi
- 3) Lakukan hubungan seksual dalam frekuensi 2-3 kali sehari
- 4) Sebaiknya menggunakan kondom, karena prostaglandin yang terdapat dalam semen dapat mengakibatkan kontraksi

7. Mobilisasi dan body mekanik

Ibu hamil diperbolehkan melakukan kegiatan/aktivitas fisik seperti biasa atau seperti sebelum hamil selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil perlu mengetahui bagaimana melakukan mobilisasi dan body mekanik (sikap tubuh yang baik) sehingga perlu di informasikan kepada ibu hamil cara untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang aman dan nyaman selama kehamilan. Ibu hamil diperbolehkan melakukan

pekerjaan aktivitas rumah seperti menyapu, mengepel, masak, dan lain-lain. Semua pekerjaan tersebut harus sesuai dengan kemampuan serta ibu hamil mempunyai cukup waktu untuk istirahat. (Fajrin,2017)

9. Istirahat/tidur

Ibu hamil dianjurkan untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur untuk meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani ibu hamil serta sebagai pendukung perkembangan dan pertumbuhan janin. Ibu hamil harus mengurangi semua kegiatan yang melelahkan, menghindari posisi duduk, dan berdiri dalam waktu yang sangat lama. Ibu hamil harus mempertimbangkan pola istirahat dan tidur yang mendukung kesehatan sendiri, maupun kesehatan bayinya. Kebiasaan tidur larut malam dan kegiatan-kegiatan malam hari harus di pertimbangkan dan dikurangi seminimal mungkin. Kebutuhan istirahat dan tidur ibu hamil 8-10 jam perhari, yaitu meliputi tidur malam sekitar 6-8 jam/hari dan istirahat/tidur siang 1-2 jam/hari dalam keadaan rileks.

Tidur yang cukup dapat membuat ibu menjadi rileks, sehat dan bugar tetapi semakin tua usia kehamilan sering ditemukan beberapa ibu hamil mengeluh susah tidur salah satunya karena rongga dadanya terdesak perut yang semakin membesar mengakibatkan posisi tidur tidak nyaman. Adapun solusi yang dapat dilakukan yaitu dengan posisi tidur miring ke kiri, dengan posisi seperti ini dapat memperlanjar sirkulasi darah dari ibu ke janin, mencegah varises, sesak nafas dan bengkak pada kaki. Ibu yang mengalami susah tidur sebaiknya tidur dengan di iringi suara musik yang lembut sehingga,

menimbulkan perasaan rileks dan nyaman pada saat mendengarkan. Suara musik dapat memberikan stimulus awal untuk perkembangan otak janin. Jenis suara musik yang di anjurkan adalah musik klasik dan musik rohani. (Fajrin,2017)

2.1.9 Ketidaknyamanan selama hamil

1. Kelelahan selama Trimester I.

Dasar anatomis dan fisiologis yaitu penyebab tidak diketahui, mungkin berhubungan dengan penurunan laju metabolisme basal pada awal kehamilan.

2. Keputihan, Trimester I, II, dan III

Dasar anatomis dan fisiologis yaitu hiperplasia mukosa vagina dan peningkatan produksi lendir dan kelenjar endocervikal sebagai akibat dari peningkatan estrogen.

3. Ngidam

Terjadi pada trimester I tapi bisa berlangsung sepanjang masa kehamilan. Dasar anatomis dan fisiologis yaitu mungkin berkaitan dengan persepsi individu wanita tersebut mengenai apa yang bisa mengurangi rasa mual muntah dan indra pengecap menjadi tumpul, jadi makanan yang lebih merangsang dicari-cari.

4. Sering buang air kecil/nocturia selama trimester I dan trimester III

Dasar anatomis dan fisiologis yaitu merupakan tekanan uterus pada kandung kemih, nocturia akibat ekskresi sodium yang meningkat bersamaan dengan terjadinya, air dan sodium tertahan di bawah tungkai bawah selama siang hari karena statis vena, pada malam hari terdapat

aliran balik vena yang meningkat dengan akibat peningkatan dalam jumlah output air seni.

5. Rasa mual dan mutah

Antara minggu ke lima sampai 12 bisa terjadi lebih awal 2 – 3 minggu setelah HPHT. Dasar anatomis dan fisiologis yaitu penyebab yang pasti tidak diketahui, mungkin disebabkan oleh peningkatan kadar HCG, estrogen/progesteron. Relaksasi dan otot-otot halus, metabolik yaitu perubahan dalam metabolisme karbohidrat berlebihan, mekanisme kongesti, inflamasi, distensi pergeseran serta alergi yaitu sekresi korpus luteum, anti gen dari ayah, iso aglutinin, keracunan histamin.

6. Pusing pada trimester II dan III

Dasar anatomis dan fisiologis yaitu hipertensi postural yang berhubungan dengan perubahan – perubahan hemodinamis, pengumpulan darah didalam pembuluh tungkai yang mengurangi aliran balik vena dan menurunkan output cardiac vena serta tekanan darah dengan tegangan orthostatis yang meningkat, mungkin dihubungkan dengan hipoglikemia, dan sakit kepala pada trimester terakhir dapat merupakan gejala pre-eklamsi berat.

7. Varises pada kaki/vulva trimester I dan III

Dasar anatomis dan fisiologis yaitu kongesti vena dalam vena bagian bawah yang meningkat sejalan dengan kehamilan karena tekanan dari uterus yang hamil, kerapuhan jaringan elatis yang diakibatkan oleh estrogen, kecenderungan bawaan keluarga, dan disebabkan faktor usia dan lama berdiri. (Sulistyawati,2013)

2.1.10 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kehamilan

Sulistyawati, dkk. (2013) menyebutkan bahwa kehamilan mengalami perubahan bentuk tubuh dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain:

- 1) Faktor fisik dipengaruhi oleh status kesehatan, status gizi, dan gaya hidup.
- 2) Faktor psikologis meliputi stresor internal, stresor eksternal dukungan keluarga, substance abuse (kekerasan yang dialami ibu hamil di masa kecil) dan partner abuse (korban kekerasan yang dilakukan pasangannya).

Faktor lingkungan, sosial, budaya serta ekonomi dipengaruhi adat istiadat, fasilitas kesehatan dan ekonomi

2.1.11 Tanda Bahaya Dalam Kehamilan

Tanda bahaya yang perlu diperhatikan dan perlu mendapatkan penanganan sedini mungkin serta lebih lanjut meliputi :

1. Perdarahan Pervaginam
2. Bengkak pada bagian kaki, tangan, wajah, dan sakit kepala disertai kejang
3. Air ketuban keluar sebelum waktunya
4. Gerakan janin lemah, berkurang, dibandingkan sebelumnya atau tidak terasa
5. Muntah terus dan tidak mau makan
6. Demam tinggi

2.1.12 Jadwal Kunjungan *Antenatal Care*

Pemeriksaan kehamilan sebaiknya dilakukan sedini mungkin, segera setelah seorang wanita merasa dirinya hamil. Pemeriksaan antenatal selain

kuantitas (jumlah kunjungan), perlu diperhatikan pula kualitas pemeriksaannya. Kebijakan program pelayanan antenatal yang ditetapkan oleh Depkes RI, (2014), yaitu tentang frekuensi kunjungan sebaiknya dilakukan paling sedikit enam kali selama kehamilan, dengan ketentuan waktu sebagai berikut:

1. Minimal 2 (dua) kali kunjungan selama trimester pertama (< 14 minggu) = K1.

Tujuannya :

- a. Penapisan dan pengobatan anemia
 - b. Perencanaan persalinan
 - c. Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya
2. Minimal satu kali pada trimester kedua (K2), 14 – 28 minggu Tujuannya :
- a. Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya
 - b. Penapisan pre eklamsia, gemelli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan
 - c. Mengulang perencanaan persalinan
3. Minimal 3 kali pada trimester ketiga (K3 dan K4) 28 - 36 minggu dan setelah 36 minggu sampai lahir. Tujuannya :
- a. Sama seperti kegiatan kunjungan II dan III
 - b. Mengenali adanya kelainan letak dan presentasi
 - c. Memantapkan rencana persalinan
 - d. Mengenali tanda-tanda persalinan

Pemeriksaan pertama sebaiknya dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid dan pemeriksaan khusus dilakukan jika terdapat keluhan-keluhan tertentu (DepKes RI, 2014).

2.1.13 Komplikasi dan Pencegahan

Adapun Komplikasi pada kehamilan Menurut Mochtar (2012) komplikasi kehamilan yaitu:

1. Hiperimesis Gravidarum

Hiperimesis Gravidarum adalah mual dan muntah yang berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena keadaan umumnya menjadi buruk, karena terjadi dehidrasi. Pencegahan dengan memberikan informasi dan edukasi tentang kehamilan kepada ibu dengan maksud menghilangkan faktor psikhis rasa takut, tetapi obat menggunakan sedativa (luminal, stesolid); vitamin (B1 dan B6); anti muntah.

2. Preeklamsia gravidarum

Preeklamsia dan eklamsia merupakan gejala yang timbul dari trias: hipertensi, proteinuria dan edema. Pencegahan, pemeriksaan antenatal yang teratur dan bermutu serta teliti, berikan penerangan tentang manfaat istirahat dan tidur, ketenangan.

3. Abortus (keguguran dan kelainan dalam kehamilan)

Keguguran adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. Penanganan, berikan obat-obatan dengan maksud agar terjadi his sehingga fetus dan desidua dapat dikeluarkan, kalau tidak

berhasil lakukan dilatasi kuretase. Hendaknya pada penderita juga diberikan tomika dan antibiotika.

4. Kelainan letak kehamilan (kehamilan ektopik)

Kehamilan Ektopik adalah kehamilan dengan hasil konsepsi perimplentasi diluar endometrium Rahim Penanganan perbaiki keadaan umum, tranfusi darah dan segera lakukan lapatorium explorasi untuk memberhentikan sumber perdarahan.

5. Penyakit tropoblas

Penyakit tropoblas karena kehamilan yang berasal dari kelainan pertumbuhan tropoblas plasenta. Penanganan perbaiki keadaan umum pasang batang laminaria untuk memperlebar pembukaan, dilakukan evakuasi jaringan dengan menggunakan *suctio curettage*.

2.2 Konsep Dasar Persalinan

2.2.1 Definisi

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). Proses ini dimulai dengan adanya kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Sulistyawati, 2013).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan di mulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan

perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. (Sondakh, 2013).

2.2.2 Etiologi Persalinan

Selama kehamilan, didalam tubuh perempuan terdapat dua hormon yang dominan yaitu esterogen dan progesteron. Hormon esterogen berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis. Sedangkan, hormon progesteron berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi (Sulistyawati, dkk, 2013).

Sampai saat ini hal yang menyebabkan mulainya proses persalinan belum diketahui sehingga hanya ada teori-teori antara lain disebabkan oleh hormon, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi. Dengan demikian dapat disebutkan beberapa teori yang dapat menyebabkan persalinan menurut Rohani (2013) sebagai berikut :

1. Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Keadaan uterus terus membesar dan menjadi tegang yang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus.

2. Teori Penurunan Progesteron

Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat sehingga pembuluh darah

mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya, otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

3. Teori Oksitosin Internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktifitas sehingga persalinan dimulai.

4. Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat dikeluarkan. Prostaglandin dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan.

2.2.3 Tanda-Tanda Persalinan

1. Tanda persalinan sudah dekat

a. Terjadi lightening,

Menjelang usia kehamilan 36 minggu pada primigravida terjadi Penurunan fundus uteri kepala janin sudah masuk pintu atas Panggul yang di sebabkan oleh : Kontraksi braxton hicks, Keregangannya dinding perut, Ketengangan ligamentum rotundum,

Gaya berat janin, dimana kepala ke arah bawah. Masuknya kepala bayi kedalam pintu atas panggul, menyebabkan ibu merasakan :

- 1) Ringan dibagian atas perut, dan rasa sesaknya berkurang
- 2) Bagian bawah perut ibu terasa penuh dan mengganjal
- 3) Kesulitan berjalan
- 4) Sering buang air kecil (*follaksuria*)

b. Terjadinya his permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi braxton hicks, kontraksi ini dirasakan sebagai keluhan karena terasa sakit dan mengganggu. Kontraksi braxton hicks terjadi karena keseimbangan hormon esterogen, progesteron mengalami perubahan sehingga terjadi rangsangan dari hormon oksitosin.

Dengan semakin tuanya umur kehamilan, produksi esterogen dan progesteron mulai berkurang sehingga pengeluaran hormon oksitosin yang meningkat dapat menimbulkan kontraksi lebih sering, sebagai his palsu.

Sifat his permulaan (palsu) :

- 1) Rasa nyeri ringan dibagian bawah
- 2) Datangnya tidak teratur
- 3) Tidak ada penambahan pembukaan pada serviks
- 4) Durasinya pendek
- 5) Tidak bertambah jika ibu beraktivitas

2. Tanda-tanda timbulnya persalinan

a. Terjadi his persalinan

His persalinan mempunyai sifat :

1. Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan
 2. Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatannya makin besar
 3. Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks
 4. Makin beraktivitas (berjalan), kekuatan his makin bertambah
- b. Keluarnya lendir bercampur darah

Dengan his persalinan terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan.

- 1) Pendataran dan pembukaan
 - 2) Pembukaan menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas
 - 3) Terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah
- c. Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus persalinan, kulit ketuban dapat pecah yang menimbulkan pengeluaran cairan. Sebagian besar kulit ketuban pecah menjelang pembukaan lengkap. Jika kulit ketuban sudah pecah, diharapkan persalinan berlangsung 24 jam.

- d. Terkadang disertai ketuban pecah

Sebagian ibu hamil mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam. Namun apabila tidak tercapai, maka persalinan harus diakhiri dengan tindakan tertentu, misalnya ekstraksi bakul atau sentii caesaria.

e. Dilatasi dan effecement

Dilatasi adalah terbukanya katalis servikalis secara berangsur-angsur akibat pengaruh his. *Effecement* 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 Tahapan Persalinan

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 fase atau kala, yaitu :

1. Kala I

Kala I biasa disebut dengan kala pembukaan yang berlangsung dari pembukaan 0 sampai lengkap (10). Permulaan his tidak berlangsung kuat sehingga parturien masih dapat berjalan-jalan (Marmi,2012).

Proses pembukaan serviks dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

a. Fase laten

Berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambatsampai mencapai ukuran 3 cm.

b. Fase aktif, dibagi dalam 3 fase :

1) Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

2) Fase dilaktasi 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.

Di dalam fase aktif frekuensi dan lama kontraksi uterus akan kontraksi secara bertahap, biasanya terjadi 3 kali atau lebih dalam

waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik. Biasanya dari pembukaan 4 sampai lengkap akan terjadi kecepatan rata-rata yaitu 1 cm perjam untuk primigravida, dan 2 cm untuk multigravida.

Kala I selesai apabila pembukaan serviks telah lengkap. Pada primigravida kalaberlangsung selama 12 jam, sedangkan pada multigravida kira-kira 7 jam.

Factor yang mempengaruhi membukanya serviks:

- a. Otot serviks menarik pada pinggir ostium.
- b. Waktu kontraksi, menyebabkan tarikan pada serviks.
- c. Ketuban menonjol ke dalam kanalis servikalis dan membukanya. (Marmi, 2012)

2. Kala II

Kala II disebut juga kala pengeluaran. Dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir. Berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. (Marmi, 2012)

Tanda gejala utama kala II adalah :

- a. DORAN (**DO**rongan mene**RAN**) yaitu keinginan ibu untuk meneran
- b. TEKNUS (**TEK**anan a**NUS**) yaitu tekanan pada rektum dan vagina semakin meningkat
- c. PERJOL (**PER**ineum menon**JOL**)
- d. VULKA (**VUL**va membu**KA**) yaitu vulva vagina dan sfingter ani membuka

3. Kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung dari 30 menit. Jika lebih dari 30 menit maka harus diberi penanganan yang lebih atau dirujuk (Marmi,2012)

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

4. Kala IV

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena pendarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama.

Observasi yang dilakukan adalah :

- a. Tingkat kesadaran penderita
- b. Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi dan pernafasan
- c. Kontraksi uterus
- d. Terjadi pendarahan (Marmi,2012)

2.2.5 Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

A. Passage (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari bagian keras (tulang panggul dan sendi-sendinya) dan bagian lunak (otot,jaringan dan ligamen). (Lailiyana, 2015)

1. Panggul (jalan lahir keras)

Dibentuk oleh 4 buah tulang yaitu 2 tulang pangkal paha (Os Coxae), 1 tulang kelangkang (Os Sacrum), 1 tulang tungging (Os Cocygis).

a. Os Coxae

1) Os ilium

Tulang bagian terbesar pada panggul yang membentuk bagian atas dan belakang panggul

2) Os Ischium (tulang duduk)

Terdapat dibawah ilium

3) Os Pubis (tulang kemaluan)

Terdapat disebelah bawah dan depan tulang ilium

b. Os Sacrum

Terletak dikedua pangkal paha

c. Os Cocygis

Terdapat hubungan antara tulang sakrum dengan tulang cocygis

Jenis panggul:

1) Ginekoid

Merupakan jenis panggul paling ideal (tipe wanita klasik) yang berbentuk bulat

2) Android

Merupakan jenis panggul pria yang berbentuk segitiga

3) Antropoid

Berbentuk agak lonjong seperti telur

4) Platipeloid

Menyempit pada arah muka belakang atau panggul pipih

Bidang-bidang hodge

Bidang hodge adalah bidang semu sebagai pedoman untuk menentukan kemajuan persalinan yaitu seberapa jauh penurunan kepala melalui pemeriksaan dalam atau VT.

Pembagian bidang hodge:

a.Hodge I : bidang setinggi PAP

b. Hodge II: bidang sejajari dengan Hodge I setinggi bagian bawah simfisis

c. Hodge III : bidang sejajar dengan Hodge I setinggi SIAS

d.Hodge IV: bidang sejajar dengan Hodge I tulang koksigis.(Widiyastini,2014)

Ukuran – ukuran panggul

1. Panggul luar

a. Distancia spinarum : diameter antara keduanya kanan dan kiri berukuran 24-26 cm

b. Distancia kristarum : diameter terbesar keduanya kakan dan kiri ukuran 28-30 cm

- c. Konjugata eksterna : diameter antara lumbal 5 dengan tepi atas simfisis ukuran 18-20 cm
 - d. Distancia obliqueus eksterna
 - e. Lingkar : ukuran 80-90 cm
2. Panggul dalam
- a. Pintu atas panggul
 - 1) Konjugata diagonalis merupakan jarak antara pinggir bawah simfisis dengan promontorium, dengan jarak 12,5 cm
 - 2) Konjugata vera yaitu diameter antara promontorium dengan tepi atas simfisis, dengan ukuran 11 cm. Pengukuran dengan cara periksa dalam. (Widiyastini,2014)
 - b. Bidang tengah panggul
 - 1) Bidang terluas ukurannya 13 x 12.5 cm
 - 2) Bidang tersempit ukurannya 15,5 x 11 cm
 - 3) Jarak antara spina ischiadica 11 cm
 - c. Pintu bawah panggul
 - 1) Ukuran anterior posterior 10-11 cm
 - 2) Ukuran melintang 10,5 cm
 - 3) Arcus pubis membentuk sudut 90° lebih.
(Trirestuti,2018)

2. Jalan lahir lunak

Otot-otot dasar panggul

- a. Ligamentum kardinale sinistrum dan dekstrum, untuk mencegah uterus tidak turun
- b. Ligamentum sacro-uterina sinistrum dan dekstrum, untuk menahan agar uterus tidak bergerak melengkung dari bagian serviks
- c. Ligamentum rondontum sinistrum dan dekstrum, untuk menahan uterus dalam posisi antefleksi
- d. Ligamentum latum sinistrum dan dekstrum, dari uterus ke arah llateral
- e. Ligamentum infundibulo pelvikum, menahan tuba fallopi.
(Trirestuti,2018)

Bagian perineum

- a. Regio analis yaitu muskulus yang melindungi anus
- b. Regio urogenetalis. (Widiyastini,2014)

B. Power (kekuatan)

Power adalah kekuatan atau tenaga dari ibu yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi :

1. His atau kontraksi uterus

His adalah kontraksi yang kuat pada uterus karena otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna.

Sifat his yang baik dan sempurna :

- a. Bersifat simetris

- b. Adanya relaksasi, adalah untuk megistirahatkan otot uterus (Widiyastini,2014)
- c. Kontraksi paling kuat atau adanya dominasi di fundus uteri (Lailiyana, 2015)
- d. Involuntir terjadi diluar kehendak
- e. Interminten terjadi secara berkala berselang-seling
- f. Terasa sakit
- g. Terkoordinasi
- h. Kadang dapat dipengaruhi dari luar secara fisik, kimia dan psikis (Trirestuti,2018)

Pembagian his dan sifatnya:

1. His pendahuluan atau his palsu
Bersifat tidak teratur, menyebabkan nyeri perut bagian bawah dan lipatan paha. Lama kontraksi pendek dan tidak kuat jika dibuat berjalan tapi sering berkurang,tidak mempengaruhi perubahan pada serviks. (Widiyastini,2014)
2. His pembukaan kala I
Dapat menyebabkan terjadinya pembukaan dan penipisan serviks semakin lama semakin kuat, teratur dan sakit. (Widiyastini,2014)
His pembukaan serviks sampai terjadi pembukaaan lengkap 10 cm. (Trirestuti,2018)
3. His pengeluaran (mengedan/kala II)

His ini sangat kuat, teratur, semetris, terkoordinasi yang berfungsi untuk mengeluarkan janin. (Widiyastini,2014)

His ini lama dan koordinasi bersama antara his kontraksi otot perut, kontraksi diafragma dan ligamen. (Trirestuti,2018)

4. His pelepasan plasenta atau uri (kala III)

Kontraksinya sedang, berfungsi untuk melepaskan dan mengeluarkan plasenta. (Widiyastini,2014)

5. His pengiring (kala IV)

Kontraksi lemah, masih sedikit nyeri dan membantu proses involusi uterus. (Widiyastini,2014)

Perubahan-perubahan akibat his atau kontraksi

1. Pada uterus dan serviks

Kontraksi menyebabkan uterus teraba keras atau padat. Pada saat kontraksi segmen atas memegang peran aktif, dindingnya menjadi tebal dan mendorong janin untuk keluar.

Sedangkan segmen bawah memegang peran pasif yang terjadi relaksasi dan dilatasi sehingga menjadi saluran tipis dan teregang karena akan dilalui oleh janin. (Widiyastini,2014)

Tekanan hidrostatis air ketuban dan tekanan intrauterin naik serta menyebabkan serviks mendatar (effecement). (Trirestuti,2018)

Kontraksi menyebabkan serviks mendatar dan membuka.

(Widiyastini,2014)

2. Pada janin

Pertukaran oksigen pada sirkulasi uteroplasenter berkurang, sehingga menimbulkan hipoksia pada janin.

(Widiyastini,2014)

Denyut jantung janin melambat (brakikardi) atau kurang jelas didengar karena adanya iskemia fisiologis.

(Trirestuti,2018)

3. Pada ibu

Akan merasakan nyeri karena kontraksi rahim dan iskemia pada rahim. (Widiyastini,2014)

Ada kenaikan nadi dan tekanan darah. (Trirestuti,2018)

2. Tenaga mendedan

Keinginan ibu untuk mendedan disebabkan karena:

- a. Kontraksi otot dinding perut mengakibatkan terjadi peningkatan tekanan abdominal, sehingga menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan untuk mendorong
- b. Tenaga mendedan seperti saat BAB, namu lebih kuat
- c. Saat kepala janin sudah didasar panggul yang dapat menjadikan kontraksi pada otot perut. (Widiyastini,2014)

C. Passanger (janin dan plasenta)

Passanger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yaitu kepala janin, presentasi,

letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dia dianggap sebagai bagian dari penumpang yang menyertai janin, namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal. (Nurasia, 2014)

1. Janin

a. Kepala janin

1) Bagian muka, terdiri dari

- a) Tulang hidung
- b) Tulang pipi
- c) Tulang rahang atas
- d) Tulang rahang bawah

2) Bagian tengkorak

- a) Tulang dahi 2 buah
- b) Tulang ubun-ubun 2 buah
- c) Tulang peipis 2 buah
- d) Tulang belakang kepala

3) Sutura

Merupakan sela-sela antara tulang yang ditutupi oleh membrane.

Macam-macam sutura :

- a) Sutura sagitais : terletak diantara kedua os parietal
- b) Sutura coronalis : terletak diantara os frontal dan os parietal

c) Sutura lamboidea : terletak diantara os occipital dan kedua osparietal

d) Sutura frontalis : terletak diantara os frontal kiri kanan

4) Fontanel

Terdiri dari dua macam :

a) Fontanel mayor

b) Fontanel minor. (Widiyastini,2014)

b. Hubungan janin dalam uterus

1) Presentasi

Untuk menentukan bagian teredah janin ketika dipalpasi

Presentasi kepala :

a) Verteks

b) Dahi

c) Sinsiput

d) Daggu

Presentasi bokong :

a) Bokong lengkap

b) Frank breech

c) Kaki

2) Posisi

Posisi janin dalam rahim

a) Uzun- Uzun kecil kanan depan

- b) Ubun- Ubun kecil melintang kanan
 - c) Ubun- Ubun kecil kiri depan
 - d) Ubun- Ubun kecil melintang kiri
 - e) Daggu kanan depan
 - f) Daggu kanan belakang
 - g) Sakrum kiri depan
 - h) Sakrum kiri belakang
 - i) Ubun- Ubun kecil kanan belakang
 - j) Ubun- Ubun kecil kiri belakang
 - k) Daggu kiri depan
- 3) Letak
- a) Letak memanjang, sumbu janin terletak sejajar dengan sumbu ibu (letak kepala dengan letak bokong)
 - b) Letak lintang, sumbu panjang janin menyilang dengan sumbu memanjang ibu
 - c) Letak miring
- 4) Habitus / sikap
- a) Fleksi (presentasi belakang kepala)
 - b) Defleksi ringan (presentasi puncak kepala)
 - c) Defleksi sedang (presentasi dahi)
 - d) Defleksi maksimum (presentasi muka)

2. Plasenta

Struktur plasenta

a. Bagian janin

- 1) Terdiri dari vili
- 2) Menghadap ke janin
- 3) Warna keputihan, licin, tertutup amnion
- 4) Dibawah amnion terdapat pembuluh darah

b. Bagian ibu

- 1) Menghadap ke dinding rahim
- 2) Terdiri dari desidua compacta dan desidua spongiosa
- 3) Warna merah
- 4) Terdiri dari 16-20 kotiledon

c. Letak plasenta

Pada umumnya terletak pada korpus uteri bagian depan atau belakang sedikit kearah fundus uteri

d. Bentuk dan ukuran plasenta

Berbentuk bundar atau oval. Ukuran diameter 15-20 cm, tebal 2-3 cm. Beratnya 500 gram. Panjang tali pusat 30-100 cm, terdiri dari : 2 arteri dan 1 vena (arteri mengandung darah “kotor” dan vena mengandung darah “bersih”).

3. Air ketuban

Sebagai cairan pelindung dalam pertumbuhan dan perkembangan janin. Air krtuban berfungsi sebagai “bantalan” untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar. Tak hanya

itu saja, air ketuban juga berfungsi melindungi janin dari infeksi, menstabilkan perubahan suhu, dan menjadi sarana yang memungkinkan janin bergerak bebas.

Kelebihan air ketuban dapat berdampak pada kondisi janin, untuk menjaga kestabilan air ketuban, bayi meminum air ketuban didalam tubuh ibunya dan kemudian mengeluarkannya dalam bentuk kencing. Jadi jika terdapat volume air ketuban yang berlebih, diprediksi terdapat gangguan pencernaan atau gangguan pada saluran pembuangan sang bayi yang ditandai dengan kencingnya yang tidak normal.

Kekurangan cairan ketuban bisa disebabkan berbagai hal, di antaranya menurunnya fungsi plasenta akibat kehamilan yang melebihi waktu, ketuban yang bocor atau kelainan janin yang berhubungan dengan penyumbatan kandung kemih.

Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban pada setiap saat sebelum permulaan persalinan tanpa memandang apakah pecahnya selaput ketuban terjadi pada kehamilan 24 atau 44 minggu. Etiologi ketuban pecah dini belum diketahui pasti.

Beberapa faktor yang mempermudah terjadinya ketuban pecah dini :

- a. Infeksi, contohnya korioamionitis
- b. Trauma, contohnya amniosentesis, pemeriksaan panggul, atau koritus
- c. Inkompeten serviks

- d. Kelainan letak atau presentase janin
- e. Peningkatan tekanan intrauterine, contohnya kehamilan ganda dan hidramnion

Diagnosis ketuban pecah dini :

- a. Keluarnya cairan jernih dari vagina
- b. Inspekulo : keluar cairan dari orivisium utero eksterna saat fundus uteri ditekan atau digerakkan
- c. Adanya perubahan kertas lakmus merah (nitrazin merah) menjadi biru.
- d. Periksa dalam vagina : ketuban negative

Pemeriksaan penunjang ketuban pecah dini :

- a. USG
- b. Leukosit dan suhu badan ($37,5^{\circ}\text{C}$) untuk menilai adanya infeksi (leukositosis)
- c. Pemantauan kesejahteraan janin
- d. Pemeriksaan laboratorium, contohnya TORCH. (Walyani, 2016)

D. Psikologis

Psikologis persalinan merupakan hubungan saling mempengaruhi yang rumit antara dorongan psikologis dan fisiologis dalam diri wanita dengan pengaruh dorongan tersebut pada proses kelahiran bayi. (Sari,2014)

Faktor psikologis yang mempengaruhi persalinan:

- a. Melibatkan psikologis ibu
- b. Persiapan intelektual. (Trirestuti,2018)
- c. Pendamping persalinan (keluarga terdekat, suami, dan penolong. (Widiyastini,2014)
- d. Dukungan dari orang terdekat. (Lailiyana, 2015)

E. Penolong

Peran penolong adalah memantau dengan seksama dan memberikan serta kenyamanan pada ibu baik dari segi emosi atau perasaan maupun fisik. Dalam hal ini penolong persalinan harus membantu pasien, memeperjelas, serta mengurangi beban perasaan dan pikiran selama proses persalinan, membantu mengambil tindakan yang efektif untuk pasien dan membantu mempengaruhi orang lain terutama keluarga pasien, lingkungan fisik dan diri sendiri dari rasa emosi, panik, lelah, serta tetap melakukan perlindungan diri dari adanya kemungkinan bahaya infeksi selama proses persalinan. (Sari,2014)

2.2.6 Menolong Persalinan Sesuai Langkah APN

1. Mendengarkan dan melihat adanya tanda persalinan kala II :
 - a. Ibu ingin meneran bersamaan dengan kontraksi
 - b. Ibu merasakan peningkatan tekanan pada rektum/vaginal
 - c. Perineum terlihat menonjol
 - d. Vulva vagina dan sfingter ani membuka
 - e. Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

2. Memastikan kelengkapan alat penolong persalinan termasuk mematahkan ampul oksitosin dan memasukkan alat suntik sekali pakai 2 ½ ml ke wadah partus set.
3. Memakai clemek plastik.
4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir.
5. Menggunakan sarung tangan DTT pada tangan kanan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
6. Mengambil alat suntik dengan tangan yang bersarung tangan, isi dengan oksitosin dan letakkan kembali ke wadah partus set.
7. Membersihkan vulva dan perineum menggunakan kapas basah dengan gerakan vulva ke perineum.
8. Melakukan pemeriksaan dalam, memastikan pembukaan sudah lengkap dan selaput ketuban sudah pecah.
9. Menceleupkan tangan kanan yang bersarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membuka sarung tangan dalam keadaan terbalik dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%.
10. Memeriksa DJJ (denyut jantung janin) selama kontraksi uterus selesai, pastikan DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).
11. Memberi tahu ibu jika pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, meminta ibu untuk meneran saat ada his apabila ibu sudah merasa ingin meneran.

12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu saat meneran (pada saat his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman).
13. Melakukan pimpinan meneran pada saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
14. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
15. Meletakkan handuk bersih untuk mengeringkan bayi di perut ibu, jika kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
16. Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 ditaruh dibagian bawah pantat ibu.
17. Membuka tutup partus set dan memperhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
18. Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
19. Disaat kepala janin sudah terlihat pada vulva dengan diameter 5-6 cm, memasang handuk bersih untuk mengeringkan janin pada perut ibu.
20. Memeriksa adanya lilitan tali pusat pada leher janin.
21. Menunggu hingga kepala janin selesai melakukan putaran paksi luar secara spontan
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar pegang secara biparietal. Menganjurkan kepada ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah baeah dan distal

hingga bahu depan muncul di bawah arkus kubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

23. Setelah bahu lahir, geser tangan kanan ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah lalu gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang tangan dan siku sebelah atas.

24. Setelah badan dan lengan lahir, tangan kiri menyusuri punggung ke arah pantat dan tungkai bawah (selipkan jari telunjuk tangan kiri diantara kedua lutut bayi).

25. Melakukan penilaian cepat:

- a. Apakah bayi menangis kuat atau bernafas tanpa kesulitan?
- b. Apakah bayi bergerak aktif?

26. Mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya. Ganti handuk basah dengan handuk yang baru yang kering, dan membiarkan bayi diatas perut ibu.

27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada bayi lagi dalam uterus.

28. Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntikkan oksitisin agar uterus berkontraksi baik.

29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskuler) 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum melakukan penyuntikan oksitosin).

30. Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah distal

(ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

31. Dengan 1 tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi). Dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.

32. Mengikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada 1 sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

33. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan memasang topi di kepala bayi.

2.2.7 Komplikasi Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2010) menjelaskan bahwa komplikasi dalam persalinan diantaranya adalah:

1. Persalinan Lama
 - a. Kelainan tenaga (kelainan his) His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan.
 - b. Kelainan janin, persalinan dapat mengalami gangguan atau kemacetan karena kelainan dalam letak atau dalam bentuk janin.

- c. Kelainan jalan lahir, kelainan dalam ukuran atau bentuk jalan lahir bisa menghalangi kemajuan persalinan atau menyebabkan kemacetan.

2. Malpresentasi dan Malposisi

Malpresentasi adalah bagian terendah janin yang berada di segmen bawah rahim, bukan belakang kepala. Malposisi adalah penunjuk (presenting part) tidak berada di anterior. Apabila janin dalam keadaan malpresentasi atau malposisi, maka dapat terjadi persalinan yang lama atau bahkan macet. Malpresentasi adalah semua presentasi janin selain presentasi belakang kepala. Malposisi adalah posisi abnormal ubun-ubun kecil relatif terhadap panggul ibu. Malpresentasi atau malposisi diantaranya adalah:

a. Presentasi Dahi

Presentasi dahi terjadi manakala kepala janin dalam sikap ekstensi sedang, pada pemeriksaan dalam dapat diraba daerah sinsiput yang berada di antara ubun-ubun besar dan pangkal hidung. Bila menetap, janin dengan presentasi ini tidak dapat dilahirkan oleh karena besarnya diameter oksipitomental yang harus melalui panggul. Janin dengan ukuran kecil dan punggungnya berada diposterior atau ukuran panggul yang sedemikian rupa luas mungkin masih dapat dilahirkan pervaginam.

b. Presentasi Muka

Presentasi muka terjadi apabila sikap janin ekstensi maksimal sehingga oksiput mendekat ke arah punggung janin dan dagu menjadi bagian presentasinya. Faktor predisposisi yang meningkatkan kejadian presentasi dahi adalah malformasi janin, berat badan lahir < 1.500 gram, polihidramnion, postmaturitas, dan multiparitas. Berbeda dengan presentasi dahi, janin dengan presentasi muka masih dapat dilahirkan vaginal apabila posisi dagunya dianterior.

c. Presentasi Majemuk

Presentasi majemuk adalah terjadinya prolaps satu atau lebih ekstremitas pada presentasi kepala ataupun bokong. Kepala memasuki panggul bersamaan dengan kaki dan atau tangan. Presentasi majemuk juga dapat terjadi manakala bokong memasuki panggul bersamaan dengan tangan.

Dalam pengertian presentasi majemuk tidak termasuk presentasi bokong-kaki, presentasi bahu, ataupun prolaps tali pusat. Apabila bagian terendah janin tidak menutupi dengan sempurna pintu atas panggul, maka presentasi majemuk dapat terjadi.

d. Presentasi Bokong

Presentasi bokong adalah janin letak memanjang dengan bagian terendahnya adalah bokong, kaki, atau kombinasi keduanya. Dengan insidensi 3-4% dari seluruh kehamilan

tunggal pada umur kehamilan cukup bulan (≥ 37 minggu), presentasi bokong merupakan malpresentasi yang paling sering dijumpai. Sebelum umur kehamilan 28 minggu, kejadian presentasi bokong berkisar antara 25-30%, dan sebagian besar akan berubah menjadi presentasi kepala setelah umur kehamilan 34 minggu.

e. Distosia Bahu

Distosia bahu adalah suatu keadaan diperlukannya tambahan manuver obstetrik oleh karena dengan tarikan biasa ke arah belakang pada kepala bayi tidak berhasil untuk melahirkan bayi. Komplikasi distosia bahu pada janin adalah fraktur tulang (klavikula dan humerus), cedera pleksus brakhialis, dan hipoksia yang dapat menyebabkan kerusakan permanen di otak.

f. Prolaps tali pusat

Menurut Prawirohardjo (2010) menjelaskan bahwa prolaps tali pusat diklasifikasikan menjadi diantaranya:

- 1) Tali pusat terkemuka, bila tali pusat berada dibawah bagian terendah janin dan ketuban masih intak.
- 2) Tali pusat menumbung, bila tali pusat keluar melalui ketuban yang sudah pecah, ke serviks, dan turun ke vagina.

3) Occult prolaps, tali pusat berada disamping bagian terendah janin turun ke vagina. Tali pusat teraba atau tidak, ketuban dapat pecah atau tidak.

g. Ketuban pecah dini

Selaput ketuban yang membatasi rongga amnion terdiri atas amnion dan korion yang sangat erat ikatannya. Lapisan ini terdiri atas beberapa sel seperti sel epitel, sel mesenkim, dan sel trofoblas yang terikat erat dalam matriks kolagen. Selaput ketuban berfungsi menghasilkan air ketuban dan melindungi janin terhadap infeksi. Dalam keadaan normal, selaput ketuban pecah dalam proses persalinan.

Ketuban Pecah Dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut ketuban pecah dini pada kehamilan prematur. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini.

2.2.8 Persalinan Dengan *Sectio Caesarea*

a) Definisi

Sectio caesarea adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sarwono, 2017). Menurut Mochtar (2011) *section caesarea* adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui depan perut atau

vaginaataudisebut juga histerotomia untuk melahirkan janin dari dalam rahim. Tindakan operasi *sectio caesarea* dilakukan untuk mencegah kematian janin maupun ibu yang dikarenakan bahaya atau komplikasi yang akan terjadi apabila ibu melahirkan secara pervaginam.

b) Indikasi

Menurut Oxorn (2016), indikasi *sectio caesarea* terbagi menjadi :

- 1) Panggul sempit dan dystocia mekanis; Disproporsi fetopelik, panggul sempit atau jumlah janin terlampau besar, malposisi dan malpresentasi, disfungsi uterus, dystocia jaringan lunak, neoplasma dan persalinan tidak maju.
- 2) Pembedahan sebelumnya pada uterus; *sectio caesarea*, histerektomi, miomektomi ekstensif dan jahitan luka pada sebagian kasus dengan jahitan cervical atau perbaikan ostium cervicis yang inkompeten dikerjakan *sectio caesarea*.
- 3) dengan kehamilan bekas operasi menjalani rujukan dini berencana. Setiap ibu hamil dengan bekas operasi haruslah melakukan pemeriksaan antenatal karena pada saat antenatal ibu hamil akan mendapat informasi tentang taksiran persalinan, persalinan dengan bekas seksio sesarea haruslah dilakukan di rumah sakit yang memiliki fasilitas kesehatan yang memadai, dan kapan waktu yang tepat untuk persalinan ke rumah sakit
- 4) Perdarahan; disebabkan plasenta previa atau abruptio pasenta.

- 5) Toxemia gravidarum; mencakup preeklamsi dan eklamsi, hipertensi esensial dan nefritis kronis.
- 6) Indikasi fetal; gawat janin, cacat, insufisiensi plasenta, prolapsesfuniculus umbilicalis, diabetes maternal, inkompatibilitas rhesus, post moterm caesarean dan infeksi virus herpes pada traktusgenitalis.

a) Kontra indikasi sectio caesarea

- 1) Keselamatan ibu terancam bila tindakan di lakukan (misalnya, ibu menderita gangguan pulmonal berat)
- 2) Fetus di ketahui memiliki abnormalitas kariotipik atau anomali kongenital yang dapat menyebabkan kematian segera setelah lahir (misalnya, anesncephay)
- 3) kehamilan dengan jarak operasi <2 tahun dapat mengakibatkan abortus, berat badan bayi lahir rendah, nutrisi kurang, dan dianjurkan untuk SC. (Sarwono, 2017)

d) Jenis-jenis *sectio caesarea*

Menurut Wiknjastro (2015), *sectio caesarea* dapat diklasifikasikan menjadi 3 jenis, yaitu

1) *Sectio caesarea* transperitonealis profunda

Merupakan jenis pembedahan yang paling banyak dilakukan dengan cara menginsisi di segmen bagian bawahuterus. Beberapa keuntungan menggunakan jenis pembedahan ini, yaitu perdarahan luka insisi yang tidak banyak, bahaya peritonitis yang tidak besar, parut pada uterus umumnya kuat sehingga

bahaya rupture uteri dikemudian hari tidak besar karena dalam masa nifas ibu pada segmen bagian bawah uterus tidak banyak mengalami kontraksi seperti korpus uteri sehingga luka dapat sembuh lebih sempurna.

2) *Sectio caesarea* klasik atau *sectio caesarea corporalis*

Merupakan tindakan pembedahan dengan pembuatan insisi pada bagian tengah dari korpus uteri sepanjang 10-12 cm dengan ujung bawah di atas batas plica vasio uterine. Tujuan insisi ini dibuat hanya jika ada halangan untuk melakukan proses *section caesarea* Transperitonealis profunda, misal karena uterus melekat dengan kuat pada dinding perut karena riwayat persalinan *sectio caesarea* sebelumnya, insisi di segmen bawah uterus mengandung bahaya dari perdarahan banyak yang berhubungan dengan letaknya plasenta pada kondisi plasenta previa. Kerugian dari jenis pembedahan ini adalah lebih besarnya resiko peritonitis dan 4 kali lebih bahaya rupture in partur uteri pada kehamilan selanjutnya.

3) *Sectio caesarea* ekstraperitoneal

Insisi pada dinding dan fascia abdomen dan musculus rectus dipisahkan secara tumpul. Vesika urinaria diretraksi ke bawah sedangkan lipatan peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus. Jenis pembedahan ini dilakukan untuk mengurangi bahaya dari infeksi puerperal, namun dengan adanya kemajuan pengobatan terhadap infeksi, pembedahan

sectio caesarea ini tidak banyak lagi dilakukankarena sulit dalam melakukan pembedahannya.

a) Komplikasi *sectio caesarea* menurut Jitowiyono (2014) yaitu :

1) Pada ibu

(a) Infeksi puerperal

Komplikasi ini bisa bersifat ringan seperti kenaikan suhu tubuh selama beberapa hari dalam masa nifas, bersifat berat seperti peritonitis, sepsis dan sebagainya.

(b) Perdarahan

Perdarahan banyak bisa timbul pada waktu pembedahan jika cabang-cabang arteri ikut terbuka, atau karena atonia uteri

(c) Komplikasi lain seperti luka kandung kemih, emboli paru dan sebagainya sangat jarang terjadi

(d) Suatu komplikasi yang baru kemudian tampak, ialah kurangnya kekuatan otot pada dinding uterus, sehingga pada kehamilan berikutnya bisa terjadi ruptur uteri. Kemungkinan peristiwaini lebih banyak ditemukan sesudah *sectio caesarea* secara klasik.

2) Pada janin

Seperti halnya dengan ibu, nasib anak yang dilahirkan dengan *sectio caesarea* banyak tergantung dari keadaan yang menjadi alasan untuk melakukan *sectio caesarea*. Menurut statistik di negara-negara dengan pengawasan antenatal dan intranatal yang

baik, kematian perinatal pasca *sectio caesarea* berkisar antara 4-7 %.

b) Perawatan Post op Sectio Caesarea

Ibu yang mengalami komplikasi obstetric atau medis memerlukan observasi ketat setelah resiko *Setiocaesarea*. Perawatan umum untuk ibu meliputi :

- (a) Kaji tanda-tanda vital dengan interval diatas (15menit), pastikan kondisinya stabil.
- (b) Lihat tinggi fundus uteri (TFU), adanya perdarahan dari luka dan jumlah lochea.
- (c) Pertahankan keseimbangan cairan
- (d) Pastikan analgesa yang adekuat
- (e) Penggunaan analgesa epidural secara continu sangat berguna
- (f) Tangani kebutuhan khusus dengan indikasi langsung untuk *SectioCaesarea*, misalnya kondisi medis seperti diabetes.
- (g) Anjurkan fisioterapi dada dan ambulasi dini jika tidak ada kontraindikasi
- (h) Sebelum pemulangan harus diberikan kesempatan yang sesuai dengan keadaan dan jawab pertanyaan-pertanyaan pasien.
- (i) Jadwalkan kesempatan untuk melakukan pengkajian ulang pasca melahirkan, guna memastikan penyembuhan total, mendiskusikan kehamilan berikutnya dan memastikan tindakan lanjut perawatan untuk kondisi medisnya (Fraser, 2015)
- (j)

2.2.9 Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini (KPD) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu. Hal ini terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. (Joseph dkk, 2011)

Kejadian KPD pada usia kehamilan sebelum 37 minggu disebut KPD pada kehamilan perterm. Sedangkan KPD memanjang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya (Nugroho, 2012). Ada beberapa batasan tentang KPD yaitu 2 atau 4 atau 6 jam sebelum inpartu, KPD terjadi sebelum pembukaan serviks 3 cm atau 5 cm, KPD pada prinsipnya yaitu ketuban yang pecah sebelum waktunya (Norma, 2013).

2.2.10 Etiologi

1. Infeksi yang terjadi secara langsung pada selaput ketuban maupun asendern dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan KPD.
2. Trauma yang didapatkan misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam. Maupun amniositesis menyebabkan terjadinya KPD karena disertai infeksi.
3. Tekanan intra uteri yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (overdistensi uterus) misalnya trauma, hidramnion gemeli.
4. Usia yang sudah tidak reproduktif, karena organ –organ reproduksinya sudah mengalami kemunduran fungsinya yang mengakibatkan terjadinya inkompetensia serviks.

2.2.11 Tanda dan Gejala

1. Tanda yang terjadi adalah keluarnya air ketuban merembes melalui vagina
2. Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena uterus terus diproduksi sampai kelahiran, tetapi bila ibu duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak dibawah biasanya “mengganjai atau menyumbat” kebocoran untuk sementara (Joseph dkk,2011)

2.2.12 Komplikasi Pada KPD

1. Komplikasi paling sering terjadi pada KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu adalah sindrom distress pernapasan (RDS/ Respiratory Distress Syndrome)
2. Resiko infeksi meningkat pada kejadian KPD
3. Semua ibu hamil dengan KPD premature sebaiknya di evaluasi untuk kemungkinan terjadinya koriamnionitis (radang pada korion dan amnion)
4. Selain itu kejadian prolaps atau keluarnya tali pusar dapat terjadi pada KPD.

2.3 Konsep Dasar Nifas

2.3.1 Definisi

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. (Prawirohardjo, 2014)

Masa nifas adalah masa segera setelah kelahiran sampai 6 minggu. Selama masa ini, saluran reproduktif anatominya kembali ke keadaan tidak hamil yang normal. (Rukiyah, 2011)

Selama masa pemulihan alat-alat kandungan berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan baik secara fisik maupun psikologis, sebenarnya sebagian besar bersifat fisiologis, namun jika tidak dilakukan pendampingan melalui asuhan kebidanan maka tidak menutup kemungkinan akan terjadi keadaan patologis. (Sulistyawati, 2015)

Masa nifas adalah masa 2 jam setelah kelahiran plasenta sampai 6 minggu setelah persalinan. Pada masa ini alat-alat reproduktif anatominya kembali ke keadaan sebelum hamil. Ibu akan mengalami banyak perubahan baik fisik maupun psikologis selama masa nifas.

2.3.2 Tahapan Masa Nifas

Masa nifas terbagi menjadi tiga periode yaitu:

1. Periode pasca salin segera (immediate postpartum) 0-24 jam.

Masa 2 jam setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri. Oleh sebab itu, tenaga kesehatan harus dengan teratur melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, dan suhu

2. Periode pasca salin awal (early post partum) 24 jam – 1 minggu.

Pada periode ini tenaga kesehatan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak

ada demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui bayinya dengan baik.

3. Periode pasca salin lanjut (late postpartum) 1 minggu – 6 minggu

Pada periode ini tenaga kesehatan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

2.3.3 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a. Uterus

Involusi uterus merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar dari decidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi necrotic (layu/mati). Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana tinggi fundus uteri (TFU). Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat dengan berat 1000 gram. Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari dibawah pusat. Pada 1 minggu postpartum, TFU teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat 500 gram. Pada 2 minggu postpartum, TFU teraba diatas simpisis dengan berat 350 gram. Pada 6 minggu postpartum, fundus uteri mengecil (tak teraba) dengan berat 50 gram. Perubahan ini berhubungan erat dengan perubahan miometrium yang bersifat proteolisis. (Marmi, 2012)

b. Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang necrotic dari dalam uterus. Lokhea mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lokhea berbau amis atau anyir dengan volume yang berbeda-beda pada setiap wanita. Lokhea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lokhea mempunyai perubahan warna dan volume karena adanya proses involusi.

Lokhea dibedakan menjadi 4 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya:

1) Lokhea rubra/merah

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

2) Lokhea sanguinolenta

Lokhea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 masa nifas.

3) Lokhea serosa

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

4) Lokhea alba/putih

Lokhea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama minggu ke 2-6 masa nifas. Lokhea yang menetap pada awal periode masa nifas menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. Lokhea alba atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan lokhea purulenta. Pengeluaran lokhea yang tidak lancar disebut dengan lokhea statis. (Sulistiyawati, 2015)

c. Perubahan Serviks dan Segmen Bawah Uterus

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai, dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus uteri dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Setelah minggu pertama serviks mendapatkan kembali tonusnya. (Rukiyah, 2011)

d. Vulva, Vagina, dan Perineum

Berkurangnya sirkulasi progesteron membantu pemulihan otot panggul, perineum, vagina, dan vulva kearah elastisitas dari

ligamentum otot rahim. Merupakan proses yang bertahap akan berguna jika ibu melakukan ambulansi dini dan senam serviks. Pada awal masa nifas, vagina dan muara vagina membentuk suatu lorong luas berdinding licin yang berangsur-angsur mengecil ukurannya tetapi jarang kembali ke bentuk nullipara. Rugae mulai tampak pada minggu ketiga. Hymen muncul kembali sebagai kepingan-kepingan kecil jaringan yang setelah mengalami sikatrisasi akan berubah menjadi caruncule mirtiformis. Estrogen pasca partum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Mukosa vagina memakan waktu 2-3 minggu untuk sembuh tetapi pemulihan luka sub-mukosa lebih lama yaitu 4-6 minggu. Beberapa laserasi superficial pada vagina umumnya tidak seberapa luas dan akan sembuh secara perpriman (sembuh dengan sendirinya) dan akan sembuh relatif lebih cepat. Laserasi perineum sembuh pada hari ke-7 masa nifas dan otot perineum akan pulih pada hari ke 5-6 masa nifas. (Asih, 2016)

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar

progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama (Rukiyah, 2011)

3. Perubahan Sistem Perkemihan

Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada postpartum kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Ibu postpartum dianjurkan segera buang air kecil, agar tidak mengganggu proses involusi uteri dan ibu merasa nyaman. Namun demikian, setelah melahirkan ibu merasa sulit buang air kecil. Hal yang menyebabkan kesulitan buang air kecil pada ibu postpartum antara lain adanya odema trigonium yang menimbulkan obstruksi sehingga terjadi retensi urin, diaforesis yaitu mekanisme tubuh untuk mengurangi cairan yang terretensi dalam tubuh dan terjadi selama 2 hari setelah melahirkan. (Rukiyah, 2011)

4. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah plasenta lahir. Pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali sehingga tak jarang uterus

jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur. Karena hal tersebut, maka tidak jarang pula wanita mengeluh kandungannya turun setelah melahirkan. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. (Sulistiyawati, 2015)

5. Perubahan Sistem Endokrin

Hormon estrogen yang tinggi memperbesar hormon anti-diuretic yang dapat meningkatkan volume darah. Sedangkan hormon progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah, sehingga hal ini akan mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum, dan vulva serta vagina. Ketika plasenta lepas dari dinding uterus dan lahir, tingkat hormon hCG, HPL, estrogen, dan progesteron didalam darah ibu menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 masa nifas. (Asih, 2016: 73)

6. Perubahan Tanda-Tanda Vital

Dalam 24 jam postpartum, suhu badan akan naik kurang lebih $0,5^{\circ}\text{C}$ dari keadaan normal ($37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan. Pada hari ke-3 masa nifas suhu badan naik lagi karena adanya pembentukan ASI. Payudara menjadi bengkak dan berwarna merah karena banyaknya ASI. Bila suhu tidak turun, kemungkinan adanya infeksi pada

endometrium, mastitis, tractus genitalis, atau sistem lain. (Sulistyawati, 2015)

Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80 kali permenit. Denyut nadi selama jam pertama setelah melahirkan biasanya akan lebih cepat. Tetapi, setiap denyut nadi yang melebihi 100 kali permenit adalah abnormal dan hal ini menunjukkan adanya kemungkinan infeksi. Pada minggu ke 8-10 setelah melahirkan, denyut nadi kembali ke frekuensi sebelum hamil. (Rukiyah, 2011)

Tekanan darah biasanya tidak berubah. Tekanan darah tinggi pada masa nifas dapat menandakan terjadinya pre-eklamsi postpartum. (Sulistyawati, 2015: 81). Bila tekanan darah menjadi rendah menunjukkan adanya perdarahan masa nifas. (Suherni, 2009)

Pernapasan pada ibu nifas umumnya lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. Keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya, kecuali apabila ada gangguan khusus pada saluran pernapasan. Bila pernapasan pada masa nifas menjadi lebih cepat, kemungkinan ada tanda-tanda syok. (Rukiyah, 2011)

7. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan, volume darah normal digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uteri. Penurunan estrogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga

mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urin. Hilangnya progesteron membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma masa persalinan. Pada persalinan, uterus kehilangan darah sekitar 200-500 ml, sedangkan pada persalinan dengan SC pengeluaran darah sebanyak dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan kadar hematokrit. Setelah persalinan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung dan akan menimbulkan decompensatio cordis pada pasien dengan vitium cardio. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan tumbuhnya hemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sediakala. Umumnya ini terjadi pada hari ke 3-5 masa nifas. (Sulistyawati, 2015)

8. Perubahan Sistem Hematologi

Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen, dan plasma, serta faktor-faktor pembekuan darah makin meningkat. Pada hari pertama masa nifas, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun, tetapi darah akan mengental sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat dengan jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000

selama proses persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari masa nifas. Jumlah sel darah tersebut masih dapat naik lagi sampai 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan yang lama. Jumlah Hb, hematocrit, dan eritrosit sangat bervariasi pada saat awal-awal masa nifas sebagai akibat dari volume darah, plasenta, dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut. Selama kelahiran dan masa nifas, terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematocrit dan Hb pada hari ke 3-7 masa nifas, yang akan kembali normal dalam minggu ke 4-5 masa nifas. Pada masa nifas terjadi perubahan komponen darah, misalnya jumlah sel darah putih akan bertambah banyak. Jumlah sel darah merah dan Hb akan berfluktuasi, namun dalam 1 minggu masa nifas biasanya semuanya akan kembali pada keadaan semula. Curah jantung atau jumlah darah yang dipompa oleh jantung akan tetap tinggi pada awal masa nifas dan dalam 2 minggu akan kembali pada keadaan normal. (Sulistyawati, 2015)

2.3.4 Kebutuhan Dasar Ibu Pada Masa Nifas

1. Nutrisi dan Cairan

Anjuran pemenuhan gizi ibu menyusui antara lain mengkonsumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 500 kalori. Makan dengan diet berimbang, cukup protein, mineral, dan vitamin. Minum sedikitnya

3 liter setiap hari, terutama setelah menyusui. Mengonsumsi tablet zat besi selama masa nifas. Minum kapsul vitamin A (200.000 unit) agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI. (Sulistyawati, 2015)

2. Ambulasi Dini

Lakukan ambulasi dini pada ibu nifas dua jam setelah persalinan normal, sedangkan pada ibu nifas dengan partus sectio caesarea ambulasi dini dilakukan paling tidak setelah 12 jam masa nifas setelah ibu sebelumnya istirahat (tidur). Tahap ambulasi dini dapat dilakukan dengan miring kiri atau kanan terlebih dahulu, kemudian duduk dan apabila ibu sudah cukup kuat berdiri maka ibu dianjurkan untuk berjalan. (Asih, 2016)

3. Kebutuhan Eliminasi

Ibu harus berkemih spontan dalam 6-8 jam masa nifas, motivasi ibu untuk berkemih dengan membasahi bagian vagina atau melakukan kateterisasi karena urin yang tertahan dalam kandung kemih akan menghambat uterus berkontraksi dengan baik sehingga menimbulkan perdarahan yang berlebihan. Sebaiknya pada hari kedua nifas ibu sudah bisa buang air besar, jika sudah hari ketiga ibu masih belum bisa BAB, ibu bisa menggunakan pencahar berbentuk supositoria sebagai pelunak tinja. Feses yang tertahan dalam usus semakin lama akan mengeras karena cairan yang terkandung dalam feses akan selalu diserap oleh usus, hal ini dapat menimbulkan konstipasi pada ibu nifas. (Asih, 2016)

4. Kebersihan Diri

Untuk mencegah terjadinya infeksi baik pada luka jahitan dan maupun kulit anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh. Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan arah sapuan dari depan terlebih dahulu kemudian ke belakang menggunakan sabun dan air. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut setidaknya dua kali sehari. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah luka. (Prawirohardjo, 2014)

5. Istirahat

Ibu nifas sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan kepada ibu dan beristirahat yang cukup sebagai persiapan energi menyusui bayinya nanti. (Sulistyawati, 2015)

6. Seksual

Secara fisik aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran.

Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan.
(Prawirohardjo, 2014)

7. Keluarga Berencana

Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Meskipun beberapa metode KB mengandung resiko, menggunakan kontrasepsi tetap lebih aman, terutama apabila ibu sudah haid lagi. (Prawirohardjo, 2014)

8. Senam Nifas

Untuk mencapai hasil pemulihan otot yang maksimal, sebaiknya latihan masa nifas dilakukan seawal mungkin dengan catatan menjalani persalinana dengan normal dan tidak ada penyulit (masa nifas). (Sulistyawati, 2015)

2.3.5 Tanda Bahaya Masa Nifas

Pengeluaran vagina yang baunya membusuk, rasa sakit di bagian bawah abdomen/punggung, sakit kepala yang terus menerus, nyeri *epigastrik*, gangguan masalah penglihatan/penglihatan kabur, pembengkakan di wajah atau tangan, demam, muntah, rasa sakit waktu BAK atau merasa tidak enak badan, payudara yang berubah menjadi merah, panas atau terasa sakit, kehilangan nafsu makan dalam waktu lama, rasa sakit, merah, lunak, atau pembengkakan pada kaki, merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya dan diri sendiri, merasa sangat letih atau nafas terengah-engah.

2.3.6 Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan masa nifas yaitu kunjungan yang dilakukan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi, menangani masalah-masalah yang terjadi selama masa nifas (Bahiyatun, 2016) dan pada umumnya ASI keluar 1 – 3 hari setelah melahirkan dan setelah itu mengeluarkan produksi ASI lebih banyak. (Mansyur dan Dahlan, 2014)

Waktu kunjungan masa nifas adalah :

- (1) Pada 6 – 8 jam setelah persalinan
- (2) Pada 7 hari-1 minggu setelah persalinan
- (3) Pada 14 hari-2 minggu setelah persalinan
- (4) Pada 40 hari/6 minggu setelah persalinan

2.3.7 Komplikasi Masa Nifas

1. Sub involusi Uteri

Sub involusi uteri adalah keadaan dimana proses involusi rahim tidak berjalan sebagai mestinya. Penyebab terjadinya subinvolusi uteri adalah terjadi infeksi pada endometrium, terdapat sisa plasenta dan selaputnya terdapat bekuan darah, atau mioma uteri.

2. Perdarahan Masa Nifas Primer

Perdarahan masa nifas primer adalah perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama. Penyebab utama perdarahan masa nifas primer adalah terdapatnya sisa plasenta atau selaput ketuban (pada grande multipara dan kelainan bentuk implantasi plasenta), infeksi

pada endometrium, dan sebagian kecil terjadi dalam bentuk mioma uteri bersamaan dengan kehamilan dan inversio uteri.

3. Flegmasi Alba Dolens

Flegmasi alba dolens merupakan salah satu bentuk infeksi puerpuralis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis. Vena femoralis yang terinfeksi dan disertai pembentukan trombosis dapat menimbulkan gejala klinis sebagai berikut: Terjadi pembengkakan pada tungkai. Berwarna putih. Terasa sangat nyeri. Tampak bendungan pembuluh darah. Temperatur badan dapat meningkat.

4. Keadaan abnormal pada payudara

a. Bendungan ASI

Bendungan ASI terjadi karena sumbatan pada saluran ASI. Tidak dikosongkan seluruh puting susu. Keluhan : mammae bengkak, keras, dan terasa panas sampai suhu badan meningkat. Penanganan mengosongkan ASI dengan masase atau pompa, memberikan estradiol sementara menghentikan pembuatan ASI, dan pengobatan simtomatis sehingga keluhan berkurang.

b. Mastitis dan abses mammae

Terjadinya bendungan ASI merupakan permulaan dari kemungkinan infeksi mammae. Bakteri yang sering menyebabkan infeksi mammae adalah stafilokokus aureus yang masuk melalui luka puting susu infeksi menimbulkan demam, nyeri lokal pada mammae terjadi pematatan mammae, dan terjadi perubahan warna kulit mammae. Penanganan bila payudara tegang/indurasi dan

kemerahan ,maka berikan kloksasilin 500 mg setiap 6 jam selama 10 hari. Bila diperlukan sebelum terbentuk abses biasanya keluhannya akan berkurang, sangga payudara, kompres dingin. Bila diperlukan, berikan paracetamol 500 mg per oral setiap 4 jam. Ibu harus didorong menyusui bayinya walau ada pus. Jika bersifat infeksius, berikan analgesik non narkotic, antipiretic (ibu profen,asetaminofen) untuk mengurangi demam dan nyeri. Pantau suhu tubuh akan adanya demam. Jika ibu demam tinggi ($>39^{\circ}\text{C}$), periksa kultur suhu terhadap kemungkinan adanya infeksi streptokokal. Pertimbangkan pemberian antibiotik antistafilokokus kecuali jika demam dan gejala berkurang. Ikuti perkembangan 3 hari setelah pemberian pengobatan.

5. Postpartum Blues

Menurut Sulistyawati (2015) postpartum blues biasanya dimulai pada beberapa hari setelah kelahiran dan berakhir setelah 10-14 hari. Factor yang menyebabkan timbulnya postpartum blues antara lain factor hormonal berupa perubahan kadar estrogen, progesteron, prolaktin dan estriol yang terlalu rendah. Kadar estrogen memiliki efek supresi aktifitas enzim nonadrenalin maupun serotin yang berperan dalam suasana hati dan kejadian depresi. Ketidaknyamana fisik yang dialami wanita menimbulkan gangguan pada emosional seperti payudara bengkak, nyeri jahitan, rasa mules. Ketidakmampuan beradaptasi terhadap perubahan fisik dan

emosional yang kompleks. Cara mengatasi pospartum blues menurut Suherni (2009) yaitu komunikasi segala permasalahan atau hal lain yang ingin diungkapkan. Bicarakan rasa cemas yang dialami. Bersikap tulus dalam menerima aktivitas dan peran baru setelah melahirkan. Bersikap fleksibel dan tidak terlalu perfeksionis dalam mengurus bayi atau rumah tangga. Belajar tenang dengan menarik nafas panjang dan meditasi. Kebutuhan istirahat yang cukup, tidurlah ketika bayi tidur. Berolahraga ringan. Bergabung dengan kelompok ibu-ibu baru. Dukungan tenaga kesehatan. Dukungan suami, keluarga dan teman. Konsultasikan ke dokter dan orang yang profesional agar dapat meminimalisasikan factor resiko lainnya dan membantu melakukan pengawasan.

2.4 Konsep Dasar Neonatus

2.4.1 Definisi

Neonatus adalah bayi yang lahir dengan berat lahir antara 2500 – 4000 gram, cukup bulan, lahir langsung menangis, dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) yang berat (M. Sholeh 2007 dalam Marmi dan Kukuh 2012).

Neonatus adalah bayi yang baru lahir 28 hari pertama kehidupan (Rudolph, 2015). Neonatus adalah usia bayi sejak lahir hingga akhir bulan pertama (Koizer, 2011)

2.4.2 Ciri Neonatus

Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, panjang badan 48-52 cm, umur kehamilan 37-42 minggu, kulit

kemerahandan licin karena jaringan subkutan yang cukup, genetalia labia mayora sudah menutupi labia minora, anus berlubang (Marmi, 2015). Bayi baru lahir memiliki lingkaran dada 30-38 cm, lingkaran lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, refleks-refleks sudah terbentuk dengan baik (rooting, sucking, morro, grasping), organ genitalia pada bayi laki-laki testis sudah berada pada skrotum dan penis berlubang, pada bayi perempuan vagina dan uretra berlubang serta adanya labia minora dan mayora, mekonium sudah keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan.

2.4.3 Klasifikasi Neonatus

Klasifikasi neonatus menurut Marni (2015) :

1. Neonatus menurut masa gestasinya
 - a. Kurang bulan (preterm infan) : <259 hari (37 minggu)
 - b. Cukup bulan (term infant) : 259- 294 hari (37-42 minggu)
 - c. Lebih bulan(postterm infant) : >294hari (42 minggu)
2. Neonatus menurut berat lahir :
 - a. Berat lahir rendah : <2500 gram.
 - b. Berat lahir cukup : 2500-4000 gram.
 - c. Berat lahir lebih : >4000 gram.
3. Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan) :
 1. Neonatus cukup/ kurang/ lebih bulan.
 2. Sesuai/ kecil/ besar ukuran masa kehamilan.

2.4.4 Penatalaksanaan Neonatus

Semua bayi diperiksa segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterine berjalan dengan lancar dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan. Pemeriksaan rutin pada bayi baru lahir harus dilakukan, tujuannya untuk mendeteksi kelainan atau anomali kongenital yang muncul pada setiap kelahiran dalam 10-20 per 1000 kelahiran, pengelolaan lebih lanjut dari setiap kelainan yang terdeteksi pada saat antenatal, mempertimbangkan masalah potensial terkait riwayat kehamilan ibu dan kelainan yang diturunkan, dan memberikan promosi kesehatan, terutama pencegahan terhadap sudden infant death syndrome (SIDS) (Lissauer, 2013). Asuhan bayi baru lahir meliputi :

1. Pencegahan Infeksi (PI)
2. Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi Untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepiantas setelah seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan :

- a. Apakah kehamilan cukup bulan?
- b. Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
- c. Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Jika ada jawaban “tidak” kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi. Penghisapan lendir pada jalan napas bayi tidak dilakukan secara rutin (Kementerian Kesehatan RI, 2013)

3. Pemotongan dan perawatan tali pusat

Setelah penilaian sepintas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi. Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilikus (Lissauer, 2013).

4. Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusu. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan

puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenalan) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusui (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

5. Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

6. Pemberian salep mata/tetes mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

7. Pencegahan perdarahan melalui penyuntikan vitamin K1 dosis tunggal di paha kiri.

Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir (Kementerian Kesehatan RI, 2010). Pemberian vitamin K sebagai profilaksis melawan hemorrhagic disease of the newborn dapat diberikan dalam suntikan yang

memberikan pencegahan lebih terpercaya, atau secara oral yang membutuhkan beberapa dosis untuk mengatasi absorpsi yang bervariasi dan proteksi yang kurang pasti pada bayi (Lissauer, 2013). Vitamin K dapat diberikan dalam waktu 6 jam setelah lahir (Lowry, 2014).

8. Pemberian imunisasi Hepatitis B (HB 0) dosis tunggal di paha kanan

Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati (Kementerian Kesehatan RI, 2011).

9. Pemeriksaan Neonatus

Pemeriksaan Neonatus bertujuan untuk mengetahui sedinimungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

10. Pemberian ASI eksklusif

ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia 0-6 bulan dan jika memungkinkan dilanjutkan dengan pemberian ASI dan makanan pendamping sampai usia 2 tahun. Pemberian ASI eksklusif mempunyai dasar hukum yang diatur dalam SK Menkes Nomor

450/Menkes/SK/IV/2004 tentang pemberian ASI Eksklusif pada bayi 0-6 bulan. Setiap bayi mempunyai hak untuk dipenuhi kebutuhan dasarnya seperti Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif, dan imunisasi serta pengamanan dan perlindungan bayi baru lahir dari upaya penculikan dan perdagangan bayi.

2.4.5 Adaptasi Neonatus

1. Sistem Pernafasan

Penyesuaian paling kritis yang harus dialami bayi baru lahir ialah penyesuaian sistem pernapasan. Paru bayi cukup bulan mengandung sekitar 20 ml cairan/kg. Udara harus diganti dengan cairan yang mengisi traktus respiratorius sampai alveoli. Pada kelahiran pervaginam normal, sejumlah cairan keluar dari trakea dan paru bayi. Dalam satu jam pertama kehidupan bayi, sistem lemak paru secara kontinu mengeluarkan cairan dalam jumlah besar. Pengeluaran cairan ini juga di akibatkan perbedaan tekanan dari alveoli sampai jaringan interstisial dan sampai kapiler pembuluh darah. Penurunan resistensi mempermudah aliran cairan paru ini.

Awal adanya napas:

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

Oksigenasi sangat penting dalam mempertahankan kecukupan pertukaran udara. Jika terdapat hipoksia, pembuluh darah dan paru akan mengalami fase vasokonstriksi. Pengerutan pembuluh darah ini berarti tidak ada pembuluh darah yang terbuka guna menerima oksigen yang berada dalam alveoli, sehingga menyebabkan penurunan oksigenasi jaringan, yang akan memperburuk hipoksia. Peningkatan asliran darah paru akan memperlancar pertukaran gas dalam alveolus dan menghilangkan cairan paru yang mendorong terjadinya peningkatan sirkulasi janin menjadi sirkulasi luar rahim. Pernapasan abnormal dan kegagalan paru untuk mengembang dengan sempurna mengganggu aliran cairan pada janin dari alveoli interstisial ke sirkulasi pulmoner. Retensi cairan ini akan mengganggu kemampuan bayi memperoleh oksigen yang cukup. Tarikan napas pertama terjadi disebabkan refleks yang di picu perubahan tekanan, pendinginan, bunyi, cahaya, dan sensasi lain yang berkaitan dengan proses kelahiran. Selain itu, komoreseptor di aorta dan badan karotid yang menginisiasi refleks neurologis ketika tekanan oksigen arteri menurun dari 80 menjadi 15 mmHg, tekanan karbon dioksida arteri meningkat dari 40 menjadi 70 mmHg, dan pH arteri menurun sampai di bawah 7,35. Apabila perubahan yang terjadi sangat ekstrem, dapat terjadi gawat napas. Pada kebanyakan kasus, timbul reaksi pernapasan yang berlebihan dalam satu menit setelah bayi lahir, sehingga bayi mulai menarik napas yang pertama menangis.

2. Sistem Sirkulasi

Setelah lahir, darah bayi baru lahir harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi melalui tubuh guna menghantarkan oksigen ke jaringan, terjadi dua perubahan besar yang membuat sirkulasi yang pada baru lahir di luar rahim :

- a. Penutupan foramen ovale pada atrium jantung.
- b. Penutupan duktus arteriosus antara arteri, paru dan aorta

Perubahan siklus ini terjadi akibat perubahan tekanan pada seluruh sistem pembuluh tubuh. Oksigenasi menyebabkan sistem pembuluh mengubah tekanan dengan cara mengurangi atau meningkatkan resistensinya sehingga mengubah aliran darah. Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam sistem pembuluh darah :

- 1) Pada saat tali pusat terpotong, resistensi pembuluh sistemik dan tekanan atrium kanan menurun. Tekanan atrium kanan menurun karena berkurangnya aliran darah ke atrium kanan tersebut. Hal ini menyebabkan penurunan volume dan tekanan atrium kanan itu sendiri. Kedua kejadian itu membantu darah dengan kandungan oksigen sedikit mengalir ke paru untuk menjalani proses oksigenasi ulang.
- 2) Pernapasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan. Oksigen pada pernapasan pertama ini menimbulkan relaksasi dan sedikit terbukanya sistem pembuluh darah paru.

Peningkatan sirkulasi ke paru mengakibatkan peningkatan volume darah dan tekanan pada atrium kanan. Dengan peningkatan tekanan atrium kanan ini dan penurunan tekanan atrium kiri, foramen ovale secara fungsional akan menutup.

Sirkulasi janin berbeda secara kompleks dengan sirkulasi kehidupan pascalahir. Darah teroksigenasi di plasenta mencapai janin melalui vena umbilikal. Sebagian darah ini akan memperfusi hati dan separuhnya lagi memasuki vena kava inferior melalui duktus venosus. Darah ini bercampur dengan aliran balik vena dari hati dan separuh tubuh bagian bawah serta mencapai atrium kanan melalui vena kava inferior.

Aliran darah di dalam atrium kanan menyebabkan darah ini menyebrang ke atrium kiri melalui foramen ovale. Darah ini mengandung lebih banyak oksigen daripada darah dari vena kava superior, dan merupakan *output* (keluaran) ventrikel kiri yang menyuplai *ascending aorta* dengan demikian, arteri koroner dan karotis menerima suplai darah yang mengandung oksigen paling banyak.

3. Sistem Termogulasi

Suhu tubuh dipertahankan supaya tetap berada dalam rentang suhu tubuh normal dengan memproduksi panas. Hipotermia akibat pengeluaran panas. Hipotermia akibat pengeluaran panas secara berlebihan adalah masalah yang membahayakan hidup bayi baru

lahir. Kemampuan bayi baru lahir untuk memproduksi panas seringkali mendekati kapasitas orang dewasa. Akan tetapi, kecenderungan pelepasan panas yang cepat ke lingkungan yang dingin lebih besar dan sering menjadi keadaan yang membahayakan bayi baru lahir.

Mekanisme produksi panas dengan cara menggigil jarang terjadi pada bayi baru lahir. Termogenesis tanpa menggigil dapat dicapai, terutama akibat adanya lemak coklat yang unik pada bayi baru lahir dan kemudian dibentuk akibat peningkatan aktivitas metabolisme di otak, di jantung, dan di hati. Lemak coklat terdapat dalam cadangan permukaan, yaitu di daerah interskapula dan di aksila, serta di bagian yang lebih dalam, yaitu di pintu masuk toraks, di sepanjang columna vertebralis dan di sekitar ginjal. Lemak coklat memiliki vaskularisasi dan persarafan yang lebih kaya daripada lemak biasa. Panas yang dihasilkan metabolisme lipid di dalam lemak coklat dapat menghangatkan bayi baru lahir dengan meningkatkan produksi panas sebesar 100%. Cadangan lemak coklat ini biasanya bertahan selama beberapa minggu setelah bayi lahir dan menurun dengan cepat jika terjadi stres dingin (*cold stress*). Bayi tidak matur memiliki cadangan lemak coklat yang lebih sedikit saat lahir.

Bayi normal mungkin mencoba untuk meningkatkan suhu tubuh dengan menangis atau meningkatkan aktivitas motorik dalam berespond terhadap ketidaknyamanan karena suhu lingkungan lebih rendah. Menangis meningkatkan beban kerja, dan penyerapan energi

(kalori) mungkin berlebihan, terutama pada bayi yang mengalami gangguan.

Konveksi adalah aliran panas dari permukaan tubuh ke udara yang lebih dingin. **Radiasi** adalah kehilangan panas dari permukaan tubuh ke permukaan padat lain yang lebih dingin tanpa kontak langsung satu sama lain, tetapi dalam kontak yang relatif dekat.

Evaporasi adalah kehilangan panas yang terjadi ketika cairan berubah menjadi gas. **Konduksi** adalah kehilangan panas dari permukaan tubuh ke permukaan yang lebih dingin melalui kontak langsung satu sama lain.

2.4.6 Refleks Pada Bayi

a. Refleks mencari outing (rooting)

Begitu sudut bibir dan pipi bayi disentuh dengan tangan anda, si kecil akan langsung memiringkan kepalanya ke arah datangnya sentuhan dengan mulut yang membuka. Catatan : bila pipinya bersentuhan dengan payudara anda, ia akan langsung memiringkan kepalanya dan mengarahkan mulutnya untuk mendapat ASI.

b. Refleks menghisap (sucking)

Bila bibirnya disentuh dengan ujung jari anda, secara otomatis bayi akan membuka mulutnya dan mulai menghisap. Catatan ketika puting susu masuk ke dalam mulutnya, ia akan langsung menghisap ASI.

c. Refleks menggenggam (babinsky)

Kalau jari anda diletakkan di tengah atau di bawah jari kakinya, secara otomatis ia akan menekuk dan mengerutkan jari-jarinya seolah-olah ingin menggenggam atau menjepit dengan erat.

d. Refleks moro

Bila anda memukul keras-keras atau menatik alas tidurnya serta mengangkat dan menurunkan tubuhnya secara mendadak, maka kedua tangan serta kakinya akan merentang dan menutup lagi, bersamaan dengan itu, jemarinya pun menggenggam.

e. Refleks leher asimetrik tonik

Refleks ini memang agak sulit terlihat. Meski begitu, bisa anda amati. Dengan cara baringkan si kecil, lalu miringkan kepalanya ke kiri misalnya, tangan kiri bayi anda akan segera merentang lurus ke luar, sedangkan tangan kanannya akan menekuk ke arah kepalanya.

f. Refleks melangkah

Bila tubuh bayi dipegang pada bagian bawah ketiaknya dalam posisi tegak (pastikan kepalanya tertopang dengan baik), lalu kakinya menyentuh bidang yang datar, secara otomatis si kecil akan meluruskan tungkainya seolah-olah hendak berdiri. Begitupun tubuhnya dimiringkan ke depan, kakinya akan bergerak seakan-akan ingin melangkah.

2.4.7 Menentukan Diagnosa Neonatus (Dengan Acuan APGAR Score)

Biasanya untuk mengevaluasi bayi baru lahir pada menit pertama dan menit kelima setelah kelahirannya menggunakan sistem APGAR. Nilai

APGAR akan membantu dalam menentukan tingkat keseriusan dari depresi bayi baru lahir yang terjadi serta langkah segera yang akan diambil. Hal yang perlu dinilai antara lain warna kulit bayi, frekuensi jantung reaksi terhadap rangsangan, aktivitas tonus otot, dan pernapasan bayi, masing-masing diberi tanda 0,1 atau 2. Sesuai dengan kondisi bayi.

Klasifikasi klinik :

- a. Nilai 7-10 : bayi normal
- b. Nilai 4-6 : bayi dengan asfiksia ringan dan sedang
- c. Nilai 1-3 : bayi dengan asfiksia berat penilaian bayi dilakukan secara apgar :

Tabel 2.1 Penilaian APGAR Score

Penilaian	0	1	2	Jumlah
A = Appearance (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan	
P = Pulse (denyut nadi)	Tidak ada	> 100	> 100	
G = Grimace (Reflek)	Tidak ada	Batuk bersin	Batuk bersin	
A = Activity (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas dalam sedikit fleksi	Gerakan aktif	
R = Respiration (usaha bernafas)	Tidak ada	Lemah tidak teratur	Baik menangis	

Sumber : Asuhan Persalinan Bayi Baru Lahir 2020, Fajrin (2020)

2.4.8 Komplikasi Pada Neonatus

1. Kehilangan panas pada Neonatus

Jika suhu kulit turun di bawah 36,5C bayi mengalami kehilangan panas lebih cepat dari pada memproduksi panas. Jika suhu pusat (inti) menurun drastis, metabolisme melambat dan terjadi hipotermia. Bahaya mengancam khususnya pada bayi prematur dengan lapisan lemak yang sedikit serta bayi-bayi yang mengalami penyulit saat dilahirkan (Hanretty.2014).

2. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Bayi dengan berat 2,5 kg atau kurang saat dilahirkan. Penyebabnya dapat berupa persalian prematur atau kegagalan untuk berkembang dalam rahim sehingga pertumbuhan janin terhambat (Hanretty.2014).

3. Asfiksia

Menurut FKUI RSCM (2000) dalam Sondakh (2013) menjelaskan bahwa Asfiksia neonatorum adalah suatu keadaan bayi baru lahir yang gagal bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir.

4. Ikterus Neonatorum

Ikterus atau warna kuning sering dijumpai pada bayi baru lahir dalam batas normal pada hari kedua sampai hari ketiga dan menghilang pada hari kesepuluh. Oleh karena itu, menjelang kepulangan bayi, ikterus harus mendapat perhatian karena mungkin sifatnya patologis. Ikterus disebabkan hemolisis darah janin dan selanjutnya diganti menjadi darah dewasa. Pada janin menjelang persalinan terdapat kombinasi antara darah jani dan darah dewasa yang mampu menarik O₂ dari udara dan mengeluarkan CO₂

melalui paru-paru. Penghancuran darah janin inilah yang menyebabkan terjadinya ikterus yang sifatnya fisiologis. Sebagai gambaran dikemukakan bahwa kadar bilirubin indirek bayi cukup bulan sekitar 15mg% sedangkan bayi belum cukup bulan 10mg%. Diatas angka tersebut dianggap hiperbilirubinemia, yang dapat menimbulkan ikterus (Manuaba 2010).

2.5 Konsep Dasar KB

2.5.1 Definisi

Kontrasepsi adalah pencegaha terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim (Taufan Nugroho dkk, 2014)

Keluarga berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (BKKBN, 2015).

Pasangan usia subur berkisar antara usia 20-45 tahun dimana pasangan (laki-laki dan perempuan) sudah cukup matang dalam segala hal terlebih organ reproduksinya sudah berfungsi dengan baik. Ini dibedakan dengan perempuan usia subur yang berstatus janda atau cerai. Pada masa ini pasangan usia subur harus dapat menjaga dan memanfaatkan reproduksinya yaitu menekan angka kelahiran dengan metode keluarga berencana sehingga jumlah dan interval kehamilan dapat diperhitungkan untuk meningkatkan kualitas reproduksi dan kualitas generasi yang akan datang (Manuaba.2015)

2.5.2 Tujuan KB

Program keluarga berencana merupakan salah satu strategi untuk mendukung percepatan penurunan Angka Kematian Ibu melalui:

1. Mengatur waktu, jarak dan jumlah kehamilan.
2. Mencegah atau memperkecil kemungkinan seorang perempuan hamil mengalami komplikasi yang membahayakan jiwa atau janin selama kehamilan, persalinan dan nifas.
3. Mencegah atau memperkecil terjadinya kematian pada seorang perempuan yang mengalami komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan nifas.

Peranan KB sangat diperlukan untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, unsafe abortion dan komplikasi yang pada akhirnya dapat mencegah kematian ibu. Selain itu, Keluarga Berencana merupakan hal yang sangat strategis untuk mencegah kehamilan “Empat Terlalu” (terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering dan terlalu banyak) (Kemenkes RI, 2014).

2.5.3 Kontrasepsi

A. Macam-Macam Kontrasepsi

1. Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL) yaitu kontrasepsi yang hanya mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif (Kumalasari, 2015), Coitus Interruptus, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan

Simptotermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida .

2. Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetis) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormon yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implant.

3. Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetis (sintetis progesteron) dan yang tidak mengandung hormon (Handayani, 2010). AKDR yang mengandung hormon Progesterone atau Levonorgestrel yaitu Progestasert (Alza-T dengan daya kerja 1 tahun, LNG-20 mengandung Levonorgestrel (Hartanto, 2013).

a. Definisi IUD/AKDR

AKDR atau IUD atau Spiral adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastic yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormone dan di masukkan ke dalam rahim melalui vagina dan mempunyai benang (Handayani, 2010).

IUD adalah suatu alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalamrahim yang bentuknya bermacam-macam, terdiri dari plastik

(polythylene), ada yang dililit tembaga (Cu) ada pula yang tidak, tetapi ada pula yang dililit dengan tembaga bercampur perak (Ag). Selain itu ada pula yang batangnya berisi hormon progesterone. (Kusmarjati, 2011).

AKDR adalah suatu alat untuk mencegah kehamilan yang efektif, aman dan refersible yang terbuat dari plastik atau logam kecil yang dimasukkan dalam uterus melalui kanalis servikalis (Imelda, 2018).

b. Cara Kerja

Jenis Kontrasepsi IUD menurut Irianto (2012) adalah :

Walaupun di masa lalu IUD dibuat dari berbagai bahan dan dalam berbagai bentuk, sekarang ini hanya dikenal dalam tiga macam IUD, yaitu :

- 1) IUD yang terbuat dari bahan karet (lippes loop) atau baja antikarat (cincin cina).
- 2) IUD berkandungan obat, yakni hormon steroid seperti IUD Progestasert ® yang mengandung progesteron dan yang baru dikembangkan IUD Levo Nova ® mengandung levonorgestral.
- 3) IUD berkandungan tembaga seperti Cooper T (CUT 380 A dan 200 C), Multiload (ML CU 250 dan 375), dan Nova T.

c. Keuntungan

Menurut Saifudin (2010), Keuntungan IUD yaitu:

- 1) Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi

- 2) Sangat efektif → 0,6 - 0,8 kehamilan / 100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125 – 170 kehamilan).
- 3) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
- 4) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT – 380A dan tidak perlu diganti)
- 5) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat –ingat
- 6) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- 7) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
- 8) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT -380A)
- 9) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- 10) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- 11) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir)
- 12) Tidak ada interaksi dengan obat – obat
- 13) Membantu mencegah kehamilan ektopik.

d. Efek Samping

Menurut Hartanto (2013) efek samping dari KB IUD adalah:

- 1) Pada saat insersi, yaitu : rasa sakit/nyeri, muntah, keringat dingin, pingsan, dan perforasi uterus.

- 2) Di kemudian hari, yaitu rasa sakit dan perdarahan, embedding dan displacement (IUD tertanam dalam-dalam di endometrium atau myometrium), infeksi, kehamilan intra uterine, kehamilan ektopik, ekspulsi, dan komplikasi lain.

e. Indikasi

Menurut Glasier. 2005. hlm 125 yang merupakan indikasi pemakaian kontrasepsi IUD adalah : Wanita yang menginginkan kontrasepsi jangka panjang. Multigravida. Wanita yang mengalami kesulitan menggunakan kontrasepsi lain.

f. Kontraindikasi

Menurut Saifuddin. 2003. M K – 73 dan Burns. 2000 hlm. 311 yang merupakan kontra indikasi pemakaian kontrasepsi IUD adalah : Wanita yang sedang hamil. Wanita yang sedang menderita infeksi alat genitalia. Perdarahan vagina yang tidak diketahui. Wanita yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi IUD. Wanita yang menderita PMS. Wanita yang pernah menderita infeksi rahim. Wanita yang pernah mengalami pendarahan yang hebat.

g. Cara Kerja

Sampai sekarang ini masih banyak orang yang mengira bahwa IUD berfungsi hanya di sekitar uterus atau mencegah implantasi pada dinding uterus atau mencegah pertumbuhan

janin dalam uterus sebelum terjadinya implantasi. Dari berbagai penelitian ilmiah dinyatakan bahwa IUD dengan kandungan tembaga seperti CUT mekanisme kerjanya dan menyatunya adalah mencegah bertemu dan menyatunya sperma dengan sel telur (fertilisasi). Hal ini terjadi melalui pengurangan daya sperma untuk membuahi sel telur. Demikian pula dengan penggunaan IUD yang mengandung progestin, sperma dapat dicegah untuk bergerak melalui serviks dan dibunuh oleh darah sel putih (leukosit) yang timbul dalam cairan uterus sebagai hasil rangsangan IUD, kendatipun kurang tepat untuk menyatakan bahwa efek IUD dalam mencegah fertilisasi terjadi, tetapi mekanisme kerja utamanya adalah mencegah fertilisasi bukan implantasi (Irianto, 2012).

4. Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran tuba/tuba falopii sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama vasektomi, vasektomi yaitu memotong atau mengikat saluran vas deferens sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi.

B. Kontrasepsi Hormonal

1. Definisi Kontrasepsi Hormonal

Kontrasepsi hormonal merupakan salah satu metode kontrasepsi yang paling efektif dan reversibel untuk mencegah terjadinya konsepsi. Kontrasepsi hormonal merupakan kontrasepsi dimana estrogen dan progesteron memberikan umpan balik terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap folikel dan proses ovulasi (Manuaba, 2015).

2. Mekanisme Kerja Kontrasepsi Hormonal

Hormon estrogen dan progesteron memberikan umpan balik, terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus sehingga terjadi hambatan terhadap perkembangan folikel dan proses ovulasi. Melalui hipotalamus dan hipofisis, estrogen dapat menghambat pengeluaran Folicle Stimulating Hormone (FSH) sehingga perkembangan dan kematangan Folicle De Graaf tidak terjadi. Di samping itu progesteron dapat menghambat pengeluaran Hormone Luteinizing (LH). Estrogen mempercepat peristaltik tuba sehingga hasil konsepsi mencapai uterus endometrium yang belum siap untuk menerima implantasi (Manuaba, 2015).

3. Macam-Macam Kontrasepsi Hormonal

a. Kontrasepsi Pil

1) Pengertian

Pil oral akan menggantikan produksi normal estrogen dan progesteron oleh ovarium. Pil oral akan menekan hormon

ovarium selama siklus haid yang normal, sehingga juga menekan releasing- factors di otak dan akhirnya mencegah ovulasi. Pemberian Pil Oral bukan hanya untuk mencegah ovulasi, tetapi juga menimbulkan gejala-gejala pseudo pregnancy (kehamilan palsu) seperti mual, muntah, payudara membesar, dan terasa nyeri (Hartanto, 2013).

2) Efektivitas

Efektivitas pada penggunaan yang sempurna adalah 99,5 - 99,9% dan 97% .

3) Jenis KB Pil menurut Sulistyawati (2013) yaitu:

- a) Monofasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, jumlah dan porsi hormonnya konstan setiap hari.
- b) Bifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen, progestin, dengan dua dosis berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi.
- c) Trifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen atau progestin, dengan tiga dosis yang berbeda 7 tablet tanpa hormon aktif, dosis hormon bervariasi setiap hari.

4) Cara kerja KB Pil menurut Saifuddin (2011) yaitu:

- a) Menekan ovulasi

- b) Mencegah implantasi
- c) Mengentalkan lendir serviks
- d) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi ovum akan terganggu.

5) Keuntungan KB Pil yaitu:

- a) Tidak mengganggu hubungan seksual
- b) Siklus haid menjadi teratur (mencegah anemia)
- c) Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang
- d) Dapat digunakan pada masa remaja hingga menopause
- e) Mudah dihentikan setiap saat
- f) Kesuburan cepat kembali setelah penggunaan pil dihentikan
- g) Membantu mencegah: kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, acne, disminorhea.

6) Keterbatasan KB Pil yaitu:

- a) Amenorhea
- b) Perdarahan haid yang berat
- c) Perdarahan diantara siklus haid
- d) Depresi
- e) Kenaikan berat badan
- f) Mual dan muntah
- g) Perubahan libido
- h) Hipertensi

- i) Jerawat
- j) Nyeri tekan payudara

b. Kontrasepsi Suntik

1) Efektivitas kontrasepsi Suntik.

Menurut Sulistyawati (2013), kedua jenis kontrasepsi suntik mempunyai efektivitas yang tinggi, dengan 30% kehamilan per 100 perempuan per tahun, jika penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan. DMPA maupun NET EN sangat efektif sebagai metode kontrasepsi. Kurang dari 1 per 100 wanita akan mengalami kehamilan dalam 1 tahun pemakaian DMPA dan 2 per 100 wanita per tahun pemakain NET EN (Hartanto, 2013).

2) Jenis kontrasepsi Suntik

Menurut Sulistyawati (2013), terdapat dua jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu :

- a) Depo Mendroksi Progesteron (DMPA), mengandung 150 mg DMPA yang diberikan setiap tiga bulan dengan cara di suntik intramuscular (di daerah pantat).
- b) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap dua bulan dengan cara di suntik intramuscular (di daerah pantat atau bokong).

3) Cara kerja kontrasepsi Suntik menurut Sulistyawati (2013)

yaitu:

- a) Mencegah ovulasi
 - b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
 - b) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi
 - c) Menghambat transportasi gamet oleh tuba fallopii.
- 4) Keuntungan kontrasepsi Suntik

Keuntungan pengguna KB suntik yaitu sangat efektif, pencegah kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan seksual, tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah, tidak mempengaruhi ASI, efek samping sangat kecil, klien tidak perlu menyimpan obat suntik, dapat digunakan oleh perempuan usia lebih 35 tahun sampai perimenopause, membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik, menurunkan kejadian tumor jinak payudara, dan mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul (Sulistyawati, 2013).

5) Keterbatasan

Adapun keterbatasan dari kontrasepsi Suntik menurut Sulistyawati

(2013) yaitu:

- a) Gangguan haid
- b) Leukorhea atau Keputihan
- c) Galaktorea

- d) Jerawat
- e) Rambut Rontok
- f) Perubahan Berat Badan
- g) Perubahan libido.

c. Kontrasepsi Implant / AKBK (Alat Kontrasepsi Bawah Kulit)

1) Pengertian.

Implan adalah metode kontrasepsi yang diinsersikan pada bagian subdermal, yang hanya mengandung progestin dengan masa kerja panjang, dosis rendah, dan reversibel untuk wanita. Menurut Varney (2011), Implan terdiri dari 6 skala kapsul dimethylsiloxane yang dibuat dari bahan silastik, masing – masing kapsul berisi 36 mg levonorgestrel dalam format kristal dengan masa kerja lima tahun (Kumalasari, intan, 2015)

2) Mekanisme Kerja

- a) Implan bekerja dengan cara mengentalkan lendir serviks, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, pergerakan sperma terhambat karena lendir serviks yang mengental, dan menekan ovulasi. Waktu pemasangan implan yang optimal yaitu:
- b) Selama haid (7 hari sampai siklus haid),
- c) Pascapersalinan antara 3-4 minggu, bila tidak menyusukan bayinya,

d) Ibu yang sedang menyusukan bayinya secara eksklusif (> 6 minggu pascapersalinan dan sebelum enam bulan pascapersalinan), Pascakeguguran (segera atau dalam 7 hari pertama) (Kumalasari, Intan, 2015)

3) Jenis- Jenis Implant

Beberapa jenis implan yang dipakai menurut Kumalasari (2015), yaitu:

a) Norplant

Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm dan diameter 2,4 mm, yang isinya 36 mg levonorgestel dengan lama kerjanya 5 tahun.

b) Implanon

Terdiri dari 1 batang putih telur yang berisi progestin yang dimasukkan kedalam inserter steril dan sekali pakai (disposable), panjangnya 40 mm berdiameter 2 mm yang isinya inti Ethylene Vinyl Acetate (EVA) mengandung 68 mg 3-keto-desogestrel, dengan lama kerja sampai 3 tahun.

c) Jadena & Indoplant

Terdiri dari 2 batang yang berisi 75 mg levonogestrel dengan lama kerja 3 tahun.

d) Uniplant

Terdiri dari satu batang putih silastik dengan panjang 4 cm, mengandung 38 mg nomegestrol asetat dengan

kecepatan pelepasan sebesar 100 mg perhari dengan lama kerja 1 tahun.

e) Capronor

Terdiri dari 1 kapsul biodegradabel (yang melepaskan hormon bersama zat-zat pengangkut didalam jaringan tubuh). Berdiameter 0,24 cm yang terdiri atas 2,5 cm mengandung 16 mg levonorgestrel ukuran panjang, dan kapsul panjang ukuran 4 cm mengandung 26 mg levonorgestrel. Lama kerja antara 12 – 18 bulan.

4) Keuntungan/ Kelebihan

- a) Mempunyai daya guna tinggi dengan efektivitas penggunaan 0,2 – 1 kehamilan per 100 perempuan.
- b) Perlindungan jangka panjang hingga mencapai 5 tahun.
- c) Mengembalikan kesuburan lebih cepat.
- d) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam karena implan dimasukkan lewat bagian subdermal (lengan atas).
- e) Tidak mengandung hormon esterogen, implan mengandung progestin dosis rendah.
- f) Tidak mengganggu kegiatan senggama,
- g) Tidak mengganggu produksi ASI.
- h) Dapat dicabut setiap saat.
- i) Mengurangi jumlah darah menstruasi. Terjadi penurunan dalam jumlah rata-rata darah menstruasi yang keluar,

sehingga metode ini juga dapat memperbaiki anemia pada wanita (Kumalasari, Intan, 2015)

5) Kerugian/ kekurangan

a) Ini dimungkinkan mengalami menstruasi yang tidak teratur atau menstruasi yang berlangsung lebih lama. Umumnya berlangsung dalam 6 bulan pertama tetapi dapat bertahan selama penggunaan KB implan. Ini bisa mengganggu, tetapi tidak berbahaya dan implan akan tetap berfungsi. Jika terjadi pendarahan, ini bisa menjadi masalah, sehingga disarankan beralih ke penggunaan pil KB.

b) Lengan mungkin akan terasa sakit atau memar setelah implan dipasang atau dilepas. Ada risiko kecil terinfeksi.

c) Timbul keluhan-keluhan, seperti nyeri kepala, nyeri dada, perasaan mual, pusing, dan peningkatan serta penurunan berat badan.

d) Tidak mudah bagi perawat atau dokter untuk menemukan implan. Terkadang, ini memerlukan bantuan orang terlatih untuk pemasangan dan pelepasan untuk mengeluarkannya.

6) Indikasi

Indikasi kontrasepsi implant adalah wanita usia subur, wanita yang ingin kontrasepsi jangka panjang, ibu yang menyusui, pasca keguguran.

7) Kontra indikasi

kontrasepsi implant adalah ibu yang hamil, perdarahan yang tidak diketahui penyebabnya, adanya penyakit hati yang berat, obesitas dan depresi.

2.6 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.6.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Kehamilan

1. Data Subyektif

Data subyektif adalah data yang didapat dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi data kejadian (Nursalam, 2012).

a. Data Umum Pribadi

1) Nama

Nama pasien dan juga nama suami pasien untuk mempermudah bidan dalam mengetahui pasien, sehingga dapat diberikan asuhan yang sesuai dengan kondisi pasien, sebagai tanda pengenal untuk memperlancar komunikasi dalam asuhan kehamilan yang diberikan, selain itu dapat mempererat hubungan antara bidan dan pasien sehingga dapat meningkatkan rasa percaya pasien terhadap bidan. (Fajrin, 2017).

2) Umur

Umur perlu diketahui apakah kehamilan beresiko atau tidak. Umur <16 tahun dan >35 tahun merupakan umur yang beresiko tinggi ibu untuk hamil. Dalam reproduksi umur yang baik untuk kehamilan maupun persalinan adalah 20-35 tahun. (Fajrin, 2017).

3) Suku/bangsa

Suku/bangsa diidentifikasi dalam rangka memberikan asuhan yang peka terhadap budaya klien dan menyesuaikan bahasa apa yang digunakan untuk berkomunikasi dengan baik serta untuk mengetahui kebudayaan dan perilaku/kebiasaan pasien, apakah sesuai atau tidak dengan pola hidup sehat. (Fajrin, 2017).

4) Agama

Untuk mengetahui keyakinan pasien dan menyesuaikan asuhan sesuai dengan agama yang dianut serta untuk memotivasi pasien dengan kata-kata yang bersifat religius, terutama pada pasien dengan gangguan psikologis. (Fajrin, 2017).

5) Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat kecerdasan intelektual yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang. (Fajrin, 2017).

6) Pekerjaan

Untuk mengetahui apakah klien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelahiran prematur pada pasien yang bekerja pada lingkungan kerja yang berbahaya serta untuk mengetahui keadaan ekonomi pasien, sehingga asuhan yang diberikan dapat disesuaikan dengan kondisi ekonominya.(Fajrin, 2017).

7) Alamat

Sebagai identitas pasien apabila kemungkinan ada nama yang sama, untuk mengetahui tempat tinggal dan lingkungannya,

mempermudah hubungan apabila diperlukan/keadaan mendesak (Fajrin, 2017)

a) Keluhan saat ini (keluhan utama)

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan kehamilan.

TM I : Telat datang bulan, sering kencing, konstipasi, pingsan, mual muntah, mengidam, varices.

TM II : Pusing, varices, epulis, sering kencing, sesak nafas.

TM III : Sering kencing, varices dan wasir, sesak nafas, bengkak dan kram pada kaki, gangguan tidur dan mudah lelah, kontraksi *Braxton Hicks* (kontraksi rahim yang tidak beraturan yang terjadi selama kehamilan, kontraksi ini tidak terasa sakit dan menjadi cukup kuat menjelang akhir kehamilan)(Sulistyawati, 2013).

b) Riwayat kebidanan

1) Riwayat Haid

Usia pertama datang haid /menarche, siklus (biasanya 28 hari), volume (jumlah darah yang keluar), bau, flour albus dan keluhan serta Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), usia kehamilan dan taksiran persalinan (rumus *naegle*→ jika HPHT bulan Januari-maret maka : tanggal HPHT +7, bulan +9 dan tahun +0 dan jika bulan April-Desember maka:

tanggal HPHT +7 dan bulan -3 dan tahun +1 jika HPHT).
(Fajrin, 2017).

c) Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Asuhan antenatal, persalinan, dan nifas kehamilan sebelumnya, cara persalinan, jumlah dan jenis kelamin anak hidup, berat badan lahir, informasi dan saat persalinan atau keguguran terakhir, dan riwayat KB.

3) Riwayat Kehamilan Sekarang

Identifikasi kehamilan (kehamilan ke?, pemeriksaan pertama kali di?, imunisasi TT, keluhan selama hamil, dan obat yang dikonsumsi selama hamil), identifikasi penyulit (preeklamsia atau hipertensi dalam kehamilan), penyakit lain yang diderita, dan gerakan janin (Prawirohardjo, 2014).

TM I: Minimal 2 (dua) kali kunjungan selama trimester pertama (< 14 minggu), bertujuan untuk penapisan dan pengobatan anemia, perencanaan persalinan, pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya.

TM II: Minimal satu kali pada trimester kedua, 14 – 28 minggu, bertujuan untuk pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya, penapisan pre eklamsia, gemelli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan, mengulang perencanaan persalinan

TM III: Minimal 3 kali pada trimester ketiga 28 - 36 minggu dan setelah 36 minggu sampai lahir bertujuan untuk sama seperti kegiatan kunjungan II dan III yaitu mengenali adanya kelainan letak dan presentasi, memantapkan rencana persalinan, mengenali tanda-tanda persalinan (DepKes RI, 2014).

d. Riwayat Perkawinan

Dikaji untuk mengetahui sudah berapa lama ibu menikah, dengan suaminya sekarang merupakan istri yang ke berapa, dan mengetahui berapa jumlah anaknya (Varney, 2011).

e. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Untuk mengetahui apakah klien sedang menderita penyakit menular seperti hepatitis, HIV/AIDS, atau penyakit menurun seperti hipertensi, DM, dan asma.

2) Riwayat Kesehatan yang lalu

Perlu dikaji apakah klien pernah mempunyai riwayat jantung, ginjal, asma, hipertensi dan DM pada kesehatan yang lalu.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Untuk mengkaji keadaan keluarga yang dapat menjadi faktor penyebab risiko kehamilan yaitu penyakit menurun seperti hipertensi dan DM.

h. Pola Kebiasaan Sehari-Hari

1) Nutrisi

Kebutuhan nutrisi ibu hamil membutuhkan tambahan 300 kalori perhari dari kebutuhan kalori normal ibu tidak hamil. Sumber kalori utama adalah hidrat arang dan lemak. Bahan yang mengandung hidrat arang adalah golongan padi-padian misalnya beras dan jagung, golongan umbi-umbian misalnya misalnya ubi, singkong dan sagu. Selain sebagai sumber tenaga bahan makanan yang yang tergolong padi-padian merupakan sumber brotein, zat besi, fosfor dan vitamin. (Fajrin,2017)

2) Personal hygiene

Untuk menjaga kebersihan diri, ibu hamil dianjurkan untuk mandi, gosok gigi, ganti pakaian miminal dua kali sehari, menjaga kebersihan rambut dan kulit, Merawat dan menjaga kebersihan vulva.(Fajrin,2017)

3) Eliminasi

Keluhan yang sering muncul pada ibu hamil salah satunya berkaitan dengan eliminasi yaitu sering buang air kecil dan konstipasi. Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormon progesteron yang mempunyai efek rileks terhadap otot polos, salah satunya otot usus. Selain itu, desakan usus oleh pembesaran janin menyebabkan terjadinya konstipasi. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air

putih, terutama ketika lambung dalam keadaan kosong. Ibu hamil dianjurkan sehinggaminum air putih hangat ketika perut dalam keadaan kosong sehingga dapat merangsang gerak peristaltik usus. (Fajrin,2017)

4) Aktivitas

Ibu disarankan melakukan aktivitas-aktivitas yang tidak terlalu berat bagi ibu selama hamil. (Fajrin,2017)

5) Istirahat

Kebutuhan istirahat dan tidur ibu hamil 8-10 jam perhari, yaitu meliputi tidur malam sekitar 6-8 jam/hari dan istirahat/ tidur siang 1-2 jam/hari dalam keadaan rileks. (Fajrin,2017)

6) Hubungan seksual

Koitus pada umumnya diperbolehkan pada masa kehamilannya jika dilakukan dengan hati-hati. Namun koitus malah dianjurkan ketika usia kehamilan ≥ 36 minggu karena dapat mencegah terjadinya kehamilan post date atau kehamilan diatas usia 42 minggu . Pada ibu yang mempunyai riwayat abortus, ibu dianjurkan untuk koitusnya di tunda sampai dengan 16 minggu karena pada waktu itu plasenta telah terbentuk (Fajrin,2017)

i. Data Psikososial

Riwayat perkawinan, respon suami dan keluarga terhadap kehamilan ini, respons ibu terhadap kehamilan, hubungan ibu

dengan anggota keluarga, suami dan anggota keluarga lain, serta adat istiadat setempat.

2. Data Obyektif

Data obyektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur.

a. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan umum

Untuk mengetahui apakah ibu dalam keadaan baik, cukup atau kurang, meliputi:

- a) Kesadaran : Compos Mentis, yaitu tingkat kesadaran yang normal (Sulistyawati, 2011).
- b) Postur tubuh : lordosis
- c) Cara berjalan: tegap.
- d) Raut wajah: senang atas kelahiran bayi.

2) Tanda-tanda vital

Menurut (Fajrin, 2017)

- (a) Tekanan : 120/80 mmHg
- (b) Nadi : 60-100 x/menit
- (c) Suhu : 36-37 °C
- (d) Respirasi: 16-24 x/menit

3) Antropometri

- (a) TB : ≥ 145 cm
- (b) BB : kenaikan Normal 11-13 kg
- (c) LILA : 23,5 cm

b. Pemeriksaan Fisik Khusus

Adalah pemeriksaan klien dari ujung kepala sampai kaki (Nursalam, 2012).

- 1) Rambut: Bersih, tidak rontok
- 2) Kepala : Tidak hematoma, tidak luka, tidak oedem, tidak ada benjolan
- 3) Wajah : Simetris, tidak ada *cloasma gravidarum*, tidak pucat.
- 4) Mata : Simetris, bersih, *conjunctiva* merah muda, sclera putih, tidak terdapat benjolan pada *palpebra*
- 5) Hidung : Simetris, bersih, tidak ada ada pernafasan cuping hidung, tidak, terdapat pembesaran polip, tidak sinusitis.
- 6) Mulut : Simetris, bersih, tidak pucat, tidak stomatitis, gigi tidak caries, tidak epulis.
- 7) Telinga: Simetris, bersih, tidak ada serumen, pendengaran baik.
- 8) Leher : Bersih, tidak ada luka, tidak ada pembesaran kelenjar *thyroid*, *parathyroid*, *vena jugularis*.
- 9) Axilla : Bersih, tidak ada luka, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- 10) Dada : Simetris, bersih, tidak ada *wheezing*, *ronchi*, *stridor*, *rales*.
- 11) Mammae: Simetris, bersih, terdapat hiperpigmentasi pada areola, tidak ada benjolan pada mammae, puting susu rata.

12) Abdomen : Bentuk membujur, terdapat linea alba, lineanigra, tidak ada nyeri pada ginjal dan appendik, terdapat suara bising usus, dan terdapat DJJ (normalnya 120-160 x/menit)

a) Leopod I tujuannya untuk menentukan usia kehamilan berdasarkan TFU dan bagian apa yang terdapat pada fundus uteri, TFU apabila usia kehamilan dibawah 24 minggu pengukuran dilakukan dengan jari, tetapi apabila kehamilan diatas 24 minggu memakai pengukuran mac Donald yaitu dengan cara mengukur tinggi fundus memakai cm dari atas simpisis ke fundus uteri kemudian ditentukans sesuai rumusnya.

Tabel 2.2 Pemeriksaan TFU sesuai usia kehamilan

No	Usia Kehamilan	TFU Petunjuk badan
1.	12 minggu	3 jari diatas simfisis
2.	20 minggu	3 jari dibawah pusat
3.	24 minggu	Setinggi pusat
4.	28 minggu	3 jari dibawah pusat
5.	32 minggu	Pertengahan pusat- px
6.	36 minggu	Setinggi px
7.	40 minggu	2 jari dibawah px

Sumber : Mandang, J., Tombokan S., Tando N.M.2016.Asuhan kebidananKehamilan.Bogor:IN MEDIA

b) Leopod II tujuannya untuk menentukan batas rahim kanan/kiri juga pada letak lintang menentukan dimana kepala janin.

c) Leopod III tujuannya untuk menentukan bagian apa yang terdapat dibagian bawah dan apakah sudah/belum masuk

PAP (sudah masuk PAP=*Divergen*, belum masuk PAP=*Konvergen*).

d) Leopod IV tujuannya untuk menentukan yang menjadi bagian bawah dan berapa masuknya bagian bawah dan berapa masuknya kedalam PAP.

TBJ :Tafsiran berat janin rumus jhonson-tausak :

BB janin = (TFU - 12) X 155 Belum masuk PAP

BB janin = (TFU -11) X 155 Sudah masuk PAP.

(Romauli, 2014).

13) Punggung : Lordosis, tidak ada kelainan

14) Genetalia : Tidak varices, tidak flour albus, tidak terdapat jaringan parut pada perinium, tidak ada pembesaran kelenjar sken, bartholini, tidak ada condulima matalata/acuminata. (Romauli, 2014).

15) Ekstermitas: Tidak varices, tidak oedem, reflek patella +/-

b. Pemeriksaan panggul

Yang meliputi Distantra spinarum(N: 23cm-26 cm), Distanta cristarum (N: 26cm-29 cm), Boudeioque (N: 18cm-20 cm), Ukuran lingkaran panggul : (N: 80cm-90cm), Distantra tuberum (N:10,5-11 cm)

c. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu

golongan darah, hemoglobin darah, protein urine dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/epidemi (malaria, IMS, HIV, dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal.

Standar hemoglobin pada ibu hamil berdasarkan berat badan :

- a) Normal : 11 gr%
- b) Anemia ringan : < 11 gr%
- c) Anemia berat : < 8 gr%.

3. Analisis Data

Mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang lain.

Contoh : Pada Ny..., G-.. P-.. A.. P-..A-..H-..., UK-... minggu, Hidup, tunggal, letak intra uteri, jalan lahir, keadaan umum ibu dan janin

4. Penatalaksanaan

a) Trimester 1

- 1) Anjurkan untuk makan makanan yang mudah dicerna dan makan makanan yang bergizi.

R/ Menghindari adanya rasa mual dan muntah begitu pula nafsu makan yang menurun (Romauli, 2011).

- 2) Anjurkan untuk melakukan aktivitas-aktivitas yang tidak terlalu berat.

R/ Menyehatkan badan, dengan bergerak secara tidak langsung hal ini meminimalkan rasa malas pada ibu hamil (Romauli, 2011).

3) Anjurkan untuk senam hamil

R/ Melatih otot-otot dalam ibu menjadi lebih fleksibel/ lentur sehingga memudahkan jalan untuk calon bayi ibu saat memasuki proses persalinan (Romauli, 2011).

4) Anjurkan untuk menjaga kebersihan badan, setidaknya ibu mandi 2-3 kali sehari, gosok gigi 2-3 kali sehari, menggunakan celana dalam yang longgar dan mampu menyerap keringat, ganti celana dalam 2-3 kali sehari juga harus dijaga kebersihannya.

R/ Mengurangi kemungkinan infeksi dan untuk menjamin perencanaan yang sempurna (Romauli, 2011).

5) Beritahu ibu koitus diperbolehkan pada masa kehamilannya jika dilakukan dengan hati-hati. Tetapi pada ibu yang mempunyai riwayat abortus, ibu dianjurkan untuk koitusnya di tunda sampai dengan usia kehamilan 16 minggu.

R/ Penundaan koitus sampai dengan usia kehamilan 16 minggu pada ibu yang mempunyai riwayat abortus bertujuan untuk mencegah abortus karena pada usia kehamilan 16 minggu plasenta telah berbentuk (Romauli, 2011).

b. Trimester II

- 1) Anjurkan untuk untuk mengenakan pakaian yang nyaman digunakan dan yang berbahan katun .

R/ Mempermudah penyerapan keringat (Sartika, 2016).

- 2) Menganjurkan ibu untuk tidak menggunakan sandal atau sepatu yang berhak tinggi .

R/ Agar tidak menyebabkan nyeri pada pinggang (Sartika, 2016).

- 3) Anjurkan untuk mengkonsumsi 90 tablet Fe selama hamil.

R/ Mencegah anemia pada masa kehamilan (Sartika, 2016).

Komplikasi anemia pada ibu hamil dapat menyebabkan terjadinya missed abortion, kelainan kongenital, abortus/keguguran serta dampak pada janin menyebabkan berat lahir rendah (Marmi, 2012).

- 4) Anjurkan minum tablet Fe adalah pada pada malam hari menjelang tidur.

R/ Mengurangi rasa mual yang timbul setelah ibu meminumnya (Sartika, 2016).

c. Trimester III

- 1) Beritahu ibu koitus tidak bahaya pada trimester III, kecuali terdapat tanda infeksi dengan adanya pengeluaran cairan disertai rasa nyeri dan panas pada jalan lahir walaupun ada beberapa indikasi tentang bahaya jika melakukan hubungan seksual pada trimester III bagi ibu hamil.

R/ Tidak melakukan koitus pada trimester III jika terdapat tanda infeksi dengan adanya pengeluaran cairan disertai rasa nyeri dan panas pada jalan lahir bertujuan untuk menghindari infeksi pada trimester III (Sartika, 2016).

2) Anjurkan untuk istirahat yang cukup yaitu 8 jam/ hari.

R/ Meningkatkan kesehatan jasmani, rohani, untuk kepentingan kesehatan ibu sendiri dan tumbuh kembang janinya di dalam kandungan (Sartika, 2016).

3) Berikan HE tentang penggunaan bra yang longgar.

R/ Persiapan laktasi dan membantu memberikan kenyamanan dan keamanan bagi ibu (Sartika, 2016).

4) Berikan KIE tentang persiapan kelahiran dan kemungkinan darurat

R/ Mempersiapkan rencana kelahiran termasuk mengidentifikasi penolong dan tempat persalinan serta perencanaan tabungan untuk mempersiapkan biaya persalinan. Bekerja sama dengan ibu, keluarganya dan masyarakat untuk mempersiapkan rencana jika terjadi komplikasi termasuk ; Mengidentifikasi kemana harus pergi dan transportasi untuk mencapai tempat tersebut, mempersiapkan donor darah, mengadakan persiapan financial, mengidentifikasi pembuat keputusan kedua jika pembuat keputusan pertama tidak ada ditempat (Sartika, 2016).

5) Berikan konseling tentang tanda-tanda persalinan

Beberapa tanda-tanda persalinan yang harus diberikan :

- (a) Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat sering dan teratur.
- (b) Keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada servik.
- (c) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya. Pada pemeriksaan dalam servik mendatar dan pembukaan telah ada (Sartika, 2016).

R/ Persiapan persalinan (Sartika, 2016).

2.6.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan

1. Data Subyektif

Tujuan : mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan kehamilan dan persalinan. Informasi digunakan dalam membuat keputusan klinik untuk menentukan diagnosis untuk mengembangkan rencana asuhan atau perawatan yang sesuai (APN, 2013).

a. Biodata

Nama : Nama klien dan suami perlu ditanyakan agar tidak keliru bila ada kesamaan nama dengan klien lain.

Umur : Dalam kurun waktu reproduksi sehat, dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20 – 30 tahun. Semua wanita usia subur 20 –30 tahun saat yang tepat untuk persalinan dengan jarak > 2 tahun merupakan masa reproduksi yang sehat.

Pendidikan : Makin rendah pendidikan ibu, kematian bayi makin tinggi, sehingga perlu diberi penyuluhan.

Pekerjaan : Pekerjaan suami dan ibu sendiri untuk mengetahui bagaimana taraf hidup dan sosial ekonominya agar nasehat kita sesuai, juga mengetahui apakah pekerjaan mengganggu atau tidak, misalnya bekerja di pabrik rokok, mungkin zat yang dihisap akan berpengaruh pada janin.

Perkawinan :Beberapa kali kawin dan beberapa lamanya untuk membantu menentukan bagaimana keadaan alat kelamin ibu. Kalau orang hamil sesudah lama kawin, nilai anak tentu besar sekali dan ini harus diperhitungkan dalam pimpinan persalinan.

Alamat : Untuk mengetahui ibu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu yang namanya sama. Agar dapat dipastikan ibu yang mana yang hendak ditolong untuk kunjungan pasien.

b. Keluhan Utama

- 1) Kala I: Adanya kontraksi, keluarnya lendir bercampur darah, keluarnya air ketuban, adanya pembukaan serviks (Marmi,2012)
- 2) Kala II: Adanya his/ kontraksi yang kuat, cepat dan lebih lama, rasa ingin mengejan, tekanan pada anus sehingga ada

rasa ingin buang air besar, vulva membuka dan perinium meregang (Marmi,2012)

- 3) Kala III: Uterus menjadi berbentuk longgar, tali pusat semakin memanjang, terjadinya perdarahan (Marmi,2012)
- 4) Kala IV: Terjadinya perdarahan, nyeri luka perinium, adanya kontraksi (Marmi,2012)

c. Riwayat Kebidanan

1) Haid

Riwayat haid dikaji untuk mengetahui apakah kehamilannya aterm atau tidak melalui perhitungan HPHT (Mochtar, 2011).

2) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

Kehamilan yang lalu tidak ada penyulit periksa ANC minimal 4 kali, imunisasi 2 kali. Pada umur kehamilan 4-7 bulan. Tenggang waktu pemberian 4 minggu, mendapat obat Fe minimal 90 tablet dan vitamin B komplek serta yodium, ibu mendapat penyuluhan perawatan payudara dan senam hamil nutrisi. Jika persalinan dahulu terdapat penyulit seperti perdarahan, sectio caesaria, solutio placenta, placenta previa, yang kemungkinan dapat terjadi atau timbul pada persalinan sekarang, hingga bisa mempengaruhi nifas. Adanya penyakit nifas yang lalu (perdarahan, febris kemungkinan terjadi penyulit pada nifas sekarang misalnya, syock pada masa nifas seperti : syock haemoragik, syock kardiogenik, infeksi pada nifas (febris), lactasi keluar lancar, menyusui anak sampai umur 2 tahun.

3) Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat ANC meliputi dimana periksa kehamilannya, berapakah dan kapan perlu dikaji untuk mengetahui apakah ditemukan adanya kelainan letak pada kehamilan 34 minggu (Sulistyawati, 2013).

Hal yang perlu dikaji meliputi sejauh ini berapa lama proses persalinan berlangsung, apakah persalinan pada awalnya berlangsung normal atau kemudian berhenti secara tiba-tiba, apakah kulit ketubannya sudah pecah dan jika telah pecah berapa lama hal itu telah terjadi (Sulistyawati, 2013).

d) Riwayat Kesehatan Sekarang

Untuk mengetahui apakah klien sedang menderita penyakit menular seperti hepatitis, HIV/AIDS, atau penyakit menurun seperti hipertensi, DM, dan asma

e) Riwayat Kesehatan yang lalu

Perlu dikaji apakah klien pernah mempunyai riwayat jantung, ginjal, asma, hipertensi dan DM pada kesehatan yang lalu

f) Riwayat Kesehatan Keluarga

Untuk mengkaji keadaan keluarga yang dapat menjadi faktor penyebab resiko kehamilan yaitu penyakit menurun seperti hipertensi dan DM.

g) Pola Kebiasaan Sehari-Hari

(1) Nutrisi

Makan dan minum terakhir sebelum bersalin perlu dikaji kerana makan dan minum akan memenuhi keperluan tenaga dan mencegah dehidrasi (Farrah & Maya, 2020).

(2) Eliminasi

anjuran ibu berkemih 2 jam atau lebih sering kerana jika kandung kemih kosong makan akan menghalangi kontraksi, menghalangi penurunan kepala janin, menambah rasa sakit, kesulitan melahirkan plasenta, perdarahan pascapersalinan (Farrah & Maya, 2020).

(3) Istirahat

Beristirahat saat waktu relaksasi kontraksi untuk menghindari resiko asfiksia pada janin (Farrah & Maya, 2020).

(4) Aktivitas

Perlu dikaji apa ibu melakukan pekerjaan berat yang menyebabkan ibu merasa capek atau kelelahan sehingga tidak mempunyai tenaga (Farrah & Maya, 2020).

2. Data Obyektif

a) Pemeriksaan Fisik Umum

1) Keadaan Umum

- (a) Kesedaran : Compos Mentisyaitu tingkat kesedaran yang normal (Sulistyawati, 2011).
- (b) Postur tubuh : Lordosis
- (c) Cara berjalan: Tegap
- (d) Raut wajah : Menahan sakit

2) Tanda-tanda vital

Menurut (Fajrin, 2017)

- (a) Tekanan :120/80 mmHg
- (b) Nadi : 60-100 x/menit
- (c) Suhu : 36-37 °C
- (d) Respirasi : 16-24 x/menit

b)Pemeriksaan Fisik Khusus

Pemeriksaan fisik mulai dari kepala hingga kaki (*head to toe*)

diantaranya:

- 1) Rambut: Bersih, tidak rontok
- 2) Kepala : Tidak hematoma, tidak luka, tidak oedem, tidak ada benjolan.
- 3) Wajah : Simetris, tidak ada cloasma gravidarum, tidak pucat.
- 4) Mata : Simetris, bersih,conjungtiva merah muda, sclera putih, tidak terdapat benjolan pada palpebra
- 5) Hidung : Simetris,bersih, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada pembesaran polip, tidak sinusitis.
- 6) Mulut : Simetris, bersih, tidak pucat, tidak stomatitis,gigi tidak caries, tidak epulis.
- 7) Telinga: Simetris, bersih, tidak adaserumen, pendengaran baik.
- 8) Leher : Bersih, tidak luka, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, paratyroid, vena jugularis.

- 9) Axilla : Bersih, tidak luka, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- 10) Dada : Simetris, bersih, tidak ada wheezing, ronchi, stridor, rales pada paru-paru.
- 11) Mammae: Simetris, bersih, terdapat hiperpigmentasi pada papilla mammae dan areola, tidak ada benjolan pada mammae, puting susu menonjol, terdapat pengeluaran colostrum/belum
- 12) Abdomen: Bentuk membujur, terdapat linea alba, lineanigra, tidak ada nyeri pada ginjal dan appendik, terdapat suara bising usus, dan terdapat DJJ (normalnya 120-160 x/menit)
- a) Leopod I tujuannya untuk menentukan usia kehamilan berdasarkan TFU dan bagian apa yang terdapat pada fundus uteri, TFU apabila usia kehamilan dibawah 24 minggu pengukuran dilakukan dengan jari, tetapi apabila kehamilan diatas 24 minggu memakai pengukuran mac Donald yaitu dengan cara mengukur tinggi fundus memakai cm dari atas simpisis ke fundus uteri kemudian ditentukans sesuai rumusnya.

Tabel 2.3 Pemeriksaan TFU sesuai usia kehamilan

No	Usia Kehamilan	TFU Petunjuk badan
1.	12 minggu	3 jari diatas simfisis
2.	20 minggu	3 jari dibawah pusat
3.	24 minggu	Setinggi pusat
4.	28 minggu	3 jari dibawah pusat
5.	32 minggu	Pertengahan pusat- px
6.	36 minggu	Setinggi px
7.	40 minggu	2 jari dibawah px

Sumber : Mandang, J., Tombakan S., Tando N.M.2016.Asuhan kebidananKehamilan.
Bogor:IN MEDIA

- b) Leopod IItujuannya untuk menentukan batas rahim kanan/kiri juga pada letak lintang menentukan dimana kepala janin.
- c) Leopod IIIItujuannya untuk menentukan bagian apa yang terdapat dibagian bawah dan apakah sudah/belum masuk PAP (sudah masuk PAP=*Divergen*, belum masuk PAP=*Konvergen*).
- d) Leopod IVItujuannya untuk menentukan yang menjadi bagian bawah dan berapa masuknya bagian bawah dan berapa masuknya kedalam PAP.

TBJ :Tafsiran berat janin rumus jhonson-tausak :

BB janin = (TFU - 12) X 155 Belum masuk PAP

BB janin = (TFU -11) X 155 Sudah masuk PAP

(Romauli, 2014)

Suara bising usus, dan DJJ,DJJ terdengar jelas, teratur, frekuensi 120-160 x/menit interval teratur tidak lebih dari 2 punctum maximal dan presentasi kepala, 2 jari kanan/kiri pusat. (Mochtar, 2011).

(a) His

a. Kala I

Pada kala I pembukaan his belum begitu kuat datangnya tiap 10-15 menit dan tidak seberapa mengganggu ibu, sehingga ia masih dapat berjalan.

Lambat laun his menjadi bertambah kuat, interval menjadi lebih pendek, kontraksi kuat dan lama.

b. Kala II

His menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50 detik datang tiap 1-3 menit.

c. Kala III

Setelah bayi lahir his berhenti sebentar, tetapi setelah beberapa menit timbul lagi, hal ini dinamakan his pelepasan uri sehingga pada SBR atau sebagian atas dari vagina.

13) Punggung : Lordosis, tidak ada kelainan.

14) Genetalia : Tidak ada varices, tidak ada *Flour albus*, tidak terdapat jaringan parut pada perinium, terdapat pengeluaran lendir darah, tidak ada pembesaran kelenjar *skn,bartholini*, tidak ada *condulima matalata/acuminata*.(Romauli, 2014).

15) Anus : Tidak *Haemoroid*.

16) Ekstermitas : Tidak varices, pergerakan bebas, warna kuku merah mudah, tidak oedem (Mochtar, 2011).

c. Pemeriksaan Dalam

Yang diperhatikan saat VT :

1) Perabaan servix : ditemukan servix lunak, mendatar, tipis, pembukaan.

2) Keadaan ketuban utuh/sudah pecah.

3) Presentasi :

- a) Teraba keras, bundar, melenting (kepala).
- b) Teraba kurang keras, kurang bundar, tidak melenting (bokong).
- c) Portio, pada dinding perut bagian kanan/kiri teraba bagian keras seperti papan (punggung).
- d) Turunnya kepal, HIII teraba sebagian kecil dari.

3. Analisis Data

- a) Pada kala I dengan penulisan Ny .., G-.. P-.. A-.. P-.. A-.. H-..., Uk... minggu, janin tunggal hidup intra, uterin letkep inpartu kala satu.
- b) Pada kala II dengan penulisan : Ny .., G-.. P-.. A-.. P-.. A-.. H-..., Uk... minggu, janin tunggal hidup intra, uterin letkep inpartu kala dua.
- c) Pada kala III dengan penulisan : Ny .., G-.. P-.. A-.. P-.. A-.. H-..., Uk... minggu, janin tunggal hidup intra, uterin letkep inpartu kala tiga persalinan.
- d) Pada kala IV dengan penulisan : Ny .., G-.. P-.. A-.. P-.. A-.. H-..., Uk... minggu, janin tunggal hidup intra, uterin letkep inpartu kala empat (Suparman, 2020).

4. Penatalaksanaan

- a) Pada kala satu persiapan perlengkapan, barang dan obat yang diperlukan dan persiapan persalinan.

- b) Pada kala dua perlengkapan persalinan sesuai standar APN pelaksanaan melakukan pertolongan persalinan sesuai standart APN.
- c) Pada kala tiga lakukan manajemen aktif kala III dan berikan kesempatan pada ibu memeluk bkayinya untuk melakukan Bouding Attachment dan melakukan IMD (Inisiasi Menyusui Dini). Pelaksana melakukan manajemen aktif kala III dan memberikan kesempatan pada ibu memeluk bayinya untuk melakukan Bouding Attachment dan melakukan IMD (Inisiasi Menyusui Dini).
- d) Pada kala empat monitor konsistenis uterus, perdarahan dan tanda bahaya masa nifas selama 2 jam post partum. Pelaksanaan memonitor konsistensi uterus, perdarahan, dan tanda bahaya nifas. (Suparman, 2020).

2.6.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Nifas

1. Data Subyektif

Data subyektif adalah data yang didapat dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi data kejadian (Nursalam, 2012).

a. Identitas

1) Identitas Ibu

2) Identitas Suami

b. Riwayat Perkawinan

1) Lama perkawinan

2) Usia Kawin

c. Keluhan Utama

Keluhan yang dirasakan pada ibu nifas adalah rasa nyeri pada jalan lahir, nyeri ulu hati, konstipasi, kaki bengkak, nyeri perut setelah lahir, payudara membesar, nyeri tekan pada payudara dan putingsusu, putingsusu pecah-pecah, keringat berlebih serta nyeri selama beberapa hari.

d. Riwayat Kebidanan

1) Riwayat Menstruasi

2) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

3) Riwayat Prenatal

Untuk mengetahui kondisi Ibu selama hamil, adakah komplikasi/tidak, periksa kehamilan dimana dan berapa kali, serta mendapatkan apa saja dari petugas kesehatan selama hamil.

e. Riwayat Kesehatan Sekarang

Untuk mengetahui apakah klien sedang menderita penyakit menular seperti hepatitis, HIV/AIDS, atau penyakit menurun seperti hipertensi, DM, dan asma (Wiknjosastro, 2010).

f. Riwayat Kesehatan yang lalu

Perlu dikaji apakah klien pernah mempunyai riwayat jantung, ginjal, asma, hipertensi dan DM pada kesehatan yang lalu (Wiknjosastro, 2010).

g. Riwayat Kesehatan Keluarga

Untuk mengkaji keadaan keluarga yang dapat menjadi faktor penyebab resiko nifas yaitu penyakit menurun seperti hipertensi dan DM.

h. Pola Kebiasaan Sehari-Hari

1) Pola Nutrisi

Anjuran pemenuhan gizi ibu menyusui antara lain mengkonsumsi tambahan kalori tiap hari sebanyak 500 kalori. Makan dengan diet berimbang, cukup protein, mineral, dan vitamin. Minum sedikitnya 3 liter setiap hari, terutama setelah menyusui. (Sulistyawati,2015)

2) Pola Eliminasi

Ibu harus berkemih spontan dalam 6-8 jam masa nifas, motivasi ibu untuk berkemih dengan membasahi bagian vagina atau melakukan kateterisasi karena urin yang tertahan dalam kandung kemih akan menghambat uterus berkontraksi dengan baik sehingga menimbulkan perdarahan yang berlebihan.(Asih,2016)

3) Pola Personal Hygiene

Untuk mencegah terjadinya infeksi baik pada luka jahitan dan maupun kulit anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh. Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan arah sapuan dari depan terlebih dahulu kemudian ke belakang menggunakan sabun dan air. Sarankan

ibu untuk mengganti pembalut setidaknya dua kali sehari.

(Prawirohardjo,2014)

4) Pola Aktivitas

Dilakukan paling tidak setelah 12 jam masa nifas setelah ibu sebelumnya istirahat (tidur). Dapat dilakukan dengan miring kiri atau kanan terlebih dahulu, kemudian duduk dan apabila ibu sudah cukup kuat berdiri maka ibu dianjurkan untuk berjalan. (Asih, 2016)

(e)Pola Istirahat

Memberikan kesempatan kepada ibu dan beristirahat yang cukup sebagai persiapan energi menyusui bayinya nanti. (Sulistyawati, 2015)

6) Pola Hubungan Seksual

Secara fisik aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Banyak budaya dan agama yang melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan. (Prawirohardjo,2014)

i. Data Psikologis

Pada masa nifas psikologis ibu akan dibagi menjadi 3 fase:

1) Taking in

2) Taking on

3) Letting go

j. Data Budaya

Budaya ditanyakan untuk mengetahui kebiasaan dan tradisi yang dilakukan ibudana keluarga berhubungan dengan kepercayaan pada takhayul, kebiasaan berobat dan semua yang berhubungan dengan kondisi kesehatan ibu (Nursalam, 2012).

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

Untuk mengetahui keadaan baik yang normal maupun yang menunjukkan kelainan, yaitu meliputi:

1) Keadaan Umum

Untuk mengetahui apakah ibu dalam keadaan baik, cukup atau kurang, meliputi:

- a) Kesadaran : Compos Mentis, yaitu tingkat kesadaran yang normal (Sulistyawati, 2011).
- b) Postur tubuh : lordosis
- c) Cara berjalan: tegap.
- d) Raut wajah: senang atas kelahiran bayi

2) Tanda-Tanda Vital

Menurut (Fajrin, 2017)

- a) Tekanan :120/80 mmHg
- b) Nadi : 60-100 x/menit
- c) Suhu : 36-37 °C
- d) Respirasi : 16-24 x/menit

b. Pemeriksaan Fisik Khusus

- 1) Rambut: Bersih, tidak rontok.
- 2) Kepala : Tidak hematoma, tidak luka, tidak oedem, tidak ada benjolan.
- 3) Wajah : Simetris, tidak pucat.
- 4) Mata : Simetris, bersih, conjungtiva merah muda, sclera warna putih, tidak terdapat benjolan pada palpebra
- 5) Hidung : Simetris, bersih, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak terdapat pembesaran polip, tidak sinusitis.
- 6) Mulut : Simetris, bersih, tidak pucat, tidak stomatitis, gigi tidak caries, tidak keputihan.
- 7) Telinga: Simetris, bersih, tidak ada serumen, pendengaran baik.
- 8) Leher : Bersih, tidak ada luka, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, paratyroid, vena jugularis.
- 9) Axilla : Bersih, tidak ada luka, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
- 10) Dada : Bersih, tidak ada wheezing, ronchi, stridor, rales pada paru-paru.
- 11) Mammae: Simetris, bersih, terjadi hyperpigmentasi pada areola, tidak ada benjolan, puting susu menonjol, terdapat pengeluaran ASI, tidak terdapat keluhan.
- 12) Abdomen: Bentuk membujur, terdapat striae albican, tidak ada nyeri pada ginjal, appendix, uterus keras, kontraksi

uteruskuat, tidak terdapat distansi recti, terdapat suara bising usus. Tinggi fundus uteri pada masa nifas.

Tabel 2.4 TFU Pada Masa Nifas

No	Waktu infolusi	Tinggi fundus uteri	Berat uterus	Diameter uterus	Palpasi uterus
1	Bayu lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm	Lunak
2	Plasenta lahir	2 jari bawah pusat	750 gram	12,5 cm	Lunak
3	1 minggu	Pertengahan pusat dan symphysis	500 gram	7,5 cm	2 cm
4	2 minggu	Tidak teraba diatas symphysis	300 gram	5 cm	1 cm
5	6 minggu	Bertambah kecil	60 gram	2,5 cm	menyempit

Sumber: Fajrin (2020)

13) Punggung : Lordosis, tidak ada kelainan.

14) Genetalia : adanya perdarahan, adanya episiotomi, adanya jahitan derajat 2 (mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot perineum), warna lochea :

a) *Lochea Rubra (Cruenta)*

Lochea ini muncul pada hari ke 1-2 pasca persalinan.

b) *Lochea Sanguinolenta*

Lochea ini muncul hari ke 3 -7 pasca persalinan, berwarna merah kuning dan berisi darah lendir

c) *Lochea Serosa*

Lochea ini muncul pada hari ke 8-14 pasca persalinan, berwarna kecoklatan mengandung lebih banyak serum, lebih sedikit darah, dan juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta

d) *Lochea Alba/ Putih*

Lochea ini muncul sejak 2- 6 minggu pasca persalinan, berwarna putih kekuningan mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati (merah, putih, atau yang lainnya) dan bau berbau busuk atau tidak, ada/tidak pembesaran kelenjar sken,bartholini, ada/tidak condulima matalata/acuminata, jumlah banyaknya Lochia yang keluar tiap hari, konsistensi cair / kental. (Romauli, 2011)..

15) Perinium

Bersih, tidak ada bekas jahitan, tidak oedema

16) Ekstermitas

Tidak varices, pergerakan bebas, warna kuku merah muda,tidak oedem, reflek patella +/-

c. Pemeriksaan Penunjang

Dilakukan untuk mendukung menegakkan diagnosa seperti pemeriksaan laboratorium, rontgen utrasonografi, dan lain-lain (Varney, 2013).

3. Analisis Data

Untuk mengetahui atau menentukan diagnosa potensial, berdasarkan data subyektif dan data obtektif, kemudian masalah potensial san kebutuhan segera pada ibu.

Ny “...” P...A...P...A... post partum hari ke

4. Penatalaksanaan

a) Kunjungan I (6 - 8 jam postpartum)

Asuhan yang diberikan antara lain:

- 1) Cegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri,
- 2) Berikan konseling pada ibu bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- 3) Lakukan hubungan antara bayi dan ibu (bonding attachment).
- 4) Bimbing pemberian ASI lebih awal (ASI eksklusif)

b) Kunjungan II (7 hari/1 minggu)

Asuhan yang diberikan antara lain:

- 1) Pastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal.
- 2) Nilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- 3) Pastikan ibu mendapat cukup makan, cairan dan istirahat
- 4) Pastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- 5) Berikan konseling pada ibu, mengenal asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari

c) Kunjungan III (14 hari/2 minggu)

Asuhan yang diberikan antara lain:

- 1) Pastikan involusi uteri berjalan normal :nuterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal tidak ada bau
 - 2) Nilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
 - 3) Pastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyakit
- d) Kunjungan IV (40 hari/6 minggu)
- 1) Tanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang di alami ibu selama masa nifas
 - 2) Berikan konseling KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang di alami oleh ibu dan bayi.
- (Bahiyatun, 2016)

2.6.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Neonatus

Manajemen atau asuhan segera pada bayi baru lahir normal adalah asuhan yang diberikan pada bayi pada jam pertama setelah kelahiran, dilanjutkan sampai 24 jam setelah kelahiran.

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir bertujuan untuk memberikan asuhan yang adekuat dan terstandar pada bayi baru lahir dengan memperhatikan riwayat bayi selama kehamilan, dalam persalinan dan keadaan bayi segera setelah dilahirkan.

1. Data Subyektif

a. Identitas bayi

Identitas bayi meliputi :

(1) Nama

Nama jelas atau lengkap bila perlu nama panggilan sehari-hari agar tidak keliru dalam memberikan penanganan.

(2) Usia

Untuk mengetahui usia bayi berguna untuk mengantisipasi diagnose masalah kesehatan dan tindakan yang dilakukan apabila perlu terapi obat.

(3) Jenis kelamin

Untuk mengetahui jenis kelamin bayi serta menghindari kekeliruan bila terjadi kesamaan nama anak dengan pasien yang lain.

(4) Alamat

Untuk memudahkan kunjungan rumah bila diperlukan.

b. Biodata orang tua

Biodata orang tua menurut Fajrin, (2017) yaitu:

1) Nama

Nama ibu dan juga nama ayah bayi untuk mempermudah bidan dalam mengetahui identitas kedua orangtua bayi, selain itu dapat mempererat hubungan antara bidan dan keluargabayi sehingga dapat meningkatkan rasa percaya pasien terhadap bidan. (Fajrin, 2017).

3) Umur

Umur ibu perlu diketahui apakah anak yang baru dilahirkan cukup beresiko tinggi. (Fajrin, 2017).

4) Suku/bangsa

Suku/bangsa diidentifikasi dalam rangka untuk menyesuaikan bahasa apa yang digunakan untuk berkomunikasi dengan baik dengan keduaorangtua bayi. (Fajrin, 2017).

5) Agama

Untuk mengetahui keyakinan keduaorangtua bayi dan menyesuaikan asuhan yang akan dilakukan sesuai dengan agama yang dianut. (Fajrin, 2017).

6) Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat kecerdasan intelektual keduaorangtua yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang. (Fajrin, 2017).

7) Pekerjaan

Untuk mengetahui keadaan ekonomi keduaorangtua pasien, sehingga asuhan yang diberikan dapat disesuaikan dengan kondisi ekonominya.(Fajrin, 2017).

8) Alamat

Sebagai identitas keduaorangtua dan untuk mempermudah hubungan apabila diperlukan/keadaan mendesak. (Fajrin, 2017).

c. Keluhan Utama

Sesuai dengan apa yang dikeluhkan ibu tentang keadaan bayinya.

d. Riwayat Kehamilan, persalinan, dan nifas

1) Riwayat Prenatal

Riwayat ibu hamil seperti identifikasi, kehamilan (periksa pertama kali di mana?, imunisasi TT, keluhan selama hamil, dan obat yang dikonsumsi selama hamil), serta konseling yang didapatkan.

2) Riwayat Natal

Riwayat bayi lahir pada tanggal, pukul, jenis persalinan, tempat persalinan, dan jenis kelamin

3) Riwayat Postnatal

Riwayat keadaan bayi setelah dilahirkan, imunisasi yang didapatkan, jenis kelamin, PB, BB, LD, LK, AS, LILA

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Yang perlu kita ketahui adalah apakah keluarga bayi pernah atau sedang menderita penyakit menurun seperti Diabetes Mellitus (DM), Hipertensi, menahun seperti jantung, asma, dan menular seperti HIV/AIDS, TBC Hepatitis, serta apakah ada keturunan kembar. (Fajrin, 2017)

f. Pola Kebiasaan Sehari-hari

1) Nutrisi : Memberikan ASI dalam jam pertama setelah lahir, berikan ASI sesering mungkin sesuai kebutuhan bayi, tidak membatasi 2-3 jam sekali atau 4 jam sekali. Tidak memberikan empeng pada bayi yang diberi ASI. Tidak

memberikan makanan lain sampai anak berusia 6 bulan. (Dwiendra, 2014).

- 2) Istirahat: Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya sering tidur. Bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata tidur selama 16 jam sehari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3 bulan. (Dwiendra, 2014).
- 3) Personal hygiene: Bayi mandi setelah 6 jam/ lebih dari kelahiran bayi, pada perawatan tali pusat jangan membungkus putung tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke putung tali pusat. Mengoleskan alkohol atau povidin iodine masih diperkenankan, tapi tidak dikompreskan karena menyebabkan tali pusat basah atau lembab, Popok harus diganti sesegera mungkin bila kotor, baik karena urine atau feses karena kulit harus segera dibersihkan baik dengan air maupun dengan lap untuk mengurangi risiko lecet dan ruam popok pada kulit. (Dwiendra, 2014).
- 4) Aktivitas: gerakan aktif +
- 5) Eliminasi
 - a. BAB : Selama minggu pertama dan jumlah paling banyak adalah antara hari ketiga dan keenam. Feses transisi (kecil-kecil berwarna coklat sampai hijau karena adanya mekonium).

b. BAK : Bayi yang mendapat ASI mengeluarkan urine 20 cc selama 24 jam pertama, kemudian meningkat menjadi 200 cc selama 24 jam pada hari ke-10. Biasanya urine dikeluarkan secara teratur dalam jumlah sedikit dan pada minggu kedua kehidupannya bayi dapat membasahi popok. Dalam sehari bayi biasanya buang air besar antara 1-3 kali sehari, (Dwiendra, 2014).

g. Data Psikososial

Untuk mengetahui hubungan ibu dengan anggota keluarga, suami dan anggota keluarga lain, serta respon keluarga atas kelahiran bayi.

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Khusus

Dilakukan dengan pemeriksaan APGAR score pada menit pertama, kelima, dan kesepuluh.

b. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan Umum

Dikaji untuk mengetahui keadaan umum mencakup keadaan umum baik, sedang, lemah (Maryuni, 2014).

2) Kesadaran

Penilaian kesadaran dinyatakan sebagai composmentis, apatis, somnolen, sopor, delirium (Maryuni, 2014).

3) Tanda-tanda vital pada bayi normal, meliputi :

Suhu Aksila : 36- 37 0C

Nadi : 120 – 160 x/menit

Respirasi : 30 – 60 x/menit

4) Pemeriksaan antropometri pada bayi normal, adalah:

Berat Badan : 2500 – 4000 gram

Panjang Badan : 48 – 52 cm

Lingkar Dada : 30 – 38 cm

Lingkar Kepala : 33 – 35 cm.

Bayi biasanya mengalami penurunan berat badan dalam beberapa hari pertama yang harus kembali normal pada hari ke-10. Bayi dapat ditimbang pada hari ke-3 atau ke-4 untuk mengkaji jumlah penurunan berat badan, tetapi bila bayi tumbuh dan minum dengan baik, hal ini tidak diperlukan. Sebaiknya dilakukan penimbangan pada hari ke-10 untuk memastikan bahwa berat badan lahir telah kembali.

c. Pemeriksaan Fisik Sistematis

- 1) Rambut : Bersih, tekstur lembut
- 2) Kepala : Tidak Luka, tidak ada benjolan, tidak ada caput succedenum/cephal hematoma/ moulage, keadaan ubun-ubun besar sudah menutup
- 3) Wajah : simetris, bersih, warna merah muda, tidak pucat, tidak oedem
- 4) Mata : simetris, bersih, conjungtiva merah muda, sclera putih, tidak ada blenorhoe/nystagmus,/strabismus,reflek pupil mengecil, tidak terdapat benjolan pada palpebra

- 5) Hidung : simetris, bersih, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada sekret, tidak terdapat pembesaran polip
- 6) Mulut : bersih, tidak pucat, tidak ada *mikronagtia/ makronagtia, mikroglosus/makroglosus, moniliasis, cheiloschisis, palatoschisis*, dan *oral trast*.
- 7) Telinga: simetris, bersih, tidak ada lanugo, daun telinga berbentuk sempurna, tidak ada tanda-tanda *down syndrome*
- 8) Leher : bersih, tidak adaluka, tidak ada pembesaran *kelenjar tyroid, paratyroid, vena jugularis*
- 9) Axilla : Bersih, tidak adaluka, tidak ada pembesaran kelenjar limfe
- 10) Dada : Simetris, bersih, tidak ada kelainan *pigeon chest/barrel chest/funnel chest/kifoskoliosis*, tidak ada *wheezing, ronchi, stridor, rales* pada paru-paru, tarikan interkostae, pernafasan vesikuler
- 11) Mammae : Simetris, bersih, tidak terdapat pembesaran mammae (pada bayi perempuan)
- 12) Abdomen: Simetris, bersih, tidak ada perdarahan dan tanda-tanda infeksi pada tali pusat.
- 13) Punggung: lordosis, tidak ada kelainan
- 14) Genetalia : Simetris, bersih, pada perempuan labia mayor sudah menutupi labia minor, pada laki-laki testis sudah turun ke skrotum, tidak terdapat pengeluaran cairan pada bayi perempuan

15) Anus : Bersihan, terdapat lubang anus

16) Ekstermitas:Pergerakan bebas, warna kuku merah muda,
(Romauli, 2011).

d. Pemeriksaan Reflek

1) Reflek Moro (Reflek Kejut)

Didapat dengan memberikan isyarat kepada bayi, dengan satu teriakan kencang atau gerakan yang mendadak. Respon bayi baru lahir berupa menghentakkan tangan atau kaki lurus kearah ke luar, sedangkan lutut fleksi, tangan akan kembali lagi kearah dada seperti posisi bayi dalam pelukan. Jari jari tampak terpisah dan bayi mungkin menangis.

2) Reflek Rooting (Reflek Mencari)

Bayi menoleh kearah benda yang menyentuh pipi.

3) Reflek Graphs (Reflek Menggenggam)

Reflek genggaman tangan dapat dilihat dengan meletakkan pensil atau jari ditelapak tangan bayi.

4) Reflek Sucking (Reflek Menghisap)

Terjadi ketika bayi yang baru lahir secara otomatis menghisap benda yang ditempatkan di mulut mereka.

5) Reflek Tonickneck

Pada posisi terlentang, ekstremitas disisi tubuh dimana kepala menoleh mengalami ekstensi, sedangkan disisi tubuh lainnya fleksi.

f. Data Penunjang

Data penunjang adalah data yang diperoleh dari pemeriksaan fisik.

Data penunjang meliputi pemeriksaan Hb dan golongan darah serta USG dan rontgen.

3) Analisis Data

Neonatus cukup bulan usia 1 hari.

4) Penatalaksanaan

a) Kunjungan I (Pada 6 jam – 28 jam)

- (1) Berikan bayi dengan kain tebal dan hangat dengan cara dibedong (mempertahankan suhu)
- (2) Observasi keadaan umum dan tanda-tanda vital 3-4 jam sekali
- (3) Lakukan kontak diri bayi dengan ibu dan inisiasi menyusui dini
- (4) Berikan vitamin K untuk mencegah perdarahan
- (5) Ajarkan ibu untuk memberikan asi sedini mungkin dan sesering mungkin
- (6) Anjurkan kepada ibu untuk perawatan tali pusat pada bati, dengan cara mengganti kasa yang sudah kotor/basah dengan yang baru
- (7) Anjurkan ibu ke tempat kesehatan apabila ada tanda bahaya pada bayi
- (8) Anjurkan ibu untuk kunjungan ulang setelah 2 hari untuk menilai perkembangan kesehatan bayi.

b) Kunjungan II (2 hari – 7 hari)

- (1) Lakukan pengkajian dan pemeriksaan tanda-tanda vital
- (2) Pastikan bayi disusui sesering mungkin dengan asi eksklusif
- (3) Anjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayinya (popok/baju basah)
- (4) Anjurkan ibu untuk menjaga suhu tubuh bayi agar tetap normal dan hangat, dengan cara memakaikan bedong dan topi
- (5) Jelaskan kepada ibu tentang tanda-tanda bahaya pada bayi:
 - (a) Tidak mau menyusui
 - (b) Kejang
 - (c) Lemah
 - (d) Sesak nafas
 - (e) Merintih
 - (f) Pusing kemerahan
 - (g) Demam/tubuh merasa menggigil
 - (h) Kulit terlihat kuning
 - (i) Diare
 - (j) Muntah berlebihan
- (6) Anjurkan ibu untuk perawatan tali pusat dengan cara, mengganti kasa yang kotor/basah dengan kasa yang baru
- (7) Anjurkan ibu untuk kembali kontrol ulang setelah 7 hari atau apabila ada tanda bahaya

c) Kunjungan III (Pada hari ke 7 – 28 hari)

- (1) Lakukan pengkajian dan pemeriksaan tanda-tanda vital

- (2) Pastikan bahwa bayi disusui sesering mungkin dengan asi eksklusif
- (3) Anjurkan kepada ibu untuk menjaga kebersihan bayinya
- (4) Anjurkan kepada ibu untuk menjaga suhu tubuh bayi agar tetap hangat dengan cara memakai baju dan topi
- (5) Anjurkan ibu tentang perawatan tali pusat dengan cara mengganti kasa setiap habis mandi/saat basah/ataupun kotor
- (6) Anjurkan ibu untuk membawa bayinya pada saat posyandu untuk menimbang dan imunisasi.

2.6.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan KB

1. Data Subyektif

Data subyektif adalah data yang didapat dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi data kejadian (Nursalam, 2013).

a. Identitas

Untuk mengetahui status klien secara lengkap sehingga sesuai dengan sarana Menurut Sulistyawati (2011), identitas meliputi : nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, alamat.

b. Keluhan Utama

Untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas kesehatan. Pasien datang untuk melakukan konseling dan menentukan KB pasca persalinan (Sulistyawati, 2011).

c. Riwayat perkawinan

Untuk mengetahui dari data ini akan mendapatkan gambaran mengenai rumah tangga pasangan, kawin umur berapa tahun,

status perkawinan, lama pernikahan, dan suami keberapa (Sulistyawati, 2011).

d. Riwayat Mentruasi

Untuk mengetahui menarche, haid teratur/ tidak, siklus, banyaknya darah, sifat darah

e. Riwayat Kehamilan dan Nifas yang Lalu

Untuk mengetahui jumlah kehamilan dan kelahiran, riwayat persalinan yaitu jarak antara dua kelahiran, tempat kelahiran, lamnya melahirkan, dan cara melahirkan. Masalah/gangguan kesehatan yang timbul sewaktu hamil dan melahirkan. Riwayat kelahiran anak, mencangkup berat badan bayi sewaktu lahir, adakah kelainan bawaan bayi, jenis kelamin bayi, keadaan bayi hidup/mati saat dilahirkan..

f. Riwayat Perkawinan

Dikaji untuk mengetahui sudah berapa lama ibu menikah, dengan suami sekarang merupakan istri yang ke berapa, dan mengetahui berapa jumlah anaknya (Varney, 2012).

g. Riwayat KB

Dikaji untuk mengetahui jenis alat kontrasepsi yang pernah digunakan ibu sebelumnya, kapan ibu berganti dari satu metode kontrasepsi, dan mengapa ibu ganti metode kontrasepsi (Hartanto, 2013).

h. Riwayat Kesehatan

Untuk mengetahui apakah klien sedang menderita penyakit menular seperti hepatitis, HIV/AIDS, atau penyakit menurun seperti hipertensi, DM, dan asma.

i. Pola Kebiasaan Sehari-Hari

1) Pola Nutrisi

Diketahui supaya dapat menggambarkan bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya. Mulai dari menu apa yang dimakan, frekuensi makan dan minum, dan keluhan (Varney, 2011).

2) Pola Eliminasi

Dikaji untuk mengetahui pola BAB dan BAK, adakah kaitannya dengan obstipasi atau tidak.

3) Pola Aktivitas

Perlu di kaji untuk mengetahui apakah ibu melakukan aktivitas fisik secara berlebihan (Saifuddin, 2011).

4) Pola Personal Hygiene

Dikaji untuk mengetahui berapa kali dalam sehari ibu menjaga kebersihan diri. Mandi, gosok gigi, keramas, dan ganti pakaian (Sulistyawati, 2013).

5) Pola Istirahat

Dikaji untuk mengetahui apakah kebutuhan istirahat ibu sudah terpenuhi atau belum, dan apakah ibu nyenyak ketika tidur atau tidak (Saifuddin, 2011).

6) Pola Hubungan Seksual

Dikaji untuk mengetahui berapa kali frekuensi ibu melakukan hubungan seksual dalam seminggu, pola seksual, dan keluhan (Varney, 2012).

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Fisik Umum

1) Keadaan umum : dalam keadaan baik, meliputi:

- a) Kesadaran : compomentis
- b) Cara berjalan : tegap
- c) Raut wajah : senang

2) Tanda-Tanda Vital

- a) Suhu : Normal 36,5-37,7 °C
- b) Nadi :120 – 160 x/menit
- c) Pernafasan : 30 – 60 x/menit

b. Pemeriksaan Fisik Khusus

- 1) Rambut: Bersih, tidak rontok.
- 2) Kepala : tidak hematoma, tidak luka, tidak odem, tidak ada benjolan
- 3) Wajah : simetris, tidak pucat.
- 4) Mata : Simetris, bersih, conjungtivamerah muda, sclera putih, tidak terdapat benjolan pada palpebra
- 5) Hidung : Simetris,bersih, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak terdapat pembesaran polip, tidak sinusitis

- 6) Mulut : simetris, bersih, tidak pucat, tidak stomatitis, gigi tidak caries, tidak epulis.
- 7) Telinga: Simetris, bersih, tidak adaserumen, pendengaran baik
- 8) Leher : Bersih, tidak adaluka, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, paratyroid, vena jugularis.
- 9) Axilla : bersih, tidak adaluka, tidak ada pembesaran kelenjar limfe
- 10) Dada : Simetris, bersih, tidak ada *wheezing*, *ronchi*, *stridor*, *rales* pada paru-paru.
- 11) Mammae : Bersih, tidak ada benjolan
- 12) Abdomen: Membujur, bersih, tidak ada nyeri pada ginjal, appendik, terdapat suara bising usus.
- 13) Punggung : Lordosis, tidak ada kelainan
- 14) Genetalia : tidak varises, tidak flour albus, tidak ada pembesaran kelenjar sken, bartholini, ada/tidak condulima matalata/acuminata. (Romauli, 2014).
- 15) Ekstermitas: Tidak varices, pergerakan bebas, warna kuku merah muda, reflek patella +/+ (Romauli, 2011).

c. Pemeriksaan Penunjang

Dilakukan untuk mendukung menegakkan diagnosa seperti pemeriksaan laboratorium dan lain-lain.

3. Analisis Data

Ny”...” Usia Tahun Dengan Akseptor KB baru

4. Penatalaksanaan

- 1) Sapa pasien secara terbuka dan sopan
- 2) Tanyakan kepada pasien apa yang perlu di bantu
- 3) Berikan informasi umum tentang keluarga berencana
- 4) Tanyakan jenis kontrasepsi yang di inginkan klien (apakah pasien ingin mengatur jarak kelahiran atau ingin membatasi jumlah anak)
- 5) Jelaskan kepada pasien mengenai kontrasepsi pilihan nya tentang cara kerja dan efek samping
- 6) Jelaskan jenis-jenis kontrasepsi lain yang mungkin bisa menjadi alternatif pilihan pasien
- 7) Bantu pasien untuk menentukan pilihannya
- 8) Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya dan bagaimana cara pemasangan
- 9) Jelaskan kepada pasien untuk melakukan kunjungan ulang jika di butuhkan