

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan adalah masa ketika seorang wanita membawa embrio atau fetus didalam tubuhnya. Awal kehamilan terjadi pada saat sel telur perempuan lepas dan masuk kedalam saluran sel telur. Pada saat persetubuan, berjuta-juta cairan sel mani atau sperma di pancarkan oleh laki-laki dan masuk kedalam rongga rahim. Dengan kompetisi yang sangat ketat, salah satu sperma tersebut akan berhasil menembus sel telur dan bersatu dengan sel telur tersebut. Peristiwa ini yang disebut dengan fertilisasi atau konsepsi. (Astuti, 2014)

2.1.2 Etiologi Kehamilan

Suatu kehamilan akan terjadi bila terdapat 5 aspek berikut, yaitu :

1. Ovum

Ovum adalah suatu sel dengan diameter $\pm 0,1$ mm yang terdiri dari suatu nucleus yang terapung-apung dalam vitelus dilingkari oleh zona pellusida oleh kromosom radiata.

2. Spermatozoa

Berbentuk seperti kecebong, terdiri dari kepala terbentuk lonjong agak gepeng berisi inti, leher yang menghubungkan kepala dengan bagian tengah dan ekor yang dapat bergerak sehingga sperma dapat bergerak cepat.

2. Konsepsi

Konsepsi adalah suatu peristiwa penyatuan antara sperma dan ovum di tuba fallopii.

3. Nidasi

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium.

4. Plasentasi

Plasentasi adalah alat yang sangat penting bagi janin yang berguna untuk pertukaran zat antara ibu dan anaknya dan sebaliknya. (mochtar, 2011).

2.1.3 Tanda-Tanda Hamil

Berikut ini akan dijelaskan mengenai tanda-tanda kehamilan secara lengkap, yang terdiri dari tanda tidak pasti hamil, tanda mungkin hamil, dan tanda pasti hamil.

1. Tanda Tidak Pasti Hamil (Presuntif)

- 1) Tidak terjadi menstruasi atau haid (amenorea)
- 2) Mengidam (perasaan mengiginkan sesuatu)
- 3) Pingsan
- 4) Perdarahan sedikit

Terjadi perdarahan yang biasanya muncul pada hari k-11 sampai hari ke-14 setelah haid, bewarna merah muda, sedikit (bercak), dengan lama 1-3 hari

5) Suhu tubuh naik

Pembakaran kalori didalam tubuh wanita hamil menjadi cepat. Hal tersebut dilakukan untuk memenuhi zat gizi bagi ibu dan janin

6) Penciuman lebih sensitive

Peningkatan hormone estrogen yang drastis juga menyebabkan terjadi pelebaran pembuluh darah, termasuk yang ada di daerah hidung dan sekitarnya sehingga kerja saraf olfaktorius (saraf penciuman) menjadi lebih sensitive

7) Mual dan muntah

Pada ibu hamil disebabkan oleh pengaruh peningkatan hormone progesterone dan hormone human chorionic gonadotropine (hCG) yang terjadi selama kehamilan. Hormone ini menyebabkan kerja lambung dan usus menjadi lambat sehingga makanan yang ada di lambung pun lambat dicerna.

8) Lelah

Hormone progesterone menyebabkan terjadi penurunan fungsi beberapa organ tubuh sehingga tubuh bekerja keras untuk menstabilkan dan membantu kerja organ tersebut.

9) Payudara membesar

Hal ini disebabkan oleh hormone estrogen dan progesterone yang merangsang kantong air susu dan kelenjar Montgomery di payudara sehingga membesar sebagai persiapan untuk menyusui kelak.

10) Sering berkemih

Pada awal kehamilan, ibu akan sering ke toilet. Hal tersebut disebabkan oleh penebalan rahim yang terisi janin dan terus membesar.

11) Sembelit/konstipasi/obstipasi

Hal ini disebabkan oleh hormone steroid yang meningkat sehingga menyebabkan peristaltik/ kerja usus menjadi lambat. Kotoran menjadi lambat dikeluarkan, sedangkan cairan yang tersisa terus diserap. Akibatnya, kotoran menjadi keras dan sulit dikeluarkan.

12) Pigmentasi kulit

Warna kulit di wajah, payudara (area puting susu), perut, paha, dan ketiak biasanya bertambah gelap.

13) Epulsi

Gusi dan mukosa (selaput lendir) menjadi mudah berdarah akibat pembuluh darah yang melebar selama kehamilan.

14) Varises

Pelebaran pembuluh darah vena sering terjadi pada wanita hamil, tetapi biasanya pada triwulan a34W77akhir kehamilan. (Astuti, 2014)

2. Tanda Mungkin Hamil

1) Perut membesar

Pada wanita yang memang hamil, perut ikut membesar karena rahim yang membesar. Namun, tidak semua perut yang membesar merupakan akibat kehamilan, mungkin saja akibat faktor kegemukan atau terdapat penyakit di abdomen, misalnya tumor atau adanya cairan di rongga perut (asites)

2) Uterus membesar

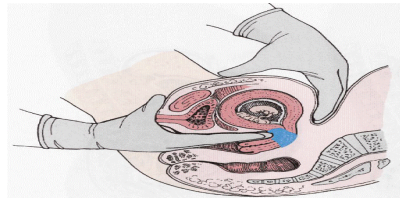
Dengan kehamilan yang sehat, uterus pun akan membesar sedikit demi sedikit dengan usia kehamilan tersebut. Namun demikian,

pembesaran uterus dapat juga terjadi akibat suatu penyakit, misalnya mioma, kista, atau kanker stadium lanjut.

3) Tanda hegar

Melunaknya segmen bawah rahim. Pemeriksaan ini dilakukan oleh tenaga medis, dengan cara melakukan pemeriksaan dalam dengan tangan kanan dan tangan kiri berada di atas fundus, dengan penekanan kearah dalam, pemeriksaan dapat merasakan kedua tangan seolah-olah bertemu.

Gambar 2.1 Rahim



4) Tanda chadwick

Terjadi perubahan warna pada porsio, yang pada awalnya bewarna merah muda, menjadi kebiru-biruan, selaput lender dan vagina pun bewarna keungu-unguan.

5) Tanda piscacek

Terjadi pembesaran dan perlunakan yang tidak simetris pada tempat hasil konsepsi (tempat implantasi) tertanam.

6) Braxton-Hicks

Ibu yang hamil dapat merasakan kontraksi yang timbul sesekali, tepatnya berada diperut bagian bawah, misalnya perasaan nyeri dan tegang.

7) Teraba Ballotement

Pantulan pada saat Rahim digoyangkan. Memeriksa kontraksi ini dilakukan dengan cara memegang bagian rahim yang mengeras sambil sedikit digoyangkan sehingga akan terasa bahwa rahim tersebut bergoyang.

- 8) Reaksi kehamilan positif (melakukan tes kehamilan, tes urine dilaboratorium, tes darah dengan pemeriksaan darah ditemukan adanya hormone hCG di dalam darah ibu) (Astuti, 2014)

3. Tanda Pasti Hamil

- 1) Gerakan janin yang dilihat dan dirasakan.
- 2) Denyut jantung janin (DJJ). Terlihat dan terdengar denyut jantung janin (suara jantung janin) dengan bantuan alat.
 - (1) Didengar dan dicatat dengan Doppler mulai usia kandungan 12 minggu
 - (2) Didengar dengan stetoskop-monokuler laenner mulai usia kandungan 20 minggu
 - (3) Dicapat dengan fetu-elektron kardiogram mulai usia kandungan 6 minggu
 - (4) Dilihat dan dicatat dengan ultrasonografi (USG) mulai usia kandungan 6 minggu
- 3) Dengan melihat tulang-tulang pada foto rontgent. Tulang rangka janin tampak jelas pada pemeriksaan foto rontgent sejak usia kandungan 8 minggu (Astuti, 2014)

2.1.4 Perubahan Fisiologis Kehamilan

Menurut Manuaba (2010) dengan terjadinya kehamilan, maka seluruh sistem genetalia wanita mengalami perubahan sedangkan plasenta dalam perkembangannya mengeluarkan *hormonesomatotropin*, *estrogen*, dan *progesterone* yang menyebabkan perubahan pada:

1. Uterus

Uterus yang semula beratnya 30 gram akan mengalami *hipertrofi* dan *hyperplasia*, sehingga otot rahim menjadi lebih besar lunak dan mengikuti pembesaran rahim menjadi 1000 gram akhir kehamilan. Perlunakan *isthmus*(tanda hegar) merupakan perubahan pada *isthmus uteri* yang menyebabkan *isthmus* menjadi lebih panjang dan lunak sehingga pada pemeriksaan dalam seolah-olah kedua jari dapat saling sentuh. Tanda *piskasek* merupakan bentuk rahim yang berbeda yang disebabkan oleh pertumbuhan yang cepat di daerah *implantasi plasenta*, sedangkan *Braxton Hicks* merupakan kontraksi rahim yang disebabkan oleh perubahan kontraksi hormonal yang menyebabkan *progesterone* mengalami penurunan (Manuaba. 2010).

Tabel 2.1 Pemeriksaan TFU

Usia kehamilan	Dalam CM	TFU
12 minggu	-	Satu pertiga diatas simfisis
16 minggu	-	Setengah simfisis dan pusat
20 minggu	20 cm	Dua pertiga diatas simfisis
24 minggu	23 cm	Setinggi pusat
28 minggu	26 cm	Tiga jari diatas pusat
32 minggu	30 cm	Pertengahan antara px dengan pusat
36 minggu	33 cm	Setinggi px
40 minggu	-	Dua jari dibawah px

Sumber : Hani, 2010. *Buku Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Fisiologis*. Jakarta : EGC

2. Vagina

Dalam vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak makin merah dan kebiru-biruan yang disebut dengan tanda *chadwicks*.

3. Ovarium (indung telur)

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung *korpus luteum gravidarum* meneruskan fungsinya sampai terbentuknya *plasenta*, yang sempurna pada umur kehamilan 16 minggu.

4. Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Hormone yang mempengaruhi dalam laktasi yaitu hormone *estrogen*, *progesterone*, *somatomamotropin*.

5. Sirkulasi darah ibu

Peredaran darah ibu dipengaruhi beberapa faktor, antara lain :

- 1) Meningkatnya kebutuhan sirkulasi darah sehingga dapat memenuhi kebutuhan perkembangan dan pertumbuhan janin dalam.
- 2) Terjadinya hubungan langsung antara *arteri* dan *vena* pada sirkulasi *retro-plasenter*
- 3) Pengaruh *hormone* estrogen dan *progesterone* makin meningkat (Manuaba, 2010).

2.1.5 Perubahan Adaptasi Psikologis Kehamilan

Perubahan psikologis menurut Prawirohardjo (2010) yang dikutip oleh Hani,dkk (2011) yaitu :

1. Trimester Pertama

- 1) Ibu membenci kehamilannya, merasa sedih bahwa ia hamil. Kurang lebih 80% wanita mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan, depresi dan kesedihan.
- 2) Mencari tahu secara aktif apakah memang benar-benar hamil dengan memperhatikan perubahan pada tubuhnya dan sering kali memberikan orang lain apa yang dirahasiakannya.
- 3) Hasrat seks pada trimester pertama mengalami penurunan libido. Banyak wanita merasakan kebutuhan kasih sayang yang besar dan cinta kasih tanpa seks. Libido dipengaruhi oleh keletihan, mual, depresi, payudara yang membesar dan nyeri, kecemasan, kekhawatiran.

2. Trimester Kedua

Trimester kedua biasanya ibu merasa sehat dan sudah terbiasa dengan kadar hormone yang tinggi, serta rasa tidak nyaman akibat kehamilan sudah berkurang. Ibu dapat merasakan gerakan janinnya dan mulai merasakan kehadiran bayinya sebagai seseorang diluar dirinya dan dirinya sendiri.

3. Trimester Ketiga

Trimester ketiga disebut sebagai periode penantian dengan penuh kewaspadaan sebab ibu tidak sabar menunggu kehadiran bayinya. Ada perasaan was-was mengingat bayinya dapat lahir kapanpun. Hal ini

meningkatkan kewaspadaan ibu akan timbul tanda dan gejala terjadinya persalinan pada ibu. Sering kali ibu merasa khawatir atau takut kalau bayinya yang akan dilahirkan tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggap membahayakan bayinya.

2.1.6 Kebutuhan Fisik Ibu Hamil

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%. (Fajrin, 2017).

Ibu hamil sering mengeluh gangguan pernafasan seperti sesak nafas dan nafas pendek. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen maka ibu hamil dapat melakukan :

- 1) Latihan pernafasan melalui senam hamil
- 2) Tidur dengan posisi bantal lebih tinggi
- 3) Makan tidak terlalu banyak
- 4) Jangan merokok
- 5) Berkonsultasi kepada dokter apabila terdapat kelainan atau gangguan pernafasan seperti asma dan lain-lain. (Fajrin, 2017)

2. 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. (Fajrin, 2017)

Kebutuhan nutrisi yang di butuhkan ibu adalah sebagai berikut :

- 1) Ibu hamil membutuhkan makanan yang mengandung tinggi kalori dan tinggi protein
- 2) Porsi makan ibu hamil meliputi nasi, sayur, lauk pauk, buah, air, dan susu
- 3) Makanlah dengan gizi seimbang dan bervariasi
- 4) Makanlah dalam jumlah yang lebih banyak dibandingkan pada saat tidak hamil
- 5) Tidak ada pantangan makanan selamam hamil, kecuali ibu memiliki riwayat alergi terhadap makanan tersebut
- 6) Apabila mengalami mual, muntah dan tidak nafsu makan, pilihlah makanan yang tidak berlemak dalam porsi kecil tapi sering. Contohnya : buah, roti, ubi singkong, dan biskuit. (Fajrin, 2017)

3. Personal Hygiene

Kebersihan diri selama kehamilan penting untuk dijaga oleh seorang ibu hamil. Personal hygiene yang buruk dapat berdampak pada kesehatan ibu dan janin (Fajrin, 2017)

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

- 1) Kebersihan rambut dan kulit kepala
- 2) Kebersihan payudara

Pada saat mandi hindari membersihkan bagian puting terkena sabun, gunakan baby oil selanjutnya menggunakan air hangat untuk

membilasnya dan perawatan payudara dilakukan pada trimester tiga karena jika dilakukan pada trimester awal bias menstimulasi kontraksi dan dapat menyebabkan keguguran.

3) Kebersihan vulva

Kebersihan vulva yang kurang dapat menimbulkan terjadinya keputihan yang abnormal sehingga dapat beresiko seperti terjadinya kelahiran premature.

4) Kebersihan kuku tangan dan kaki

Melalui kuku berbagai kuman dapat masuk kedalam tubuh, untuk itu kuku seharusnya tetap dalam keadaan sehat dan bersih. (Fajrin, 2017).

4. Pakaian

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

- 1) Pakaian harus longgar dan nyaman untuk digunakan
- 2) Gunakan pakaian yang mudah menyerap keringat
- 3) Gunakan BH dengan ukuran sesuai ukuran payudara dan mampu meyangga seluruh payudara
- 4) Gunakan celana dalam yang tidak terlalu ketat, dari bahan yang mudah menyerap keringat, seperti berbahan katun
- 5) Tidak memakai sepatu bertumit tinggi, sepatu bertumit rendah baik untuk menyeimbangi bentuk postur tubuh dan dapat mengurangi tekanan pada kaki. (Fajrin, 2017)

5. Eliminasi

Konstipasi terjadi karena adanya pengaruh hormone progesterone 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. (Fajrin, 2017)

6. Seksual

Berhubungan seksual pada kehamilan diperbolehkan dan tidak dilarang selama kehamilan tetapi pada kondisi tertentu ibu hamil harus membatasi atau dilarang untuk melakukan hubungan seksual selama kehamilan. (Fajrin, 2017).

7. Mobilisasi dan body mekanik

Ibu hamil diperbolehkan melakukan kegiatan/aktivitas fisik seperti biasa atau seperti sebelum hamil selama tidak terlalu melelahkan (Fajrin, 2017)

8. Senam hamil

9. Istirahat/tidur

10. Imunisasi

Imunisasi saat kehamilan perlu dilakukan ibu hamil untuk mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan imunisasi TT (tetanus toxoid) (Fajrin, 2017).

Tabel 2.1 Imunisasi TT

Jenis Imunisasi	Keterangan	Usia
TT1	Langkah awal untuk mengembangkan kekebalan tubuh terhadap infeksi	-
TT2	4 minggu setelah TT 1 untuk menyempurnakan kekebalan	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT 2 untuk menguatkan kekebalan	5 tahun
TT4	1 tahun atau lebih setelah TT 3 untuk menguatkan kekebalan	10 tahun
TT5	1 tahun atau lebih setelah TT 4 untuk mendapatkan kekebalan tubuh	25 tahun / seumur hidup

Sumber : Babysi. 2014. *Imunisasi TT*

11. Traveling

Wanita hamil harus berhati-hati melakukan perjalanan yang cenderung lama dan melelahkan, karena dapat menimbulkan ketidaknyamanan dan mengakibatkan gangguan sirkulasi serta oedema tungkai karena kaki dalam posisi tergantung dan posisi duduk terlalu lama. (Fajrin, 2017)

12. Persiapan laktasi

ASI merupakan makanan terbaik bagi bayi usia 0-6 bulan, untuk itu ibu hamil perlu melakukan persiapan laktasi sejak masa kehamilan sehingga, dengan persiapan sejak awal ibu lebih siap untuk menyusui bayinya serta ASI sudah keluar lancar pada saat bayi lahir. (Fajrin, 2017)

13. Persiapan persalinan dan kelahiran bayi

14. Memantau kesejahteraan janin

Pemantauan kesejahteraan janin dapat dilakukan dengan USG, pemeriksaan denyut jantung janin. (Fajrin, 2017)

15. Jadwal kunjungan ulang

Kunjungan ulang adalah kunjungan antenatal yang dilakukan setelah kunjungan antenatal yang pertama. Kunjungan antenatal minimal 4 kali selama kehamilan yaitu:

- 1) Satu kali pada trimester pertama
- 2) Satu kali pada trimester kedua
- 3) Dua kali pada trimester ketiga, satu kali pada UK 28-36 minggu dan satu kali pada UK >36 minggu. (Fajrin, 2017)

16. Pekerjaan

Ibu hamil tidak diperbolehkan untuk bekerja berat dan membutuhkan waktu penuh dalam sehari.

Beberapa ketentuan yang perlu diperhatikan dalam bekerja adalah sebagai berikut:

- 1) Pekerjaan rumah tangga
 - (1) Bekerjalah sesuai kemampuan
 - (2) Berhenti segera saat terasa lelah
 - (3) Kurangi pekerjaan rumah dengan semakin tuanya kehamilan
- 2) Pekerjaan di luar rumah
 - (1) Hindari bekerja terlalu berat
 - (2) Perhatikan tindakan atau hal-hal yang dapat membahayakan kandungan dan segera memeriksakan kandungan sedini mungkin apabila terdapat masalah kesehatan
 - (3) Ambila cuti minimal 3 bulan (1,5 bulan sebelum persalinan dan 1,5 bulan setelah persalinan) (Fajrin, 2017)

2.1.7 Komplikasi Dan Pencegahan

1. Komplikasi

Menurut (Astuti, 2010) menjelaskan bahwa komplikasi pada kehamilan adalah :

1) Letak sungsang

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong berada di bagian bawah kavum uteri (Prawirohardjo, 2010). Klasifikasi letak sungsang

(1) Presentasi bokong murni (frank breech) Yaitu letak sungsang dimana kedua kaki terangkat ke atas sehingga ujung kaki setinggi bahu atau kepala janin.

(2) Presentasi bokong kaki sempurna (complete breech) Yaitu letak sungsang dimana kedua kaki dan tangan menyilang sempurna dan di samping bokong dapat diraba kedua kaki.

(3) Presentasi bokong kaki tidak sempurna (incomplete breech) Yaitu letak sungsang dimana hanya satu kaki di samping bokong, sedangkan kaki yang lain terangkat ke atas. (Prawirohardjo, 2010)

2) Abortus

Abortus merupakan penghentian atau berakhirnya suatu kehamilan sebelum janin viable (usia kehamilan 20 minggu).

Dan jenis abortus yaitu sebagai berikut:

(1) Abortus Imminens

Merupakan peristiwa terjadinya perdarahan dari uteri pada kehamilan sebelum 20 minggu dimana hasil konsepsi masih di dalam uterus dan tanpa adanya dilatasi serviks.

(2) Abortus Insiapiens

Merupakan peristiwa perdarahan uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih adanya dilatasi serviks uteri yang meningkat, tetapi hasil konsepsi masih dalam uterus.

(3) Abortus Inkompletus

Merupakan pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus.

(4) Abortus Habitualis

Merupakan abortus spontan yang terjadi 3 kali atau lebih secara berturut-turut. Pada umumnya penderita tidak sukar menjadi hamil, tetapi kehamilannya berakhir sebelum 28 minggu.

(5) Misses Abortion

Merupakan kematian janin berusia sebelum 20 minggu, tetapi janin mati itu tidak dikeluarkan selama 8 minggu atau lebih.

3) Mola Hidatidosa

Adalah kehamilan abnormal, dengan ciri-ciri stoma villus korialis langka, vaskularisasi dan edematous. Janin biasanya meninggal akan tetapi villus-villus yang membesar dan dematus itu hidup dan tubuh terus. Gambaran yang diberikan adalah sebagai segugus buah anggur.

4) Kehamilan Ektopik

Kehamilan dengan implantasi terjadi diluar rongga uterus, tuba fallopi merupakan tempat tersering untuk terjadinya implantasi kehamilan ektopik.

5) Hyperemesis Gravidarum

Adalah gejala yang wajar dan sering terjadi pada kehamilan trimester pertama, mual biasanya terjadi pada pagi hari tetapi pula timbul setiap saat Di malam hari.

6) Pre Eklamsia

Merupakan suatu penyakit vasopastik, yang melibatkan banyak system dan ditandai oleh hemokonsentrasi hipertensi, protein urine atau odema.

Klasifikasinya diantara lain :

(1) Pre Eklamsia Ringan

Timbulnya ,hipertensi yaitu 140/110 mmHg yang disertai protein urine dan odema dengan umur kehamilan 20 minggu.

(2) Pre Eklamsi Berat

Timbulnya suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan hipertensi $\geq 160/110$ disertai protein urin dan odema kehamilan ≥ 20 minggu.

7) Perdarahan Anterpartum

Menurut Manuaba (2010) menjelaskan bahwa kehamilam di atas 28 minggu atau lebih. Karena perdarahan Perdarahan Antepartum terjadi pada umur kehamilan di atas 28 minggu maka sering disebut digolongkan pada trimester III.

Klasifikasi perdarahan antepartum di antaranya adalah:

(1) Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta dengan implantasi disekitar segmen bawah rahim, sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum.

(2) Solusio Plasenta

Batasan solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta sebelum waktunya dengan implantasi normal pada kehamilan trimester ketiga. Terlepasnya plasenta sebelum waktunya menyebabkan akumulasi darah antara plasenta dan dinding rahim yang dapat menimbulkan gangguan-penyulit terhadap ibu maupun janin.

2.1.8 Pertumbuhan Dan Perkembangan Hasil Konsepsi

1. Minggu ke-0

Sperma dibuahi ovum kemudian hasil konsepsi membagi menjadi dua, empat, delapan setelah menjadi morulla masuk untuk menempel ± 11 hari setelah konsepsi.

2. Minggu ke-4 (bulan ke-1)



Dari embrio, bagian tubuh pertama muncul adalah tulang belakang, otak dan syaraf, jantung, sirkulasi darah dan pencernaan terbentuk.

3. Minggu ke-12 (bulan ke-3)



Embrio berubah menjadi janin. Denyut jantung janin dapat dilihat dengan pemeriksaan Ultrasonografi (USG), berbentuk manusia, gerakan pertama dimulai, jenis kelamin sudah bisa ditentukan, ginjal sudah memproduksi urine.

4. Minggu ke-16 (bulan ke-4)



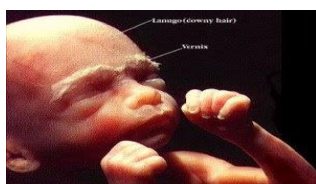
Sistem muscoloskeletal matang, sistem syaraf terkontrol, pembuluh darah berkembang cepat, denyut jantung janin terdengar lewat doppler, pankreas memproduksi insulin.

5. Minggu ke-20 (bulan ke-5)



Verniks melindungi tubuh, lanugo menutupi tubuh, janin membuat jadwal untuk tidur, menelan dan menendang.

6. Minggu ke-24 (bulan ke-6)

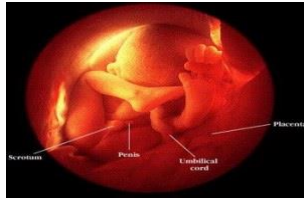


Kerangka berkembang cepat, perkembangan pernafasan dimulai.

7. Minggu ke-28 (bulan ke-7)

Janin bernafas, menelan dan mengatur suhu, surfactan mulai terbentuk di paru-paru, mata mulai membuka dan menutup, bentuk janin 2/3 bentuk saat lahir.

8. Minggu ke-32 (bulan ke-8)



Lemak coklat berkembang di bawah kulit, mulai menyimpan zat besi, kalsium dan fosfor.

9. Minggu ke-38 (bulan ke-9)



Seluruh uterus digunakan bayi sehingga tidak bisa bergerak banyak, antibodi ibu ditransfer ke bayi untuk 6 bulan pertama sampai kekebalan bayi bekerja sendiri (Fajrin, 2017).

2.1.9 Tanda Bahaya Kehamilan

1. Perdarahan pervagina

Terdapat pengeluaran darah berwarna merah, banyak disertai nyeri atau tanpa disertai nyeri merupakan tanda bahaya dalam kehamilan. Perdarahan pervagina apabila terjadi dalam usia kandungan masih muda atau dalam

trimester awal kehamilan merupakan indikasi terjadi abortus yang dapat disebabkan karena factor kelelahan atau kondisi kehamilan yang lemah tetapi apabila terjadi pada usia kehamilan lanjut tau trimester III merupakan indikasi terjadinya masalah seperti plasenta previa, solusio plasenta.

2. Bengkak pada bagian kaki, tangan, wajah, dan sakit kepala disertai kejang
Apabila ibu hamil mengalami bengkak pada kaki, tangan, wajah, dan sakit kepala yang menetap, tidak hilang dengan beristirahat bahkan disertai kejang merupakan salah satu factor yang dapat mengidentifikasi gejala terjadinya preeklamsia.

3. Air ketuban keluar sebelum waktunya

Air ketuban normalnya keluar pada saat persalinan yaitu mendekati kelahiran bayi. Apabila air ketuban keluar pada saat sebelum masuk tahapan persalinan menunjukkan terjadinya KPD (ketuban pecah dini).

4. Gerakan janin lemah, berkurang dibandingkan sebelumnya atau tidak terasa
Pada saat ibu hamil merasakan gerakan janin melemah atau berkurang dari sebelumnya menunjukkan indikasi keadaan janin tidak normal, bahkan apabila ditemukan gerakan janin tidak terasa sama sekali kemungkinan bayi mati dalam kandungan.

5. Muntah terus dan tidak mau makan

Mual muntah dan nafsu tidak enak merupakan hal fisiologis yang biasanya ditemukan pada awal kehamilan, tetapi muntah terus menerus dan disertai tidak adanya nafsu makan sama sekali yang mengakibatkan ibu tidak dapat melakukan aktivitas apapun merupakan tanda bahaya bagi

ibu hamil yang disebut dengan hyperemesis gravidarum sehingga di butuhkan segera penanganan lebih lanjut.

6. Demam tinggi

Ibu hamil yang mengalami demam tinggi >38 C merupakan masalah dalam kehamilan. Demam tinggi merupakan gejala adanya infeksi dalam kehamilan. Gejala lain yang biasanya menyertai demam adalah badan lemas, sakit kepala, tidak nafsu makan, mengigil, kedinginan, berkeringat, mual, muntah, dan terjadinya kejang. (Fajrin, 2017).

2.2 Konsep Dasar Persalinan

2.2.1 Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin atau uri) yang telah cukup bulan (37-42 minggu) atau hidup diluar kandungan atau melalui jalan lahir, dengan bantuan atau tanpa bantuan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin. (Muacmudah, 2010).

2.2.2 Sebab –Sebab Mulainya Persalinan

1. Teori kerengangan

Otot rahim mempunyai kemampuan merengang dalam batas tertentu, setelah melewati batas tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dimulai.

2. Teori penurunan progesterone

Progesterone menurun menjadikan otot rahim sensitive sehingga menimbulkan his atau kontraksi

3. Teori oksitosin

Pada akhir kehamilan kadar oksitosin bertambah sehingga dapat mengakibatkan his

4. Teori pengaruh prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat pada usia kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dikeluarkan.

5. Teori plasenta menjadi tua

Dengan bertambahnya usia kehamilan, plasenta menjadi tua dan menyebabkan villi corialis mengalami perubahan sehingga kadar estrogen dan progesterone turun. Hal ini menimbulkan kekejangan pembuluh darah dan menyebabkan kontraksi otot rahim.

6. Teori distensi rahim

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenter.

7. Teori berkurangnya nutrisi

Teori ini ditemukan pertamakali oleh hipokrates. Bila nutrisi pada janin berkurang, maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan. (Asrinah, 2010)

2.2.3 Tanda Tanda Persalinan

1. Tanda persalinan sudah dekat

1) Adanya Lightening

Menjelang minggu ke 36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu panggul. Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan antara kelima P,

yaitu: power (kekuatan his), passage (jalan lahir normal), passanger (janinnya dan plasenta), psikis (kejiwaan), dan penolong.

2) Terjadinya his permulaan (his palsu)

(1) Merasakan nyeri ringan dibagian bawah

(2) Dating kontraksi tidak teratur

(3) Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda persalinan (bercak darah / blood show)

(4) Durasi kontraksi pendek

(5) Tidak bertambah bila tetap beraktifitas seperti biasa

2. Tanda persalinan

1) Penipisan dan pembenturan serviks (*effacement* dan *dilatasi serviks*)

Effacement serviks adalah pemendekan dan penipisan serviks selama tahap pertama persalinan. Dilatasi serviks adalah pembesaran atau pelebaran muara dan saluran serviks, yang terjadi pada ael persalinan.

2) Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada serviks (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit) Ibu melakukan kontraksi involunter dan volunter secara bersamaan untuk mengeluarkan janin dan plasenta dari uterus. Kontraksi uterus involunter, yang disebut kekuatan primer, menandai dimulainya persalinan. Kekuatan primer membuat serviks menipis, berdilatasi dan janin turun. Segera setelah sebagian presentasi mencapai dasar panggul, sifat kontraksi berubah, yakin bersifat mendorong keluar. Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap,

kekuatan ini cukup penting untuk mendorong bayi keluar dari uterus dan vagina.

3) Keluarnya lender bercampur darah (show) melalui vagina

Sumbatan mucus, yang dibuat oleh sekresi servikal dari proliferasi kelenjar mukosa servikal pada awal kehamilan, berperan sebagai barrier protektif dan menutup kanal servikal pada awal kehamilan. Blood show adalah pengeluaran dari mucus plug tersebut. Blood show merupakan tanda dari persalinan yang sudah dekat, yang biasanya terjadi dalam jangka waktu 24-48 jam terakhir, asalkan belum dilakukan pemeriksaan vagina dalam 48 jam sebelumnya karena pemecahan mucus darah selama waktu tersebut mungkin hanya efek trauma minor atau pecahnya mucus plug selama pemeriksaan. Normalnya, darah yang keluar hanya beberapa tetes, perdarahan yang lebih banyak menunjukkan penyebab abnormal. (Trirestuti dkk, 2018).

2.2.4 Jenis Jenis Persalinan

1. Persalinan spontan

Persalinan spontan adalah proses persalinan lewat vagina yang berlangsung tanpa menggunakan alat maupun obat tertentu, baik itu induksi, vakum, atau metode lainnya. Persalinan spontan benar-benar hanya mengandalkan tenaga dan usaha ibu untuk mendorong keluarnya bayi.

2. Persalinan normal

Persalinan normal (eutotia) adalah proses kelahiran janin pada kehamilan cukup bulan (aterm, 37-42 minggu), pada janin letak

memanjang presentasi belakang kepala yang disusul dengan pengeluaran plasenta dan seluruh proses kelahiran ini berakhir dalam waktu kurang dari 24 jam tanpa tindakan pertolongan buatan dan tanpa komplikasi.

3. Persalinan anjuran (induksi)

Persalinan yang baru dapat berlangsung setelah permulaannya dianjurkan dengan suatu perbuatan atau tindakan, misalnya dengan pemecahan ketuban atau dengan memberi suntikan oksitosin. (Annisa, 2011).

2.2.5 Tahapan Persalinan (kala I, kala II, kala III, dan kala IV)

1. Kala I

Didefinisikan sebagai permulaan persalinan yang sebenarnya. Dibuktikan dengan perubahan serviks yang cepat dan diakhiri dengan dilatasi serviks yang komplit (10 cm), hal ini dikenali juga sebagai tahapan dilatasi serviks. Lamanya kala I Primi : pembukaan 1 cm / jam dan Mekanisme membukanya serviks berbeda antara primigravida dan multigravida. Pada primi yang pertama OUI (ostium Uteri Internum) akan membuka lebih dahulu, sehingga serviks akan mendatar dan menipis. Baru kemudian OUE (Ostium Uteri Eksternum) membuka. 2. Multi : pembukaan 2 cm / jam, pada fase laten, fase aktif dan fase deselerasi terjadi lebih pendek. Pada multigravida OUI sudah sedikit terbuka. OUI dan OUE serta penipisan dan pendataran servik terjadi dalam saat yang sama.

Kala I (pembukaan) di bagi atas 2 fase:

1) Fase laten

Dimulai dari puncak kontraksi yang regular sampai 3 cm dilatasi. Kontraksi terjadi setiap 10-20 detik. Dimana pembukaan serviks berlangsung lambat, berlangsung dalam 7-8 jam.

2) Fase aktif

Berlangsung mulai dari kemajuan aktif sampai dilaktasi lengkap terjadi. Secara umum terjadi dari pembukaan 4 sampai 10 cm atau dilaktasi akhir kala I dan berlangsung selama kurang lebih 6 jam.

Fase aktif dibagi dalam 3 fase:

- (1) Akselerasi: berlangsung selama dua jam, pembukaan bertambah menjadi 4 cm
- (2) Dilaktasi maksimal/kemajuan maksimal: terjadi selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat dari pembukaan 4 cm menjadi pembukaan 9 cm
- (3) Deselerasi: berlangsung lambat, terjadi dalam waktu 2 jam dari pembukaan 9 sampai pembukaan 10 cm atau lengkap atau disebut juga dengan serviks sudah tidak teraba saat dilakukan pemeriksaan dalam terakhir

2. Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap dari serviks/pembukaan 10 cm dan berakhir dengan lahirnya bayi.

Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit, dan multigravida 30 menit.

1) Gejala utama kala II:

- (1) His terkoordinir, konsistensinya kuat, dan durasinya cepat (2-3 menit sekali)

- (2) Kepala janin sudah didasar panggul
- (3) Merasa seperti akan buang air besar (BAB)
- (4) Anus membuka
- (5) Perineum menonjol
- (6) Pemeriksaan dalam (pembukaan lengkap).

2) Langkah Asuhan Persalinan Normal Kala II

Menurut buku panduan praktikum asuhan kebidanan (2018) langkah asuhan persalinan normal adalah sebagai berikut:

- (1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua
- (2) Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan, mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- (3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastic yang bersih.
- (4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
- (5) Memakai satu sarung tangan dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- (6) Menghisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (pakai sarung tangan steril dan meletakkan kembali di partus set).
- (7) Membersihkan vulva dan perineum.
- (8) Lakukan pemeriksaan.

- (9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%. Kemudian lepas sarung tangan dalam keadaan terbalik. Mencuci kedua tangan.
- (10) Memeriksa DJJ setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal. Ambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
- (11) Memberi tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi nyaman.
- (12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
- (13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
- (14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- (15) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- (16) Meletakkan kain bersih dilipat 1/3 bagian , di bawah bokong ibu.
- (17) Membuka partus set dan cek kembali kelengkapannya.
- (18) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- (19) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi letakkan

tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan.

- (20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi:
 - a. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
- (21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- (22) Setelah kepala melakukan putar paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi.
- (23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum gunakan lengan bagian bawah untuk menyanggah tubuh bayi saat dilahirkan.
- (24) Setelah tubuh dari lengan bayi, menelusuri tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki, pegang kedua mata kaki.
- (25) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian letakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di

tempat yang memungkinkan). Bila mengalami asfiksia lakukan resusitasi.

- (26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk kecuali bagian tali pusat.
- (27) Letakkan kain bersih dan kering pada perut ibu periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.
- (28) Beritahu ibu bahwa akan di suntik.
- (29) Dalam waktu satu menit setelah bayi lahir, suntik oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral.
- (30) Jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi.
- (31) Dengan satu tangan, pegang tali pusat dan melakukan penjepitan.
- (32) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk IMD.
- (33) Menyelimuti bayi dan menutupi bagian kepalanya dengan handuk atau kain bersih dan kering.

3. Kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit.

- 1) Tanda-tanda klinis dari pelepasan plasenta yaitu:
 - (1) Semburan darah
 - (2) Tali pusat bertambah panjang
 - (3) Perubahan bentuk uterus: dari diksoid menjadi bentuk bundar (globular)
 - (4) Perubahan dalam posisi uterus: uterus naik di dalam abdomen

2) Langka Asuhan Persalinan kala III

- (1) Memindahkan klem pada tali pusat 5-10 cm di depan vulva.
- (2) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, ditepi atas simpisis.
- (3) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorsokranial) secara hati-hati.
- (4) Lakukan penegangan dan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai mengikuti poros jalan lahir.
- (5) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan dan memutarinya searah jarum jam hingga plasenta lahir.
- (6) Segera setelah plasenta lahir lakukan masase uterus selama 15 detik.
- (7) Periksa kedua sisi plasenta untuk memastikan kelengkapan plasenta dan utuh. Meletakkan plasenta ke tempatnya.
- (8) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

4. Kala IV

Dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum, untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap perdarahan postpartum. (Trirestuti dkk, 2018).

1) Di bawah ini merupakan asuhan persalinan kala IV

- (1) Menilai ulang uterus dan memastikan berkontraksi dengan baik.
- (2) Biarkan bayi di atas perut ibu.

- (3) Menimbang berat badan dan memberikan obat tetes mata pada bayi.
- (4) Memberikan imunisasi hepatitis B.
- (5) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
- (6) Mengajarkan pada ibu atau keluarga bagaimana melakukan masase uterus.
- (7) Mengevaluasi kehilangan darah.
- (8) Memeriksa nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.
- (9) Memeriksa respirasi dan temperature ibu.
- (10) Menempatkan semua peralatan didalam larutan klorin 0.5% untuk dekontaminasi, mencuci dan membilas peralatan.
- (11) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi kedalam tempat sampah yang sesuai.
- (12) Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi.
- (13) Membersihkan cairan ketuban, lender dan darah.
- (14) Membantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.
- (15) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- (16) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.

- (17) Mecerupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%.
- (18) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- (19) Mendokumentasi dan membuat patograf

2.2.6 Mekanisme Persalinan Dengan Presentasi Kepala

1. Penurunan kepala/desensus

Pada primigravida, masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya sudah terjadi pada bulan terakhir dari kehamilan, tetapi pada multigravida biasanya baru terjadi pada permulaan persalinan.

2. Fleksi

Pada awal persalinan, kepala bayi dalam keadaan fleksi yang ringan. Dengan majunya kepala biasanya fleksi juga bertambah. Pada pergerakan ini dagu dibawah lebih dekat ke arah dada janin sehingga ubun-ubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar hal ini disebabkan karena adanya tahanan dari dinding serviks, dinding pelvis dan lantai pelvis. Dengan adanya fleksi, diameter suboccipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan diameter suboccipito frontalis (11 cm). sampai didasar panggul, biasanya kepala janin berada dalam keadaan fleksi maksimal.

3. Putar paksi dalam

Putar paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan janin memutar ke depan ke bawah simpisis. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar kedepan kearah simpisis. Rotasi dalam penting untuk menyelesaikan persalinan, karena rotasi dalam merupakan suatu usaha untuk

menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bidang tengah dan pintu bawah panggul

4. Ekstensi

Sesudah kepala janin sampai di dasar panggul dan ubun-ubun kecil berada dibawah simpisis, maka terjadilah ekstensi dari kepala janin. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan ke atas sehingga kepala harus mengadap ekstensi untuk melewatinya. Kalau kepala yang fleksi penuh pada waktu mencapai dasar panggul tidak melakukan ekstensi maka kepala akan tertekan pada perineum dan dapat menembusnya.

5. Putar paksi luar

Kepala yang sudah lahir selanjutnya mengalami restitusi yaitu kepala bayi memutar kembali kearah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Bahu melintas pintu dalam keadaan miring. Di dalam rongga panggul bahu akan menyesuaikan diri dengan bentuk panggul yang dilaluinya, sehingga didasar panggul setelah kepala bayi lahir, bahu mengalami putaran dalam dimana ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul. Bersamaan dengan itu kepala bayi juga melanjutkan putaran hingga belakang kepala berhadap dengan tuber ischiadikum sepuhak

6. Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar, bahu depan sampai dibawah simpisis dan menjadi hipomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Setelah ke dua

bahu bayi lahir, selanjutnya seluruh badan bayi dilahirkan searah dengan sumbu jalan lahir. (Trirestuti dkk, 2018)

2.2.7 Tanda Bahaya Persalinan

1. Syok pada saat persalinan.
2. Perdarahan.
3. Nyeri kepala.
4. Tekanan darah tinggi.
5. Persalinan yang lama.
6. Gawat janin dala persalinan.
7. Demam.
8. Nyeri perut hebat.
9. Sukar bernafas. (Trirestuti dkk, 2018).

2.2.8 Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

1. Faktor power

Power adalah tenaga atau kekuatan yang mendorong keluar. Kekuatan tersebut meliputi his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diaphragma dan aksi dari ligament, dengan kerjasama yang baik dan sempurna.

2. Faktor passage

Passage atau faktor jalan lahir dibagi menjadi bagian keras (tulang-tulang panggul, rangka panggul) dan bagian lunak (otot-otot, jaringan-jaringan dan ligament ligament)

3. Faktor passager

Faktor yang berpengaruh terhadap persalinan adalah factor janin, yang meliputi sikap janin, letak, presentasi, bagian terbawah, dan posisi janin.

4. Faktor psikologi ibu

Keadaan psikologi ibu memengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin yang didampingi oleh suami dan orang-orang yang dicintainya cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar.

5. Faktor penolong

Kopetensi yang dimiliki penolong sampai bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal neonatal. Dengan pengetahuan dan kopetensi yang baik diharapkan kesalahan atau malpraktik dalam memberikan asuhan tidak terjadi. (Asrinah dkk, 2010).

2.2.9 Asuhan Persalinan

1. Kala I

Kala I persalinan, dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat, dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap.

Pembagian kala I persalinan, Fase Laten (dimulai dari awal kontraksi hingga pembukaan mendekati 4 cm, kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik, tidak terlalu mules), Fase Aktif (kontraksi diatas 3 kali dalam 10 menit, lamanya 40 detik atau lebih dan mules, pembukaan 4 cm hingga lengkap, penurunan bagian terbawah janin).

Asuhan sayang ibu antara lain memberi dukungan emosional, mengatur posisi yang nyaman bagi ibu, cukup asupan cairan dan nutrisi, keleluasaan untuk mobilisasi, termasuk ke kamar kecil, penerapan prinsip pencegahan infeksi yang sesuai.

Tanda Bahaya Kala I :

- 1) Tekanan Darah lebih dari 140/90 mmHg (Pre-eklamsi)
- 2) Demam
- 3) Nadi >100x/menit
- 4) DJJ <120-160>x/menit
- 5) Kontraksi <3 dalam 10 menit berlangsung kurang dari 40 detik
- 6) Partograf melewati garis waspada pada fase aktif
- 7) Urine volume sedikit dan pekat
- 8) Cairan amnion
- 9) Mekonium
- 10) Darah. (Trirestuti dkk, 2018)

2. Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. (Trirestuti dkk, 2018)

- 1) Tanda dan gejala kala dua
 - (1) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
 - (2) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rectum dan atau vaginanya
 - (3) Vulva-vagina dan spingter ani membuka
 - (4) Meningkatnya pengeluaran lender bercampur darah
- 2) Tanda pasti kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam (informasi obyektif) yang hasilnya adalah:
 - (1) Pembukaan serviks telah lengkap atau
 - (2) Terlihatnya bagian kepala bayi melalui introitus vagina

- 3) Persiapan penolong persalinan
 - (1) Sarung tangan
 - (2) Perlengkapan pelindung pribadi
 - (3) Persiapan tempat persalinan, peralatan, dan bahan
 - (4) Penyiapan tempat dan lingkungan untuk kelahiran bayi
 - (5) Persiapan ibu dan keluarga
- 4) Pemantauan kala II
 - (1) Periksa denyut jantung setiap 15 menit dan tekanan darah setiap 30 menit
 - (2) Tanya ibu dan palpasi kantung kemih untuk memastikan kantung kemih tersebut kosong
 - (3) Hidrasi dan kondisi umum (perlu air minum ?, apakah ia letih)
 - (4) Upaya untuk meneran
 - (5) Apakah ibu meneran dengan efektif dan secara fisiologis (dengan kontraksi pada saat ia merasa ingin meneran)
- 5) Pemantauan ibu dan janin
 - (1) Nadi ibu setiap 30 menit
 - (2) Frekuensi dan lam kontraksi atau setiap 30 menit
 - (3) DJJ setiap selesai meneran atau setiap 5-10 menit
 - (4) Penurunan kepala bayi setiap 30 menit melalui pemeriksaan abdomen (periksa luar) dan periksa dalam setiap 60 menit atau jika ada indikasi, hal ini dilakukan lebih cepat
 - (5) Warna cairan ketuban jika selaputnya sudah pecah (jernih atau bercampur meconium atau darah)

(6) Apakah ada presentasi majemuk atau tali pusat disamping atau terkemuka

(7) Putar paksi luar segera setelah kepala bayi lahir

(8) Kehamilan kembar yang tidak diketahui sebelum bayi pertama lahir

(9) Catatlah semua pemeriksaan dan intervensi yang dilakukan pada catatan persalinan

6) Pemantauan janin selama kala II

(1) Penurunan janin, presentasi dan sikap

(2) Kondisi kepala dan caput

(3) Denyut jantung janin dan frekuensinya. (Trirestuti dkk, 2018)

3. Kala III

Kala III adalah waktu untuk melepaskan dan pengeluaran plasenta, setelah kala II yang berlangsung kurang lebih 30 menit, kontraksi berhenti sekitar 5-10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi berhenti sekitar 5-10 menit. (Yartinisurji, 2011)

1) Tanda-tanda pelepasan plasenta

(1) Uterus menjadi berbentuk bundar

(2) Tali pusat bertambah panjang

(3) Adanya semburan darah tiba-tiba

2) Mekanisme pelepasan uri terdiri atas:

(1) Sthultze

Data ini sebanyak 80% yang lepas terlebih dahulu ditengah kemudian terjadi reteroplasenterhematoma yang menolak uri mula-

mula ditengah kemudian seluruhnya, menurut cara ini perdarahan biasanya tidak ada sebelum uri lahir dan banyak setelah uri lahir

(2) Dunchan

- a. Lepasnya uri mulai dari pinggirnya, jadi lahir terlebih dahulu dari pinggir (20%)
- b. Darah akan mengalir semua antara selaput ketuban

3) Prasad-prasad untuk mengetahui lepasnya uri yaitu:

(1) Kustner

Meletakkan tangan dengan tekanan pada atau diatas simfisis, tali pusat diregangkan, bila plasenta masuk berarti belum lepas, bila tali pusat diam dan maju (memanjang) berarti plasenta sudah terlepas

(2) Klien

Sewaktu ada his kita dorong sedikit Rahim, bila tali pusat kembali berarti belum lepas, bila diam/turun berarti sudah terlepas

(3) Strasteman

Tegangkan tali pusat dan ketuk pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti belum lepas, bila tidak bergetar berarti sudah terlepas

(4) Rahim menonjol diatas simfisis

(5) Tali pusat bertambah panjang

(6) Rahim bundar dan keras

(7) Keluar darah secara tiba-tiba. (Trirestuti dkk, 2018)

4. Kala IV

Kala IV adalah masa 1 jam setelah plasenta lahir. Masa postpartum merupakan saat paling kritis untuk mencegah kematian ibu, terutama kematian disebabkan karena perdarahan. Dalam kala IV ini pasien masih membutuhkan pengawasan yang intensif karena perdarahan karena antonia uteri masih mengancam.

Pada kala IV, setelah plasenta lahir yang harus dilakukan adalah:

- 1) Lakukan rangsangan taktil (masase) uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat
- 2) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya fundus uteri setinggi atau beberapa jari dibawah pusat
- 3) Memperkirakan kehilangan darah secara keseluruhan
- 4) Periksa kemungkinan perdarahan dari robekan (laserasi atau episiotomy)
- 5) Evaluasi keadaan umum ibu
- 6) Dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala IV dibelakang patograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaian dilakukan. (Trirestuti dkk, 2018).

2.2.10 Sectio Cesarea

1. Pengertian Sectio Cesarea

Sectio Cesarea adalah suatu pembedahan guna melahirkan anak pada dinding abdomen dan uterus (Oxorn, 2010)

Sectio Caesarea adalah suatu cara melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Amru sofian, 2012).

2. Klasifikasi Sectio Caesarea (SC)

1) Sectio caesarea profunda

disebut juga low cervical yaitu sayatan pada segmen bawah rahim. Keuntungannya yaitu penjahitan luka lebih mudah, kemungkinan rupture uteri spontan lebih kecil dibandingkan dengan Sectio Caesarea dengan cara klasik, sedangkan kelemahannya yaitu perdarahan yang banyak dan keluhan pada kandung kemih post operatif tinggi

2) Sectio Caesarea (SC) abdomen SC transperitonealis

Sectio caesarea ekstraperitonealis, yaitu Sectio Caesarea berulang pada seorang pasien yang pernah melakukan Sectio Caesarea sebelumnya. Biasanya dilakukan di atas bekas luka yang lama. Tindakan ini dilakukan dengan insisi dinding dan fascia abdomen sementara peritoneum dipotong ke arah kepala untuk memaparkan segmen bawah uterus sehingga uterus dapat dibuka secara ekstraperitoneum. Pada saat ini pembedahan ini tidak banyak dilakukan lagi untuk mengurangi bahaya infeksi puerperal.

3) Sectio Caesarea (SC) vaginalis Menurut arah sayatan pada rahim, SC dapat dilakukan sebagai berikut:

(1) Sayatan yang memanjang

(2) Sayatan yang melintang

(3) Sayatan yang berbentuk huruf T

4) Sectio Caesarea (SC) klasik

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira – kira sepanjang 10 cm. Tetapi saat ini teknik ini jarang dilakukan karena memiliki banyak kekurangan namun pada kasus seperti operasi berulang yang memiliki banyak perlengketan organ cara ini dapat dipertimbangkan.

5) Sectio Caesarea (SC) ismika

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim kira – kira sepanjang 10 cm (Nurarif dkk, 2015).

3. Indikasi SC

1) Indikasi Mutlak

(1) Indikasi ibu

- a. Panggul sempit
- b. Kegagalan melahirkan secara normal karena kurang adekuatnya stimulasi
- c. Plasenta previa
- d. Rupture uteri
- e. Stenosis servik atau vagina

(2) Indikasi janin

- a. Kelainan letak
- b. Perkembangan bayi yang terhambat
- c. Mencegah hipoksia janin misalnya kare pereklamsia
- d. Bayi besar (Berat badan lahir lebih dari 4000 gram)

2) Indikasi Relatif

- (1) Riwayat sesio cesarea sebelumnya
- (2) Prensati bokong
- (3) Fetal distress
- (4) Preeklamsia
- (5) Distosia

3) Indikasi Sosial

- (1) Wanita yang takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya
- (2) Wanita yang ingin section caserea eletif karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selam persalinan atau mengurangi kerusakan berdasarkan panggul
- (3) Wanita yang takut terjadi perubahan tubunhya atau sexuality image setelah melahirkan

22.11 Ketuban Pecah Dini

Pengertian Ketuban pecah dini merupakan pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda mulai persalinan dan ditunggu satu jam sebelum terjadi in partu (Manuaba, 2009). Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum persalinan mulai pada tahapan kehamilan manapun (Arma, dkk 2015). Sedangkan menurut (Sagita, 2017) ketuban pecah dini ditandai dengan keluarnya cairan berupa air-air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu dan dapat dinyatakan pecah dini terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Cairan keluar melalui selaput ketuban yang mengalami robekan, muncul setelah usia kehamilan mencapai 28 minggu dan setidaknya satu jam sebelum waktu

kehamilan yang sebenarnya. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami KPD. Jadi ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Ketuban pecah dini dapat berpengaruh terhadap kehamilan dan persalinan. Jarak antara pecahnya ketuban dan permulaan persalinan disebut periode laten atau dengan sebutan Lag Period. Ada beberapa perhitungan yang mengukur Lag Period, diantaranya 1 jam atau 6 jam sebelum intrapartum, dan diatas 6 jam setelah ketuban pecah. Bila periode laten terlalu panjang dan ketuban sudah pecah, maka dapat terjadi infeksi pada ibu dan juga bayi (Fujiyarti, 2016). 2. Etiologi Adapun penyebab terjadinya ketuban pecah dini menurut (Manuaba, 2007) yaitu sebagai berikut:

- a. Multipara dan Grandemultipara
- b. Hidramnion
- c. Kelainan letak: sungsang atau lintang
- d. Cephalo Pelvic Disproportion (CPD)
- e. Kehamilan ganda
- f. Pendular abdomen (perut gantung) Adapun hasil penelitian yang dilakukan (Rahayu and Sari 2017) mengenai penyebab kejadian ketuban pecah dini pada ibu bersalin bahwa kejadian KPD mayoritas pada ibu multipara, usia ibu 20-35 tahun, umur kehamilan ≥ 37 minggu, pembesaran uterus normal dan letak janin preskep.

Tanda dan Gejala Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina, aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, berwarna pucat, cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena uterus diproduksi sampai kelahiran mendatang. Tetapi, bila duduk atau berdiri, kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “menganjal” atau “menyumbat”

kebocoran untuk sementara. Sementara itu, demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda-tanda infeksi yang terjadi (Sunarti, 2017).

Patofisiologi Pecahnya selaput ketuban disebabkan oleh hilangnya elastisitas pada daerah tepi robekan selaput ketuban. Hilangnya elastisitas selaput ketuban ini sangat erat kaitannya dengan jaringan kolagen, yang dapat terjadi karena penipisan oleh infeksi atau rendahnya kadar kolagen. Kolagen pada selaput terdapat pada amnion di daerah lapisan kompakta, fibroblas serta pada korion di daerah lapisan retikuler atau trofoblas (Mamede dkk, 2012). Selaput ketuban pecah karena pada daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban mengalami kelemahan. Perubahan struktur, jumlah sel dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah. Pada daerah di sekitar pecahnya selaput ketuban diidentifikasi sebagai suatu zona “restricted zone of extreme altered morphology (ZAM)” (Rangaswamy, 2012).

Faktor yang mempengaruhi Ketuban Pecah Dini Menurut (Morgan, 2009), Kejadian Pecah Dini (KPD) dapat disebabkan oleh beberapa faktor meliputi :

- a. Usia Karakteristik pada ibu berdasarkan usia sangat berpengaruh terhadap kesiapan ibu selama kehamilan maupun menghadapi persalinan. Usia untuk reproduksi optimal bagi seorang ibu adalah antara umur 20-35 tahun. Di bawah atau di atas usia tersebut akan meningkatkan risiko kehamilan dan persalinan. Usia seseorang sedemikian besarnya akan mempengaruhi sistem reproduksi,

karena organ-organ reproduksinya sudah mulai berkuarng kemampuannya dan keelastisannya dalam menerima kehamilan (Sudarto, 2016).

- b. Sosial Ekonomi Pendapatan merupakan faktor yang menentukan kualitas dan kuantitas kesehatan di suatu keluarga. Pendapatan biasanya berupa uang yang mempengaruhi seseorang dalam mempengaruhi kehidupannya. Pendapatan yang meningkat merupakan kondisi yang menunjang bagi terlaksananya status kesehatan seseorang. Rendahnya pendapatan merupakan rintangan yang menyebabkan seseorang tidak mampu memenuhi fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan (BPS, 2005).
- c. Paritas Paritas merupakan banyaknya anak yang dilahirkan oleh ibu dari anak pertama sampai dengan anak terakhir. Adapun pembagian paritas yaitu primipara, multipara, dan grande multipara. Primipara adalah seorang wanita yang baru pertama kali melahirkan dimana janin mencapai usia kehamilan 28 minggu atau lebih. Multipara adalah seorang wanita yang telah mengalami kehamilan dengan usia kehamilan 28 minggu dan telah melahirkan buah kehamilan 2 kali atau lebih. Sedangkan grande multipara merupakan seorang wanita yang telah mengalami hamil dengan usia kehamilan minimal 28 minggu dan telah melahirkan buah kehamilannya lebih dari 5 kali (Wikjosastro, 2007). Wanita yang telah melahirkan beberapa kali dan pernah mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya serta jarak kelahiran yang terlampau dekat diyakini lebih berisiko akan mengalami KPD pada kehamilan berikutnya (Helen, 2008). Kehamilan yang terlalu sering, multipara atau grademultipara mempengaruhi proses embriogenesis, selaput ketuban lebih tipis sehingga mudah pecah sebelum waktunya. Pernyataan teori dari menyatakan semakin banyak paritas,

semakin mudah terjadinya infeksi amnion karena rusaknya struktur serviks pada persalinan sebelumnya. KPD lebih sering terjadi pada multipara, karena penurunan fungsi reproduksi, berkurangnya jaringan ikat, vaskularisasi dan servik yang sudah membuka satu cm akibat persalinan yang lalu (Nugroho, 2010).

- d. Anemia pada kehamilan merupakan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Jika persediaan zat besi minimal, maka setiap kehamilan akan mengurangi persediaan zat besi tubuh dan akhirnya menimbulkan anemia. Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami hemodelusi atau pengencangan dengan peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Pada ibu hamil yang mengalami anemia biasanya ditemukan ciri-ciri lemas, pucat, cepat lelah, mata berkunang-kunang. Pemeriksaan darah dilakukan minimal 2 kali selama kehamilan yang pada trimester pertama dan trimester ke tiga. Dampak anemia pada janin antara lain abortus, terjadi kematian intrauterin, prematuritas, berat badan lahir rendah, cacat bawaan dan mudah infeksi. Pada ibu, saat kehamilan dapat mengakibatkan abortus, persalinan prematuritas, ancaman dekompensasi kardis dan ketuban pecah dini (Manuaba, 2009).
- e. Perilaku Merokok Kebiasaan merokok atau lingkungan dengan rokok yang intensitas tinggi dapat berpengaruh pada kondisi ibu hamil. Rokok mengandung lebih dari 2.500 zat kimia yang teridentifikasi termasuk karbonmonoksida, amonia, aseton, sianida hidrogen, dan lain-lain. Merokok pada masa kehamilan dapat menyebabkan gangguan-gangguan seperti

kehamilan ektopik, ketuban pecah dini, dan resiko lahir mati yang lebih tinggi (Sinclair, 2003).

- f. Riwayat KPD Pengalaman yang pernah dialami oleh ibu bersalin dengan kejadian ketuban pecah dini dapat berpengaruh besar terhadap ibu jika menghadapi kondisi kehamilan. Riwayat KPD sebelumnya beresiko 2-4 kali mengalami ketuban pecah dini kembali. Patogenesis terjadinya KPD secara singkat ialah akibat penurunan kandungan kolagen dalam membran sehingga memicu terjadinya ketuban pecah dini dan ketuban pecah preterm. Wanita yang pernah mengalami KPD pada kehamilan menjelang persalinan maka pada kehamilan berikutnya akan lebih beresiko dari pada wanita yang tidak pernah mengalami KPD sebelumnya karena komposisi membran yang semakin menurun pada kehamilan berikutnya.
- g. Serviks yang Inkompetensik Inkompetensia serviks adalah istilah untuk menyebut kelainan pada otototot leher atau leher rahim (serviks) yang terlalu lunak dan lemah, sehingga sedikit membuka ditengah-tengah kehamilan karena tidak mampu menahan desakan janin yang semakin besar. Inkompetensia serviks adalah serviks dengan suatu kelainan anatomi yang nyata, disebabkan laserasi sebelumnya melalui ostium uteri atau merupakan suatu kelainan kongenital pada serviks yang memungkinkan terjadinya dilatasi berlebihan tanpa perasaan nyeri dan mules dalam masa kehamilan trimester kedua atau awal trimester ketiga yang diikuti dengan penonjolan dan robekan selaput janin serta keluarnya hasil konsepsi.
- h. Tekanan Intra Uterin Tekanan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan dapat menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini, misalnya :

- 1) Trauma : berupa hubungan seksual, pemeriksaan dalam, amniosintesis.
 - 2) Gemelli : Kehamilan kembar dalam suatu kehamilan dua janin atau lebih. Pada kehamilan gemelli terjadinya distensi uterus yang berlebihan, sehingga menimbulkan adanya ketegangan rahim secara berlebihan. Hal ini terjadi karena jumlahnya berlebih, isi rahim yang lebih besar dan kantung (selaput ketuban) relative kecil sedangkan dibagian bawah tidak ada yang menahan sehingga mengakibatkan selaput ketuban tipis dan mudah pecah (Novihandari, 2016).
6. Komplikasi Adapun pengaruh KPD terhadap ibu dan janin menurut (Sunarti, 2017) yaitu:
- a. Prognosis Ibu Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada ibu yaitu infeksi intrapartal/ dalam persalinan, infeksi puerperalis/ masa nifas, dry labour/ partus lama, perdarahan post partum, meningkatnya tindakan operatif obstetric (khususnya SC), morbiditas dan mortalitas maternal.
 - b. Prognosis Janin Komplikasi yang dapat disebabkan KPD pada janin itu yaitu prematuritas (sindrom distes pernapasan, hipotermia, masalah pemberian makanan neonatal), retinopati prematurit, perdarahan intraventrikular, enterocolitis necroticing, gangguan otak dan risiko cerebral palsy, hiperbilirubinemia, anemia, sepsis, prolaps funiculli/ penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder pusat, prolaps uteri, persalinan lama, skor APGAR rendah, ensefalopati, cerebral palsy, perdarahan intrakranial, gagal ginjal, distres pernapasan), dan oligohidromnion (sindrom deformitas janin, hipoplasia paru, deformitas ekstremitas dan pertumbuhan janin terhambat), morbiditas dan mortalitas perinatal (Marmi dkk, 2016).

2.3 Konsep Dasar Masa Nifas

2.3.1 Definisi Masa Nifas

Masa nifas adalah masa segera setelah kelahiran sampai 6 minggu. Selama masa ini, saluran reproduktif anatominya kembali ke keadaan tidak hamil yang normal. (Rukkiyah dkk, 2015)

2.3.2 Tahapan Masa Nifas

Kembalinya system reproduksi pada masa nifas dibagi menjadi tiga tahap, yaitu sebagai berikut:

1. Puerperium dini

Puerperium dini yaitu pemulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. (Rukkiyah dkk, 2015)

2. Puerperium itermedial

Suatu masa yakni kepulihan menyeluruh dari organ-organ reproduksi internal maupun eksternal selama kurang lebih 6-8 minggu. (Marliandiani dkk, 2015).

3. Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki komplikasi. (Rukkiyah dkk, 2015).

2.3.3 Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Pemerintah membuat suatu kebijakan yaitu minimal empat kali selama masa nifas ada interaksi antara ibu nifas dengan tenaga kesehatan.

1. Kunjungan pertama 6-8 jam setelah persalinan, yaitu bertujuan untuk, sebagai berikut:

- 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri

- 2) Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan lanjut
- 3) Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri
- 4) Konseling tentang pemberian ASI awal (IMD)

Inisiasi menyusui dini atau permulaan menyusui dini adalah bayi mulai menyusu sendiri segera setelah lahir. Bayi dibiarkan kontak kulit bayi dengan kulit ibunya, setidaknya selama satu jam segera setelah lahir. Cara melakukan inisiasi menyusui dini ini dinamakan the breast crawl atau merangkak mencari payudara sendiri.

Pada hari pertama sebenarnya bayi belum memerlukan cairan atau makanan, tetapi pada usia 30 menit harus di susukan pada ibunya, bukan untuk pemberian nutrisi tetapi untuk belajar menyusu atau membiasakan menghisap puting susu dan juga guna mempersiapkan ibu untuk mulai memproduksi ASI. Apabila bayi tidak menghisap puting susu pada setengah jam setelah persalinan, Prolaktin (hormon pembuat ASI) akan turun dan sulit merangsang prolaktin sehingga ASI baru akan keluar pada hari ketiga atau lebih dan memperlambat pengeluaran kolostrum (Roesli, 2010).

Manfaat Inisiasi Menyusui Dini :

- a. Bayi dan Ibu menjadi lebih tenang
- b. Tidak stress
- c. Pernafasan dan detak jantung lebih stabil, dikarenakan oleh kontak antara kulit ibu dan bayi.

- d. Sentuhan, emutan dan jilatan bayi pada puting susu ibu akan merangsang pengeluaran hormon oxytosin yang menyebabkan rahim berkontraksi sehingga mengurangi perdarahan ibu dan membantu pelepasan plasenta.
 - e. Bayi juga akan terlatih motoriknya saat menyusui, sehingga mengurangi kesulitan posisi menyusui dan mempererat hubungan ikatan ibu dan anak. (JNKPK-KR, 2013).
- 5) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir (bonding attachment)
 - 6) Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi
 - 7) Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk dua jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik
2. Kunjungan kedua, enam hari setelah persalinan, yang bertujuan untuk, sebagai berikut:
- 1) Memastikan proses involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri (TFU) dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan normal
 - 2) Menilai adanya demam, tanda-tanda infeksi, atau perdarah normal
 - 3) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup
 - 4) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan
 - 5) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda adanya penyulit
 - 6) Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir

3. Kunjungan ketiga, dua minggu setelah persalinan, yang bertujuan sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan enam hari postpartum
4. Kunjungan keempat, enam minggu setelah persalinan, yang bertujuan untuk, sebagai berikut:
 - 1) Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas
 - 2) Memberikan konseling KB secara dini, (Marliandiani dkk, 2015).

2.3.4 Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas

1. Perubahan sistem reproduksi

1) Uterus

Dalam masa nifas, uterus akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan uterus ini dalam keseluruhannya disebut involusi. (Rukkiyah dkk, 2015).

Tabel berikut: 2.3 Masa Involusi

NO	Waktu Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
1	Bayi Lahir	Setinggi Pusat	1000 gram
2	Plasenta Lahir	Dua jari dibawah pusat	750 gram
3	1 minggu	Pertengahan pusat-simfisis	500 gram
4	2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	350 gram
5	6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
6	8 minggu	Sebesar normal	30gram

Sumber : Rukkiyah, 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Jakarta: CV.

Jenis-jenis lochea

- (1) lochea rubra (cruental), muncul pada hari 1-2 pasca persalinan, bewarna merah mengandung darah dan sisa-sisa selaput ketuban, jaringan dari decidua, verniks caseosa, lanugo dan mekoneum

- (2) lochea sanguinolenta, muncul pada hari ke 3-7 pasca persalinan, bewarna merah kuning dan berisi darah lender
- (3) lochea serosa, muncul pada hari ke7-14 pasca persalinan, bewarna kecoklatan, mengandung lebih banyak serum, lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
- (4) lochea alba, muncul sejak 2-6 minggu pasca persalinan, bewarna putih kekuningan mengandung leukosit, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati
- (5) lochea purulenta, terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah dan berbau busuk
- (6) lochiostatis, lochea yang tidak lancar keluarnya. (Rukkiyah dkk, 2018).

2) Perubahan kelenjar mammae

Perubahan besar yang terjadi 30-40 jam post partum antara lain peninggian mendadak konsentrasi laktosa. Sintesis laktosa dari glukosa di dalam sel-sel sekretonik alveoli dikatalis oleh laktose sintetase. Beberapa laktosa meluap masuk ke sirkulasi tubuh dan mungkin disekresi oleh ginjal dan ditemukan di dalam urine.

3) Perubahan diserviks dan segmen bawah uterus

Segera setelah selesainya kala tiga persalinan, serviks dan segmen bawah uteri menjadi struktur yang tipis, kolaps dan kendur. Mulut serviks mengecil perlahan-lahan. Selama beberapa hari, segera setelah persalinan, mulutnya dengan mudah dapat dimasuki dua jari, tetapi

pada akhir minggu pertama telah menjadi demikian sempit sehingga sulit untuk memasukkan satu jari, setelah minggu pertama serviks mendapatkan kembali tonusnya pada saat saluran kembali terbentuk dan tulang internal menutup. Tulang eksternal dianggap sebagai penampakan yang menyerupai celah. (Rukkiyah dkk, 2018)

4) Perubahan pada vulva, vagina dan perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta perengangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur vagina dan pintu keluar vagina pada bagian pertama masa nifas berbentuk lorong berdinding lunak dan luas yang ukurannya secara perlahan-lahan mengecil tetapi jarang kembali ke ukuran nullipara. Setelah minggu ketiga rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia jadi lebih menonjol. (Rukkiyah dkk, 2018)

5) Perubahan di peritoneum dan dinding abdomen

Ketika myometrium berkontraksi dan bertraksi setelah kelahiran, dan beberapa hari sesudahnya, peritoneum yang membungkus sebagian besar uterus dibentuk menjadi lipatan-lipatan dan kerutan-kerutan.

Ligamentum latum dan rotundum jauh lebih kendur dari pada kondisi tidak hamil, dan memerlukan waktu yang cukup lama untuk kembali dari perengangan dan pengendoran yang telah dialaminya selama kehamilan tersebut. (Rukkiyah dkk, 2018)

2. Perubahan system pencernaan

Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada system pencernaan, antara lain:

1) Nafsu makan

Pasca melahirkan, biasanya ibu merasa lapar sehingga diperbolehkan untuk mengkonsumsi makanan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

2) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesic dan anastesia bias memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

3) Pengosongan usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum. (Rukkiyah dkk, 2018)

3. Perubahan system perkemihan

Diuresis postpartum normal terjadi dalam 24 jam setelah melahirkan sebagai respon terhadap penurunan estrogen.

Hal yang berkaitan dengan fungsi system perkemihan, antara lain:

1) Hemostatis internal

Tubuh, terdiri dari air dan unsur-unsur yang larut didalamnya, dan 70% dari cairan tubuh terletak di dalam sel-sel, yang disebut dengan cairan intraselular.

2) Keseimbangan asam basa tubuh

Keasaman dalam tubuh disebut PH. Batas normal PH cairan tubuh adalah 7,35-7,40. Bila $PH > 7,4$ disebut alkalosis dan jika $PH < 7,35$ disebut asidosis.

3) Pengeluaran sisa metabolisme, racun dan zat toksin ginjal

Zat toksin ginjal mengekresi hasil akhir dari metabolisme protein yang mengandung nitrogen terutama urea, asam urat dan kreatinin. (Rukkiyah dkk, 2018).

4) Perubahan system muskuloskeletal/diastatis rectie abdominis

Adaptasi system muskuloskeletal ibu yang terjadi mencakup hal-hal yang dapat membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat berat ibu akibat pembesaran uterus. Stabilisasi sendi lengkap akan terjadi pada minggu ke-6 sampai ke-8 setelah wanita melahirkan. Dinding abdominal lembek setelah proses persalinan karena perengangan selama kehamilan. (Rukkiyah dkk, 2018)

5) Perubahan tanda-tanda vital

Pada masa nifas, tanda-tanda vital yang harus dikaji antara lain:

1) Suhu badan

Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 C. pasca melahirkan, suhu tubuh dapat naik kurang lebih 0,5 C dari keadaan normal.

2) Nadi

Setiap denyut nadi diatas 100x/menit selama masa nifas adalah abnormal dan mengidentifikasikan pada infeksi atau haemoragic post partum. Pada minggu ke-8 sampai ke-10 setelah melahirkan, denyut nadi kembali ke frekuensi sebelum hamil

3) Tekanan darah

Perubahan tekanan darah menjadi lebih rendah pasca melahirkan dapat diakibatkan oleh perdarahan. Sedangkan tekanan darah tinggi pasca post partum merupakan tanda terjadinya preeklamsia post partum.

4) Pernapasan

Frekuensi pernapasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali permenit. Pada ibu post partum umumnya pernapasan lambat atau normal. Hal ini dikarenakan ibu dalam keadaan pemulihan atau dalam kondisi istirahat. (Rukkiyah dkk, 2018)

5) Perubahan system kardiovaskeler

Setelah terjadi diuresi yang mencolok akibat penurunan kadar estrogen, volume darah kembali kepada keadaan tidak hamil. Jumlah sel darah merah dan kadar hemoglobin kembali normal pada hari ke-5. (Rukkiyah dkk, 2018)

6) Perubahan system hematologi

Pada ibu masa nifas 72 jam pertama biasanya akan kehilangan volume plasma daripada sel darah. Jumlah sel darah putih (leukosit) selama 10-12 setelah persalinan umumnya berkisar antara 20.000-25.000/mm. (Rukkiyah dkk, 2018).

7) Perubahan system endokrin

Adanya perubahan dari hormon plasenta yaitu estrogen dan progesteron yang menurun. Hormon-hormon pituitary mengakibatkan prolaktin meningkat, FSH dan LH menurun. Produksi ASI mulai pada hari ke-3 post partum yang mempengaruhi hormon prolaktin, oksitosin, reflek let. Down dan reflek sucking (Rukyah dkk, 2018).

2.3.5 Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

1. Taking on

Pada fase ini disebut meniru, wanita tidak hanya meniru tapi sudah membayangkan peran yang dilakukan pada tahap sebelumnya. Pengalaman yang berhubungan dengan masa lalu dirinya yang menyenangkan, serta harapan untuk masa yang akan datang. Pada tahap ini wanita akan meninggalkan perannya pada masa lalu.

2. Taking In

Terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tegantung, perhatiannya tertuju pada tubuhnya. Peningkatan nutrisi ibu mungkin dibutuhkan karena selera makan ibu biasanya bertambah, kurangnya nafsu makan menandakan tidak berlangsung normal.

3. Taking Hold

Berlangsung pada hari 2-4 post partum. Ibu menjadi orang tua yang sukses dengan teanggung jawab terhadap bayinya. Pada masa ini ibu lebih sensitif dan merasa tidak mahir melakukan hal tersebut. Cenderung menerima nasehat bidan.

4. Letting Go

Biasanya terjadi pada setiap ibu yang pulang ke rumah yang sebelumnya melahirkan di klinik sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan keluarganya (Rukyah dkk, 2018).

2.3.6 Tanda Bahaya Masa Nifas

1. Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari 2 pembalut seniter dalam waktu setengah jam).
2. Pengeluaran cairan vaginal dengan bau busuk yang keras, rasa nyeri di perut bagian bawah atau punggung.
3. Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastrik atau masalah penglihatan.
4. Pembengkakan pada wajah dan tangan.
5. Demam, muntah, rasa sakit sewaktu buang air kecil dan merasa tidak enak badan.
6. Payudara yang merah, panas atau sakit.
7. Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan.
8. Rasa sakit, warna merah, kelembutan atau pembengkakan pada kaki.

9. Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri sendiri atau bayinya.

(Rukkiyah dkk, 2018)

2.3.7 Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1. Kebutuhan gizi

Perubahan pola hidup selama hamil yang wajib dipertahankan dimasa postpartum adalah pola makan yang baik dan benar. Ibu nifas dan menyusui membutuhkan tambahan kalori \pm 700 kalori pada enam bulan pertama untuk memberikan ASI eksklusif dan bulan selanjutnya kebutuhan kalori menurun \pm 500 kalori, karena bayi telah mendapatkan makanan pendamping ASI.

Berikut ini zat-zat yang dibutuhkan dalam diet ibu pasca persalinan:

- 1) Mengonsumsi tambahan kalori sesuai kebutuhan. Jika masih menyusui tambahkan kalori tiap hari sebanyak 500-700 kalori.
 - 2) Penuhi diet berimbang, terdiri atas protein, kalsium, mineral, vitamin, sayuran hijau, dan buah
 - 3) Kebutuhan cairan sedikitnya tiga liter perhari yang dapat diperoleh dari air putih, sari buah, susu, atau sup.
 - 4) Untuk mencegah anemia konsumsi tablet zat besi selama masa nifas
 - 5) Vitamin A (200.000 unit) selain untuk ibu, vitamin A dapat diberikan kepada bayi melalui ASI (Dwi martalia, 2012)
2. Ambulasi dini (early ambulation)

Dilakukan 24 jam pertama setelah melahirkan. Dapat membantu menguatkan otot-otot perut dan dengan demikian menghasilkan bentuk

tubuh yang baik, mengencangkan otot dasar panggul sehingga mencegah atau memperbaiki sirkulasi darah ke seluruh tubuh.

3. Eliminasi (buang air kecil dan besar)

Dalam enam jam pertama postpartum, pasien sudah harus dapat buang air kecil. Semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi.

Dalam 24 jam pertama, pasien juga sudah harus dapat buang air besar karena semakin lama feses tertahan dalam usus maka akan semakin sulit baginya untuk buang air besar. (Marliandiani dkk, 2015).

4. Kebersihan diri

Menjaga kebersihan diri selama masa nifas merupakan upaya untuk memelihara kebersihan tubuh mulai dari pakaian, kebersihan dari ujung rambut sampai kaki. Terutama pada daerah genitalia perlu mendapatkan perhatian yang lebih karena terdapat pengeluaran cairan/darah locea (Marliandiani dkk, 2015)

5. Istirahat

Ibu nifas sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali keadaan fisiknya. Keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan kepada ibu untuk beristirahat yang cukup. (Marliandiani dkk, 2015)

6. Seksual

Masa nifas yang berlangsung selama enam minggu atau 40 hari merupakan masa pembersihan rahim. Setelah enam minggu diperkirakan pengeluaran locea telah bersih, semua luka persalinan telah sembuh

dengan baik, maka ibu dapat memulai kembali hubungan seksual. (Marliandiani dkk, 2015).

7. Latihan atau senam nifas

Langkah-langkah :

1) Tahap 1 (2 jam pasca persalinan)

- (1) Melakukan gerakan seperti menahan buang air kecil, tahan 8-10 detik (Kegel)
- (2) Pernafasan diafragma, yaitu dengan cara mengambil posisi berbaring telentang, lutut ditekuk. Kemudian ambil nafas sambil kencangkan otot-otot perut dan hembuskan nafas perlahan lewat mulut.

2) Tahap 2 (3 hari post partum)

- (1) Mengangkat pinggul, yaitu dengan cara mengambil posisi berbaring telentang, lutut ditekuk kemudian hirup nafas sementara anda menekan pinggul ke lantai, selanjutnya hembuskan nafas dan lemaskan, mulailah 3-4 kali. Selanjutnya bertahap sampai 12 dan 24 kali.
- (2) Mengangkat kepala, yaitu dengan cara tarik nafas dalam-dalam, angkat kepala sedikit sambil menghembuskan nafas. Kemudian turunkan kepala perlahan sambil menarik nafas.
- (3) Meluncurkan kaki, yaitu dengan secara perlahan julurkan kedua tungkai kaki hingga rata dengan lantai, kemudian geserkan telapak kaki kanan dengan tetap menginjak lantai ke belakang, ke arah bokong. Pertahankan pinggul tetap menekan lantai, geserkan

tungkai kaki kembali ke bawah, ulangi untuk kaki kiri. Mulailah dengan 3-4 kali geseran setiap kaki, lalu secara bertahap sampai 12 kali atau lebih dengan nyaman dan berguna untuk melenturkan kaki (Rukyah dkk, 2018).

8. Keluarga berencana (KB)

Idealnya pasangan harus menunggu sekurang-kurangnya 2 tahun sebelum ibu hamil kembali. Wanita tidak akan menghasilkan sel telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu metode amenorea laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru. (Rukkiyah dkk, 2018)

2.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

2.4.1 Dfinisi Bayi Baru Lahir

Bayi adalah tahapan pertama kehidupan seseorang manusia yang lahir dari dalam Rahim seorang ibu. Bayi Baru Lahir fisiologis adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37-42 minggu dan berat badan lahir 2500-4000 gram (Mochtar, 2011).

2.4.2 Ciri Ciri Bayi Baru Lahir Normal

1. Dilahirkan pada umur kehamilan antara 37-42 minggu
2. Berat lahir 2500-4000 gram
3. Panjang badan waktu lahir 48-52 cm
4. Lingkar kepala normalnya 33-35 cm
5. Lingkar dada normalnya 30-38 cm
6. Warna kulit merah muda/pink
7. Kulit diliputi verniks caseosa

8. Lanugo tidak seberapa lagi hanya pada bahu dan punggung
9. Pada dahi jelas perbatasan tubuhnya rambut kepala
10. Bayi kelihatan montok karena jaringan lemak di bawah kulit cukup
11. Tulang rawan pada hidung dan telinga sudah tumbuh jelas
12. Kuku telah melewati ujung jari
13. Menangis kuat
14. Refleks menghisap baik
15. Respirasi berlangsung baik (40-60 kali/menit)
16. Pernapasan normalnya 120-160 x/menit
17. Pergerakan anggota badan baik
18. Alat pencernaan mulai berfungsi sejak dalam kandungan ditandai dengan adanya atau keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama
19. Alat perkemihan sudah berfungsi sejak dalam kandungan ditandai dengan keluarnya air kemih setelah 6 jam pertama kehidupan
20. Pada bayi laki-laki testis sudah turun ke dalam skrotum dan pada bayi perempuan labia minora ditutupi oleh labia mayora
21. Anus berlubang (Mochtar, 2011).

2.4.3 Kelainan Pada Bayi Baru Lahir

1. Kelainan Fisik

Cacat lahir yang memengaruhi fisik atau bagian tubuh bayi antara lain:

1) Bibir sumbing

Gambar 2.4 Bibir Sumbing



Bibir sumbing adalah kondisi terbentuknya celah pada bibir bagian atas, langit-langit mulut, atau keduanya.

2) Kelainan jantung bawaan

Kelainan jantung bawaan adalah pembentukan jantung atau pembuluh darah besar yang tidak normal. Ada beberapa jenis kelainan jantung bawaan, yaitu:

- (1) Kebocoran katup jantung
- (2) Penyempitan katup jantung
- (3) Patent ductus arteriosus
- (4) Tetralogy of Fallot

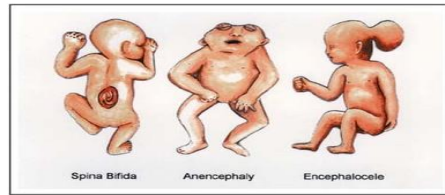
3) Kelainan bentuk tangan dan kaki

Kelainan bawaan pada bentuk tangan atau kaki dapat berupa:

- (1) Satu tangan atau kaki lebih besar atau lebih kecil.
- (2) Jumlah jari tangan atau jari kaki lebih banyak dari normal (polidaktili).
- (3) Satu atau lebih jari tangan atau jari kaki menempel satu sama lain.
- (4) Terlahir tanpa tangan atau kaki.

Perlu diketahui, cacat lahir pada bentuk tangan dan kaki merupakan kelainan yang jarang terjadi.

4) *Neural tube defect (NTD)*



NTD adalah cacat lahir pada struktur otak, tulang belakang, atau ruas tulang belakang. Beberapa contoh kelainan *neural tube defect* adalah anensefali, *encephalocele*, *iniencephaly*, dan spina bifida. Selain beberapa organ tubuh di atas, kelainan kongenital juga bisa terjadi pada bagian tubuh lain. Misalnya pada telinga, bayi bisa terlahir dengan kelainan bentuk telinga yang disebut *microtia* atau terbentuknya lubang kecil di depan telinga yang disebut *sinus preaurikular*.

2. Kelainan fungsional

Kelainan fungsional merupakan kelainan bawaan yang terkait dengan kelainan sistem atau fungsi organ tubuh. Kelainan tersebut antara lain:

- 1) Kelainan fungsi otak dan saraf, yang terkait dengan aspek intelektual, perilaku, bahasa, dan gerak tubuh. Contoh penyakit kelainan ini adalah sindrom Down dan sindrom Prader-Willi.
- 2) Kelainan yang membuat tubuh tidak mampu membuang zat kimia sisa metabolisme. Contoh kelainan ini adalah fenilketonuria dan kekurangan hormon tiroid (hipotiroid kongenital).
- 3) Kelainan yang sering kali tidak terlihat saat lahir, namun memburuk secara bertahap. Contohnya adalah distrofi otot atau gangguan pendengaran.
- 4) Gangguan penglihatan, misalnya akibat cacat mata bawaan.

2.4.4 Tanda Bahaya Pada Bayi Baru Lahir

1. Bayi tidak mau menyusu

Anda harus merasa curiga jika bayi anda tidak mau menyusu. Seperti yang kita ketahui bersama, ASI adalah makanan pokok bagi bayi, jika bayi tidak mau menyusu maka asupan nutrisinya akan berkurang dan ini akan berefek pada kondisi tubuhnya.

2. Kejang

Kejang pada bayi memang terkadang terjadi. Yang perlu anda perhatikan adalah bagaimana kondisi pemicu kejang. Apakah kejang terjadi saat bayi demam. Jika ya kemungkinan kejang dipicu dari demamnya, selalu sediakan obat penurun panas sesuai dengan dosis anjuran dokter. Jika bayi anda kejang namun tidak dalam kondisi demam, maka curigai ada masalah lain. Perhatikan frekuensi dan lamanya kejang, konsultasikan pada dokter.

3. Sesak nafas

Frekuensi nafas bayi pada umumnya lebih cepat dari manusia dewasa yaitu sekitar 30-60 kali per menit. Jika bayi bernafas kurang dari 30 kali per menit atau lebih dari 60 kali per menit maka anda wajib waspada. Lihat dinding dadanya, ada tarikan atau tidak.

4. Lemah

Jika bayi anda terlihat tidak seaktif biasanya, maka waspadalah. Jangan biarkan kondisi ini berlanjut. Kondisi lemah bisa dipicu dari diare, muntah yang berlebihan ataupun infeksi berat.

5. Merintih

Bayi belum dapat mengungkapkan apa yang dirasakannya. Ketika bayi kita merintih terus menerus kendati sudah diberi ASI atau sudah dihapuk-hapuk, maka konsultasikan hal ini pada dokter.

6. Pusar kemerahan

Tali pusat yang berwarna kemerahan menunjukkan adanya tanda infeksi. Yang harus anda perhatikan saat merawat tali pusat adalah jaga tali pusat bayi tetap kering dan bersih. Bersihkan dengan air hangat dan biarkan kering. Betadin dan alcohol boleh diberikan tapi tidak untuk dikompreskan. Artinya hanya dioleskan saja saat sudah kering baru anda tutup dengan kassa steril yang bisa anda beli di apotik.

7. Demam atau Tubuh Merasa Dingin

Suhu normal bayi berkisar antara 36,50C – 37,50C. Jika kurang atau lebih perhatikan kondisi sekitar bayi. Apakah kondisi di sekitar membuat bayi anda kehilangan panas tubuh seperti ruangan yang dingin atau pakaian yang basah.

8. Mata bernanah banyak

Nanah yang berlebihan pada mata bayi menunjukkan adanya infeksi yang berasal dari proses persalinan. Bersihkan mata bayi dengan kapas dan air hangat lalu konsultasikan pada dokter atau bidan.

9. Kulit terlihat kuning

Kuning pada bayi biasanya terjadi karena bayi kurang ASI. Namun jika kuning pada bayi terjadi pada waktu ≤ 24 jam setelah lahir atau ≥ 14 hari setelah lahir, kuning menjalar hingga telapak tangan dan kaki bahkan

tinja bayi berwarna kuning maka anda harus mengkonsultasikan hal tersebut pada dokter.

2.4.5 Klasifikasi Neonatus

Klasifikasi neonatus dibedakan menjadi 2 kategori yaitu:

1. Klasifikasi neonatus menurut masa gestasi:
 - 1) neonatus kurang bulan (preterm infant) yaitu kurang 259 hari (37 minggu)
 - 2) Neonatus cukup bulan (term infant) yaitu 259-294 hari (37-42 minggu)
 - 3) Neonatus lebih bulan (postterm infant) yaitu lebih dari 294 hari (42 minggu lebih)
2. Klasifikasi neonatus menurut berat badan
 - 1) neonatus berat lahir rendah yaitu kurang dari 2500 gram
 - 2) Neonatus berat Cukup yaitu antara 2500-4000 gram
 - 3) Neonatus berat lahir lebih yaitu lebih dari 4000 gram. (Heryani, 2019)

2.4.6 Adaptasi Bayi Baru Lahir Terhadap Kehidupan Diluar Uterus

1. Perubahan sistem pernafasan.
 - 1) Perkembangan paru-paru berasal dari titik tumbuh yang muncul dari faring, yang bercabang dan kemudian bercabang kembali membentuk struktur percabnagna bronkus. Proses ini terus berlanjut setelah kelahiran hingga sekitar usia 8 tahun, sampai jumlah bronkiolus dan alveolus akan sepenuhnya berkembang, walau janin memperlihatkan adanya bukti gerakan napas sepanjang trimester ke dua dan ketiga. Ketidak mampuan paru-paru terutama akan mengurangi peluang kelangsungan hidup bayi baru lahir sebelum usia kehamilan 24 minggu,

yang disebabkan oleh keterbatasan permukaan alveolus, ketidakmatangan sistem kapiler paru-paru, dan tidak mencukupi jumlah surfaktan.

2) Surfaktan dan upaya respirasi untuk bernafas.

Upaya pernafasan bayi pertama seorang bayi berfungsi untuk :

- (1) Mengeluarkan cairan dalam paru-paru.
- (2) Mengembangkan jaringan alveolus paru-paru untuk pertama kali.
- (3) Dari cairan menuju udara. Bayi cukup bulan mempunyai cairan di dalam paru-paru. Pada saat bayi melalui jalan lahir selama persalinan, sekitar sepertiga cairan ini diperas keluar dari paru-paru. Dengan beberapa kali napas pertama, udara memenuhi ruangan trakea dan bronkus bayi baru lahir. Dengan sisa cairan di dalam paru-paru dikeluarkan dari paru dan diserap oleh pembuluh limfe serta darah, semua alveolus akan berkembang terisi udara sesuai dengan perjalanan waktu.

(4) Fungsi pernafasan dalam kaitannya dengan fungsi kardiovaskuler.

Oksigenasi yang memadai merupakan factor yang sangat penting dalam mempertahankan kecukupan pertukaran udara. Jika terdapat hipoksia, pembuluh darah paru-paru akan mengalami vasokonstriksi. Pengerutan pembuluh 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 aliran darah paru-paru akan memperlancar pertukaran gas dalam alveolus dan

menghilangkan cairan paru-paru. Peningkatan aliran darah ke paru-paru akan mendorong terjadinya peningkatan sirkulasi limfe dan membantu menghilangkan cairan paru-paru serta merangsang perubahan sirkulasi janin menjadi sirkulasi luar rahim (Asrinah, 2015).

2. Perubahan sistem sirkulasi darah

Setelah lahir, darah bayi baru lahir harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan mengadakan sirkulasi melalui tubuh guna mengantarkan oksigen ke jaringan. Untuk membuat sirkulasi yang baik guna mendukung kehidupan luar rahim, harus terjadi dua perubahan besar:

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

Perubahan sirkulasi ini terjadi akibat perubahan tekanan pada seluruh sistem pembuluh darah. Ingat hukum yang menyatakan bahwa darah akan mengalir pada daerah-daerah yang mempunyai resistensinya, sehingga mengubah aliran darah. Hal ini terutama penting kalau kita ingat bahwa sebagian besar kematian dini bayi baru lahir berkaitan dengan oksigenai (asfiksia).

3. Perubahan sistem termoregulasi (pengaturan suhu tubuh).

Terdapat empat mekanisme kemungkinan hilangnya panas tubuh dan bayi lahir dilingkungannya:

- 1) Konduksi.

Panas di hantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi

keobjek lain melalui kontak langsung). Contoh hilangnya panas tubuh bayi secara konduksi, ialah menimbang bayi tanpa alas timbangan.

2) Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi kearah sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung kepada kecepatan dan suhu udara). Contoh hilangnya panas tubuh bayi secara konveksi, ialah membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir dekat dengan jendela.

3) Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai suhu berbeda). Contoh bayi mengalami kehilangan panas tubuh secara radiasi, ialah bayi baru lahir dibiarkan dalam ruangan dengan *air conditioner* (AC).

4) Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembapan udara (perpindahan) panas dengan cara merubah cairan menjadi uap).

4. Perubahan sistem metabolisme.

Untuk menfungsikan otak dibutuhkan glukosa dalam jumlah tertentu. Dengan tindakan penjepitan tali pusat memakai klem pada saat lahir seorang bayi harus mulai mempertahankan kadar glukosa darahnya sendiri. Pada setiap bayi baru lahir, glukosa darah akan turun dalam waktu cepat (1-2 jam).

Bayi baru lahir yang tidak dapat mencerna makanan dalam jumlah cukup akan membuat glukosa dari glikogen (glikogenolisis) hal ini terjadi jika bayi mempunyai persediaan glikogen yang cukup. Seorang bayi yang sehat akan menyimpan glukosa sebagai glikogen, terutama dalam hati, selama bulan-bulanan terakhir kehidupan didalam rahim (Asrinah, 2015).

5. Perubahan sistem gastrointestinal.

Sebelum lahir, janin cukup bulan akan mulai menghisap dan menelan. Reflek gumoh dan reflek batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan masih terbatas. Hubungan antara esophagus bawah dan lambung masih belum sempurna yang mengakibatkan gumoh pada bayi. Kapasitas lambung sendiri sangat terbatas. Hubungan antara esophagus bawah dan lambung masih belum sempurna yang mengakibatkan gumoh pada bayi. Kapasitas lambung sendiri sangat terbatas, kurang dari 30 cc, untuk seorang bayi baru lahir cukup bulan. Waktu pengosongan lambung adalah 2,5 sampai 3 jam, itulah sebabnya bayi memerlukan ASI sesering mungkin. Pada saat makanan masuk ke lambung terjadilah gerakan peristaltik cepat. Bayi yang diberi ASI dapat bertinja 8-10 kali sehari atau paling sedikit 2-3 kali sehari.

6. Perubahan sistem kekebalan tubuh

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, sehingga menyebabkan bayi rentan terhadap infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun didapat.

Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi.

7. Perubahan sistem reproduksi

1) Wanita

Saat lahir ovarium bayi berisi beribu-ribu sel germinal primitive. Sel-sel ini mengandung komplemen lengkap ovarium yang matur karena terbentuk oogonia lagi setelah bayi cukup bulan lahir. Konteks ovarium, yang terutama terdiri dari folikel primordial, membentuk bagian ovarium yang lebih tebal pada bayi baru lahir dari pada orang dewasa. Jumlah ovum berkurang sekitar 90 % sejak bayi sampai dewasa. Peningkatan kadar estrogen selama hamil, yang diikuti penurunan setelah lahir, mengakibatkan pengeluaran suatu cairan mukoid atau kadang-kadang, pengeluaran bercak darah melalui vagina (pseudomenstruasi). Pada bayi baru lahir cukup bulan labia mayora menutupi labia minora. Pada bayi premature klitoris menonjol dan labia mayora kecil terbuka (Asrinah, 2015).

2) Pria

Testis turun kedalam skrotum pada 90 % bayi lahir laki-laki. Preputium yang ketat sering kali dijumpai pada bayi baru lahir. Muara uretra dapat tertutup preputium dan tidak tertarik ke belakang selama tiga sampai empat tahun.

8. Perubahan sistem muskeletal.

Otot sudah dalam keadaan lengkap setelah lahir, tetapi tumbuh melalui proses hipertropi. Tumpang tindih atau molae dapat terjadi pada waktu lahir karena tulang pembungkus tengkorak belum seluruhnya mengalami osifikasi. Molase dapat menghilang beberapa hari setelah melahirkan. Ubun-ubun besar akan tetap terbuka sampai usia 18 bulan. Pada bayi baru lahir, lutut saling berjauhan saat kaki diluruskan dan tumit disatukan sehingga tungkai bawah terlihat lengkungan pada telapak kaki. Ekstremitas harus simetris. Harus terdapat kuku jari tangan dan jari kaki. Garis telapak kaki dan tangan sudah terlihat.

9. Perubahan sistem neurologi

Sistem neurologi belum matang saat lahir. Reflek dapat menunjukkan normal dari integritas sistem syaraf dan sistem muskeletal.

10. Perubahan sistem integumentary

Pada bayi baru lahir cukup bulan kulit berwarna merah dengan sedikit vernik caseosa. Sedangkan pada bayi premature kulit tembus pandang dan banyak veriviks. (Manuaba, 2010).

2.4.7 Kebutuhan Bayi Baru lahir

1. Minum

Air susu ibu (ASI) merupakan makanan yang terbaik bagi bayi. ASI diketahui mengandung zat gizi yang paling sesuai untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi, baik kualitas maupun kuantitasnya. Berikan ASI sesering mungkin sesuai kebutuhan bayi. Berikan ASI saja sampai bayi berusia 6 bulan. Selanjutnya pemberian ASI diberikan hingga anak berusia

2 tahun, dengan penambahan makanan lunak atau padat yang disebut makanan pendamping ASI (MPASI). (Aghamohammadi dkk, 2011).

2. Defekasi (BAB)

Jumlah feses pada bayi baru lahir cukup bervariasi selama minggu pertama dan jumlah paling banyak adalah antara hari ketiga dan keenam. Feses transisi (kecil-kecil berwarna coklat sampai hijau karena adanya mekonium) dikeluarkan sejak hari ketiga sampai keenam. Feses dari bayi yang menyusui dengan ASI akan berbeda dengan bayi yang menyusui dengan susu formula. Feses dari bayi ASI lebih lunak, berwarna kuning emas, dan tidak menyebabkan iritasi pada kulit bayi. Cara membersihkannya menggunakan air bersih hangat dan sabun. (Aghamohammadi dkk, 2011).

3. Berkemih (BAK)

Fungsi ginjal bayi masih belum sempurna selama dua tahun pertama kehidupannya. Biasanya terdapat urine dalam jumlah yang kecil pada kandung kemih bayi saat lahir, tetapi ada kemungkinan urine tersebut tidak dikeluarkan selama 12-24 jam. Berkemih serig terjadi pada periode ini dengan frekuensi 6-10 kali sehari dengan warna urine yang pucat. Kondisi ini menunjukkan masukan cairan yang cukup. Umumnya bayi cukup bulan akan mengeluarkan urine 15-16 ml/hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat, dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya. (Aghamohammadi dkk, 2011).

4. Tidur

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.

5. Kebersihan kulit.

Kebersihan kulit bayi perlu benar-benar dijaga. Walaupun mandi dengan membasahi seluruh tubuh tidak harus dilakukan setiap hari, tetapi bagian-bagian seperti muka, bokong, dan tali pusat perlu dibersihkan secara teratur. Sebaiknya orang tua maupun orang lain yang ingin memegang bayi diharapkan untuk mencuci tangan terlebih dahulu.

6. Perawatan tali pusat

Cara perawatan tali pusat agar tidak terjadi peningkatan infeksi yaitu dengan membiarkan luka tali pusat terbuka dan membersihkan luka hanya dengan air bersih.

7. Imunisasi

Imunisasi adalah suatu cara memproduksi imunitas aktif buatan untuk melindungi diri melawan penyakit tertentu dengan cara memasukkan suatu zat ke dalam tubuh melalui penyuntikkan atau secara oral.

Jadwal imunisasi yakni :

- 1) Usia 0-7 hari imunisasi
- 2) Usia 7-28 hari imunisasi
- 3) Usia 2 bulan imunisasi
- 4) Usia 3 bulan imunisasi
- 5) Usia 4 bulan imunisasi

- 6) Usia 9 bulan imunisasi
- 7) Usia 18 bulan imunisasi (Kemenkes RI, 2015)

2.4.8 Penilaian Awal Bayi Baru Lahir

Segera setelah bayi lahir, letakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut bawah ibu. Segera lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan :

1. Apakah bayi cukup bulan?
2. Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?
3. Apakah bayi menangis atau bernapas?
4. Apakah tonus otot bayi baik?

Jika bayi cukup bulan dan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak bernapas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan langkah resusitasi.

Keadaan umum bayi dinilai setelah lahir dengan penggunaan nilai APGAR. Penilaian ini perlu untuk mengetahui apakah bayi menderita asfiksia atau

tidak. Yang dinilai ada 5 poin, yaitu :

- 1) Appearance (warna kulit)
- 2) Pulse Rate (frekuensi nadi)
- 3) Grimace (reaksi rangsangan)
- 4) Activity (tonus otot)
- 5) Respiratory (pernapasan) (Manuaba, 2010).

Tabel 2.4 Penilaian Apgar Scor

Tanda	Skor		
	0	1	2
Appearance	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	seluruh tubuh kemerahan
Pulse	Tidak ada	<100 x/menit	>100 x/menit
Grimace	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik/menyeringi	Batuk/bersin
Activity	Tidak ada	Ekstremitas dala sedikit fleksi	Gerakan aktif
Respiration	Tidak ada	Lemah atau tidak teratur	Baik/menangis

Sumber : Saifuddin, 2010. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta : Bina Pustaka

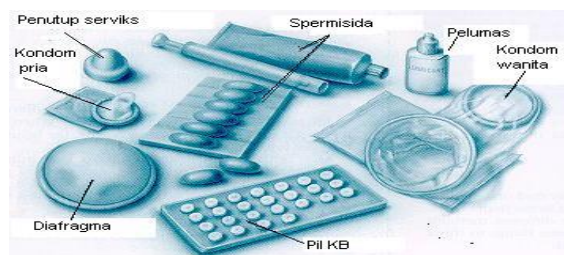
Dari penilaian tersebut dapat diketahui apakah bayi tersebut normal atau asfiksia.

- 1) Nilai Apgar 7-10 : Bayi normal
- 2) Nilai Apgar 4-6 : Asfiksia sedang – ringan
- 3) Nilai Apgar 0-3 : Asfiksia berat

2.5 Konsep Dasar Keluarga Berencana

2.5.1 Definisi

Gambar 2.5 Alat Kontrasepsi



Kontrasepsi berasal dari kata ‘Kontra’ yang berarti mencegah atau menghalangi dan ‘Konsepsi’ yang berarti pembuahan atau pertemuan antara sel telur dengan sperma. Jadi kontrasepsi dapat diartikan sebagai

suatu cara untuk mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur dengan sperma. (BKKBN, 2010).

2.5.2 Tujuan Keluarga Berencana

1. Tujuan umum

Untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial, ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.

2. Tujuan lain

Pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan, dan kesejahteraan keluarga (Sulistyawati, 2011).

2.5.3 Macam Macam Kontrasepsi

1. Metode sederhana

1) Tanpa alat

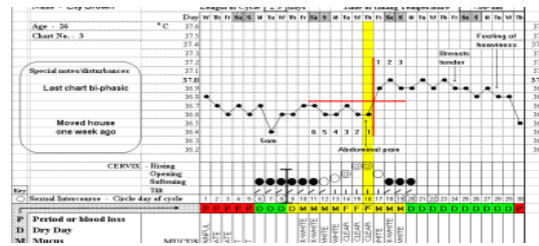
(1) KB alamiah

a. Metode kalender

Menentukan waktu ovulasi dari data haid yang dicatat selama 6-12 bulan terakhir.

OVULATION CALENDAR						
SEPTEMBER						
SUNDAY	MONDAY	TUESDAY	WEDNESDAY	THURSDAY	FRIDAY	SATURDAY
31	1	2	3	4	5	6
	<i>Menstrual Period</i>					
7	8	9	10	11	12	13
	<i>Ovulation!</i>					
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	1	2	3	4

b. Metode suhu badan basal



Peninggian suhu badan basal 0,2-0,5 C pada waktu ovulasi.
 Peninggian suhu badan basal mulai 1-2 hari setelah ovulasi.
 (Suratun, 2013).

c. Metode lender serviks

Ekker																
Simbol	●	●	●	●	●								○	○	○	○
Rasa Sifat Lendir	bassh	bassh	bassh	lengket	kering	kering	kering	kering	kering	kering	kering	kering	kering karuh	bassh jernih	lcm jernih	lcm jernih
Ekker																
Simbol	○	○	X	1	2	3	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Rasa Sifat Lendir	lcm	lcm	kering	lengket	lengket	lengket	kering	kering	kering	kering	kering	kering	kering	kering	kering	kering
Ekker																
Simbol																
Rasa Sifat Lendir	kering	kering														

Perubahan siklus dari lendir serviks yang terjadi karena perubahan kadar estrogen.

d. Metode symptom-thermal

Metode antara bermacam-macam metode KB alamiah untuk menentukan masa subur/ovulasi.

e. Coitus interruptus

Metode kontrasepsi dimanah senggama diakhiri sebelum terjadi ejakulasi intra-vaginal. (indiarti, 2014)

f. Metode Amenore Laktasi (MAL)

Sepanjang sejarah telah lama mengetahui bahwa jika ibu menyusui bayinya, selama mereka menyusui kemungkinan menjadi hamil akan lebih kecil (Mochtar, 2011).

2) Dengan alat

(1) Metode mekanis (Barrier)

a. Kondomn pria



Menghalangi masuknya spermatozoa ke dalam traktus genitalia interna wanita.

b. Metode barrier pada wanita



Menghalangi masuknya spermatozoa ke dalam traktus genitalia interna wanita dan immobilisasi / memastikan spermatozoa oleh spermasidya. (indiarti, 2014)

c. Barrier intra vagina :

a) Diafragma



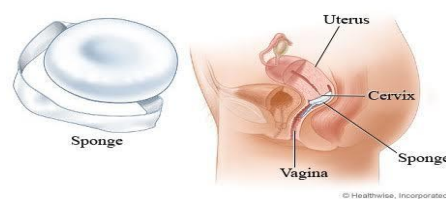
Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks (Affandi, 2012).

b) Kap serviks



Suatu alat kontrasepsi yang hanya menutupi serviks saja.

c) Spons



Macamnya seperti spoge kecil berbentuk bantal, terbuat dari polyurethane yang mengandung spemisid. (Sulistyowati, 2014)

2. Metode modern

1) Kontrasepsi pil



Pil KB merupakan metode kontrasepsi bentuk tablet yang mengandung hormone estrogen dan progesterone saja. Pil kombinasi hormone estrogen dan progesterone mencegah terjadinya kehamilan dengan cara menghambat indung telur atau ovarium melepaskan sel telur, serta mempertebal lapisan lender di dalam leher rahim.

(1) Jenis pil KB menurut (Affandi, 2012)

- a. Monofasik adalah pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/ progestin dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.
- b. Bifasik adalah pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/ progestin dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.
- c. Trifasik adalah pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen/ progestin dengan tiga dosis yang berbasis, dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.

(2) Cara kerja menurut (Affandi, 2012)

- a. Menekan ovulasi
- b. Mencegah implantasi
- c. Lendir serviks mengental sehingga sulit di lalui oleh sperma

(3) Indikasi

- a. Usia produksi
- b. Telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak
- c. Gemuk atau kurus
- d. Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi dan pasca keguguran (Affandi, 2012).

(4) Kontraindikasi

- a. Hamil atau dicurigai hamil
- b. Menyusui eksklusif
- c. Tekanan darah > 180/110 mmHg

- d. Tidak dapat menggunakan pil secara teratur setiap hari (Affandi, 2012).

(5) Kelebihan

- a. Siklus menstruasi lebih teratur
- b. Kram dan nyeri menstruasi lebih ringan
- c. Peluang rendah anemia
- d. Mencegah kehamilan ektopik
- e. Tidak memengaruhi kesuburan

(6) Kekurangan / efek samping

- a. Mual
- b. Pengerasan payudara
- c. Terjadi perdarahan di antara dua siklus menstruasi (metrorrhagia)
- d. Turunnya gairah seksual
- e. Perubahan mood dan emosi
- f. Peningkatan berat badan
- g. Serangan jantung
- h. Stroke
- i. Meningkatkan tekanan darah

2) Kontrasepsi suntik

Kontrasepsi suntik adalah alat kontrasepsi yang disuntikan ke dalam tubuh dalam jangka waktu tertentu, kemudian masuk kedalam pembuluh darah diserap sedikit demi sedikit oleh tubuh yang berguna untuk mencegah terjadinya kehamilan. (Hanafi, 2012)

(1) Jenis alat kontrasepsi suntik

a. KB suntik 3 bulan



KB suntik 3 bulan menggunakan Depo Medroksi Progesteron Asetat (DMPA) yang mengandung 150 mg DMPA yang di berikan tiap 3 bulan dengan cara di suntikan intro muskuler (IM). Depo progestin adalah kontrasepsi hormonal yang mengandung hormo progesteron (progestin).

a) Kelebihan KB suntik 3 bulan

- (a) Tidak berinteraksi dengan obat-obatan lain
- (b) Relatif aman untuk ibu menyusui
- (c) Bermanfaat bagi wanita yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen
- (d) Tidak perlu mengingat untuk mengkonsumsi pil KB
- (e) Tidak perlu berhitung lebih dulu saat berhubungan seksual
- (f) Jika ingin berhenti tidak perlu kedokter, cukup hentikan saja pemakaiannya
- (g) Dapat mengurangi risiko timbulnya kanker ovarium dan kanker rahim

b) Kekurangan atau efek samping

- (a) Dapat mendatangkan efek samping berupa sakit kepala, kenaikan berat badan, payudara nyeri, perdarahan, menstruasi tidak teratur

- (b) Bias membutuhkan waktu setahun setelah dihentikan jika ingin kembali subur
- (c) Dapat mengurangi kepadatan tulang
- (d) Tidak memberikan perlindungan dari penyakit menular seksual

b. KB suntik 1 bulan



Suntikan kombinasi yang mengandung hormone estrogen dan progesterone, yang diberikan satu bulan sekali,

- a) Manfaat KB suntik 1 bulan
 - (a) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
 - (b) Jangka panjang
 - (c) Efek samping sangat kecil
 - (d) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri (Affandi, 2012).
- b) Kerugian atau efek samping
 - (a) Timbulnya perdarahan yang tidak normal
 - (b) Menyebabkan pusing dan payudara lebih terasa sensitive atau nyeri
 - (c) Membuat perubahan mood
 - (d) Wanita yang mengalami migran tidak dianjurkan untuk menggunakan suntik KB 1 bulan

(e) Tidak melindungi dari penyakit infeksi menular seksual.

3) Kontrasepsi implant

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun (Affandi, 2012).

(1) Jenis Kontrasepsi Implant menurut (Saifuddin, 2010) yaitu:

a. Norplant



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

b. Implanon



Terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm, dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg 3 keto-desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun.

c. Jadena dan indoplant



Terdiri dari 2 batang yang diisi dengan 75 mg. Levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun.

(2) Cara kerja

Menebalkan mucus serviks menjadi kental dan jumlahnya menjadi berkurang sehingga tidak dapat dilewati oleh sperma. Menekan pengeluaran FSH dan LH dari hipotalamus dan hipofise. Mencegah ovulasi dan mengganggu proses implantasi pada endometrium

(3) Kelebihan KB implant

- a. Perlindungan jangka panjang
- b. Implant dapat dilepas kapan saja
- c. Dapat kembali ke masa subur dengan cepat setelah implant di lepas
- d. Tidak perlu repot mengingat untuk konsumsi pil KB atau suntik KB secara teratur

(4) Kekurangan atau efek samping

- a. Perubahan perdarahan haid
- b. Sakit kepala, meningkatnya berat badan (1,7%)
- c. Perubahan suasana hati (gugup atau cemas) Depresi (0,9%).

4) Kontrasepsi dalam IUD/AKDR



Alat kontrasepsi IUD adalah plastik berbentuk T seukuran uang logam yang ditempatkan di dalam rahim untuk mencegah kehamilan.

(1) Jenis menurut (Affandi, 2012)

- a. AKDR CuT-380 adalah alat kontrasepsi dalam rahim yang berbentuk T
- b. AKDR lain yang beredar di Indonesia ialah NOVA T

(2) Cara kerja

- a. Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi
- b. Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
- c. Mencegah terutama sperma ke ovum bertemu
- d. Mencegah implantasi telur dalam uterus

(3) Keuntungan menurut (Affandi, 2012)

- a. Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- b. Meningkatnya kenyamanan seksual karena tidak perlu takut hamil
- c. Meningkatnya kenyamanan seksual karena tidak perlu takut hamil
- d. Dapat digunakan sampai menopause
- e. Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus

(4) Kerugian menurut (Affandi, 2012)

- a. Haid lebih lama dan banyak
- b. Saat haid lebih sakit
- c. Perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia

d. Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS

(5) Waktu penggunaan KB IUD

- a. Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil
- b. Hari pertama samapai ke-7 siklus haid
- c. Segera setelah melahirkan dalam kondisi normal, IUD dapat dipasang 10 menit setelah keluarnya plasenta hingga 2 hari setelah persalinan atau jika lebih dari itu
- d. Setelah menderita abortus (segera atau menderita waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala
- e. Pemasangan IUD bias dilakukan setelah operasi atau beberapa dokter menyarankan setelah masa nifas 6 minggu

5) Kontrasepsi mantap

Kontrasepsi mantap adalah suatu metode kontrasepsi yang pada pria disebut vasektomi dan pada wanita disebut tubektomi.

(1) Tubektomi

Tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin mempunyai anak lagi (Affandi, 2012)

- a. Manfaat kontrsepsi menurut (Affandi, 2012) yaitu :
 - a) Sangat efektif
 - b) Tidak mempengaruhi proses menyusui
 - c) Tidak tergantung pada faktor senggama
 - d) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang
 - e) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual

- b. Kekurangan
- a) Tidak dapat melindungi dari penyakit menular seksual
 - b) Sulit untuk dilakukan penyambungan tuba kembali apabila wanita yang telah menjalani tubektomi ingin kembali hamil
 - c) Semakin mudah usia seorang wanita melakukan tubektomi, maka semakin tinggi kemungkinan gagal
 - d) Biaya relatif besar
- c. Penapisan

Tabel 2.5 Penapisan Tubektomi

Keadaan klien	Dapat dilakukan pada fasilitas rawat jalan	Dilakukan difasilitas rujukan
Keadaan umum (anamnesa dan pemeriksaan fisik)	Keadaan umum baik, tidak ada tanda-tanda penyakit jantung, paru atau ginjal	Diabetes tidak terkontrol, riwayat gangguan pembekuan darah, ada tanda-tanda penyakit jantung, paru atau ginjal
Keadaan emosional	Tenang	Cemas, takut
Tekanan darah	<160/100 mmhg	160/100 mmhg
Berat badan	35-85 kg	>85 kg ; <35 kg
Riwayat operasi abdomen/panggul	Bekas secsio sesarea (tanpa perlekatan)	Operasi abdomen lainnya, perlekatan atau terdapat kelainan pada pemeriksaan panggul
Riwayat radang panggul, hamil ektopik, apendisitis	Pemeriksaan dalam normal	Pemeriksaan dalam ada kelainan
Anemia	Hb 8 g%	Hb <8 g%

Sumber : Lestari, dkk. 2012. *Konseling Dan Penapisan KB*

(2) Vasektomi



Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi (Affandi, 2012)

a. Kelebihan vasektomi

- a) Vasektomi adalah operasi kecil yang aman, sangat efektif, dan bersifat permanen
- b) Baik di lakukan oleh laki-laki yang memang sudah tidak ingin memiliki anak
- c) Vasektomi lebih murah dan lebih sedikit komplikasi dibandingkan dengan sterilisasi tuba
- d) Tidak memengaruhi kemampuan seorang pria dalam menikmati hubungan seksual.

b. Kekurangan

- a) Ada sedikit rasa sakit dan ketidaknyamanan beberapa hari setelah operasi
- b) Area bekas operasi harus sering dikompres dengan es selama 4 jam untuk mengurangi pembengkakan, pendarahan dan rasa tak nyaman
- c) Hasil operasi tidak efektif segera.
- d) Tidak memberi perlindungan terhadap infeksi seksual menular termasuk HIV
- e) Dibutuhkan waktu 1-3 tahun untuk benar-benar memastikan apakah vasektomi bias bekerja efektif 100% atau tidak.

c. Penapisan klien metode operasi (Vasektomi)

Keadaan klien	Dapat dilakukan pada fasilitas rawat jalan	Dilakukan di fasilitas rujukan
Keadaan umum (anamnesis dan pemeriksaan fisik)	Keadaan umum baik, tidak ada tanda-tanda penyakit jantung, paru atau ginjal	Diabetes tidak terkontrol, riwayat gangguan pembekuan darah, ada tanda-tanda penyakit jantung, paru atau ginjal
Keadaan emosional	Tenang	Cemas, takut
Tekanan darah	<160/100 mmhg	160/100 mmhg
Infeksi atau kelainan skrotum/inguinal	Normal	Tanda-tanda infeksi atau kelainan
Anemia	Hb 8 g%	Hb<8 g%

Sumber : Lestari, dkk. 2012. *Konseling Dan Penapisan KB*

3. Keluarga berencana (KB) untuk ibu menyusui

1) Suntikan progestin

Bahan yang menyerupai hormone progesterone ini tidak mengganggu produksi ASI.

2) Pil mini / mini pil

Kontrasepsi pil aman dan dapat dikonsumsi oleh ibu yang menyusui setelah 6 minggu pasca persalinan.

3) Implant

Kontrasepsi ini tidak mengganggu ASI dan pengambilan tingkat kesuburan sangat cepat setelah pencabutan implant

4) IUD alat kontrasepsi dalam rahim

Tidak mempengaruhi produksi ASI

5) Kondom

6) Kontrasepsi mantap

2.6 Konsep Manajemen Asuhan Kebidanan

2.6.1 Konsep Manajemen Asuhan Kehamilan

1. Data Subyektif

Data subyektif yaitu data yang didapat dari pertanyaan yang disampaikan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari berbagai sumber yang berkaitan dengan kondisi klien (Sulistyawati, 2011).

1) Biodata

(1) Identitas ibu dan suami

Ditanyakan nama dengan tujuan agar dapat mengenal/ memanggil penderita atau ibu dan tidak keliru dengan penderita-penderita yang lain. (Sulistyawati, 2011).

(2) Usia ibu dan Suami

Hal ini terutama untuk mengetahui keadaan ibu, terutama pada kehamilan pertama kali atau primipara. Apakah ibu itu termasuk primipara biasa atau primipara tua, atau untuk mengetahui apakah ibu mempunyai resiko tinggi atau tidak (umur < 16 tahun atau 35 tahun). (Sulistyawati, 2011).

(3) Agama

Hal ini ditanyakan berhubungan dengan perawatan penderita atau kepercayaan klien dalam beragama. (Sulistyawati, 2011).

(4) Pendidikan

Untuk mengetahui tingkat pengetahuan ibu dan suami sebagai dasar dalam memberikan KIE. (Sulistyawati, 2011).

(5) Pekerjaan

Yang ditanyakan pekerjaan suami dan ibu sendiri. Menanyakan pekerjaan ini untuk mengetahui bagaimana taraf hidup dan sosial ekonomi penderita itu agar nasehat kita nanti sesuai. (Sulistyawati, 2011).

(6) Suku bangsa

Untuk mengetahui statistik tentang kehamilan. Mungkin juga untuk menentukan prognosa kehamilan dengan melihat keadaan panggul. Misal wanita Asia dan Afrika biasanya mempunyai panggul bundar dan normal bagi persalinan dan biasanya wanita dan berat panggulnya ukuran melintang lebih panjang tetapi ukuran muka belakang lebih kecil. (Sulistyawati, 2011).

(7) Alamat

Untuk mengetahui ibu itu tinggal dimana, menjaga kemungkinan bila ada ibu yang namanya bersamaan. Ditanyakan alamatnya agar dapat dipastikan ibu yang mana yang hendak ditolong. (Sulistyawati, 2011).

2) Keluhan saat ini (keluhan utama)

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan kehamilan.

TM 1 : Telat datang bulan, sering kencing, konstipasi, pingsan, mual muntah, mengidam, varices.

- TM 2 : Pusing, varices, epulis, sering kencing, sesak nafas.
- TM 3 : 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, 2011).

3) Riwayat Kesehatan Reproduksi

(1) Riwayat Haid

Usia menarche, siklus, lamanya, volume (jumlah darah yang keluar), bau, karakteristik (ex: terdapat bekuan darah), dan keluhan. Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) di gunakan untuk menghitung usia kehamilan dan taksiran persalinan (rumus naegle : tanggal HPHT +7 dan bulan -3 dan tahun +1 jika HPHT bulan April sampai Desember dan apabila tanggal HPHT +7 dan bulan +9 dan tahun +0 jika HPHT bulan Januari sampai Maret) (Prawirohardjo, 2010).

(2) 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 (Prawirohardjo, 2010).

(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, 2010).

TM 1 : Satu kali kunjungan selama trimester 1, He tentang pola nutrisi, personal hygiene dan istirahat.

TM 2 : Satu kali kunjungan selama trimester kedua, He tentang pola nutrisi, personal hygiene, istirahat dan Ibu hamil dianjurkan mengkonsumsi 90 tablet Fe selama hamil untuk mencegah terjadinya anemia pada ibu hamil.

TM 3 : Dua kali kunjungan selama trimester ketiga, He tentang pola nutrisi, personal hygiene, istirahat, persiapan persalinan dan tanda-tanda persalinan (Kumalasari, 2015).

4) Riwayat Kesehatan

(1) Riwayat kesehatan sekarang

Penyakit menular (HIV/AIDS, TBC, Hepatitis), penyakit menurun (DM, hipertensi, asma) dan menahun (jantung, paru-paru, ginjal). (Sulistyawati, 2011).

(2) Riwayat kesehatan yang lalu

Pernah dirawat di RS, atau pernah menjalani operasi. (Sulistyawati, 2011).

(3) Riwayat kesehatan keluarga

Untuk mengetahui penyakit menular (HIV/AIDS, TBC, Hepatitis) dalam keluarga, penyakit keturunan (DM, Asma, hipertensi),

Penyakit menahun (jantung, paru-paru, ginjal), penyakit alergi dan riwayat keturunan kembar. (Sulistiyawati, 2011).

5) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari :

(1) Nutrisi

Makan 2-3 kali sehari (Protein dari 6 gr/hari menjadi 10 gr/hari, Vitamin sebagai pengatur dan pelindung, Zat besi untuk mencegah anemia, Kalsium untuk pertumbuhan tulang, Yodium untuk mencegah pembesaran gondok pada ibu) jika ada keluhan mual muntah ibu dianjurkan makan sedikit tapi sering untuk mencukupi kebutuhan ibu hamil dan Ibu hamil juga harus cukup minum 6-8 gelas sehari. (Romauli, 2011).

(2) Istirahat

istirahat bagi ibu hamil meringankan urat syaraf atau mengurangi aktivitas otot (Kebutuhan tidur siang siang normal 1-2 jam dan tidur malam 5-6 jam). (Romauli, 2011).

(3) Personal hygiene

Ibu dianjurkan untuk menjaga kebersihan badan untuk mengurangi kemungkinan infeksi, setidaknya ibu mandi 2-3 kali perhari, kebersihan gigi 2-3 kali sehari, menggunakan celana dalam yang longgar dan mampu menyerap keringat, ganti celana dalam 2-3 kali sehari. (Romauli, 2011).

(4) Seksualitas/ koitus

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 (Romauli, 2011).

(5) Aktivitas

Ibu disarankan melakukan aktivitas-aktivitas yang tidak terlalu berat bagi ibu selama hamil. (Sulistyawati, 2011).

(6) Eliminasi

Pada trimester awal lebih banyak cairan yang dikeluarkan melalui ginjal sebagai air seni sehingga ibu cenderung sering berkemih dan pada trimester kedua semuanya normal Frekuensi BAK meningkat karena penurunan kepala bayi, BAB sering obstipasi (sembelit) karena hormone progesteron meningkat. (Sulistyawati, 2011).

6) 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 (Prawirohardjo, 2010).

2. Data Obyektif

Data obyektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur, dapat diperoleh menggunakan panca indera (lihat, dengar, cium, raba) selama

pemeriksaan fisik. Misalnya frekuensi nadi, pernafasan, tekanan darah, edema, berat badan, dan tingkat kesadaran (Sulistyawati , 2011)

1) Pemeriksaan Umum

(1) K/U : Baik

Kesadaran : Compos Mentis, yaitu tingkat kesadaran yang normal

(Sulistyawati, 2011).

(2) Penimbangan BB dan Pengukuran Tinggi Badan (TB)

Berat badan ditimbang setiap ibu datang atau berkunjung untuk mengetahui kenaikan berat badan dan penurunan berat badan.

Kenaikan berat badan ibu hamil normal rata-rata 11 sampai 13 kg.

TB ibu dikategorikan adanya resiko apabila < 145 cm (Walyani, 2015) .

(3) Pengukuran Tekanan Darah (TD)

Dilakukan setiap kali kunjungan antenatal untuk mendeteksi adanya hipertensi. TD normal yaitu 120/80 mmHg. Jika terjadi peningkatan sistole sebesar 10-20 mmHg dan Diastole 5-10 mmHg diwaspadai adanya hipertensi atau pre-eklampsia. Apabila turun dibawah normal dapat diperkirakan ke arah anemia (Rohani, 2013)

(4) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

LILA dari 23,5 cm merupakan indikator kuat untuk status gizi yang buruk atau kurang sehingga beresiko untuk melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR). (Walyani, 2015) .

2) Pemeriksaan Fisik Khusus

(1) Inspeksi

Tujuan dari pemeriksaan pandang ialah untuk melihat keadaan umum penderita, melihat gejala kehamilan dan mungkin melihat adanya kelainanan.

Kepala : bersih, warna rambut hitam, tidak ada ketombe.

Wajah : adanya cloasma gravidarum pada kehamilan trimester kedua, tidak odema, tidak pucat.

Mata : simetris, conjungtiva merah muda, sklera putih

Hidung : simetris, bersih, tidak ada pembesaran polip.

Telingga : simetris, bersih, tidak ada serumen

Mulut : bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada karang gigi, tidak ada caries, mukosa bibir lembab, tidak ada pembesaran tonsil.

Leher : bersih, tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan vena jugularis

Ketiak : bersih, simetris, tidak ada pembesaran kelenjar limfe.

Dada : bersih, simetris, tidak ada tarikan intercostal

Mamae : bersih, simetris, payudara membesar dan tegang pada kehamilan trimester I (Primigravida),

hyperpigmentasi areola pada trimester II, puting susu menonjol (Sulistyawati, 2011).

Abdomen : terdapat striae gravidarum pada trimester II (Primigravida), banyak striae livide dan alba pada trimester II (multipara), terdapat linea nigra pada trimester III , pusar menonjol pada primigravida, ada tidaknya luka bekas operasi (Sulistyawati, 2011).

Genetalia : Primigravida (labia mayora tampak bersatu, vulva tertutup, perinium tidak ada bekas luka, vagina sempit dengan rugae utuh, portio runcing dan tertutup, serviks licin, bulat dan tidak dapat dilalui oleh satu ujung jari) , terdapat tanda yang berwarna kebiru-biruan (*tanda chadwick* pada vagina dan vulva hingga minggu ke 8 karena peningkatan vaskularitas dan pengaruh hormon esterogen pada vagina, Multigravida (labia mayora terbuka, vulva menganga, perinium bekas luka, vagina lebih lebar, rugae kurang menonjol, portio tumpul, serviks bisa terbuka satu jari (Sulistyawati, 2011).

Ekstremitas : pergerakan normal, tidak odema, tidak ada varises

(2) Palpasi

Leher : tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan vena jugularis

Mamae : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, colostrum sudah keluar pada trimester II (Sulistyawati, 2011)

Abdomen

Leopold I : ballothemement (pantulan yang terjadi saat jari telunjuk mengetuk janin yang mengapung dalam uterus) dapat terjadi sekitar usia kehamilan 4-5 bulan (Kumalasari, 2015).

Tabel 2.6.1 Ballothemement

UK	Dalam CM	TFU
12 Mg	-	1/3 di atas simpisis /3 jari di atas simpisis
16 Mg	-	Pertengahan simpisis-pusat
20 Mg	20 cm	2/3 di atas simpisis / 3 jari di atas pusat
24 Mg	23 cm	Setinggi pusat
28 Mg	26 cm	Tiga jari di atas pusat
32 Mg	30 cm	Pertengahan antara px dengan pusat
36 Mg	33 cm	Setinggi px
40 Mg	-	Dua jari di bawah px

Hasil: Apabila bokong janin teraba di bagian fundus yang akan terasa adalah lunak,

kurang bundar, dan kurang melenting (Rustam, 2010).

Leopold II : Tujuan untuk mengetahui sisi samping kanan dan sisi samping kiri uterus.

Hasil :

- a. Bagian punggung: akan teraba jelas, rata, cembung, kaku/tidak dapat digerakkan
- b. Bagian-bagian kecil (tangan dan kaki): akan teraba kecil, bentuk/posisi tidak jelas dan menonjol, kemungkinan teraba gerakan kaki janin secara aktif maupun pasif (Rustam, 2010)

Leopold III : Tujuan untuk menentukan bagian tubuh janin yang berada di bawah uterus dan menentukan apakah bagian bawah uterus sudah masuk PAP atau belum.

Hasil :

- a. Bagian keras, bulat dan hampir homogen adalah kepala sedangkan tonjolan yang lunak dan kurang simetris adalah bokong.
- b. Apabila bagian terbawah janin sudah memasuki PAP, maka saat bagian bawah digoyang, sudah tidak bisa (seperti ada

tahanan) (Rustam, 2010)

Leopold IV : Tujuan untuk menentukan seberapa banyak bagian yang sudah masuk PAP.

Hasil :

10. Apabila kedua jari-jari tangan pemeriksa bertemu (konvergen) berarti bagian terendah janin belum memasuki pintu atas panggul, sedangkan apabila kedua tangan pemeriksa membentuk jarak atau tidak bertemu (divergen) maka bagian terendah janin sudah memasuki Pintu Atas Panggul (PAP)
11. Penurunan kepala dinilai dengan: 5/5 (seluruh bagian jari masih meraba kepala, kepala belum masuk PAP), 1/5 (teraba kepala 1 jari dari lima jari, bagian kepala yang sudah masuk 4 bagian), dan seterusnya sampai 0/5 (seluruh kepala sudah masuk PAP) (Rustam, 2010)

TBJ : Tafsiran berat janin. Rumus jhonson-tausak : BB janin = $(TFU - 12) \times 155$ Belum masuk PAP BB janin = $(TFU - 11) \times 155$ Masuk PAP (Rustam, 2010).

Auskultasi

Penghitungan jumlah DJJ normal 120-160 x/menit dihitung selama 3 x 5 detik secara berurutan (Rustam, 2010).

(3) Perkusi

Refleks patella : +/+

Mengetahui adanya hipovitaminosis, B1 hipertensi penyakit urat syaraf (Sulistyawati, 2011).

(4) Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium : Pemeriksaan analisis darah (Pp test, Protein, Albumin, Hb, golongan darah, hitung jenis sel darah, gula darah, antigen Hepatitis B virus, antibody rubela, HIV/AIDS) dan ultrasonografi rutin pada kehamilan 18-22 minggu untuk identifikasi kelainan janin (Prawirohardjo, 2010).

3. Analisis Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis, masalah, dan kebutuhan pasien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan (Sulistyawati, 2011).

Contoh TM II: Ny..., G-..P-..A-.. P-.. A-.. H-..., UK ... minggu, tunggal/ganda, intrauterin/ekstrauterin, hidup/mati, persentasi bokong/kepala, keadaan ibu dan janin baik.

Contoh TM III : Ny..., G-..P-..A-.. P-.. A-.. H-..., UK ... minggu, tunggal/ganda, intrauterin/ekstrauterin, hidup/mati, persentasi bokong/kepala, keadaan ibu dan janin baik.

4. Penatalaksanaan

Direncanakan asuhan yang menyeluruh berdasarkan langkah sebelumnya. Perencanaan yang dibuat harus berdasarkan pertimbangan yang tepat, meliputi pengetahuan, teori yang *up to date*, perawatan berdasarkan bukti (*evidence based care*), serta divalidasi dengan asumsi mengenai apa yang diinginkan dan tidak diinginkan oleh pasien.

1) Penatalaksanaan trimester 1

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

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

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

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

- (3) Anjurkan untuk senam hamil.

Rasional :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 perhari, 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.

Rasional : 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.

Rasional : 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).

2) Penatalaksanaan trimester II

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

Rasional : Mempermudah penyerapan keringat (Sartika, 2016).

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

Rasional : Agar tidak menyebabkan nyeri pada pinggang (Sartika, 2016).

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

Rasional : 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 (WHO, 2015).

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

Rasional :Mengurangi rasa mual yang timbul setelah ibu meminumnya (Sartika, 2016).

3) Penatalaksanaan 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.

Rasional : 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.

Rasional :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.

Rasional : Persiapan laktasi dan membantu memberikan kenyamanan dan keamanan bagi ibu (Sartika, 2016).

- 4) Berikan KIE tentang persiapan kelahiran dan kemungkinan darurat.

Rasional :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).

Rasional : Persiapan persalinan

2.6.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan

1. Data Subyektif

1) Biodata

(1) Identitas ibu dan suami seperti nama

(2) Usia ibu dan suami

(3) Agama

(4) Pendidikan

(5) Pekerjaan

(6) Suku bangsa

(7) Alamat

2) Keluhan utama

Kala I : Adanya kontraksi, keluarnya lendir bercampur darah, keluarnya air ketuban, adanya pembukaan serviks (Fritasari Defi, 2013).

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 (Fritasari Defi, 2013).

Kala III : Uterus menjadi berbentuk longgar, tali pusat semakin memanjang, terjadinya perdarahan (Damayanti, 2014).

Kala IV : Terjadinya perdarahan, nyeri luka perinium, adanya kontraksi (Damayanti, 2014).

3) Riwayat Kesehatan Reproduksi

a. Riwayat Haid

Usia menarche, siklus, lamanya, volume (jumlah darah yang keluar), bau, karakteristik (ex: terdapat bekuan darah), dan keluhan. Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) di gunakan untuk menghitung usia kehamilan dan taksiran persalinan (rumus naegle Hari + 7, Bulan + 9 atau - 3, Tahun tetap atau + 1). (Prawirohardjo, 2010).

b. 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 (Prawirohardjo, 2010).

c. 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, 2010).

TM I : Satu kali kunjungan selama trimester 1, He tentang pola nutrisi, personal hygiene dan istirahat

TM II : Satu kali kunjungan selama trimester kedua, He tentang pola nutrisi, personal hygiene, istirahat dan Ibu hamil dianjurkan mengkonsumsi 90 tablet Fe selama

hamil untuk mencegah terjadinya anemia pada ibu hamil.

TM III : Dua kali kunjungan selama trimester ketiga, He tentang pola nutrisi, personal hygiene, istirahat, persiapan persalinan dan tanda-tanda persalinan (Kumalasari, 2015).

4) Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Penyakit menular (HIV/AIDS, TBC, Hepatitis), penyakit menurun (DM, hipertensi, asma) dan menahun (jantung, paru-paru, ginjal). (Sulistyawati, 2011).

2) Riwayat kesehatan yang lalu

Pernah dirawat di RS, atau pernah menjalani operasi. (Sulistyawati, 2011).

3) Riwayat kesehatan keluarga

untuk mengetahui penyakit menular (HIV/AIDS, TBC, Hepatitis) dalam keluarga, penyakit keturunan (DM, Asma, hipertensi), Penyakit menahun (jantung, paru-paru, ginjal), penyakit alergi dan riwayat keturunan kembar. (Sulistyawati, 2011).

(5) Pola kebiasaan sehari – sehari

a Nutrisi

makan/ minum, porsi, dan jenis selama hamil. Makan dan minum terakhir sebelum bersalin perlu dikaji karena makan dan minum

akan memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi (Fritasari, 2013).

b Eliminasi

Karena adanya perubahan pada alat pencernaan maka ada kemungkinan untuk menimbulkan obstipasi. Hal ini dapat dicegah dengan menghindari makanan yang dapat menimbulkan obstipasi. (Fritasari, 2013).

c Istirahat

Beristirahat saat waktu relaksasi kontraksi untuk menghindari resiko asfiksia pada janin (Fritasari, 2013).

d Aktivitas

Perlu dikaji apa ibu melakukan pekerjaan berat yang menyebabkan ibu merasa capek atau kelelahan sehingga tidak mempunyai tenaga (Fritasari, 2013).

2. Data Objektif

1) Pemeriksaan umum

KU : Baik

Kesadaran : Compos metis

Suhu : Normal 36-37 °C

Nadi : Normal 60-100 x/menit.

Tensi : Peningkatan atau penurunan tekanan darah yang masing-masing merupakan indikasi kehamilan dan atau syok. Tekanan darah diukur tiap sistolik naik rata-rata 10-20 mmHg dan diastolik 5-10 mmHg anatar

kontraksi, tekanan darah normalnya <140/90 mmHg, jika lebih dari batas normal dicurigai pre eklamsi (Sulistyawati, 2011).

Respirasi : Normalnya berkisar 16-24 x/menit dengan pernafasan pendek hal ini dikarenakan kelelahan dan kesakitan, bila didapatkan pernafasan pendek, tidak teratur, maka kemungkinan hipoksia atau cyanosis. Sedangkan Peningkatan frekuensi pernafasan dapat menunjukkan syok, atau ansietas (Sulistyawati, 2011).

2) Pemeriksaan fisik

(1) Inspeksi

Kepala : Bersih, warna rambut hitam, tidak ada luka.

Wajah : Adanya cloasma gravidarum, tidak odema, tidak pucat

Mata : Simetris, conjungtiva merah muda/pucat, sklera putih/kuning, kelopak mata bengkak atau tidak (apabila kelopak mata sesudah bengkak, kemungkinan terjadi preeklamsi).

Hidung : Simetris, bersih, tidak ada pembesaran polip

Telingga : Simetris, bersih, tidak ada serumen

Mulut : Bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada karang gigi, tidak ada caries, mukosa bibir lembab, tidak ada

- pembesaran tonsil.
- Leher : Bersih, tidak ada luka.
- Ketiak : Bersih, Simetris, tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan vena jugularis.
- Dada : Bersih, simetris, tidak ada/ ada tarikan intercostal
- Mammae : Bersih, simetris, hyperpigmentasi aerola, puting susu menonjol atau tenggelam.
- Abdomen : Terdapat striae lividae, terdapat linea nigra, ada/ tidak ada luka bekas operasi.
- Genetalia : Bersih, tidak/ ada odema, tidak/ ada varises, terdapat pengeluaran lendir dan darah
- Ekstremitas : Pergerakan normal, odema +/+, tidak/ ada varises, jari-jari lengkap.

(2) Palpasi

- Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan vena jugularis.
- Payudara : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, colostrum sudah keluar.
- Abdomen
- Leopold I : untuk menentukan tuanya kehamilan dan bagian janin yang terdapat di daerah fundus uteri.

Tabel 2.6.2 Fundus Uteri

UK	Dalam CM	TFU
12 Mg	-	1/3 di atas simpisis / 3 jari di atas simpisis
16 Mg	-	Pertengahan simpisis-pusat
20 Mg	20 cm	2/3 di atas simpisis / 3 jari di atas pusat
24 Mg	23 cm	Setinggi pusat
28 Mg	26 cm	Tiga jari di atas pusat
32 Mg	30 cm	Pertengahan antara px dengan pusat
36 Mg	33 cm	Setinggi px
40 Mg	-	Dua jari di bawah px

Leopold II : untuk menentukan letak punggung janin (pada letak membujur) dan kepala (pada letak melintang).

Leopold III : untuk menyimpulkan bagian janin yang berada di bawah rahim.

Leopold IV : untuk mengetahui apakah bagian terdepan janin sudah masuk PAP

(3) Auskultasi

Dada : untuk mengkaji status bayi, frekuensi jantung janin kurang dari 120-160 x/menit (interval teratur tidak lebih dari 2 punctum maximal dan presentasi kepala, 2 jari kanan/kiri bawah pusat) dapat menunjukkan gawat janin

dan perlu evaluasi segera.

(4) Perkusi

Reflek patella : +/+ (Mengetahui adanya hipovitaminosis, B1 hipertensi penyakit urat syaraf). (Sulistyawati, 2011).

3) Pemeriksaan Penunjang

i. Vagina Toucher (VT)

Untuk mengetahui kemajuan persalinan (pembukaan servik dalam cm/jari, turunnya kepala diukur menurut bidang *hodge*, ketuban sudah pecah atau belum, menonjol atau tidak) (Sulistyawati, 2011).

ii. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan darah untuk mendeteksi adanya factor resiko kehamilan. Bila kadar Hb ibu kurang dari 11 gr berarti ibu dalam keadaan anemia

iii. Melakukan penilaian kemajuan persalinan

Melakukan penilaian dan intervensi pada kala I, II, III dan IV diantaranya (tekanan darah, suhu tiap 4 jam, nadi, DJJ, kontraksi setiap 1 jam, pembukaan servik, penurunan kepala, warna cairan amnion)

3. Analisis Data

Selama pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu inpartu (persalinan) biasanya bidan akan menemukan suatu kondisi dari pasien melalui proses pengkajian yang membutuhkan suatu penatalaksanaan tertentu.

Pada kala I

(1) Fase Laten

Fase laten dimulai sejak awal berkontraksi yang menimbulkan penipisan dan pembukaan serviks bertahap, berlangsung hingga serviks membuka 1-4 cm pada umumnya fase laten berlangsung hingga 8 jam (Holmes, 2011).

Contoh : Ny .., G-.. P-.. A-.. P-.. A-.. H-.., Uk... minggu, janin tunggal hidup intra, uterin letkep inpartu kala 1 fase laten.

(2) Fase Aktif

Fase aktif adalah frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/ memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih, uterus mengeras waktu kontraksi, serviks membuka. Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan jam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm pada multipara. Pada fase aktif kala II terjadi penurunan bagian terendah janin tidak boleh berlangsung lebih dari 6 jam (Holmes, 2011).

Contoh : Ny .., G-.. P-.. A-.. P-.. A-.. H-.., Uk... minggu, janin tunggal hidup intra, uterin letkep inpartu kala 1 fase aktif.

Pada kala II

Pemantauan kemajuan persalinan, adanya dorongan meneran, tekanan anus, perineum menonjol, vulva membuka menandakan ibu masuk dalam persalinan II.

Contoh : Ny .., G-.. P-.. A-.. P-.. A-.. H-..., Uk... minggu, janin tunggal
hidup intra, uterin letkep inpartu fase aktif kala 2

Pada kala III

Ada tanda-tanda pelepasan tali pusat, penegangan tali pusat terkendali,
menandakan klien memasuki persalinan kala III.

Contoh : Ny .., P-.. A-.. P-.. A-.. H-..., kala III

Pada kala IV

Pemantauan keadaan ibu (kehilangan darah).

Contoh : Ny .., P-.. A-.. P-.. A-.. H-..., kala IV

4. Penatalaksanaan

Pada langkah ini berisi mencakup asuhan menyeluruh dan pelaksanaan (perencanaan, pelaksanaan, evaluasi) yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi atau tindak lanjut dan rujukan.

1) Asuhan kala 1

(1) Menurut Oktarina (2016), asuhan kala I fase laten adalah :

- a. Bantulah ibu dalam persalinan jika ibu tampak gelisah, ketakutan dan kesakitan :
 - a) Berikan dukungan dan yakinkan dirinya.
 - b) Berikan informasi mengenai proses dan kemajuan persalinannya.
 - c) Dengarkanlah keluhannya
 - d) Dan cobalah untuk lebih sensitive

- e) Jika ibu tersebut tampak kesakitan, dukungan atau asuhan yang dapat diberikan :
- (a) Lakukan perubahan posisi
 - (b) Posisi sesuai dengan keinginan ibu, tetapi jika ibu ingin di tempat tidur sebaiknya di anjurkan tidur miring ke kiri
 - (c) Sarankan ibu untuk berjalan
 - (d) Ajaklah orang untuk menemaninya (suami/ ibunya) untuk memijat dan menggosok punggungnya atau membasuh mukanya di antara kontraksi.
 - (e) Ibu di perbolehkan melakukan aktivitas sesuai dengan kesanggupannya.
 - (f) Ajarkan kepadanya teknik bernafas : Ibu di minta untuk menarik nafas panjang, menahan nafasnya sebentar kemudian di lepaskan dengan cara meniup udara keluar sewaktu terasa kontraksi.
- f) Penolong tetap menjaga hak privasi ibu dalam persalinan, antara lain menggunakan penutup atau tirai, tidak menghadirkan orang lain tanpa sepengetahuan dan seijin pasien/ ibu.
- g) Jelaskan kemajuan persalinan dan perubahan yang terjadi serta prosedur yang akan di laksanakan dan hasil pemeriksaan.
- h) Ibu bersalin biasanya merasa panas dan banyak keringat, atasi dengan cara:

- (a) Gunakan kipas angin atau AC dalam kamar.
- (b) Menggunakan kipas biasa.
- (c) Menganjurkan ibu untuk mandi sebelumnya.
- (d) Untuk memenuhi kebutuhan energy dan mencegah dehidrasi, berikan cukup minum.
- (e) Sarankan ibu untuk berkemih sesegera mungkin.

(2) Menurut Oktarina (2016), asuhan kala I fase aktif yaitu :

- a. Lakukan pengawasan menggunakan partograf mulai pembukaan 4-10 cm.
- b. Catat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
- c. Nilai dan mencatat kondisi ibu dan bayi yaitu :
 - a) DJJ setiap 30 menit.
 - b) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus tiap 30 menit
 - c) Nadi setiap 30 menit
 - d) Pembukaan serviks tiap 4 jam
 - e) Penurunan kepala tiap 4 jam
 - f) Tekanan darah tiap 4 jam
 - g) Temperatur tubuh tempat 2 jam
 - h) Produksi urin, aseton, dan protein setiap 2 jam.

2) Asuhan kala II

Asuhan Persalinan yang dilakukan adalah Asuhan Persalinan Normal sesuai dengan Standar 60 langkah sebagai berikut (PP IBI, 2016) :

Amati tanda dan gejala kala II :

- (1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II
 - h. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - i. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan atau vaginanya.
 - j. Perineum menonjol.
 - k. Vulva, vagina dan spingter ani membuka.
- (2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asfiksia → tempat dan datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.
 - a. Gelar kain diatas perut ibu dan tempat resusitasi serta ganjal bahu bayi.
 - b. Siapkan antitoksin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- (3) Pakai celemek plastic
- (4) Lepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang di pakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- (5) Pakai sarung tangan DTT pada tahun yang akan di gunakan untuk periksa dalam.
- (6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril, pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

Pastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik :

- (7) Bersihkan vulva dan perineum, dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang di basahi air DTT.
 - a. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan kebelakang.
 - b. Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.
 - c. Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin, 0,5 %.
- (8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban dalam pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
- (9) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara menyelupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 % kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5 % selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan di lepaskan.
- (10) Periksa DJJ setelah kontraksi atau saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).
 - a. Ambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b. Dokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

- (11) Beritahukan bahwa pembukaan sudah lengkap an keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - a. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
 - b. Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
- (12) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, dan ibu ke posisi setengah duduk atau posisisi lain yang di inginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
- (13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran :
 - a. Bimbing ibu agar dapat meneran seara benar dan efektif.
 - b. Berikan dukungan dan semangat pada saat mengeran dan perbaiki cara mengeran apabila caranya tidak sesuai
 - c. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring, terlentang dalam waktu yang lama).
 - d. Anjurkan ibu untuk istirahat di antara kontraksi.
 - e. Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu

- f. Berikan cukup asupan cairan peroral (minum).
 - g. Nilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
 - h. Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) mengeran (primigravida) atau 60 menit (1 jam) mengeran (multigravida).
- (14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- (15) Letakkan handuk bersih (untuk meringankan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- (16) Letakkan kain bersih yang di lipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
- (17) Buka tutup parus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
- (18) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- (19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan 1 tangan yang di lapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahahn kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepal. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan atau bernafas cepat dan dangkal.
- (20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.

- a. Jika tali pusat meliliti leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b. Jika tali pusat meliliti leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong di antara 2 klem tersebut.
- (21) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- (22) Lahirkan bahu
- Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara bipareintal. Anjurkan ibu untuk meneran saat berkontraksi. Dengan lenbut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- (23) Lahirkan badan dan tungkai
- Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- (24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk antara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya).
- (25) Lakukan penilaian (sepintas) :
- a. Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan?
 - b. Apakah bayi bergerak dengan aktif?

(26) Keringkan tubuh bayi

Mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk atau kain yang kering. Biarkan bayi di atas perut ibu.

(27) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (janin tunggal).

(28) Beri ibu bahwa ia akan di suntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.

(29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit (intra muskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan 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) Potong dan mengikat tali pusat.

- a. Dengan 1 tangan, pegang tali pusat yang telah di jepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.
- b. Ikat tali pusat dengan benang DTT atau steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- c. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah di sediakan.

- (32) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi.
- a. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada atau perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
 - b. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

3) Asuhan kala III

Menurut Depkes RI (2010) melakukan manajemen aktif kala III meliputi :

- (33) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- (34) Letakkan 1 tangan diatas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- (35) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri) jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
- (36) Keluarkan plasenta
- a. Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik

tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.

- (37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah di sediakan.
- (38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).
- (39) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.
- (40) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.
- (41) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- (42) Pastikan kandung kemih kosong jika penuh lakukan kateterisasi
Evaluasi
- (43) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dang

bilas dengan air DTT tanpa melepas sarung tangan, kemudian keringkan dengan handuk.

- (44) Ajarkan ibu atau keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- (45) Periksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 mnit selama jam ke-2 pasca persalian.
- (46) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- (47) Periksa kembali bayi untuk pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5).
 - a. Jika bayi sulit bernapas, merintih atau retraksi, diresisutasi dan segera merujuk ke rumah sakit.
 - b. Jika bayi napas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke RS rujukan.
 - c. Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu bayi dan hangatkan ibu bayi-bayi dalam satu selimut.
- (48) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di kontaminasi.
- (49) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.

- (50) Bersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- (51) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- (52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5 %.
- (53) Celupkan kain tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%. balikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- (54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air yang mengalir.
- (55) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
- (56) Lakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik, pernapasan bayi normal (40-60 kali/menit) dan temperature tubuh normal (36,5-37,5⁰C) setiap 15 menit.
- (57) Setelah 1 jam pemberian vitamin K₁ berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat di susukan.
- (58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan chlorine 0,5% selama 10 menit.
- (59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

(60) Dokumentasi

Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

4) Asuhan kala IV

Menurut Depkes RI (2010) pemantauan pada kala IV meliputi :

(1) 1 jam pertama setiap 15 menit yang di nilai yaitu :

- a. Tekanan darah
- b. Nadi
- c. Suhu
- d. Tinggi fundus uteri
- e. Kontraksi uterus
- f. Kandungan kemih
- g. Perdarahan
- h. 1 jam kedua setiap 30 menit yang di nilai yaitu :

(2) Tekanan darah

(3) Nadi

(4) Suhu

(5) Tinggi fundus uteri

(6) Kontraksi uterus

(7) Kandungan kemih

(8) Perdarahan

2.2.1 Persalinan Dengan Sectio Cesareo

1. Pengertian

Sectio Caesarea (SC) adalah suatu cara untuk melahirkan janin dengan membuat sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut.(Nurarif & Kusuma, 2015).

Sectio Caesarea (SC) adalah proses persalinan dengan melalui pembedahan dimana irisan dilakukan di perut untuk mengeluarkan seorang bayi (Endang Purwoastuti and Siwi Walyani, 2014).

2. Klasifikasi Sectio Caesarea (SC)

(1)Sectio Caesarea (SC) abdomen SC transperitonealis

(2)Sectio Caesarea (SC) vaginalis, Menurut arah sayatan pada rahim,

SC dapat dilakukan sebagai berikut:

(1) Sayatan yang memanjang

(2) Sayatan yang melintang

(3) Sayatan yang berbentuk huruf T

(3)Sectio Caesarea (SC) klasik

Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira – kira sepanjang 10 cm. Tetapi saat ini teknik ini jarang dilakukan karena memiliki banyak kekurangan namun pada kasus seperti operasi berulang yang memiliki banyak perlengketan organ cara ini dapat dipertimbangkan.

(4) Sectio Caesarea (SC) ismika

Dilakukan dengan membuat sayatan melintang konkaf pada segmen bawah rahim kira – kira sepanjang 10 cm (Nurarif & Kusuma, 2015).

3. Etiologi Sectio Caesarea (SC)

1) Etiologi yang berasal dari ibu

Menurut Manuaba (2012), adapun penyebab sectio caesarea yang berasal dari ibu yaitu ada sejarah kehamilan dan persalinan yang buruk, terdapat kesempitan panggul, plasenta previa terutama pada primigravida, solutio plasenta tingkat I-II, komplikasi kehamilan, kehamilan yang disertai penyakit (jantung, DM), gangguan perjalanan persalinan (kista ovarium, mioma uteri, dan sebagainya). Selain itu terdapat beberapa etiologi yang menjadi indikasi medis dilaksanakannya seksio sesaria antara lain :CPD (Chepalo Pelvik Disproportion), PEB (Pre-Eklamsi Berat), KPD (Ketuban Pecah Dini), Faktor Hambatan Jalan Lahir.

2) Etiologi yang berasal dari janin

Gawat janin, mal presentasi, dan mal posisi kedudukan janin, prolapsus tali pusat dengan pembukaan kecil, kegagalan persalinan vakum atau forceps ekstraksi (Nurarif & Kusuma, 2015).

4. Komplikasi Post Sectio Caesarea (SC)

Komplikasi pada sectio caesarea menurut (Mochtar, 2013) adalah sebagai berikut :

1) Infeksi Puerferral (nifas)

- (1) Ringan dengan kenaikan suhu hanya beberapa hari saja.
 - (2) Sedang dengan kenaikan suhu yang lebih tinggi, disertai dehidrasi dan perut sedikit kembung.
 - (3) Berat dengan peritonitis, sepsis dan illeus paralitik. Infeksi berat sering kita jumpai pada partus terlantar, sebelum timbul infeksi nifas, telah terjadi infeksi intra partum karena ketuban pecah terlalu lama.
- 2) Perdarahan karena :
- (1) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka.
 - (2) Atonia uteri.
 - (3) Perdarahan pada placentar bed.
 - (4) Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila reperitonialisasi terlalu tinggi. Kemungkinan ruptur uteri spontan pada kehamilan mendatang.

2.6.3 Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas

1. Data Subyektif

1) Biodata

1. Identitas ibu dan suami (nama)
2. Usia ibu dan Suami
3. Agama
4. Pendidikan
5. Pekerjaan
6. Suku bangsa

7. Alamat

2) Keluhan utama

Untuk mengetahui masalah yang dihadapi yang berkaitan dengan masa nifas, misalnya pasien merasa mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan pada perineum (Sulistyawati 2011).

3) Riwayat kebidanan

(1) Riwayat menstruasi

Untuk mengetahui kapan mulai menstruasi, siklus menstruasi, lamanya menstruasi, banyaknya darah menstruasi, teratur/tidak menstruasinya, sifat darah menstruasi, keluhan yang dirasakan sakit waktu menstruasi (Anggraini, 2010).

(2) Riwayat perkawinan

Pada status perkawinan yang ditanyakan adalah kawin syah, berapa kali, usia menikah berapa bulan, dengan uami usia berapa, lama perkawinan, dan sudah mempunyai anak belum (Anggraini, 2010).

(3) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Untuk mengetahui jumlah kehamilan dan kelahiran, riwayat persalinan yaitu jarak antara du kelahiran, tempat kelahiran, lamanya melahirkan, dan cara melahirkan dan KB (Anggraini, 2010).

(4) Riwayat persalinan sekarang

Untuk mengetahui tanggal persalinan, jenis persalinan, jenis kelamin anak, keadaan bayi meliputi panjang badan, berat badan, penolong persalinan. Hal ini perlu dikaji untuk mengetahui apakah proses

persalinan mengalami kelainan atau tidak yang bisa berpengaruh pada masa nifas saat ini (Ambarwati, 2010).

(5) Riwayat keluarga berencana

Untuk mengetahui apakah pasien pernah ikut KB dengan kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi serta rencana KB setelah masa nifas ini dan beralih ke kontrasepsi apa (Ambarwati, 2010).

4) Riwayat kesehatan yang lalu

Pernah dirawat di RS, atau pernah menjalani operasi. (Sulistyawati, 2011).

5) Riwayat kesehatan sekarang

Untuk mengetahui kemungkinan adanya penyakit yang diderita pada saat ini yang ada hubungannya dengan masa nifas dan bayinya (Anggraini, 2010).

6) Riwayat kesehatan keluarga

Untuk mengetahui penyakit menular (HIV/AIDS, TBC, Hepatitis) dalam keluarga, penyakit keturunan (DM, Asma, hipertensi), Penyakit menahun (jantung, paru-paru, ginjal), penyakit alergi dan riwayat keturunan kembar. (Sulistyawati, 2011).

7) Pola kebiasaan sehari-hari

a. Makan

Konsumsi tambahan 500 kalori tiap hari (3-4 porsi setiap hari), nutrisi yang cukup, gizi seimbang, terutama kebutuhan protein dan karbohidrat serta banyak mengandung cairan dan serat untk

mencegah konstipasi, Rutin mengkonsumsi pil zat besi setidaknya selama 40 hari pascapersalinan (Marmi, 2015).

b. Minum

Ibu dianjurkan minum sedikitnya 3 liter per hari, untuk mencukupi kebutuhan cairan supaya tidak cepat dehidrasi (Marmi, 2015).

c. Istirahat dan tidur

Ibu dapat beristirahat dengan tidur siang selagi bayi tidur, atau melakukan kegiatan kecil dirumah seperti menyapu dengan perlahan-lahan. Jika ibu kurang istirahat maka dampak yang terjadi seperti jumlah produksi ASI berkurang, memperlambat proses involusi uteri, serta meyebabkan depresi dan ketidakmampuan ibu dalam merawat bayinya (Marmi, 2015).

d. Personal hygiene

Mandi lebih sering (2 kali/ hari) dan menjaga kulit tetap kering untuk mencegah infeksi dan alergi dan penyebarannya ke kulit bayi, Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air, yaitu dari arah depan ke belakang, setelah itu anus. Mengganti pembalut minimal 2 kali sehari. Menganjurkan ibu mencuci tangan dengan sabun dan air setiap sebelum dan selesai membersihkan daerah kemaluan. Jika ibu mempunyai luka episiotomy, ibu dianjurkan untuk tidak menyentuh daerah luka agar terhindar dari infeksi sekunder (Saleha, 2013).

e. Seksualitas

Untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu jarinya kedalam vagima tanpa rasa

nyeri, maka ibu aman untuk memenuhi melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap (Saleha, 2013).

f. Aktivitas

Pada ibu dengan postpartum normal ambulasi dini dilakukan paling tidak 6-12 jam postpartum, sedangkan pada ibu dengan partus *sectio caesarea* ambulasi dini dilakukan paling tidak setelah 12 jam postpartum setelah ibu sebelumnya beristirahat/tidur. Tahapan ambulasi ini dimulai dengan miring kiri/kanan terlebih dahulu, kemudian duduk. Lalu apabila ibu sudah cukup kuat berdiri maka ibu dianjurkan untuk berjalan) (Sulistyawati, 2010).

g. Eliminasi

1. Buang Air Kecil (BAK)

Biasanya dalam waktu 6 jam postpartum ibu sudah dapat melakukan BAK secara spontan. Miksi normal terjadi setiap 3-4 jam postpartum. Namun apabila dalam waktu 8 jam ibu belum dapat berkemih sama sekali, maka katektisasi dapat dilakukan apabila kandung kemih penuh dan ibu sulit berkemih (Saleha, 2013).

2. Buang Air Besar (BAB)

Ibu postpartum diharapkan sudah dapat buang air besar setelah hari ke-2 postpartum. Jika pada hari ke-3 ibu belum bisa BAB, maka penggunaan obat pencahar berbentuk supositoria sebagai pelunak tinja dapat diaplikasikan melalui per oral atau per rektal (Saleha, 2013).

8) 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 (Prawirohardjo, 2010).

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan umum

(1) K/U : Baik.

Kesadaran : Compos Mentis

(2) Tanda-tanda vital

TD : Untuk mengetahui tekanan darah ibu, normalnya 110/60 – 140-90 mmhg (Anggraini, 2010)

Nadi : untuk mengetahui nadi pasien yang dihitung dalam menit.
Batas normal nadi berkisar antara 60-80 x/menit.

Suhu : 36,5-37,5 °C

RR : 16-20 x/menit

b. Pemeriksaan Fisik

(1) Inspeksi

Kepala : Bersih, warna rambut hitam, tidak ada ketombe

Wajah : Adanya cloasma gravidarum, tidak odema, tidak pucat

- Mata : Simetris, conjungtiva merah muda, sklera putih.
- Hidung : Simetris, bersih, tidak ada pembesaran polip.
- Telingga : Simetris, bersih, tidak ada serumen
- Mulut : Bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada karang gigi, tidak ada caries, mukosa bibir lembab, tidak ada pembesaran tonsil.
- Leher : Bersih, tidak ada luka.
- Ketiak : Bersih, simetris
- Dada : Bersih, simetris, tidak ada tarikan intercosta.
- Mamae : Bersih, simetris, hyperpigmentasi areola, puting susu menonjol
- Abdomen : Tidak ada massa, tidak ada luka bekas operasi.
- Genetalia : Bersih, tidak odema, tidak varises, adanya lochea rubra, adanya perdarahan, adanya episiotomi, adanya jahitan derajat 2 (mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum dan otot perineum).
- Ekstremitas : Pergerakan normal, tidak odema, tdk varise, jari-jari lengkap.

(2) Palpasi

- Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan vena

jugularis.

Payudara : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, colostrum sudah keluar. Umumnya ASI keluar 1 – 3 hari setelah melahirkan dan setelah itu mengeluarkan produksi ASI lebih banyak (Saleha, 2013).

Abdomen : Tidak ada massa, TFU 2 jari di bawah pusat

(3) Auskultasi

Dada : Tidak ada suara wheezing dan ronkhi

(4) Perkusi

Reflek patella : +/- Mengetahui adanya hipovitaminosis, B1 hipertensi penyakit urat syaraf (Sulistyawati, 2011).

c. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang adalah pemeriksaan yang dilakukan untuk mendukung penegakan diagnosa, yaitu pemeriksaan laboratorium, rontgen, ultrasonografi, dll (Wulandari, 2010).

3. Analisa data

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi Data Subyektif dan Data Obyektif dalam suatu lingkungan indentifikasi:

- a. Diagnosa atau masalah
- b. Antisipasi diagnosa atau masalah potensial

- c. Perlunya tindakan segera setelah bidan atau dokter, konsultasi atau kolaborasi dan atau rujukan sebagai langkah interpretasi data diagnosa potensial dan intervensi.

Contoh : Ny., P-..A-..P-..A-..H-..., nifas hari ke .. fisiologis

4. Penatalaksanaan

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assesment sebagai langkah rencana tindakan, implementasi dan evaluasi.

1) Kunjungan I (6 – 48 jam postpartum)

Asuhan yang diberikan antara lain:

- 1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri,
- 2) Memantau keadaan umum ibu untuk memastikan tidak terjadi tanda-tanda infeksi.
- 3) Melakukan hubungan antara bayi dan ibu (*bounding attachment*).
- 4) Membimbing pemberian ASI lebih awal (ASI eksklusif) (Marmi, 2015).

2) Kunjungan II (4 hari – 28 hari)

Asuhan yang diberikan antara lain:

- (1) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal.
- (2) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- (3) Memastikan ibu mendapat cukup makan, cairan dan istirahat

- (4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - (5) Memberikan konseling pada ibu, mengenal asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari (Marmi, 2015).
- 3) Kunjungan III (29 hari – 42 hari)
- Asuhan yang diberikan antara lain:
- (1) Menanyakan kesulitan-kesulitan yang dialami ibu selama masa nifas,
 - (2) Memberikan konseling KB secara dini, imunisasi, senam nifas, dan tanda-tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi (Marmi, 2015).

2.6.4 Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir

1. Data Subjektif

Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari berbagai sumber yang berkaitan dengan kondisi bayi baru lahir saat ini. Umumnya keluhan yang ditemukan antara lain: bayi belum bisa menyusu secara maksimal, belum BAB, tangisan bayinya lemah atau kuat (Dwiendra, 2014).

a. Identitas

1) Nama

2) Usia

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

3) Jenis kelamin

4) Alamat

Untuk memudahkan kunjungan rumah bila diperlukan.

b. Keluhan utama

Di isi sesuai dengan apa yang dikeluhkan ibu tentang keadaan bayinya.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Untuk mengetahui kondisi bayinya apakah dalam keadaan sehat atau sakit.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Ditanyakan mengenai latar belakang keluarga utama. Anggota keluarga yang mempunyai riwayat keturunan menular (TBC, hepatitis, HIV/AIDS), menurun (Asma, DM, Hipertensi), menahun (jantung, paru, ginjal).

e. Riwayat prenatal, Natal, Postnatal dan Neonatal

a) Riwayat prenatal

Untuk mengetahui kondisi ibu selama hamil adalah komplikasi/tidak, pemeriksaan kehamilan dimana dan berapa kali, serta mendapatkan apa saja dari petugas kesehatan selama hamil.

b) Riwayat natal

Untuk mengetahui cara persalinan, ditolong oleh siapa, apakah ada penyulit/ tidak selama melahirkan seperti perdarahan.

c) Riwayat postnatal

Untuk mengetahui berapa lama ibu mengalami masa nifas serta adakah komplikasi atau tidak, baik berhubungan dengan ibu dan bayi.

d) Riwayat Neonatal

Untuk mengetahui berat badan dan Panjang badan lahir, apakah saat bayi lahir langsung menangis/ tidak serta adakah cacat atau tidak.

f. Pola kebiasaan sehari-hari

(1) Pola 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 makanan lain sampai anak berusia 6 bulan (Muslihatun, 2010).

(2) Pola 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 (Muslihatun, 2010).

(3) Pola Eliminasi

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) (Muslihatun, 2010).

BAK : Bayi yang mendapat ASI mengeluarkan urine 20 cc selam 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 (Muslihatun, 2010).

(4) Pola 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. Popok harus diganti sesegera mungkin bila kotor (Dwiendra, 2014).

g. Riwayat psikologi

Untuk mengetahui respon orangtua dan lingkungan maupun sebaliknya terhadap kelahiran bayi (Dwiendra, 2014).

2. Data Objektif

Data obyektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut varney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/ pemeriksaan diagnostic lain. Catatan medis dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data obyektif ini (Dwiendra, 2014).

1) Pemeriksaan Umum

(1) Keadaan Umum : Baik

Kesadaran : Composmentis

(2) Tanda-tanda vital pada bayi normal, meliputi :

Suhu Aksila : 36 -37⁰C

HR : 120-160 x/menit

Respirasi : 30-60 x/menit

(3) 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.

2) Pemeriksaan Fisik Khusus

i. Inspeksi

Kepala : Tulang kepala terbentuk sempurna, keadaan kulit kepala bersih dan rambut bersih, tidak ada/ ada hydrocephalus, tidak ada/ada cephal hematoma, tidak ada/ ada caput succedanium, tidak ada moulage.

Wajah : Simetris, bersih, warna kulit kemerahan, tidak ada/ ada sianosis, konjungtiva pucat/ tidak

Mata : Bersih, simetris, konjungtiva merah muda, sklera

putih/ kuning.

- Hidung : Simetris, bersih, tidak ada cuping hidung.
- Mulut : Bersih, reflek hisap baik, reflek menelan baik, tidak *sheilochisis*, *labioschisis*, *palatochisis*, bibir lembab, tidak ada *mikroglosus*
- Telingga : Simetris, bersih, terdapat lubang telinga, tulang telinga terbentuk sempurna, tidak down sindrom.
- Leher : Simetris, bersih
- Dada : Simetris, tidak ada tarikan intercosta, tidak ada funnel chest, barrel chest, pigeon chest.
- Abdomen : Bersih, tali pusat belum lepas, tidak ada perdarahan, tidak ada infeksi pada tali pusat.
- Punggung : Bentuk datar, bersih, tidak ada spina bifida, tidak ada kyfosis, scoliosis, tidak lordosis.
- Genetalia : Pada bayi perempuan apakah labia mayora telah menutupi labia minora, sedangkan pada laki-laki apakah testis sudah turun ke skrotum.
- Anus : Terdapat lubang anus, tidak hemoroid
- Ekstremitas

Atas : Rentan pergerakan sendi bahu, simetris, siku normal pada reflek genggam ada, kuat bilateral, tidak ada polidaktil dan dan sindaktil.

Bawah : Simetris, kedua sisi dan sepuluh jari kaki tanpa rakan sendi penuh, tidak ada polidaktil dan dan sindaktil.

ii. Palpasi

Leher : Tidak ada/ ada pembesaran kelenjar throid dan vena jugularis

Ketiak : Tidak ada pembesaran kelenjar limfe

Abdomen : Tidak ada/ ada pembesaran hepar, teraba benjolan abnormal/ tidak

iii. Auskultasi

Dada : Tidak ada weezing, ronkhi/ tidak, dan stridor, irama jantung regular

Abdomen : Tidak terdengar bising usus

3) Pemeriksaan Neurologi

(1) *Reflek Moro* (Reflek Kejut)

Bayi terkejut bila diberi sentuhan mendadak khususnya dengan jari dan tangan (Marmi, 2015).

(2) *Reflek Rooting* (Reflek Mencari)

Bayi menoleh kepalanya mencari sentuhan jari pemeriksa yang ditempatkan dipipi (Marmi, 2015).

(3) *Reflek Graps* (Reflek Menggenggam)

Tangan bayi berusaha menggenggam jari pemeriksa saat telapak tangan bayi disentuh pemerika (Marmi, 2015).

(4) *Reflek Sucking* (Reflek Menghisap)

Bayi nampak menghisap dengan kuat saat diberi ASI oleh ibu (Marmi, 2015).

(5) *Reflek Tonickneck*

Bayi belum bisa menyangga lehernya (Marmi, 2015).

(6) *Reflek Batuk dan Bersin*

Reflek ini timbul untuk melindungi bayi dan obstruksi pernafasan (Marmi, 2015).

(7) *Reflek Walking dan Stapping*

Reflek ini timbul bila bayi dalam posisi berdiri akan ada gerakan spontan kaki melangkah kedepan walaupun bayi tersebut belum bisa berjalan (Dewi, 2010).

(8) *Reflek Babinsky*

Reflek bila ada rangsangan pada telapak kaki akan bergerak keatas dan jari – jari lain membuka. Reflek ini biasanya hilang setelah berusia

(9) *Reflek Galant/ Membengkokkan Badan*

Ketika bayi tengkurap goreskan pada punggung menyebabkan pelvis membengkokkan kesamping. Jika punggung digores dengan keras

kira – kira 5 cm dari tulang belakang dengan gerakan kebawah, bayi merespon dengan membengkokkan badan kesisi yang digores. Refleks ini berkurang pada usia 2-3 bulan (Dewi, 2010).

4) Data Penunjang

Data penunjang adalah data yang diperoleh dari pemeriksaan fisik

Data penunjang meliputi pemeriksaan Hb dan golongan darah (Dwiendra, 2014).

3. Analisa data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis, masalah, dan kebutuhan pasien berdasarkan interpretasi yang benas atas data-data yang telah dikumpulkan (Dwiendra, 2014). Pada langkah ini dapat juga mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang lain.

Contoh : By Ny “...” Neonatus fisiologis hari ke

4. Penatalaksanaan

Pada langkah ini berisi mencakup asuhan menyeluruh dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi atau tindak lanjut dan rujukan (Dwiendra, 2014).

- 1) Mengobservasi tanda-tanda vital dan tangisan bayi, bayi menangis kuat
- 2) Menjaga suhu tubuh bayi tetap hangat agar bayi jangan sampai hipotermi, bayi sudah di bedong atau diselimuti.
- 3) Bounding attachment dan memberikan ASI pada bayi segera dan bayi mau menghisap, bayi dibungkus dengan kain yang hangat.

- 4) Mengidentifikasi bayi, bayi laki-laki/perempuan, BB :...gr, PB :...cm, anus ada.
- 5) Memberikan vitamin K₁ sebanyak 1 mg dan imunisasi HB₀ selang 1 jam setelah pemberian vitamin K₁.
- 6) Melakukan kolaborasi dengan dokter SPO dalam pemberian terapi jika diperlukan.

2.6.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Akseptor KB

1) Data Subjektif

1) Identitas

- 1) Nama suami atau istri (nama)
- 2) Suku/ bangsa
- 3) Agama
- 4) Usia untuk mengetahui usia subur klien
- 5) Pendidikan
- 6) Alamat

2) Keluhan Utama

Alasan pasien datang ke pelayanan kesehatan. Apakah pasien datang untuk kontrol ulang atau karena alasan lain, misalnya karena sakit (Affandi, 2011).

- 1) Amenore atau pendarahan tidak terjadi
- 2) Pendarahan bercak atau spotting
- 3) Meningkatnya atau menurunnya BB
- 4) Mual dan nyeri payudara ringan
- 5) Sakit kepala

3) Riwayat Kebidanan

(1) Haid

a. Menarche

Semakin muda seorang wanita mengalami menstruasi atau haid dapat menimbulkan beberapa risiko seperti seperti stroke, penyakit jantung, histerektomi (pengangkatan jantung), serta komplikasi kehamilan.

b. Siklus haid

Siklus menstruasi normal terjadi 28 sampai 35 hari Menstruasi akan berhenti dengan sendirinya saat perempuan mengalami menopause.

c. Lamanya

Menstruasi rata-rata terjadi 5 hari, kadang-kadang menstruasi juga dapat terjadi sekitar 2 hari sampai 7 hari paling lama 15 hari. Jika darah keluar lebih dari 15 hari maka itu termasuk darah penyakit.

d. Volume

Umumnya darah yang hilang akibat menstruasi adalah 10 ml hingga 80 ml per hari tetapi biasanya dengan rata-rata 35 ml per harinya.

e. Warna

Darah menstruasi akan berwarna merah kehitaman karena merupakan darah kotor atau lapisan dinding rahim yang harus dikeluarkan.

(2) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu

Tujuannya untuk mengetahui jumlah kehamilan dan persalinan, kapan, dimana, penolong persalinan, jenis persalinan, penyulit kehamilan, penolong persalinan, BB Bayi, penyulit persalinan, nifas vit A, Tab Fe, KB alat kontrasepsi dan lamanya penggunaannya.

4) Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Penyakit menular (HIV/AIDS, TBC, Hepatitis), penyakit menurun (DM, hipertensi, asma) dan menahun (jantung, paru-paru, ginjal).

2) Riwayat kesehatan yang lalu

Pernah dirawat di RS, atau pernah menjalani operasi.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Untuk mengetahui penyakit menular (HIV/AIDS, TBC, Hepatitis) dalam keluarga, penyakit keturunan (DM, Asma, hipertensi), Penyakit menahun (jantung, paru-paru, ginjal), penyakit alergi dan riwayat keturunan kembar (Sulistiyawati, 2011).

5) Riwayat perkawinan

1) Status perkawinan

Untuk mengetahui apakah terjadi perkawinan yang sah atau tidak yang akan mempengaruhi psikologi klien.

2) Usia saat kawin

Untuk mengetahui apakah saat kawin, dimana keadaan fisik, mental, social, dan sistem reproduksi seorang wanita sudah matang.

3) Lama perkawinan

Untuk mengetahui infertilitas kelahiran.

6) Riwayat ginekologi

Pernahkah pasien menderita infeksi menular seksual, dan pemerkosaan, serta pernah melakukan pemeriksaan Pap Smear (Affandi, 2011).

7) Riwayat kontrasepsi

Apakah pernah menjadi akseptor KB lain sebelumnya sudah berapa lama menjadi akseptor KB tersebut (Affandi, 2011).

8) Pola Kebiasaan Sehari-hari

Untuk mengetahui bagaimana kebiasaan ibu (nutrisi, istirahat, eliminasi, personal hygiene, aktivitas) dirumah yang dapat mempengaruhi efektifitas dari kontrasepsi (Affandi, 2011).

2. Data Objektif

1) Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Compos Mentis
- c. Pengukuran TTV

TD : Normalnya 110/60-≤ 140/90 mmH (untuk mengetahui mempunyai riwayat hipertensi atau hipotensi, karena pada kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi kenaikan tekanan darah).

Nadi : Normalnya 60-100 x/ menit

Suhu : Normalnya 36,5-37,5°C

RR : Normalnya 16-20 x/menit

2) Pemeriksaan Fisik

- a. Inspeksi

Wajah : Untuk mengetahui warna kulit, pigmentasi, bentuk dan kesimetrisan.

Mata : Untuk mengetahui apakah conjungtiva warna merah muda, sklera warna putih, adakah kelainan atau tidak, adakah gangguan penglihatan seperti rabun jauh atau dekat.

Mammae : Untuk mengetahui adanya masa atau ketidak teraturan dalam jaringan payudara, mendeteksi awal adanya kanker payudara.

Dada : Untuk mengetahui keadaan payudara, simetris atau tidak, ada benjolan atau tidak, ada nyeri atau tidak.

Ekstremitas : Untuk mengetahui adanya oedema atau tidak, adanya varises atau tidak, adanya kelainan atau tidak,reflek patella reflek patella positif atau negatif.

(2) Palpasi

Mammae : Untuk mengetahui adanya masa atau ketidak teraturan dalam jaringan payudara, mendeteksi awal adanya kanker payudara.

Abdomen : Mengetahui bentuk dan gerakan-gerakan perut, mendengarkan suara peristaltic perut, meneliti tempat nyeri tekan organ-organ dalam rongga perut, meneliti

tempat nyeri tekan organ-organ dalam rongga perut
benjolan dalam perut.

Genetalia : Untuk mengetahui letak ukuran, konsistensi dan massa.

(3) Auskultasi

Dada : Ada atau tidaknya suara tambahan pernafasan dan normal tidaknya suara detak jantung.

(4) Perkusi

Ekstremitas : Untuk mengetahui adanya oedema atau tidak, adanya varices atau tidak, adanya kelainan atau tidak, reflek patella reflek patella positif atau negative

3) Pemeriksaan Penunjang

Data penunjang diperlukan sebagai pendukung diagnosa, apabila diperlukan (misalnya pemeriksaan kolesterol, fungsi hati, glukosa atau pap smear) (Prawirahardjo, 2011)

3. Analisa

Untuk mengetahui atau menentukan Diagnosa. Diagnosa Potensial berdasarkan Data Subyektif dan Obyektif kemudian masalah. Masalah potensial dan kebutuhan segera saat itu juga.

Contoh akseptor KB baru : Ny “...” Akseptor baru KB ...

Contoh akseptor KB lama : Ny”...” Akseptor lama KB ...

4. Penalaksanaan

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