

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

A. Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri dan Ginekologi Internasional (FOGI), kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum, dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu menurut kalender internasional. Kehamilan di klasifikasikan dalam 3 semester, yaitu trimester kesatu dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (0-12 minggu), trimester kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan (13-27 minggu), trimester ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (28-40 minggu).((Prawirohardjo, 2017).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam kurun waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke – 13 hingga minggu ke – 27), dan trimester ketiga 13 minggu, minggu ke – 28 hingga ke – 40 (Walyani,2015). Berdasarkan beberapa pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa kehamilan merupakan proses pertemuan spermatozoa dan ovum (konsepsi), pertumbuhan zigot, nidasi

(implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm yang berakhir dengan permulaan persalinan.

B. Tanda dan Gejala Kehamilan

1. Tanda kehamilan

- a) Amenore (terlambat datang bulan) Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya pembentukan folikel de Graff dan ovulasi di ovarium. Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi selama kehamilan, dan perlu diketahui hari pertama haid terakhir untuk menentukan tuanya kehamilan dan tafsiran persalinan.
- b) Mual muntah umumnya terjadi pada kehamilan muda dan sering terjadi pada pagi hari. Progesteron dan estrogen mempengaruhi pengeluaran asam lambung yang berlebihan sehingga menimbulkan mual muntah.
- c) Ngidam Menginginkan makanan/minuman tertentu, sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan tetapi menghilang seiring tuanya kehamilan.
- d) Payudara tegang Pengaruh estrogen, progesteron, dan menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara menyebabkan rasa sakit terutama pada kehamilan pertama.
- e) Anoreksia nervosa Pada bulan-bulan pertama terjadi anoreksia (tidak nafsu makan), tapi setelah itu nafsu makan muncul lagi.
- f) Sering kencing Hal ini sering terjadi karena kandung kencing pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada

triwulan kedua umumnya keluhan ini hilang karena uterus yang membesar keluar rongga panggul.

1. Tanda Kemungkinan (Probability Sign)

- a) Pembesaran Perut / rahim Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan.
- b) Tanda *Hegara* adalah pelunakan dan dapat ditekannya isthmus uterus.
- c) Tanda *Goodell* adalah perubahan konsistensi pada serviks bila dibandingkan dengan konsistensi kenyal pada satu tidak hamil. (Kumalasari, 2015:3)
- d) Tanda *Chadwicks* adalah perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.
- e) Tanda *Piskacek* adalah Pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu.
- f) Kontraksi *Braxton Hicks* adalah Peregangan sel – sel otot uterus, akibat meningkatnya actomycin didalam otot uterus. Kontraksi ini tidak beritmik, sporadis, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan 8 minggu.
- g) Teraba Ballotement Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa.
- h) Pemeriksaan tes biolgis kehamilan (planotest) positif Pemeriksaan ini adaah untuk mendeteksi adanya hCG yang diproduksi oleh sinsitotrofoblas sel selama kehamilan. Hormon ini disekresi diperedaran darah ibu (pada plasma darah), dan diekskresi pada urine ibu.

2. Tanda Pasti (Positive Sign)

- a) Gerakan janin dalam rahim gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan ini baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.
- b) Denyut jantung janin dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya doppler)
- c) Bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester akhir)
- d) Kerangka janin kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG
- e) Kehamilan di klasifikasikan dalam 3 trimester menurut
 - 1) Trimester kesatu, dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan (0- 12 minggu).
 - 2) Trimester kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan (13-27 minggu)
 - 3) Trimester ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan (28-40 minggu).

Menurut Muslihatun (2011) usia kehamilan (usia gestasi) adalah masa sejak terjadinya konsepsi sampai dengan saat kelahiran, dihitung dari hari pertama haid terakhir (mesntrual age of pregnancy). Kehamilan cukup bulan (term/ aterm) adalah usia kehamilan 37 – 42 minggu (259 – 294 hari) lengkap. Kehamilan kurang bulan (preterm) adalah masa gestasi kurang dari 37 minggu (259 hari). Dan kehamilan lewat waktu (postterm) adalah masa gestasi lebih dari 42 minggu (294 hari).

C. Standart minimal Kunjungan Kehamilan

Sebaiknya ibu memperoleh sedikitnya 6 kali kunjungan selama kehamilannya, yang terdistribusi dalam 3 trimester, yaitu sbb:

- a) 2 kali pada trimester I
- b) 1 kali pada trimester II
- c) 3 kali pada trimester III

3. Kunjungan ANC Pada Saat Pandemi (Covid 19)

- a) Untuk pemeriksaan hamil pertama kali, buat janji dengan dokter agar tidak menunggu lama. Selama perjalanan ke fasyankes tetap melakukan pencegahan penularan COVID-19 secara umum.
- b) Pengisian stiker Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dipandu bidan/perawat/dokter melalui media komunikasi.
- c) Pelajari buku KIA dan terapkan dalam kehidupan sehari-hari. d) Ibu hamil harus memeriksa kondisi dirinya sendiri dan gerakan janinnya. Jika terdapat risiko / tanda bahaya (tercantum dalam buku KIA), maka periksakan diri ke tenaga kesehatan. Jika tidak terdapat tanda-tanda bahaya, pemeriksaan kehamilan dapat ditunda.
- d) Pastikan gerak janin diawali usia kehamilan 20 minggu dan setelah usia kehamilan kehamilan 28 minggu hitung gerakan janin (minimal 10 gerakan per 2 jam).
- e) Ibu hamil diharapkan senantiasa menjaga kesehatan dengan mengonsumsi makanan bergizi seimbang, menjaga kebersihan diri dan

tetap mempraktikkan aktivitas fisik berupa senam ibu hamil / yoga / aerobic / peregangan secara mandiri dirumah agar ibu tetap bugar dan sehat.

- f) Ibu hamil tetap minum tablet tambah darah sesuai dosis yang diberikan oleh tenaga kesehatan.
- g) Kelas Ibu Hamil ditunda pelaksanaannya sampai kondisi bebas dari pandemik COVID-19.

D. Proses Kehamilan

1. Fertilisasi Yaitu bertemunya sel telur dan sel sperma. Tempat bertemunya ovum dan sperma paling sering adalah didaerag ampulla tuba. Sebelum keduanya bertemu, maka akan terjadi 3 fase yaitu:
 - a. Tahap penembusan korona radiate Dari 200 – 300 juta hanya 300 – 500 yang sampai di tuba fallopi yang bisa menembus korona radiata karena sudah mengalami proses kapasitasi.
 - b. Penembusan zona pellusida Spermatozoa lain ternyata bisa menempel di zona pellusida, tetapi hanya satu terlihat mampu menembus oosit.
 - c. Tahap penyatuan oosit dan membran sel sperma Setelah menyatu maka akan dihasilkan zigot yang mempunyai kromosom diploid (44 autosom dan 2 gonosom) dan terbentuk jenis kelamin baru (XX untuk wanita dan XY untuk laki - laki)
2. Pembelahan Setelah itu zigot akan membelah menjadi tingkat 2 sel (30 jam), 4 sel , 8 sel, sampai dengan 16 sel disebut blastomer (3 hari) dan membentuk

sebuah gumpalan bersusun longgar. Setelah 3 hari sel – sel tersebut akan membelah membentuk morula (4 hari). Saat morula masuk rongga rahim, cairan mulai menembus zona pellusida masuk kedalam ruang antar sel yang ada di massa sel dalam. Berangsur – angsur ruang antar sel menyatu dan akhirnya terbentuklah sebuah rongga/blastokel sehingga disebut blastokista (4 – 5 hari). Sel bagian dalam disebut embrioblas dan sel diluar disebut trofoblas. Zona pellusida akhirnya menghilang sehingga trofoblast bisa masuk endometrium dan siap berimplantasi (5 – 6 hari) dalam bentuk blastokista tingkat lanjut.

3. Nidasi / implantasi Yaitu penanaman sel telur yang sudah dibuahi (pada stadium blastokista) kedalam dinding uterus pada awal kehamilan. Biasanya terjadi pada pars superior korpus uteri bagian anterior/posterior. Pada saat implantasi selaput lendir rahim sedang berada pada fase sekretorik (2 – 3 hari setelah ovulasi). Pada saat ini, kelenjar rahim dan pembuluh nadi menjadi berkelok – kelok. Jaringan ini mengandung banyak cairan (Marjati,dkk.2010 ; 37).

E. Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut kementerian kesehatan (2013) 6 masalah ini bisa menyebabkan keguguran atau kelahiran dini (prematuur) yang membahayakan ibu dan bayi yaitu:

1. Perdarahan Pada Hamil Muda Maupun Hamil Tua Perdarahan vagna dalam kehamilan adalah jarang yang normal. Pada masa awal kehamilan, ibu akan mengalami perdarahan yang sedikit atau spotting di sekitar waktu pertama

terlambat haid. Perdarahan vagina yang terjadi pada wanita hamil dapat dibedakan menjadi 2 bagian: pada awal kehamilan: abortus, mola hidatidosa dan kehamilan ektopik terganggu. Pada akhir kehamilan: solusio plasenta dan plasenta previa (Jannah,2011).

2. Kelainan plasenta : plasenta previa, solusio plasenta (abruption plasenta) atau perdarahan antepartum yang belum jelas sumbernya, seperti inversion velamentosa, rupture sinus marginalis, plasenta sirkumvalata. Bukan dari kelainan plasenta, biasanya tidak begitu berbahaya, misalnya kelainan serviks dan vagina (erosion, polip, varises yang pecah) dan trauma. (Mochtar,2011)
3. Bengkak Dikaki, Tangan Atau Wajah Disertai Sakit Kepala Atau Kejang. Sakit kepala bisa terjadi selama kehamilan dan seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan yang biasa disebabkan oleh pengaruh hormone dan keletihan. Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat dan menetap dan tidak hilang dengan beristirahat adalah salah satu gejala preeclampsia. Preeclampsia biasanya disertai dengan penglihatan tiba-tiba hilang/kabur. Bengkak/oedema pada kaki dan muka disertai nyeri pada epigastrium (Jannah,2011).
4. Edema dapat terjadi pada kehamilan normal. Edema yang terjadi pada kehamilan mempunyai interpretasi, misalnya 40% edema dijumpai pada hamil normal, 60% edema dijumpai pada kehamilan yang hipertensi, 80% edema dijumpai pada kehamilan dengan hipertensi dan proteinuria.

5. Demam Atau Panas Tinggi Demam tinggi terutama yang diikuti tubuh menggigil, rasa sakit seluruh tubuh, sangat pusing biasanya disebabkan malaria. Pengaruh malaria terhadap kehamilan : memecahkan butir darah merah sehingga menimbulkan anemia, infeksi plasenta dapat menghalangi pertukaran dan menyalurkan nutrisi ke Rahim, panas badan tinggi merangsang terjadi kontraksi Rahim. Akibat gangguan tersebut dapat terjadi keguguran, persalinan prematuritas, dismaturitas, kematian neonates tinggi, kala II memanjang dan retensio plasenta (Jannah, 2011).
6. Air ketuban keluar sebelum waktunya Dapat diidentifikasi dengan keluarnya cairan mendadak disertai bau yang khas. Adanya kemungkinan infeksi dalam Rahim dan persalinan prematuritas yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi. Ketuban pecah dini yang disertai kelainan letak akan mempersulit persalinan yang dilakukan di tempat dengan fasilitas yang belum memadai (Jannah, 2011).
7. Bayi dikandung gerakannya berkurang atau tidak bergerak Ibu mulai merasakan gerakan bayinya selama bulan ke 5 atau ke 6. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Biasanya diukur dalam waktu 12 jam yaitu sebanyak 10 kali. (Jannah, 2011)
8. Mual muntah yang berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena keadaan umumnya menjadi buruk karena terjadi dehidrasi bisa disebut dengan hyperemesis gravidarum. (Mochtar, 2011). Gejala hyperemesis lainnya: napsu makan menurun, berat

badan menurun, nyeri daerah epigastrium, tekanan darah menurun dan nadi meningkat, lidah kering dan mata Nampak cekung (Jannah, 2011).

Menurut Mochtar 2011 Batas mual muntah berapa banyak yang disebut hyperemesis gravidarum tidak ada kesepakatan. Ada yang mengatakan, bisa lebih dari 10 kali muntah akan tetapi apabila keadaan umum ibu terpengaruh dianggap hyperemesis. Tingkat hyperemesis ada 3, yaitu:

1. Tingkat I : Ringan Mual muntah terus menerus menyebabkan penderita lemah, tidak mau makan, berat badan turun dan rasa nyeri di epigastrium, nadi sekitar 100 kali permenit, tekanan darah turun, turgor kulit kurang, lidah kering dan muka cekung.
 2. Tingkat II : Sedang Mual Muntah yang hebat menyebabkan keadaan umum penderita lebih parah, lemah, apatis, turgor kulit mulai jelek, lidah kering dan kotor, nadi kecil dan cepat, suhu badan naik (dehidrasi), icterus ringan, berat badan turun, mata cekung, tensi turun, hemokonsentrasi, oliguria dan konstipasi.
 3. Tingkat III : Berat Keadaan umum jelek, kesadaran sangat menurun, samnolen sampai koma, nadi kecil, halus dan cepat, dehidrasi hebat, suhu badan naik dan tensi turun sekali, icterus. Komplikasi yang dapat berakibat fatal terjadi pada susunan syaraf pusat.
9. Tanda bahaya kehamilan pada TM III
- a. Keluar cairan pervagina yaitu berupa air dari vagina pada TM III ibu harus dapat membedakan antara urine dengan air ketuban. Keluarnya cairan ibu tidak terasa, air ketuban berbau amis berwarna

putih keruh. Jika kehamilan belum cukup bulan hati hati akan adanya persalinan premature kurang dari 37 minggu.

- b. Pendarahan pervaginam Perdarahan semacam ini berarti plasenta previa. Plasenta previa adalah keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat yang abnormal yaitu segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri interna.
- c. Sakit Kepala Yang Hebat Sakit kepala selama kehamilan adalah umum, seringkali merupakan ketidaknyamanan yang normal dalam kehamilan. Sakit kepala yang menunjukkan masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat.
- d. Bengkak di muka atau tangan Hampir separuh dari ibu-ibu akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat atau meletakkannya lebih tinggi. (Sulystiawati, 2014)

F. Komplikasi Kehamilan Muda

- a. Abortus adalah berakhirnya kehamilan oleh akibat – akibat tertentu pada atau sebelum kehamilan 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu hidup di luar kandungan. Penyebab abortus bervariasi, penyebab terbanyak diantaranya adalah Faktor genetic ,kelainan congenital uterus, Infeksi, Hematologic/ gangguan system pendarahan kronis, Lingkungan.

b. Macam-macam abortus:

1. Abortus imminens Abortus tingkat permulaan dan merupakan ancaman terjadinya abortus. Ditandai perdarahan pervaginam, ostium uteri masih tertutup dan hasil konsepsi masih baik di dalam kandungan Penanganannya: Penderita diminta untuk tirah baring sampai perdarahan berhenti, bisa diberi spasmolitik agar uterus tidak berkontraksi atau ditambah hormone progesterone atau derivatnya untuk mencegah terjadinya abortus.
2. Abortus insipient Abortus yang sedang mengancam yang ditandai dengan serviks sudah mendatar dan ostium uteri telah membuka, akan tetapi hasil konsepsi masih didalam kandungan dan dalam proses pengeluaran. Penanganan: Perhatikan keadaan umum dan perubahan keadaan hemodinamik yang terjadi dan segera lakukan tindakan evakuasi atau pengeluaran hasil konsepsi disusul dengan kuretase. Jika usia kehamilan diatas 12 minggu lakukan tindakan dilatasi, kuretase dengan diberi uterotonika tindakan dilakukan dengan hati-hati.
3. Abortus incomplitus Sebagian hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri dan masih ada yang tertinggal. Penanganan: Bila terjadi perdarahan yang hebat, dianjurkan segera melakukan pengeluaran sisa hasil konsepsi secara manual agar jaringan yang mengganjal terjadinya konteraksi uterus segera dikeluarkan, kontraksi uterus

akan menjadi baik dan perdarahan berhenti. Selanjutnya dilakukan kuretase.

4. Abortus complitus Seluruh hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri pada kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Penanganan: Tidak perlu dilakukan penanganan khusus, biasanya hanya diberi roboransia atau hematenik bila keadaan pasien memerlukan. uterotonika tidak perlu diberikan.
5. Abortus tertunda (missed abortion) Abortus yang ditandai dengan embrio atau fetus telah meninggal dalam kandungan sebelum usia kehamilan 20 minggu dan hasil konsepsi seluruhnya masih tertahan didalam kandungan. Penanganan: Pada umur kehamilan dibawah 12 minggu dilakukan dilatasi dan kuretase. Bila usia kehamilan lebih dari 12 minggu maka dilakukan induksi untuk mengeluarkan hasil konsepsi atau mematangkan kanalis servikalis, kemudian dilakukan kuretase.
6. Abortus habitualis Abortus yang terjadi 3 kali atau lebih berturut-turut. Penanganan: Operasi dilakukan pada usia kehamilan 12-14 minggu dengan melingkari kanalis servikalis menggunakan benang sutera yang tebal dan simpul baru dibuka setelah umur kehamilan aterm dan bayi siap dilahirkan.
7. Abortus febrialis Abortus yang disertai infeksi pada alat genitalia. Penanganan: Antibiotic di berikan, tindakan kuretase dilakukan jika keadaan n pasien baik minimal 6 jam setelah

antibiotika. Kuretase dilakukan bersamaan uterotonika. (Prawirohardjo, 2011).

8. Kehamilan Mola Hidatidosa Suatu kehamilan dimana setelah fertilisasi, hasil konsepsi tidak berkembang menjadi embrio tetapi terjadi poliferasi dari vili korealis disertai dengan degenerasi hidrofik. Uterus melunak dan adanya janin, cavum uteri hanya berisi jaringan seperti buah anggur korealis yang seluruhnya atau sebagian berkembang tidak wajar berbentuk gelembung – gelembung seperti anggur.

- a. Klasifikasi: mola hidatidosa komplit dan parsial
- b. Penyebab: umur sangat muda atau sangat tua, gizi kurang, etnis (lebih banyak pada mongoloid), faktor genetic.

G . Ketidaknyamanan pada masa kehamilan

1. Mual muntah biasanya dirasakan pada ibu hamil pada saat kehamilan muda atau trimester I .biasanya disebabkan oleh hormone dan merupakan pengaruh fisiologis. Anjurkan ibu untuk makan sedikit tapi sering, istirahat yang cukup, bangun tidur bertahap miring kekanan dulu jangan langsung berdiri. Jika ibu tidak bisa makan anjurkan ibu untuk ngemil biscuit dan rutin mengonsumsi tablet FE 1x1.
2. Pusing atau sakit kepala sakit kepala/ pusing pada ibu hamil menunjukkan masalah yang serius sakit kepala yang berat, kadang menetap dan tidak hilang dengan

istirahat. Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, dan tidak bekerja yang berat berat, dan beritahun suami untuk memberikan dukungan psikologis pada ibu .

3. Kaki bengkak disebabkan karena adanya perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan. Anjurkan ibu untuk mengurangi asupan makanan yang mengandung garam , menghindari duduk pada kaki bersilang, gunakan bangku kecil untuk menopang kaki pada saat ibu duduk.

4. Peningkatan Frekuensi Berkemih Peningkatan frekuensi berkemih sering dialami ibu hamil trimester ketiga. Uterus yang membesar atau bagian presentasi uterus juga mengambil ruang di dalam rongga panggul sehingga ruang untuk distensi kandung kemih lebih kecil sebelum wanita tersebut merasa perlu berkemih. Berikan nasihat pada ibu untuk mengurangi minum setelah makan atau minum 2 jam setelah tidur, dan menghindari minum minuman yang mengandung kafein dan jangan mengurangi kebutuhan kebutuhan air minum (minimal 8 gelas/hari)

5. Konstipasi biasanya terjadi pada ibu hamil usia lanjut/ bulan bulan akhir Tm III dan disebabkan oleh progesterone dan usus yang mendesak oleh rahim yang membesar / juga bisa dikarenakan efek dari tablet zat besi. Asuhan yang dapat diberikan yaitu makan makanan yang tinggi serat,

buah dan sayur. Hindari makanan yang berminyak, anjurkan ibu untuk olahraga tanpa harus dipaksa .

6. Nyeri Ulu Hati Nyeri ulu hati merupakan ketidaknyamanan yang mulai timbul menjelang akhir trimester kedua dan bertahan hingga trimester ketiga. Nasihat yang diberikan yaitu hindari makanan yang bersantan, manis, pedas, asam yang akan memicu nyeri ulu hati. Makan makanan yang mengandung banyak zat besi, sayur, buah dan minum 8 gelas/ hari.

7. Ketidaknyamanan Kehamilan TM III

Menurut Romauli 2014 ada beberapa ketidaknyamanan yang sering dialami Tm III yaitu.

- a. Peningkatan frekuensi berkemih sering dialami ibu hamil TM III, uterus yang membesar atau bagian presentasi uterus juga mengambil ruang didalam rongga panggul sehingga ruang untuk distensi kandung kemih lebih kecil sebelum wanita tersebut merasa berkemih. Berikan nasihat pada ibu untuk mengurangi minum setelah makan atau minum 2 jam setelah tidur, dan menghindari minum minuman yang mengandung kafein dan jangan mengurangi kebutuhan kebutuhan air minum (minimal 8 gelas/hari)
- b. Keputihan hyperplasia mukosa vagina peningkatan produksi lendir dan kelenjar endocerviikal sebagai akibat peningkatan

kadar estrogen. Cara mengatasinya dengan memakai pakaian dalam yang terbuat dari katun lebih kuat daya serapnya bukan nilon, menghindari pencucian vagina dengan sabun terlalu keras atau PH nya basah dan mencuci vagina dengan sabun dari arah depan kebelakang. Tanda bahaya yang harus diwaspadai dapat dilihat banyak nya keluaran cairan atau baunya menyengat atau berwarna kuning, abu abu (seperti penyakit kelamin sevicitis, vaginitis).

c. Konstipasi biasanya terjadi pada ibu hamil usia lanjut/ bulan bulan akhir Tm III dan disebabkan oleh progesterone dan usus yang mendesak oleh rahim yang membesar / juga bisa dikarenakan efek dari tablet zat besi. Asuhan yang dapat diberikan yaitu makan makanan yang tinggi serat, buah dan sayur. Hindari makanan yang berminyak, anjurkan ibu untuk olahraga tanpa harus dipaksa .

d. Kaki bengkak disebabkan karena adanya perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan. Anjurkan ibu untuk mengurangi asupan makanan yang mengandung garam , menghindari duduk pada kaki bersilang, gunakan bangku kecil untuk menopang kaki pada saat ibu duduk.

e. Sakit punggung karena tekanan terhadap pakar syaraf dan perubahan sikap badan pada kehamilan TM III dan dikarenakan perut membesar, kapala bayi mulai masuk PAP.

Anjurkan ibu untuk melakukan olahraga dan latihan panggul senam hamil untuk mengurangi nyeri punggung dan ibu merasa rileks.

- f. Sesak nafas peningkatan aktifitas metabolisme selama kehamilan akan meningkatkan karbon dioksida hiperventilasi akan menurunkan karbon dioksida. Anjurkan pada ibu topang kepala dan bahu dengan bantal ketika tidur

H. Fisiologis Kehamilan

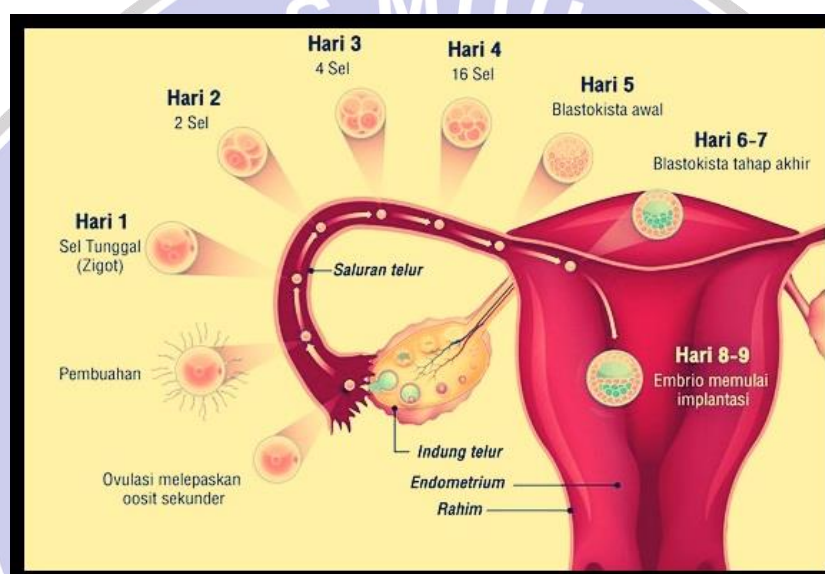
Menurut Manuaba, (2013) proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari :

1. Ovulasi Ovulasi adalah proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks. Selama masa subur yang berlangsung 20 sampai 35 tahun, hanya 420 ovum yang dapat mengikuti proses pematangan dan terjadi ovulasi.
2. Spermatozoa Proses pembentukan spermatozoa merupakan proses yang kompleks. Spermatogonium berasal dari sel primitif tubulus, menjadi spermatosit pertama, menjadi spermatosit kedua, menjadi spermatid, akhirnya spermatozoa. Pada setiap hubungan seksual dikeluarkan sekitar 3 cc sperma yang mengandung 40 sampai 60 juta spermatozoa setiap cc.
3. Konsepsi Pertemuan inti ovum dengan inti spermatozoa disebut konsepsi atau fertilisasi dan membentuk zigot. Proses konsepsi dapat berlangsung sebagai berikut:

- a. Ovum yang dilepaskan dalam proses ovulasi, diliputi oleh korona radiata, yang mengandung persediaan nutrisi.
 - b. Pada ovum, dijumpai inti dalam bentuk metafase di tengah sitoplasma yang disebut vitelus.
 - c. Dalam perjalanan, korona radiata makin berkurang pada zona pelusida. Nutrisi dialirkan ke dalam vitelus, melalui saluran pada zona pelusida.
 - d. Konsepsi terjadi pada pars ampularis tuba, tempat yang paling luas yang dindingnya penuh jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia. Ovum mempunyai waktu hidup terlama di dalam ampula tuba.
 - e. Ovum siap dibuahi setelah 12 jam dan hidup selama 48 jam.
4. Proses nidasi atau implantasi Dengan masuknya inti spermatozoa kedalam sitoplasma, "vitelus" membangkitkan kembali pembelahan dalam inti ovum yang dalam keadaan "metafase". Proses pemecahan dan pematangan mengikuti bentuk anafase dan "telofase" sehingga pronukleusnya menjadi "haploid".Setelah pertemuan kedua inti ovum dan spermatozoa, terbentuk zigot yang dalam beberapa jam telah mampu membelah dirinya menjadi dua dan seterusnya.
5. Pembentukan plasenta Nidasi dan implantasi terjadi pada bagian fundus uteri di dinding depan atau belakang. Pada minggu kedua sampai ketiga, terbentuk bakal jantung dengan pembuluh darahnya yang menuju body stalk

(bakal tali pusat). Jantung bayi mulai dapat dideteksi pada minggu ke-6 sampai 8 dengan menggunakan ultrasonografi atau sistem dopler.

- Selanjutnya terjadi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim, perkembangan janin terjadi melalui banyak tahapan. Pemberian nutrisi yang baik, suplai oksigen yang cukup, perlindungan terhadap infeksi, serta kondisi hormon yang stabil diharapkan dapat menjaga pertumbuhan dan perkembangan janin sesuai dengan usia kehamilannya.



Gambar 1.1

Perkembangan Ovum dan Perjalanan menuju Kavum Uteri

Sumber : (Manuaba, 2010 : 80)

I. Kebutuhan Dasar Fisiologis Ibu Hamil

- Nutrisi seorang ibu hamil akan selalu bersangkutan dengan proses pertumbuhan yaitu pertumbuhan fetus yang ada didalam kandungan dan pertumbuhan makanan yang diperlukan untuk pertumbuhan janin, plasenta uterus, buah dada/payudara, dan organ lain. (Pantikawati dkk.2010:89)

2. Protein dalam kehamilan protein sangat penting untuk perkembangan buah kehamilan, plasenta selain itu untuk ibu juga untuk pertumbuhan payudara dan kenaikan sirkulasi ibu (protein plasma, hemoglobin dll).
3. Air Kebutuhan ibu hamil trimester III ini bukan hanya dari makanan tapi juga dari air sangat penting untuk pertumbuhan sel-sel baru, mengatur suhu tubuh, melarutkan dan mengatur proses metabolisme, serta mempertahankan volume darah yang meningkat selama masa kehamilan. Jika cukup mengkonsumsi cairan, buang air besar akan lancar sehingga terhindar dari sembelit serta risiko terkena infeksi saluran kemih. Sebaiknya minum 8 gelas air putih setiap hari. Selain air putih, bisa pula dibantu dengan jus buah, makanan berkuah dan buah-buahan.
4. Personal Hygiene Personal hygiene pada ibu hamil adalah kebersihan yang dilakukan oleh ibu hamil untuk mengurangi kemungkinan infeksi, karena badan yang kotor yang mengandung kuman-kuman. Kehamilan merupakan suatu proses kehidupan seorang wanita, dimana dengan adanya proses ini terjadi perubahan-perubahan yang meliputi perubahan fisik, mental, psikologis dan sosial.
5. Eliminasi (BAB dan BAK) Pada kehamilan kehamilan trimester ke III frekuensi BAK meningkat karena penurunan kepala ke PAP (pintu atas pangul), BAB sering obstipasi (sembelit) karena hormone progesterone meningkat. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan cara mengkonsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih.

6. Senam Hamil (Exercise) Senam hamil dimulai pada umur kehamilan setelah 22 minggu. Senam hamil bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan normal, serta menimbang perubahan berat tubuh. Senam hamil ditujukan bagi ibu hamil tanpa kelainan atau tidak terdapat penyakit yang menyertai kehamilan, yaitu penyakit jantung, ginjal dan penyulit dalam kehamilan (hamil dengan perdarahan, kelainan letak, kehamilan yang disertai anemia (Walyani, 2015).

J. Kartu Skor Poedji Rochjati

Kartu Skor Poedji Rochjati (KSPR) adalah kartu skor yang digunakan sebagai alat skrining antenatal berbasis keluarga untuk menemukan faktor risiko ibu hamil, yang selanjutnya mempermudah pengenalan kondisi untuk mencegah terjadi komplikasi obstetrik pada saat persalinan. KSPR disusun dengan format kombinasi antara checklist dari kondisi ibu hamil / faktor risiko dengan sistem skor. Kartu skor ini dikembangkan sebagai suatu teknologi sederhana, mudah, dapat diterima dan cepat digunakan oleh tenaga non profesional. Fungsi dari KSPR adalah:

1. Melakukan skrining deteksi dini ibu hamil risiko tinggi.
2. Memantau kondisi ibu dan janin selama kehamilan.
3. Memberi pedoman penyuluhan untuk persalinan aman berencana (Komunikasi Informasi Edukasi/KIE).
4. Mencatat dan melaporkan keadaan kehamilan, persalinan, nifas.

5. Validasi data mengenai perawatan ibu selama kehamilan, persalinan, nifas dengan kondisi ibu dan bayinya.
6. Audit Maternal Perinatal (AMP) / serangkaian kegiatan penelusuran sebab kematian atau kesakitan ibu , perinatal, dan neonatal
7. Sistem skor memudahkan pengedukasian mengenai berat ringannya faktor
8. risiko kepada ibu hamil, suami, maupun keluarga. Skor dengan nilai 2, 4, dan 8 merupakan bobot risiko dari tiap faktor risiko. Sedangkan jumlah skor setiap kontak merupakan perkiraan besar risiko persalinan dengan perencanaan pencegahan. Kelompok risiko dibagi menjadi 3 yaitu:
 - a. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) : Skor 2(hijau)
 - b. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) : Skor 6-10 (kuning)
 - c. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) : Skor ≥ 12 (merah)

Terdapat 20 faktor risiko yang dibagi menjadi 3 kelompok faktor risiko pada penilaian KSPR.

- a. Kelompok Faktor Risiko I (Ada Potensi Gawat Obstetrik)
 1. Primi muda : terlalu muda, hamil pertama usia 16 tahun atau kurang
 2. Primi Tua : terlalu tua, hamil usia ≥ 35 tahun
 3. Primi Tua Sekunder : jarak anak terkecil >10 tahun
 4. Anak terkecil < 2 tahun : terlalu cepat memiliki anak lagi
 5. Grande multi : terlalu banyak memiliki anak, anak ≥ 4
 6. Umur ibu ≥ 35 tahun : terlalu tua
 7. Tinggi badan ≤ 145 cm : terlalu pendek, belum pernah melahirkan normal dengan bayi cukup bulan dan hidup, curiga panggul sempit

8. Pernah gagal kehamilan
 9. Persalinan yang lalu dengan tindakan
 10. Bekas operasi sesar (SC)
- b. Kelompok Faktor Risiko II
1. Penyakit ibu : anemia, malaria, TBC paru, payah jantung, dan penyakit lain.
 2. Preeklampsia ringan
 3. Hamil kembar
 4. Hidramnion : air ketuban terlalu banyak
 5. IUFD (Intra Uterine Fetal Death) : bayi mati dalam kandungan \
 6. Hamil serotinus : hamil lebih bulan (≥ 42 minggu belum melahirkan)
 7. Letak sungsang
 8. Letak Lintang
- c. Kelompok Faktor Risiko III
1. Perdarahan Antepartum : dapat berupa solusio plasenta, plasenta previa, atau vasa previa/ penyakit komplikasi dalam kehamilan yang ditandai adanya pembuluh darah dari tali pusat janin yang melintas dimulut Rahim (serviks)
 2. Preeklampsia berat/eklampsia

Pengukuran Tinggi Fundus Uteri Pengukuran tinggi fundus uteri (TFU) merupakan salah satu dari 10T yaitu kebijakan program pemerintah untuk menurunkan angka kematian ibu, dimana pengukuran TFU adalah indikator untuk melihat kesejahteraan ibu dan janin. Tinggi fundus uteri (TFU) dapat digunakan untuk menentukan usia kehamilan atau menentukan taksiran berat badan janin

(TBJ). TFU diukur dengan methelin dari fundus ke simfisis pubis. Cara pengukurannya dengan menggunakan methelin, dengan titik nol diletakkan di atas simfisis pubis, lalu ditarik setinggi fundus uteri ibu hamil. ((Mandriwati, 2019)

Pengukuran TFU (tinggi fundus uteri) merupakan salah satu metode pengukuran yang dilakukan pada kehamilan trimester kedua dan ketiga, dengan cara mengukur perut ibu dari simfisis pubis hingga fundus uteri menggunakan pita ukur. Pengukuran TFU dengan menggunakan pita ukur ini pertama kali diperkenalkan di Amerika oleh Mc. Donald pada tahun 1906-1910, sehingga dikenal juga dengan sebutan 'pengukuran Mc. Donald'. Selain metode ini, ada juga pengukuran lain yaitu teknik pengukuran pengukur Caliper. Teknik ini menggunakan jangka lengkung (Caliper), pengukuran dilakukan dengan meletakkan salah satu ujung Caliper di vagina ibu, sedangkan ujung yang lainnya di fundus. Karena pemeriksaan ini menimbulkan ketidaknyamanan pada ibu dan berisiko terjadinya infeksi, maka jarang digunakan. ((Mandriwati, 2019)

1. Teknik Pengukuran Tinggi Fundus Uteri Teknik Mc Donald
 - a. Definisi Pengukuran TFU dengan Teknik Mc Donald Pengukuran tinggi fundus uteri dengan teknik Mc Donald adalah cara mengukur tinggi fundus uteri menggunakan alat ukur panjang mulai dari tepi atas simfisis pubis sampai fundus uteri atau sebaliknya . (Mandriwati, 2019)
 - b. Waktu Pengukuran TFU dengan Teknik Mc Donald pada abdomen dan jika umur kehamilan ibu sudah mencapai 22 minggu (Mandriwati, 2012).

- c. Cara Pengukuran TFU dengan Teknik Mc Donald Berikut tata cara pengukuran tinggi fundus uteri menggunakan teknik Mc Donald: a)
- Menyiapkan alat:
1. Alat ukur yang tidak elastis.
 2. Kalender kehamilan.
 3. Alat – alat ditata pada tempat yang telah disediakan saat mempersiapkan alat untuk pemeriksaan inspeksi. Menyiapkan ibu (dilaksanakan bersamaan dengan persiapan inspeksi):
 - a. Menjelaskan tujuan pemeriksaan.
 - b. Mengatur posisi ibu berbaring setengah duduk dengan mengganjal bantal di bagian punggung bawah untuk kenyamanan ibu dan kedua kaki diluruskan.
 - c. Melaksanakan pemeriksaan
 1. Pemeriksa berdiri di sebelah kanan ibu dan dekatkan meteran sehingga mudah mengambil waktu pemeriksaan.
 2. Tangan kiri dan tangan kanan menentukan bagian fundus uteri dan memosisikan supaya fundus uteri berada tepat di tengah abdomen.
 3. Setelah fundus uteri diposisikan tepat di tengah abdomen,
 4. tangan kiri menahan fundus uteri, tangan kanan menempelkan meteran yang dibalik tepat di tengah, mulai dari fundus uteri sampai tepi atas tulang simfisis pubis, atau mulai dari tepi atas tulang simfisis pubis sampai fundus uteri.
 5. Mengangkat meteran dan membalik, kemudian membaca hasil pengukuran.
 6. Menggulung pita meteran dengan rapi dan menempatkan pada tempatnya.

7. Mencatat hasil pemeriksaan pada status ibu.
2. Teknik Palpasi Abdominal
 - a. Definisi Palpasi Abdominal Palpasi abdominal adalah suatu tindakan pemeriksaan yang dilakukan dengan perabaan dan penekanan bagian perut dengan menggunakan jari atau tangan.
 - b. Fungsi Palpasi Abdominal Palpasi dapat digunakan untuk mendeteksi suhu tubuh, adanya getaran, pergerakan, bentuk, konsistensi dan ukuran.
 - c. Waktu Palpasi Abdominal Pemeriksaan Leopold dilakukan pada kehamilan cukup bulan, setelah pembesaran uterus yang dapat membedakan bagian-bagian janin
 - d. Cara Palpasi Abdominal Teknik pelaksanaan palpasi menggunakan Manuver Leopold dengan tujuan untuk menentukan posisi janin melalui palpasi abdomen secara sistematis. Palpasi ini menjadi lebih jelas setelah minggu ke-22. Untuk pemeriksaan palpasi Leopold ini, dinding perut harus lemas, tidak sedang berkontraksi. Suhu tangan pemeriksa sebaiknya disesuaikan dengan suhu perut ibu, dengan maksud supaya dinding perut ibu tidak menjadi kontraksi tiba-tiba. Caranya dengan menggosokkan kedua tangan terlebih dahulu. Pemeriksaan Leopold terdiri atas 4 tahap.

2.2.1 Konsep Dasar Persalinan

A. Pengertian Persalinan

Definisi Persalinan adalah proses pergerakan keluar janin, plasenta, dan membran dari dalam uterus (rahim) melalui jalan lahir. Saat persalinan terjadi proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir.

Persalinan yang normal terjadi pada umur kehamilan cukup bulan (37-42 minggu).(Rohani et al (2011),)

Persalinan yang normal menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan beresiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan, bayi dilahirkan spontan dengan presentase belakang belakang kepada pada usia kehamilan antara 37 minggu hingga 42 minggu lengkap. Setelah persalinan ibu dan bayi dalam keadaan baik.

1. Persalinan dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu:
 - a. Persalinan spontan Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.
 - b. Persalinan buatan Persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya dengan ekstraksi vakum, forsep, ataupun sectio caecarea.
 - c. Persalinan anjuran Persalinan yang berlangsung dengan pemberian obat untuk merangsang timbulnya kontraksi, misalnya dengan pemecahan ketuban, pemberian pitocin, atau prostaglandin.

B. Tanda dan Gejala Persalinan

Ada sejumlah tanda dan gejala peringatan akan meningkatnya kesiagaan seorang wanita mendekati persalinan. Wanita tersebut mungkin mengalami semua, sebagian atau bahkan tidak sama sekali tanda gejala yang ada dibawah:

- a. Lightening adalah yang mulai dirasakan kira –kira dua minggu sebelum persalinan, adalah penurunan bagian presentasi bayi kedalam pelvis minor. Pada presentasi sevalik, kepala bayi biasanya engaged setelah lightening. Saat itu, sesak nafas yang dirasakan oleh ibu opada trimester 3 berkurang,

karena kondisi ini akan menciptakan ruang baru abdomen atas untuk ekspansi paru. Sebaliknya ibu akan merasa menjadi sering berkemih, perasaan tidak nyaman akibat tekanan panggul yang menyeluruh, kram pada tungkai, dan peningkatan statis pada vena.

- b. Perubahan Serviks Perubahan serviks mendekati persalinan serviks semakin matang. Konsistensi servik menjadi seperti pudding dan terjadi sedikit penipisan
- c. Persalinan Palsu Semakin tua usia kehamilan, pengeluaran progesteron dan estrogen semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering disebut his palsu. Sifat his palsu yaitu, rasa nyeri ringan dibagian bawah, datangnya tidak teratur, tidak ada perubahan serviks, durasinya pendek, dan tidak bertambah jika dibawa aktifitas.
- d. Ketuban Pecah Dini Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala satu persalinan. KPD dialami oleh 80% wanita hamil dan mengalami persalinan spontan dalam 24 jam.
- e. Bloody Show Bloody show adalah pengeluaran lendir disertai dengan darah melalui vagina. Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat dikanalisservikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan perdarah.

C. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Pada setiap persalinan, ada 5 faktor yang harus diperhatikan, yaitu Power, Passanger, dan Passage, psikis ibu dan penolong (Sumarah,2010).

Tahap-Tahap dalam Persalinan Normal :

- a. Kala satu persalinan didefinisikan sebagai permulaan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai dengan perubahan serviks yang progresif dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm). Hal ini sering dikatakan sebagai tahap pembukaan serviks. Inpartu (mulai partus) ditandai dengan penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks, cairan lendir bercampur darah (bloody show) melalui vagina. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran ketika serviks mendatar dan terbuka. Kala I terbagi atas 2 fase, yaitu:

1. Fase Laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap, berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm, pada umumnya fase laten berlangsung hampir 8 jam pada multi para dan 12-13 jam pada primipara.

2. Fase aktif

Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih). Dari pembukaan 4 hingga mencapai pembukaan 10 cm, sekitar 6 jam (Kemenkes RI, 2013). Hal tersebut berarti pembukaan serviks pada fase aktif rata-rata adalah 1 cm perjam.

Observasi yang ketat harus dilakukan selama kala I persalinan untuk keselamatan ibu, hasil observasi dicatat dalam partograf. Partograf membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik baik persalinan normal maupun yang disertai dengan penyulit. Pечatatan partograf dimulai pada saat proses persalinan masuk dalam fase aktif. Untuk menyatakan ibu sudah masuk dalam “fase aktif” harus ditandai dengan:

- a. Kontraksi yang teratur minimal 3 kali selama 10 menit
- b. Lama kontraksi minimal 40 detik
- c. Pembukaan 4 cm disertai penipisan
- d. Bagian terendah sudah masuk pintu atas panggul Bila pembukaan sudah mencapai > 4 cm tetapi kualitas kontraksi masih kurang 3 kali dalam 10 menit atau lamanya kurang dari 40 detik, pikirkan diagnose inertia uteri (Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia, 2016).

Tabel 2.1

Frekuensi Minimal Penilaian dan Intervensi dalam Persalinan Normal.

PARAMETER	FASE LATEN	FASE AKTIF
Tekanan Darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu Badan	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
DJJ	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan Serviks	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam

Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia, 2016).

b. Kala II adalah saat keluarnya janin. Dimulai saat serviks sudah berdilatasi penuh dan ibu merasakan dorongan untuk mengejan untuk mengeluarkan bayinya. Kala ini berakhir saat bayi lahir. Kala dua persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primipara dan 1 jam pada multipara. Kala dua disebut juga kala pengeluaran bayi. Gejala dan tanda kala dua persalinan.

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

Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, perineum meregang. Dengan his yang terpimpin terlahirlah kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primipara : 1 ½ – 2 jam, pada multipara ½ - 1 jam.

c. Kala III adalah pemisahan dan keluarnya plasenta dan membran, pada kala tiga ini, juga dilakukan pengendalian perdarahan. Kala ini berlangsung dari lahirnya bayi sampai plasenta dan membran dikeluarkan. Kala tiga persalinan disebut juga sebagai kala uri atau kala pengeluaran plasenta. Kala tiga dan empat persalinan merupakan

kelanjutan dari kala satu (kala pembukaan) dan kala dua (kala pengeluaran bayi). Kala tiga persalinan dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. (Saifuddin, 2010).

1. Tanda-tanda lepasnya plasenta mencakup beberapa atau semua hal-hal dibawah ini

- a. Perubahan bentuk dan tinggi fundus. Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh dan tinggi fundus biasanya sepusat.
- b. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong kebawah, uterus berbentuk segitiga atau seperti buah pear dan fundus berada diatas pusat (seringkali mengarah kesebelah kanan)
- c. Tali pusat memanjang. Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (Tanda Ahfeld).
- d. Semburan darah mendadak dan singkat. Darah yang terkumpul dibelakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (retroplacental pooling) dalam ruang diantara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya maka darah tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas.

d. Manajemen Aktif Kala III

Tujuan manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah

perdarahan dan mengurangi kehilangan darah kala III jika dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis. Sebagian besar kasus kesakitan dan kematian ibu di Indonesia disebabkan oleh perdarahan pasca persalinan dimana sebagian besar disebabkan oleh atonia uteri dan retensio plasenta yang sebenarnya dapat dicegah dengan dilakukan manajemen aktif kala tiga. Manajemen Aktif Kala III Terdiri Dari Tiga Langkah Utama

1. Pemberian suntikan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir.
 2. Melakukan penegangan talipusat terkendali.
 3. Masase fundus uteri
- e. Kala IV adalah kala pengawasan setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan pospartum karena perdarahan post partum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Tujuh pokok penting didalam kala IV, antara lain
1. Kontraksi rahim: baik atau tidak kontraksi rahim dapat diketahui dengan palpasi. Bila perlu lakukan massase dan berikan uteretonika.
 2. Perdarahan: ada perdarahan aktif atau tidak, dan jumlah dari perdarahan
 3. .Kandung kemih Luka-luka jahitan baik atau tidak.
 4. Penilaian terhadap kelengkapan plasenta.
 5. Keadaan umum ibu seperti tanda-tanda vital

6. Memeriksa Kemungkinan Perdarahan dari Perineum Perhatikan dan temukan penyebab perdarahan dari laserasi atau robekan perineum dan vagina. Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan :
 - a. Derajat I : terdiri dari mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum. Tidak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan dan posisi luka baik.
 - b. Derajat II : terdiri dari mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, dan otot perineum.
 - c. Derajat III : terdiri dari mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, dan otot perineum ditambah dengan otot sfingter ani eksterna
 - d. . Derajat IV : terdiri dari mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, dan otot perineum, otot sfingter ani eksterna dan dinding rectum anterior. Untuk derajat III dan IV penolong APN tidak dibekali keterampilan untuk reparasi laserasi perineum derajat III dan IV, segera rujuk.

D.Mekanisme Persalinan

1. Turunnya kepala di bagi menjadi 2 yaitu masuknya kepala pada pintu atas panggul, dan majunya kepala.
2. Pembagian ini terutama berlaku pada primigravida. Masuknya kedalam pintu atas panggul pada primigravida sudah terjadi pada bulan terakhir kehamilan tetapi pada multi gravida biasanya baru terjadi ketika permulaan persalinan.

3. Masuknya kepala ke dalam pintu atas panggul biasanya dengan sutura sagitalis, melintang dengan fleksi ringan.
4. Masuknya sutura sagitalis berada di tengah-tengah jalan lahir tepat diantara simfisis dan promontorium, maka kepala di katakan dalam synclitismus dan synclitismus os parietal depan dan belakang sama tingginya.
5. Jika sutura sagitalis agak ke depan mendekati simfisis atau agak ke belakang mendekati promontorium maka posisi ini di sebut asynclitismus. Pada pintu atas panggul biasanya kepala dalam asynclitismus posterior yang ringan. Asynclitismus posterior adalah jika sutura sagitalis mendekati simfisis dan os parietal belakang lebih rendah dari os parietal depan. Asynclitismus anterior adalah jika sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga os pariental depan lebih rendah dari os parietal depan.
6. Majunya kepala pada primigravida terjadi setelah kepala masuk ke dalam rongga panggul dan biasanya baru di mulai pada kala 2. Pada multigravida sebaiknya majunya kepala dan masuknya kepala ke dalam rongga panggul terjadi bersamaan. Yang menyebabkan majunya kepala: tekanan cairan intrauterine, tekanan langsung pada fundus atau bokong, kekuatan meneran, melurusnya badan janin oleh perubahan bentuk rahim.
7. Penurunan terjadi selama persalinan oleh karena daya dorong dari kontraksi dan posisi, serta peneranan selama kala 2 oleh ibu.

8. Fiksasi (engagement) merupakan tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin telah masuk panggul ibu.
9. Desensus merupakan syarat utama kelahiran kepala, terjadi karena adanya tekanan cairan amnion, tekanan langsung pada bokong saat kontraksi, usaha meneran, ekstensi dan pelurusan badan janin.
10. Fleksi, sangat penting bagi penurunan kepala selama kala 2 agar bagian terkecil masuk panggul dan terus turun. Dengan majunya kepala, fleksi bertambah hingga ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambahnya fleksi adalah ukuran kepala yang bagian kecil melalui jalan lahir yaitu diameter sub occipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan diameter sub occipito frontalis (11,5 cm). fleksi di sebabkan karena janin di dorong maju, dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul, serviks, dinding panggul atau adasar panggul. Akibat dari kekuatan dorongan dan tahanan ini terjadilah fleksi, karena moment yang menimbulkan fleksi lebih besar dari moment yang menimbulkan defleksi.
11. Putaran paksi dalam atau rotasi internal, pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan simfisis. Pada presentasi bagian belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar ke depan ke bawah simfisis, putaran paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putar paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya

bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Putaran paksi dalam tidak terjadi tersendiri, tetapi selalu kepala sampai ke hodge 3, kadang-kadang baru setelah kepala sampai ke dasar panggul. Sebab-sebab terjadinya putar paksi dalam: pada letak fleksi, bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala.

12. Rotasi internal dari kepala janin akan membuat diameter anteroposterior (yang lebih panjang) dari kepala akan menyesuaikan diri dengan diameter anteroposterior panggul.

13. Ekstensi, setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini terjadi pada saat lahir kepala, terjadi karena gaya tahanan dari dasar panggul dimana gaya tersebut membentuk lengkungan carrus, yang mengarahkan kepala keatas menuju lubang vulva sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Bagian leher belakang di bawah occiputnya akan bergeser di bawah simfisis pubis dan bekerja sebagai titik poros. Uterus yang berkontraksi kemudian memberi tekanan tambahan atas kepala yang menyebabkan ekstensi kepal lebih lanjut saat lubang vulva vagina membuka lebar. Pada kepala bekerja dua kekuatan, yang satu mendesaknya ke bawah dan satunya karena tahanan dasar panggul yang menolaknya keatas. Resultannya adalah kekuatan kearah depan atas.

14. Setelah sub occiput tertahan pada pinggir bawah simfisis maka yang akan maju karena kakuatan tersebut diatas adalah bagian yang berhadapan dengan sub occiput, maka lahirlah berturut-turut pada piggir

atas perineum ubun-ubun besar, dahi hidung dan mulut akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. Subocciput yang menjadi pusat pemutaran di sebut hypomoclion.

15. Rotasi eksternal atau putar paksi luar, terejadi bersamaan dengan perputaran interior bahu. Setelah kepala lahir maka kepala anak memutar kembali kearah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini di sebut putaran restitusi. Restitusi adalah perputaran kepala sejauh 450 baik kearah kiri atau kanan bergantung pada arah kemana ia mengikuti putaran menuju posisi ociput anterior. Selanjutnya putaran di lanjutkan hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischidium. Gerakan yang terakhir ini adalah gerakan paksi luar yang sebenarnya dan di sebabkan karena ukuran bahu, menepatkan diri dalam diameter anteroposterior dan pintu bawah panggul.
16. Ekspulsi, setelah putaran paksi luar bahu depan sampai di bawah simfisis dan mnjadi hypomoclion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir mengikuti lengkung carrus (kurva jalan lahir) (Walyani, 2015).

E. 60 Langkah APN

Langkah-langkah APN menurut buku JNPK-KR (2017) adalah sebagai berikut:

1. Mendengar dan melihat tanda Kala Dua persalinan.

2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi, siapkan tempat datar, keras, bersih, kering dan hangat, 3 handuk/kain bersih dan kering, alat penghisap lender dan lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi. Untuk ibu menggelar kain di perut bawah ibu, menyiapkan oksitosin 10 unit, alat suntik steril sekali pakai dalam partus set.
3. Pakai clemek plastic atau dari bahan yang tidak tembus cairan.
4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir dan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
6. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang menggunakan sarung tangan DTT dan steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.
8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap. Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.

9. Dekontaminasi sarung tangan (mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit). Cuci tangan setelah sarung tangan dilepaskan dan setelah itu tutup kembali partus set
10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ dalam batas normal (120- 160x/menit).
 - a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan kedalam partograf.
11. Beritahu pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - a. Tunggu hingga timbul kontraksi atau 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 peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.
12. Minta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa meneran atau kontraksi yang kuat, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.

13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbulnya kontraksi yang kuat.
 - a. Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
 - b. Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran 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 diantara kontraksi.
 - e. Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
 - f. Berikan cukup asupan cairan per oral (minum).
 - g. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
 - h. Segera rujuk bila bayi belum atau tidak segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran 120 menit (2 jam) pada primigravida atau 60 menit (1 jam) pada multigravida.
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.
15. Letakkan handuk bersih (untuk mngeringkan bayi) diperut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 sebagai alas bokong ibu.
17. Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan.

19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran secara efektif atau bernapas cepat dan dangkal.
20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi) segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
 - a. Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi
 - b. Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut.
21. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan Lahirnya bahu
22. Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arcus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang. Lahirnya badan dan tungkai
23. Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang tangan yang lain menelusuri lengan dan siku anterior bayi serta menjaga bayi terpegang baik
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan

telunjuk diantara kaki dan pegang kedua mata kaki dengan melingkarkan ibu jari pada sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk).

25. Lakukan penilaian (selintas):

- a. Apakah bayi cukup bulan?
- b. Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernafas tanpa kesulitan?
- c. Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Bila salah satu jawaban adalah “TIDAK”, lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia. Bila semua jawaban “YA”, lanjut ke-26.

26. Keringkan tubuh bayi. Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks, ganti handuk basah dengan handuk/ kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu.
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli).
28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (intramuskular) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
30. Setelah 2 menit sejak bayi lahir (cukup bulan), jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusat bayi. Mendorong isi tali pusat ke arah ibu dan klem kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat.

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

32. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting ibu.

- g. Selimuti ibu dan bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.
- h. biarkan bayi melakukan kontak kulit didada ibu paling sedikit 1jam.
- i. sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.
- j. biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu. Kala III :

33. Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.

34. Letakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (di atas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
35. Pada saat 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 inversia uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, dan ulangi prosedur di atas. Mengeluarkan plasenta.
36. Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah cranial hingga plasenta dapat dilahirkan dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah cranial hingga plasenta dapat dilahirkan.
 - a. Ibu boleh meneran tapi tali pusat hanya ditegangkan (Jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah-sejajar lantai-atas).
 - b. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
 - c. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat
 - d. Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
 - e. Lakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh.
 - f. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

- g. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - h. Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir atau bila terjadi perdarahan, segera lakukan plasenta manual
37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian dilahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.
38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massage uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan message dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan. (Kompresi Bimanual Internal, kompresi aorta abdominaiis. Tampon kondom-kateter). Jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik setelah rangsangan taktil/massage. (Lihat penatalaksanaan atonia uteri) Kala IV.
39. Evaluasi kemungkinan perdarahan dan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 atau derajat 2 dan atau menimbulkan perdarahan.
40. Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta kedalam katung plastik atau tempat khusus.

41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
42. Pastikan kandung kemih kosong. Jika penuh, lakukan kateterisasi.
43. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan kemudian keringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
44. Ajarkan ibu dan keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi.
45. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
46. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit).
 - a. Jika bayi sulit bernafas, merintih atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk kerumah sakit.
 - b. Jika bayi nafas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke RS Rujukan.
 - c. Jika kaki diraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.
48. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lender dan darah diranjang atau disekitar ibu berbaring. Menggunakan larutan klorin 0,5% lalu bilas dengan air DTT. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

49. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
50. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
51. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%. 53) Celupkan tangan yang masih menggunakan sarung tangan kedala larutan klorin 0,5%.
53. lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan menggunakan tisu dan handuk pribadi yang bersih dan kering.
55. Pakai sarung tangan yang membersihkan untuk memberikan vitamin K1 (1mg) IM dipaha kiri bawah lateral dan salep mata proflaksis infeksi dalam 1 jam pertama kelahiran.
56. Lakukan pemeriksaan fisik lanjutan (setelah 1 jam kelahiran bayi). Pastikan kondisi bayi tetap baik (pernafasan normal 40-60x/menit dan dan temperature tubuh normal 36,5-37,5C) setiap 15 menit.
57. Setelah 1 jam pemberian pemberian Vitamin K berikan suntikan imunisasi Hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi didalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
58. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 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. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

E. Lembar Observasi Dan Partograf

a. Definisi

Lembar observasi adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan.

1. Tujuan utama

- a. Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui periksa dalam
- b. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal

2. Tujuan khusus

- a. Mencatat kemajuan persalinan
- b. Mencatat kondisi ibu dan janin nya
- c. Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran
- d. Menggunakan informasi yang tercatat untuk secara dini mengidentifikasi adanya penyulit
- e. Menggunakan informasi yang ada untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu

3. Pengamatan

- a) Kemajuan persalinan
- b) Pembukaan serviks
- c) Turunya kepala
- d) Palpasi perut / perlimaan kepala janin yang teraba

- e) Menilai his
- f) Frekuensi / 10 menit
- g) Lamanya

4. Keadaan janin

- a) Frekuensi denyut jantung janin (DJJ)
- b) Warna, jumlah, dan lamanya ketuban pecah
- c) Maulage kepala janin

5. Keadaan ibu

- a) Nadi, tensi, dan suhu
 - b) Urin : volume protein aseton
 - c) Obat – obatan dan cairan intra vena
 - d) Pemberian oksitosin
- b. Pengertian Beberapa pengertian dari partograf adalah sebagai alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (JNPK-KR,2017).

1. Tujuan Adapun tujuan utama dari penggunaan partograf adalah untuk: a)
Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
 - a. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian dapat pula mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama
 - b. Data pelengkap yang terkait dengan pemantuan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa

yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir (JNPK-KR, 2017).

c. Jika digunakan dengan tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk:

1. Mencatat kemajuan persalinan
 2. Mencatat kondisi ibu dan janinnya
 3. Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran
 4. Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan
 5. Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu (JNPK-KR, 2017).
2. Penggunaan partograf Partograf harus digunakan:
- a. Untuk semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan dan merupakan elemen penting dari asuhan persalinan. Partograf harus digunakan untuk semua persalinan, baik normal maupun patologis. Partograf sangat membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik, baik persalinan dengan penyulit maupun yang tidak disertai dengan penyulit.
 - b. Selama persalinan dan kelahiran bayi di semua tempat (rumah, Puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dll).

- c. Secara rutin oleh semua penolong persalinan yang memberikan asuhan persalinan kepada ibu dan proses kelahiran bayinya (Spesialis Obstetri, Bidan, Dokter Umum, Residen dan Mahasiswa Kedokteran) (JNPK-KR,2017).

3. Pengisian partograf

Pengisian partograf antara lain:

- a. Pencatatan selama Fase Laten Kala I Persalinan Selama fase laten, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat dilakukan secara terpisah, baik di catatan kemajuan persalinan maupun di Kartu Menuju Sehat (KMS) Ibu Hamil. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi juga harus dicatatkan. Kondisi ibu dan bayi juga harus dinilai dan dicatat dengan seksama, yaitu :
 1. Denyut jantung janin : setiap 30 menit
 2. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus : setiap 30 menit
 3. Nadi : setiap 30 menit
 4. Pembukaan serviks : setiap 4 jam
 5. Penurunan bagian terbawah janin : setiap 4 jam
 6. Tekanan darah dan temperatur tubuh : setiap 4 jam
 7. Produksi urin, aseton dan protein : setiap 2 –4 jam
 8. Pencatatan Selama Fase Aktif Persalinan (JNPK-KR,2017).

b. Pencatatan selama fase aktif persalinan Halaman depan partograf mencantumkan bahwa observasi yang dimulai pada fase aktif persalinan; dan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil–hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan, meliputi:

1. Informasi tentang ibu :

- a. Nama, umur
- b. Gravida, para, abortus (keguguran)
- c. Nomor catatan medik nomor Puskesmas
- d. Tanggal dan waktu mulai dirawat (atau jika di rumah : tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu)

4. Waktu pecahnya selaput ketuban

5. Kondisi janin:

- a. DJJ (denyut jantung janin)
- b. Warna dan adanya air ketuban
- c. Penyusupan (moulase) kepala janin.

6. Kemajuan persalinan

- a. Pembukaan serviks
- b. Penurunan bagian terbawah janin atau persentase janin
- c. Garis waspada dan garis bertindak

7. Jam dan waktu

- a. Waktu mulainya fase aktif persalinan
- b. Waktu aktual saat pemeriksaan atau penilaian.

8. Kontraksi uterus : frekuensi dan lamanya

9. Obat–obatan dan cairan yang diberikan:
 - a. Oksitisin
 - b. Obat-obatan lainnya dan cairan IV yang diberikan.
10. Kondisi ibu :
 - a. Nadi, tekanan darah, dan temperature
 - b. Urin (volume , aseton, atau protein)
11. Asuhan, pengamatan, dan keputusan klinik lainnya (dicatat dalam kolom tersedia di sisi partograf atau di catatan kemajuan persalinan) (JNPK-KR, 2017).
12. Mencatat temuan pada partograf Adapun temuan-temuan yang harus dicatat adalah :
 - a. Informasi Tentang Ibu Lengkapi bagian awal (atas) partograf secara teliti pada saat memulai asuhan persalinan. Waktu kedatangan (tertulis sebagai : “jam atau pukul” pada partograf) dan perhatikan kemungkinan ibu datang pada fase laten. Catat waktu pecahnya selaput ketuban.
 - b. Kondisi Janin Bagan atas grafik pada partograf adalah untuk pencatatan denyut jantung janin (DJJ), air ketuban dan penyusupan (kepala janin)
13. Denyut jantung janin Nilai dan catat DJJ setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda-tanda gawat janin). Catat DJJ dengan memberi tanda titik pada garis yang sesuai dengan angka yang menunjukkan DJJ. Kemudian hubungkan yang satu dengan titik lainnya dengan garis tegas bersambung.

Kisaran normal DJJ terpapar pada patograf diantara 180 dan 100. Akan tetapi penolong harus waspada bila DJJ di bawah 120 atau di atas 160.

14. Warna dan adanya air ketuban Nilai air kondisi ketuban setiap kali melakukan pemeriksaan dalam dan nilai warna air ketuban jika selaput ketuban pecah. Catat semua temuan-temuan dalam kotak yang sesuai di bawah lajur DJJ. Gunakan lambang-lambang berikut ini :

- a. U : Selaput ketuban masih utuh (belum pecah)
- b. J : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih
- c. M : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur mekonium
- d. D : Selaput ketuban sudah pecah dan air ketuban bercampur darah
- e. K : Selaput ketuban sudah pecah tapi air ketuban tidak mengalir lagi (kering)

15. Penyusupan (Molase) tulang kepala janin Penyusupan adalah indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri terhadap bagian keras (tulang) panggul ibu. Semakin besar derajat penyusupannya atau tumpang tindih antara tulang kepala semakin menunjukkan risiko disporposi kepala panggul (CPD). Ketidak mampuan untuk berakomodasi atau disporposi ditunjukkan melalui derajat penyusupan atau tumpang tindih (molase) yang berat sehingga tulang kepala yang saling menyusup, sulit untuk dipisahkan. Catat temuan yang ada dikotak yang sesuai di bawah lajur air ketuban. Gunakan lambang-lambang berikut ini :

1. Tulang-tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpsi
2. Tulang-tulang kepala janin hanya saling bersentuhan

3. Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih dapat dipisahkan
 4. Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan (JNPK-KR, 2017).
16. Kemajuan persalinan Kolom dan lajur kedua pada partograf adalah untuk pencatatan kemajuan persalinan. Angka 0-10 yang tertera dikolom paling kiri adalah besarnya dilatasi serviks. Nilai setiap angka sesuai dengan besarnya dilatasi serviks dalam satuan sentimeter dan menempati lajur dan kotak tersendiri. Perubahan nilai atau perpindahan lajur satu ke lajur yang lain menunjukkan penambahan dilatasi serviks sebesar 1 cm. Pada lajur dan kotak yang mencatat penurunan bagian terbawah janin tercantum angka 1-5 yang sesuai dengan metode perlimaan. Setiap kotak segi empat atau kubus menunjukkan waktu 30 menit untuk pencatatan waktu pemeriksaan, DJJ, kontraksi uterus dan frekwensi nadi ibu.
17. Pembukaan servik Saat ibu berada dalam fase aktif persalinan, catat pada partograf setiap temuan dari setiap pemeriksaan. Tanda "X" harus dicantumkan di garis waktu yang sesuai dengan lajur besarnya pembukaan serviks. Perhatikan :
1. Pilih angka pada tepi kiri luar kolom pembukaan serviks yang sesuai dengan besarnya pembukaan serviks pada fase aktif persalinan yang diperoleh dari hasil pemeriksaan dalam.
 2. Untuk pemeriksaan pertama pada fase aktif persalinan, temuan (pembukaan serviks dari hasil pemeriksaan dalam harus

dicantumkan pada garis waspada. Pilih angka yang sesuai dengan bukaan serviks (hasil pemeriksaan dalam) dan cantumkan cantumkan tanda “X” pada ordinat atau titik silang garis dilatasi serviks dan garis waspada

3. Hubungkan tanda “X” dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh (tidak terputus) (JNPK-KR,2017).

18. Penurunan bagian terbawah janin Cantumkan hasil pemeriksaan penurunan kepala(perlimaan) yang menunjukkan seberapa jauh bagian terendah bagian janin telah memasuki rongga panggul. Pada persalinan normal, kemajuan pembukaan serviks selalu diikuti dengan turunnya bagian terbawah janin. Tapi ada kalanya, penurunan bagian terbawah janin baru terjadi setelah pembukaan serviks mencapai 7 cm (JNPK-KR,2017).

19. Berikan tanda „O“ yang ditulis pada garis waktu yangsesuai. Sebagai contoh, jika hasil palpasi kepala diatas simfisis pubis adalah 4/5 maka tuliskan tanda “O” di garis angka 4. Hubungkan tanda „O“ dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

20. Garis waspada dan garis bertindak Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir pada titik dimana pembukaan lengkap diharapkan terjadi jika laju pembukaan adalah 1 cm per jam. Pencatatan selama fase aktif persalinan harus dimulai di garis waspada. Jika pembukaan serviks mengarah ke sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam), maka harus dipertimbangkan adanya penyulit .Garis bertindak tertera sejajar dan di sebelah kanan (berjarak 4 jam) garis waspada. Jika

pembukaan serviks telah melampaui dan berada di sebelah kanan garis bertindak maka hal ini menunjukkan perlu dilakukan tindakan untuk menyelesaikan persalinan (JNPK-KR, 2017).

21. Jam dan waktu Setiap kotak pada partograf untuk kolom waktu (jam) menyatakan satu jam sejak dimulainya fase aktif persalinan (JNPK-KR, 2017).
22. Kontraksi uterus Di bawah lajur waktu partograf, terdapat lima kotak dengantulisan “ kontraksi per 10 menit “ di sebelah luar kolom paling kiri. Setiap kotak menyatakan satu kontraksi. Setiap 30 menit, raba dan catat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Nyatakan jumlah kontraksi yang terjadi dalam waktu 10 menit dengan cara mengisi kotak kontraksi yang tersedia dan disesuaikan dengan angka yang mencerminkan temuan dari hasil pemeriksaan kontraksi. Sebagai contoh jika ibu mengalami 3 kontraksi dalam waktu satu kali 10 menit, maka lakukan pengisian pada 3 kotak kontraksi (JNPK-KR, 2017).
23. Obat-obatan dan cairan yang diberikan Oksitosin Jika drip oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit jumlah unit oksitosin yang diberikan per volume cairan IV dan dalam tetes per menit. Obat-obatan lain Catat semua pemberian obat-obatan tambahan atau cairan I.V dalam kotak yang sesuai dengan kolom waktunya (JNPK- KR, 2017).
24. Halaman belakang Partograf Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan–tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I

hingga IV (termasuk bayi baru lahir). Itulah sebabnya bagian ini disebut sebagai catatan persalinan. Nilai dan catatkan asuhan yang telah diberikan pada ibu dalam masa nifas terutama selama persalinan kala IV untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik, terutama pada pemantauan kala IV (mencegah terjadinya perdarahan pasca persalinan). Selain itu, catatan persalinan (yang sudah udah diisi dengan lengkap dan tepat) dapat pula digunakan untuk menilai memantau sejauh mana telah dilakukan pelaksanaan asuhan persalinan yang bersih dan aman (JNPK-KR, 2017). Cara melakukan pengisian Lembar belakang partograf yaitu:

- a. Data dasar. Data dasar terdiri dari tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan, alasan merujuk, , tempat merujuk, pendamping saat merujuk dan masalah dalam kehamilan/persalinan.
- b. Kala I terdiri dari pertanyaan-pertanyaan tentang partograf saat melewati garis waspada, masalah lain yang timbul, penatalaksanaan, dan hasil penatalaksanaannya.
- c. Kala II terdiri dari episiotomi, pendamping persalinan, gawat janin, distosia bahu dan masalah dan penatalaksanaannya.
- d. Kala III berisi informasi tentang inisiasi menyusui dini, lama kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, masase fundus uteri, kelengkapan plasenta, retensio plasenta > 30 menit, laserasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah lain, penatalaksanaan dan

hasilnya. Bayi baru lahir berisi tentang berat badan, panjang badan, jenis kelamin, penilaian bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah lain dan hasilnya.

- e. Kala IV berisi data tentang tekanan darah, nadi, temperature, TFU, kontraksi, kandung kemih dan perdarahan. Pemantauan pada kala IV ini sangat penting, terutama untuk menilai resiko atau kesiapan penolong mengantisipasi komplikasi perdarahan pascapersalinan.
- f. Pemantauan kala IV dilakukan setiap 15 menit sekali dalam 1 jam pertama setelah melahirkan, selanjutnya setiap 30 menit pada 1 jam berikutnya.
- g. Isikan hasil pemeriksaan pada kolom yang sesuai.
- h. Bila timbul masalah pada kala IV, tuliskan jenis dan cara penanganannya pada bagian masalah kala IV dan bagian berikutnya.
- i. Bagian yang diarsir tidak perlu diisi.
- j. Catatlah semua temuan kala IV persalinan (JNPK-KR, 2017)

Tabel 2.2

Penapisan pada ibu bersalin deteksi kemungkinan gawat darurat

No	Jenis Penapisan	Ya	Tidak
1	Riwayat bedah besar		
2	Pendarahan pervagina		
3	Persalinan kurang bulan usia kehamilan kurang dari 37 minggu		
4	Ketuban pecah disertai mekonium yang kental		
5	Ketuban pecah lama		
6	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang 37 minggu)		
7	Ikterus		

8	Anemia berat		
9	Tanda gejala infeksi		
10	Pre-eklamsi / hipertensi dalam kehamilan		
11	Tinggi fundus 40cm/ lebih		
12	Gawat janin		
13	Primipara dalam fase aktif kala I persalinan dan kepala janin masih 5/5		
14	Presentasi bukan kepala		
15	Presentasi ganda / majemuk		
16	Kehamilan ganda / gemeli		
17	Tali pusat menabung		
18	Syok		
19	Suami TKI		
20	Suami pelayaran		
21	Suami / bumil bertato		
22	HIV/ AIDS		
23	PMS		
24	Anak mahal		

Sumber: JNPK-KR, 2017. Asuhan Persalinan Normal

25. Cara pengisiannya yaitu: jika salah satu jawaban diatas tidak maka dilakukan rujukan karena terdapat kemungkinan penyulit.

2.3 NIFAS

2.3.1 KONSEP DASAR MASA NIFAS

1.PENGERTIAN

Waktu mulai tertentu setelah melahirkan anak dalam bahasa latin disebut puerperium yaitu dari kata puer yang artinya bayi dan parous melahirkan. Jadi, puerperium berarti masa setelah melahirkan bayi. Puerperium adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil (Vivian, 2014). Buku Acuan Nasional Yankes Maternal dan Neonatal, masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat

kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu.

2. TAHAPAN MASA NIFAS

Masa nifas dibagi menjadi tiga tahap, yaitu puerperium dini, puerperium intermedial dan remote puerperium.

1. Puerperium dini ,Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap bersih dan boleh bekerja selama 40 hari.
2. Puerperium intermedial, Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu.
3. Remote puerperium Remote ,Puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

3.PERUBAHAN FISIOLOGIS MASA NIFAS

1.Perubahan sistem reproduksi

- a. Uterus Setelah proses persalinan, uterus yang membesar selama persalinan akan mengalami proses involusi. Icesmi (2013) menyatakan involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gram. Selama involusi, uterus mengalami tiga proses, yaitu

:

- a. Iskemia miometrium Setelah uterus berkontraksi dan retraksi secara terus-menerus setelah pengeluaran plasenta, uterus relatif anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.
- b. Autolisis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam rahim. Selama kehamilan jaringan otot di rahim panjangnya menjadi 10 kali lipat dan lebarnya 5 kali lipat dari keadaan sebelum hamil, oleh karena itu enzim proteolitik akan memendekkan dan mengembalikan otot-otot rahim ke keadaan seperti sebelum hamil.
- c. Efek oksitosin Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Setelah melahirkan, ibu mendapatkan kadar oksitosin dari tubuh ibu sendiri dan dari injeksi yang diberikan.

Penurunan ukuran uterus yang cepat itu dicerminkan oleh perubahan tinggi uterus. Perubahan ukuran uterus ini dapat diperiksa dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba tinggi fundus uteri (TFU).

Tabel 2.3
Tabel Involusi Uterus

Involusi	Tinggi fundus Uteri	Berat uterus (gr)	Diameter Bekas Melekat Plasenta (cm)	Keadaan Serviks
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000		

Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750	12,5	Lembek
Satu minggu	Pertengahan – pusatsimfisis	500	7,5	Beberapa hari setelah postpartum dapat dilalui 2 jari akhir minggu pertama dapat dimasuki 1 jari
Dua minggu	Tak teraba di atas simfisis	350	3-4	
Enam minggu	Bertambah kecil	50-60	1-2	
Delapan minggu	Sebesar normal	30		

Sumber : Vivian Nanny, L.D. 2014

- b. Perubahan pada serviks Setelah persalinan, serviks bentuknya menjadi menganga seperti corong. Beberapa hari setelah persalinan, ostium externum dapat dilalui oleh 2 jari, pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja.
- c. Involusi tempat plasenta Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan yang kasar, tidak rata dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir masa nifas 1-2 cm (Icesmi dkk, 2013). Regenerasi endometrium terjadi di tempat plasenta selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung didalam desidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta, sehingga pembuluh darah tersebut terkelupas dan terbangun bersama pengeluaran lochea.

- d. Perubahan ligamen Selama kehamilan, ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fascia merenggang dan akhirnya berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala selama masa nifas. Pada beberapa wanita ada yang mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan karena ligamen, fascia, dan jaringan penunjang alat genetalia menjadi kendur.
- e. Perubahan pada vulva, vagina dan perineum Estrogen pasca partum yang menurun berperan dalam penipisan vagina dan hilangnya rugae. Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina akan kembali seperti keadaan sebelum hamil sementara labia menjadi lebih menonjol.
- f. Lochea Lochea adalah pengeluaran cairan dari uterus yang merupakan campuran dari desidua dan darah. Desidua dan cairan yang keluar terjadi karena adanya involusi uterus, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Lochea mempunyai reaksi basal/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau amis dan volumenya berbeda pada setiap wanita. Selama masa nifas lochea mengalami perubahan warna dan volume yang dipengaruhi oleh proses involusi uterus. Perubahan lochea dibagi menjadi 4 macam, yaitu :

Tabel 2.4
Jenis Lochea

Jenis Lochea	Hari muncul	warna	Kandungan
1. Lochea rubra/merah (kruenta)	Hari ke 1-3 postpartum	Merah	Sel desidua, vernix caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium dan darah
2. Lochea sanguinolenta	Hari ke 3-5 postpartum	Merah kekuningan	Darah dan lendir karena pengaruh plasma darah
3. Lochea serosa	Hari ke 5-9 postpartum	Kekuningan atau kecoklatan	Sedikit darah namun banyak serum, leukosit dan robekan laserasi plasenta
4. Lochea alba	Lebih dari hari ke-9	Putih kekuningan dan pucat	Leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.

Sumber : Vivian Nanny, L.D. 2014

Pengeluaran lochea yang tidak lancar maka disebut lochiastasis, sedangkan jika lochea tetap berwarna merah setelah 2 minggu ada kemungkinan tertinggalnya sisa plasenta atau karena involusi kurang sempurna yang sering disebabkan karena adanya reflexio uteri. Lochea yang terjadi infeksi mempunyai karakteristik pengeluaran cairan seperti nanah dan berbau busuk, yang disebut dengan lochea purulenta.

2. Perubahan sistem pencernaan Memerlukan waktu 3-4 hari untuk mengembalikan fungsi usus menjadi normal. Kerja uterus dapat dipengaruhi oleh menurunnya kadar progesteron setelah melahirkan, asupan makanan yang menurun selama 1 atau 2 hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong, rasa sakit pada

perineum, hemoroid yang menjadi prolaps dan bengkak selama kala dua persalinan.

3. Perubahan sistem perkemihan Diuresis terjadi dalam 24 jam setelah melahirkan sebagai respon terhadap penurunan estrogen. Kandung kencing masa nifas mempunyai kapasitas yang bertambah besar dan relatif tidak sensitif terhadap tekanan cairan intravesika. Saluran kencing kembali normal dalam waktu 2 - 8 minggu, bergantung pada:

- 1) Keadaan/status sebelum persalinan.
- 2) Lamanya partus kala 2 dilalui.
- 3) Besarnya tekanan kepala yang menekan pada saat persalinan. Kira-kira 40 % wanita

Postpartum mempunyai proteinuria fisiologis (dalam 1-2 hari). Untuk pemeriksaan laboratorium yang akurat, spesimen diambil langsung dari kateter agar tidak terkontaminasi dengan lochea. Keadaan atau kondisi fisiologis dari proteinuria dapat diasumsikan hanya apabila tidak ada gejala dan tanda-tanda UTI (ISK) atau PE (Hesty dkk, 2012). Fungsi ginjal akan kembali normal dalam waktu 1 bulan setelah wanita melahirkan. Urine dalam jumlah besar akan diproduksi dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

4. Perubahan sistem muskuloskeletal / diastasis rectus abdominalis 1) Diastesis Setiap wanita memiliki derajat diastesis/konstitusi (yakni keadaan tubuh yang membuat jaringan-jaringan tubuh bereaksi secara luar biasa terhadap rangsangan-rangsangan luar tertentu, sehingga

membuat orang itu lebih peka terhadap penyakit-penyakit tertentu). Kemudian 13 demikian juga adanya rectie/muskulus rectus yang terpisah dari abdomen. Seberapa diastesis terpisah ini tergantung dari beberapa faktor termasuk kondisi umum dan tonus otot (Hesty dkk, 2012).

5. Dinding perut dan peritoneum Setelah persalinan, dinding perut longgar karena diregang begitu lama, tetapi biasanya pulih kembali dalam waktu 6 minggu. Akibat peritonium berkontraksi dan ber-retraksi pasca persalinan dan juga beberapa hari setelah itu, peritoneum yang membungkus sebagian besar dari uterus, membentuk lipatan-lipatan dan kerutan-kerutan. Dinding abdomen tetap kendur untuk sementara waktu. Hal ini disebabkan karena terputusnya serat-serat elastis kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat pembesaran uterus selama hamil.
6. Perubahan tanda-tanda vital pada masa nifas
 - a. Suhu badan Dalam 24 jam post partum, suhu badan akan naik sedikit, sekitar 0,5oC dari suhu normal (37,3 oC – 38oC) sebagai akibat kerja keras sewaktu melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan. Biasanya pada hari ke-3 suhu badan akan naik lagi karena pembentukan ASI. Apabila kenaikan suhu lebih dari 38oC, perlu diwaspadai terhadap adanya infeksi masa nifas.
 - b. Nadi Nadi dalam keadaan normal selama masa nifas kecuali karena pengaruh partus lama, persalinan sulit dan kehilangan darah berlebihan. Denyut nadi sehabis melahirkan biasanya akan lebih cepat dan akan mulai menurun dengan frekuensi yang tidak

diketahui. Pada minggu ke-8 sampai minggu ke-10 setelah melahirkan, denyut nadi kembali ke frekuensi sebelum hamil.

c. Tekanan darah Pasca melahirkan, pada kasus yang normal tekanan darah biasanya tidak akan berubah. Tekanan yang lebih rendah pasca melahirkan menunjukkan adanya perdarahan, sedangkan tekanan yang tinggi menandakan adanya PE pasca partum.

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

7. Perubahan sistem kardiovaskuler Pada kehamilan terjadi peningkatan sirkulasi volume darah yang mencapai 50%. Kehilangan darah melalui persalinan spontan normalnya 400-500 cc, sedangkan melalui seksio sesaria kurang lebih 700-1000

a. Bradikardi (dianggap normal), jika terjadi takikardi dapat menandakan adanya kesulitan atau persalinan lama dan darah yang keluar lebih dari normal.

8. Perubahan dalam sistem endokrin

a. Hormon plasenta menyebabkan penurunan hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat pasca persalinan.

Human chorionic gonadotropin menurun dengan cepat dan bertahan pada angka 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 post partum.

b. Hormon pituitary antara lain adalah hormon prolaktin, FSH (Follicle stimulating hormone) dan LH (Luteinizing hormone). Pasca persalinan, hormon prolaktin dalam tubuh akan meningkat dengan cepat, sedangkan pada wanita yang tidak menyusui hormon prolaktin akan menurun dalam waktu 2 minggu. Hormon prolaktin berfungsi dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. Sedangkan FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3 dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c. Hipotalamik pituitary ovarium Hormon ini akan mempengaruhi lamanya seorang wanita akan mendapatkan siklus menstruasinya, baik pada wanita yang menyusui atau wanita yang tidak menyusui. 16% pada wanita yang menyusui 16 akan mendapatkan menstruasi pada 6 minggu pasca melahirkan dan 45% setelah 12 minggu pasca melahirkan. Sedangkan 40% wanita yang tidak menyusui akan mendapatkan menstruasinya setelah 6 minggu pasca persalinan dan berkisar 90% setelah 24 minggu pasca melahirkan. Seringkali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron dalam tubuh.

Kunjungan masa nifas Menurut kemenkes RI (2017) pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang dilakukan sekurang-kurangnya tiga kali sesuai jadwal yang

dianjurkan kunjungan masa nifas yaitu pada 6jam – 3 hari , 4-28 hari, 29-42 hari (pasca persalinan)

1. Perubahan Psikologi Masa Nifas

Tahapan Rubin dalam adaptasi psikologi masa nifas :

- a. Fase Taking In Lamanya 3 hari pertama setelah melahirkan.fokus pertama pada diri ibu sendiri, tidak pada bayi, ibu membutuhkan waktu untuk tidur dan istirahat. Pasif, ibu mempunyai ketergantungan dan tidak bisa membuat keputusan. Ibu memerlukan bimbingan dalam merawat bayi dan merasa takjub ketika melihat bayinya yang baru lahir.
- b. Fase Taking hold Akhir hari ke 3 sampai hari ke 10. Aktif, mandiri, dan bisa membuat keputusan. Memulai aktifitas perawatan diri, fokus pada perut, dan kandung kemih. Fokus pada bayi dan menyusui.Merespon intruksi tentang perawatan bayi dan perawatan diri, dapat mengungkapkan kurangnya kepercayaan diri dalam merawat bayi.
- c. Fase letting go Terakhir hari ke 10 sampai 6 minggu postpartum. Ibu sudah mengubah peran barunya. Menyadarai bayi merupakan bagian dari dirinya. Ibu suda dapat menjalankan perannya (Astuti, 2015).

2. Kebutuhan Dasar pada Masa Nifas

1. Nutrisi dan Cairan Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut.

- a. Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- b. Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
- c. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari.
- d. Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.

2. Ambulasi, Ambulasi dini (early ambulation) ialah kebijakan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan.

3. Kebersihan Diri / Perineum Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan nyaman pada ibu. Perawatan luka perineum bertujuan untuk mencegah infeksi, meningkatkan rasa nyaman dan mempercepat penyembuhan.

4. Istirahat Ibu nifas memerlukan istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari.

5. Seksual Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomy telah sembuh dan lochea telah berhenti.

Hendaknya pula hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan, karena pada waktu itu diharapkan organ – organ tubuh telah pulih kembali.

6. Latihan / Senam Nifas Organ – organ tubuh wanita akan kembali seperti semula sekitar 6 minggu. Oleh karena itu, ibu akan berusaha memulihkan dan mengencangkan bentuk tubuhnya. Hal tersebut dapat dilakukan dengan cara latihan senam nifas. Senam nifas adalah senam yang dilakukan sejak hari pertama melahirkan sampai dengan hari ke sepuluh. Senam.

3. Kunjungan Nifas Pada Saat Pandemi(Covid 19)

Kunjungan nifas (KF) dilakukan sesuai jadwal kunjungan nifas yaitu:

1. KF 1 : pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 2 (dua) hari pasca persalinan;
2. KF 2 : pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari pasca persalinan;
3. KF 3 : pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari pasca persalinan;
4. KF 4 : pada periode 29 (dua puluh sembilan) sampai dengan 42 (empat puluh dua) hari pasca persalinan.
5. Pelaksanaan kunjungan nifas dapat dilakukan dengan metode kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan atau pemantauan

menggunakan media online (d disesuaikan dengan kondisi daerah terdampak COVID-19), dengan melakukan upaya-upaya pencegahan penularan COVID-19 baik dari petugas, ibu dan keluarga.

2.4 Bayi Baru Lahir

2.4.1 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

A. Pengertian Bayi Baru Lahir

Neonatus adalah bayi baru lahir yang mengalami proses kelahiran berusia 0-28 hari (BBL) neonatus memiliki masa kehidupan yang berlangsung 4 minggu merupakan masa hidup yang paling kritis karena banyak terjadi kematian, khususnya beberapa hari setelah persalinan (Manuaba,2013)

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin (Sudarti, 2010).

B. Tujuan perawatan bayi baru lahir

Tujuan perawatan bayi baru lahir Perawatan bayi bertujuan menilai kondisi bayi baru lahir dan membantu terlaksananya pernafasan spontan serta mencegah hipotermi dan mengurangi angka kematian bayi. Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir, antara lain:

- a. Membersihkan jalan nafas.
- b. Memotong dan merawat tali pusat.

- c. Mempertahankan suhu tubuh bayi.
- d. Pencegahan infeksi.
- e. pemantauan bayi baru lahir

Hal-hal yang dinilai pada jam pertama sesudah lahir:

- a. Kemampuan menghisap kuat atau lemah
- b. Bayi tampak aktif
- c. Bayi kemerahan atau biru
- d. Feces: feces berupa mekonium yakni seperti titik hitam, pekat yang telah berada dalam saluran pencernaan sejak janin berusia 16 minggu. Mulai keluar dalam 24 jam pertama lahir sampai hari ke 2 dan 3, selanjutnya hari ke 4-5 berwarna coklat kehijauan, kemudian kuning dan lembek jika minum ASI.
- e. Tali pusat: pemotongan talipusat merupakan pemisahan antara kehidupan bayi dan ibu. Tali pusat biasanya lepas 7-10 hari setelah lahir.
- f. Refleks: bayi yang dilahirkan mempunyai sejumlah reflexRefleks: mempunyai sejumlah refleks merupakan dasar bagi bayi untuk mengadakan reaksi dan tindakan aktif.
- g. Refleks tersebut terdiri dari
 1. Refleks rooting: refleks mencari
 2. Reflek sucking: refleks menghisap
 3. Refleks swallowing : refleks menelan
 4. Refleks moro: refleks seolah-olah memeluk
 5. Refleks tonik neck : refleks otot leher

- 6. Refleks grasping : refleks menggenggam
 - 7. Refleks babinsky : refleks telapak kaki akan defleksi
 - 8. Refleks walking : refleks melangkah
- h. Berat badan bayi baru lahir: dalam tiga hari pertama mengalami penurunan karena bayi mengeluarkan air kencing dan mekonium, kemudian pada hari ke-4 berat badan akan naik lagi dalam 10 hari berat badan kembali normal (Dewi, 2010).

C. Ciri-ciri bayi normal

Ciri-ciri bayi normal antara lain:

- a. Berat badan 2500-4000 gram
- b. Panjang badan 48-52 cm
- c. Lingkar dada 30-38 cm
- d. Lingkar kepala 33-35 cm
- e. Bunyi jantung pertama kira-kira 180x/menit, kemudian menurun sampai 120-160 x/menit
- f. Pernapasan pada menit pertama cepat kira-kira 80x/menit, kemudian menurun sekitar 40-60 kali/menit
- g. Kulit kemerah-merahan, licin dan diliputi verniks caseosa
- h. Rambut lanugo telah tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- i. Kuku telah agak panjang dan lemas
- j. Pada bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, dan pada bayi laki-laki testis sudah turun.

- k. Refleks menghisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- l. Reflek moro sudah baik
- m. Eliminasi baik, urin dan mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama
(Dewi, 2010).

D. Tanda bahaya bayi baru lahir

- a. Sulit bernapas atau lebih dari 60 kali/menit
- b. Suhu terlalu tinggi ($>38^{\circ}\text{C}$) atau terlalu dingin ($<36^{\circ}\text{C}$)
- c. Kulit bayi kuning (terutama 24 jam pertama), biru, pucat atau memar.
- d. Hisapan saat menyusui lemah, rewel, sering muntah.
- e. Tali pusat memerah, bengkak, keluar cairan dan berdarah.
- f. Tanda-tanda infeksi seperti suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, bau busuk, keluar cairan dan pernapasan sulit.
- g. Tidak BAB dalam 3 hari, tidak BAK dalam 24 jam, tinja lembek/encer, berwarna hijau tua ada lendir atau darah.
- h. Menggigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, dan menangis terus-menerus (Saifuddin, 2010).

Standar pelayanan kebidanan neonatus/ bayi baru lahir

1. Standar 13 : perawatan bayi baru lahir

Tujuan dari standar ini yaitu menilai kondisi bayi baru lahir dan membantu dimulainya pernafasan dan mencegah hipotermi, hipoglikemia, dan infeksi.

2. Standar 14 : penanganan pada dua jam pertama setelah persalinan tujuan dari standar ini yaitu mempromosikan perawatan ibu dan bayi yang bersih

dan aman selama kala 4 untuk memulihkan kesehatan bayi, meningkatkan asuhan sayang ibu dan sayang bayi. Dan memulai pemberian IMD

Tanda bahaya bayi baru lahir dengan resiko tinggi, Tanda bahaya neonatus menurut tando (2016)

1. BBLR bayi baru lahir dengan berat badan kurang dari : 2.500 gram

Penyebabnya:

- a. Persalinan kurang bulan/ premature
- b. Bayi lahir kecil

Komplikasi

- a. Hipotermia
 - b. Hipoglikemia
 - c. Ikterus
 - d. Infeksi
 - e. Sindrom aspirasi mekonium
2. Asfiksia neonatorum keadaan kegagalan nafas secara spontan dan teratur saat bayi lahir

Penyebab

- a. Factor ibu : hipoksia, grande multipara, social, ekonomi dan penyakit pada ibu.
- b. Factor janin : premature, IUGR, gemeli, tali pusat menumbung, dan kelainan congenenital
- c. Factor plasenta : plasenta previa, solusio plasenta

d. Factor persalinan : persalinan lama, persalinan macet, dan persalinan dengan tindakan medis.

3. Sindrom gawat nafas neonatus (SGNN)

Tanda dan gejala :

- a. frekuensi nafas bayi lebih dari 60kali/menit atau frekuensi nafas kurang dari 40kali/menit
- b. bayi dengan sinosis sentral / biru pada lidah dan bibir.
- c. Bayi nafas berhenti lebih dari 20 menit.

Penyebabnya :

- a. Kelainan paru
- b. Kelainan jantung
- c. Kelainan susunan syaraf pusat
- d. Kelainan metabolic
- e. Kelainan bedah

4. Ikterus

Tanda dan gejala :

- a. Ikterus terjadi pada 24 jam pertama
- b. Kadar bilirubin lebih 10mg% pada neonatus cukup bulan atau 12,5 mg% pada neonatus kurang bulan

Penyebab :

- a. Kadar bilirubin yang berlebihan
- b. Gangguan transportasi dalam metabolisme
- c. Gangguan dalam ekskresi

5. Pendarahan tali pusat

Penyebab :

- a. Robekan umbilicus normal
- b. Robekan umbilicus abnormal
- c. Robekan pembuluh darah abnormal
- d. Pendarahan akibat plasenta previa dan abrupsi plasenta

6. Kejang

Penyebab :

- a. Gangguan metabolisme
- b. Infeksi
- c. Pendarahan intracranial
- d. Kelainan susunan syaraf pusat

7. Hipotermia

Tanda dan gejala

- a. Bayi tidak mau menyusu
- b. Bayi tampak mengantuk
- c. Tubuh bayi terasa dingin
- d. Denyut jantung menurun

Penyebab

- a. Sering terjadi pada BBLR karena pengaturan suhu tubuh belum sempurna
- b. Berada pada lingkungan yang dingin

8. Hipertermia

Tanda dan gejala

- a. Suhu lebih 37,5 C
- b. Frekuensi nafas lebih 60kali/menit
- c. Adanya tanda dehidrasi seperti penurunan berat badan, turgor, kulit kering.

Penyebab

- a. Infeksi
- b. Suhu lingkungan terlalu panas
- c. Sinar radiasi yang terlalu panas saat bayi dalam incubator

9. Hipoglikemia

Tanda dan gejala

- a. Tremor
- b. Bayi lemah, apatis, dan berkeringat dingin
- c. Sionasis
- d. Kejang
- e. Apnea nafas lambat, tidak teratur
- f. Tangisan melengking atau lemah merintih
- g. Hipotonia
- h. Masalah minum

Penyebab

- a. Konsentrasi glukosa darah bayi lebih rendah dibandingkan dengan glukosa darah rata rata kurang dari 30 mg% pada bayi cukup bulan dan kurang dari 20 mg% pada bayi kurang bulan
- b. Lebih sering pada BBLR karena cadangan glukosa rendah

10. Tetanus neonatrum

Tanda dan gejala

- a. Bayi panas / demam tiba tiba
- b. Sulit menyusu karena kejang otot rahang dan faring
- c. Mulut mencucup seperti mulut ikan
- d. Kejang trauma saat terkena rangsangan cahaya, sentuhan atau suara
- e. Sesak nafas, wajah membiru, kaku kuduk, posisi punggung melengkung, kepala mendongok ke atas

Penyebab

- a. Clostridium tetani adalah yang masuk kedalam tubuh bayi melalui tali pusat pada saat pemotongan dan perawatan

E. Kunjungan Neonatus/ bayi baru lahir

Cakupan kunjungan neonatal adalah pelayanan kepada neonatus pada masa 6 jam sampai dengan 28 hari dan setelah kelahiran sesuai standar

Standar pelayanan minimal :

1. Satu kali pada kunjungan 6-48 jam (KN 1)
2. Satu kali pada kunjungan 3-7 hari (KN 2)
3. Satu kali pada kunjungan 8-28 hari (KN 3)

Kunjungan BBL pada saat Pandemi (Covid 19)

1. Bayi baru lahir tetap mendapatkan pelayanan neonatal esensial saat lahir (0 – 6 jam) seperti pemotongan dan perawatan tali pusat, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K1, pemberian salep/tetes mata antibiotik dan pemberian imunisasi hepatitis B.
2. Setelah 24 jam, sebelum ibu dan bayi pulang dari fasilitas kesehatan, pengambilan sampel skrining hipotiroid kongenital (SHK) dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan.
3. Pelayanan neonatal esensial setelah lahir atau Kunjungan Neonatal (KN) tetap dilakukan sesuai jadwal dengan kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan dengan melakukan upaya pencegahan penularan COVID-19 baik dari petugas ataupun ibu dan keluarga. Waktu kunjungan neonatal yaitu :
 - a. KN 1 : pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 48 (empat puluh delapan) jam setelah lahir;
 - b. KN 2 : pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari setelah lahir;
 - c. KN3 : pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari setelah lahir.
 - d. Ibu diberikan KIE terhadap perawatan bayi baru lahir termasuk ASI eksklusif dan tanda – tanda bahaya pada bayi baru lahir (sesuai yang tercantum pada buku KIA). Apabila ditemukan tanda bahaya pada bayi baru lahir, segera bawa ke fasilitas pelayanan kesehatan. Khusus untuk

bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR), apabila ditemukan tanda bahaya atau permasalahan segera dibawa ke Rumah Sakit.

F. Imunisasi

Imunisasi adalah usaha memberikan kekebalan pada bayi dan anak dengan memasukan vaksin ke dalam tubuh agar tubuh membuat zat anti untuk mencegah terhadap penyakit tertentu . vaksin adalah bahan yang dipakai untuk merangsang pembentukan zat anti yang dimasukan kedalam tubuh melalui suntikan , seperti vaksin BCG, DPT, campak dan melalui mulut, seperti vaksin polio (Tando,2016).

Imunisasi dasar didapatkan untuk mendapatkan kekebalan secara aktif, imunisasi yang diwajibkan sesuai program pengembangan imunisasi (PPI) adalah imunisasi BCG, polio, hepatitis B, (HB), DPT, dan campak.

Table 2.5
Table jadwal imunisasi dasar lengkap

Usia	Jenis imunisasi
0 bulan	Polio 1, BCG, HB 0
2 bulan	Polio 2, DPT, HB 1
3 bulan	Polio 3, DPT, HB 2
4 bulan	Polio 4, DPT, HB 3
9 bulan	Campak

Sumber : Marmi, 2012.

Keterangan

1. Imunisasi hepatitis B : digunakan untuk mencegah kerusakan hati, diberikan pada usia 0-7 hari.
2. Imunisasi BCG (*Bacillus Calmette-Guerin*) untuk memberikan kekebalan bayi terhadap bakteri tuberkolosis (TBC) . diberikan segera setelah bayi lahir ditempat pelayanan kesehatan atau mulai 1 bulan posyandu

3. Imunisasi DPT : memberikan kekebalan bagi bayi yang terdapat penyakit *difteri* pertusis (batuk rejan) dan tetanus, imunisasi ini pertama kali diberikan pada bayi berusia 2 bulan imunisasi selanjutnya berjarak 4 minggu atau bersamaan dengan hepatitis B.
4. Imunisasi polio: memberikan kekebalan bagi bayiterhadap penyakit polio (kelumpuhan). Imunisasi polio diberikan 4 kali dengan selang waktu 4 minggu.
5. Imunisasi campak : mencegah bayi terkena infeksi penyakit campak. Diberikan pada usia 9 bulan

G. Fisiologi Bayi Baru Lahir

Menurut Astuti (2015). Fisiologi neonatus adalah sebagai berikut:

1. Sistem pernafasan Saat kepala bayi melewati jalan lahir ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraksnya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanisme ini menyebabkan cairan yang ada di dalam paru-paru hilang karena terdorong kebagian perifer paru untuk kemudian di absorpsi. Karena terstimulus oleh sensor kimia, suhu, serta mekanis akhirnya bayi mulai bernapas untuk pertama kali. Tekanan intra toraks yang negative di sertai dengan aktivitas napas yang pertama memungkinkan adanya udara masuk ke dalam paru- paru. Setelah beberapa kali napas pertama, udara dari luar mulai mengisi jalan napas pada trakea dan bronkus, akhirnya semua alveolus mengembang karena terisi udara. Fungsi alveolus dapat maksimal jika dalam paru-paru bayi terdapat

sufraktan yang adekuat. Sufraktan membantu menstabilkan dinding alveolus sehingga alveols tidak kolaps saat akhir napas.

2. Sirkulasi darah Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat di klem. Sebagian besar darah janin yang teroksigenasi melalui paru dan malah mengalir melalui lubang antara atrium kanan dan kiri, yang disebut foramen ovale. Darah yang kaya oksigen ini kemudian secara istimewa mengalir ke otak melalui duktus arteriosus. Karena tali pusat di klem, sistem bertekanan rendah yang ada pada unit janin-plasenta terputus. Sistem sirkulasi bayi baru lahir sekarang merupakan sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi dan berdiri sendiri (Astuti, 2015).
3. Termoregulasi Bayi baru lahir memiliki kecenderungan menjadi cepat stres karena perubahan lingkungan dan bayi harus beradaptasi dengan suhu lingkungan yang cenderung dingin di luar. Terdapat 4 mekanisme kehilangan panas dari tubuh bayi ke lingkungan. Sesaat setelah bayi lahir, bayi berada di tempat yang suhunya lebih rendah dari dalam kandungan dan dalam keadaan basah. Jika di biarkan dalam suhu kamar 25°C, bayi akan mengalami kehilangan panas melalui evaporasi, konduksi, konveksi, dan radiasi sebanyak 200 kalori/kg BB/menit, yaitu sebagai berikut :
 - a. Konduksi adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin.
 - b. Konveksi adalah kehilangan panas dari tubuh bayi ke udara disekitarnya yang bergerak..

- c. Radiasi adalah panas dipancarkan dari bayi ke luar tubuhnya kelingkuangan yang lebih dingin.
4. .Evaporasi adalah panas yang hilang akibat penguapan karena kecepatan dan kelembapan udara.
5. System pencernaan Reflek menghisap dan menelan ASI sudah terbentuk pada saat persalinan. Kemampuan system pencernaan untuk mencerna protein, lemak dan karbohidrat belum efektif. Hubungan antara esophagus bawah dengan lambung belum sempurna sehingga bisa menimbulkan gumoh pada bayi apabila mendapatkan ASI terlalu banyak.
6. Perubahan berat badan Setelah bayi lahir, berat badan bayi akan menurun karena bayi kekurangan cairan tubuh melalui defekasi, berkemih, proses pernapasan, dan melalui kulit serta jumlah asupan cairan yang sedikit. Setelah 10-14 hari pertama kelahiran bayi, berat badan akan meningkat kembali mencapai berat badan lahir. Pertumbuhan berat badan bayi yang cepat terjadi sampai bayi berusia 2 tahun, kemudian secara bertahap menjadi konstan (Astuti, 2011 dalam Tando, 2016).
7. Perubahan pada darah
 - a. Bayi baru lahir dilahirkan dengan hematokrit/hemoglobin yang tinggi. Konsentrasi hemoglobin normal memiliki rentang dari 13,7-20,0 gr/dL. Selama beberapa hari pertama kehidupan, nilai hemoglobin sedikit meningkat, sedangkan volume plasma menurun. Akibat perubahan dalam volume plasma tersebut, hematokrit, yang normalnya dalam rentang 51 hingga 56 % pada saat kelahiran,

meningkat dari 3 menjadi 6 %. Hemoglobin kemudian turun perlahan, tapi terus-menerus pada 7-9 minggu pertama setelah bayi lahir. Nilai hemoglobin rata-rata untuk bayi berusia 2 bulan ialah 12,0 gr/dL.

8. Sel darah merah Sel darah merah bayi baru lahir memiliki usia yang sangat singkat (80 hari) jika dibandingkan orang dewasa (120 hari). Pergantian sel yang sangat besar ini menghasilkan lebih banyak sampah metabolic, termasuk bilirubin yang harus di metabolisme.
9. Sel darah putih Jumlah sel darah putih rata-rata pada bayi baru lahir adalah 10.000-30.000/mm². Peningkatan jumlah sel darah putih lebih lanjut dapat terjadi pada bayi baru lahir normal selama 24 jam pertama kehidupan. Periode menangis yang lama juga dapat menimbulkan hitung sel darah putih meningkat (Astuti, 2015)
10. Perubahan pada sistem imun System imunitas bayi baru lahir masih belum matur pada setiap tingkat yang signifikan. Ketidakmaturation fungsional menyebabkan neonatus atau bayi baru lahir rentan terhadap berbagai infeksi dan alergi. System imun yang matur memberikan kekebalan alami dan kekebalan yang di dapat. Kekebalan alami terdiri atas struktur pertahanan tubuh yang mencegah atau meminimalkan infeksi. Bayi memiliki immunoglobulin untuk meningkatkan system imunitas yang di sekresi oleh limfosit dan sel-sel plasma. Kekebalan alami juga tersedia pada tingkat sel oleh sel darah yang membantu bayi baru lahir membunuh mikroorganism

asing, tetapi sel darah ini masih belum matur, artinya bayi baru lahir mampu melokalisasi dan memerangi infeksi secara efisien.

11. Perubahan sistem gastrointestinal Dengan kapasitas lambung yang terbatas, sangat penting untuk mengatur pola supan cairan bagi bayi dengan frekuensi sedikit tetapi sering.

12. Perubahan sistem ginjal Ginjal bayi baru lahir normal menunjukkan penurunan aliran darah ginjal dan penurunan kecepatan filtrasi glomerulus. Kondisi ini mudah menyebabkan retensi cairan dan intoksikasi air. Fungsi tubulus tidak matang sehingga tidak dapat menyebabkan kehilangan natrium dalam jumlah besar dan ketidakseimbangan elektrolit lain. Bayi baru lahir tidak dapat mengonsentrasikan urin dengan baik yang tercermin dari berat jenis urin 1,0004 dan osmolitas urin yang rendah. Semua keterbatasan ginjal ini lebih buruk pada bayi kurang bulan (Astuti, 2015)

10. Tanda-tanda bayi baru lahir normal menurut Tando, (2016) adalah sebagai berikut:

- a. Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram
- b. Panjang badan bayi 48-50 cm
- c. Lingkar dada bayi 32-34 cm
- d. Lingkar kepala bayi 33-35 cm
- e. Bunyi jantung dalam menit pertama ± 180 x/menit, kemudian turun sampai 140-120 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit.

- f. Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 x/menit disertai pernapasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subcutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa
- h. Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik 9. Kuku telah agak panjang dan lemas 10. Genitalia: testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labio minora (pada bayi perempuan)
- i. Refleks isap, menelan, dan moro telah terbentuk 12. Eliminasi, urine, dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

H. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

- 1. Berdasarkan usia kehamilan
 - a. Neonatus kurang bulan (preterm infant) : kurang dari 259 hari (37 minggu).
 - b. Neonatus cukup bulan (term infant) : 259 sampai 294 hari (37- 42 minggu).
 - c. Neonatus lebih bulan (postterm infant) : lebih dari 294 (42 minggu) atau lebih.
- d. Berdasarkan berat lahir
 - a) Neonatus berat lahir rendah
 - a. kurang dari 2500 gram
 - b. Neonatus berat lahir cukup

- c. gram :antara 2500 sampai 4000
- d. Neonatus berat lahir lebih (Muslihatun, 2010).
- e. lebih dari 4000 gram

2.5 Keluarga Berencana

2.5.1 Konsep Dasar Keluarga Berencana

1. Pengertian Kontrasepsi

yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim. (Dewi & Sunarsih, 2010)

Kontrasepsi pascapersalinan adalah inisiasi pemakaian metode kontrasepsi dalam waktu 6 minggu pertama pascapersalinan untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, khususnya pada 1-2 tahun pertama pascapersalinan (Mulyani, 2013).

Menurut WHO, keluarga berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasutri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri serta menentukan jumlah anak dalam keluarga.

2. Macam-macam KB Pascasalin

1. Metode Sederhana Tanpa Alat

a. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

1. Pengertian Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya

hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya. (Dewi & Sunarsih, 2010)

2. Cara Kerja Kontrasepsi MAL

- a) Menyusui secara penuh (full brast feeding); lebih efektif bila pemberian 8x sehari;
- b) Belum haid
- c) Umur bayi kurang dari 6 bulan
- d) Efektif digunakan sampai 6 bulan, namun harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya. (Affandi,2012).
- e) Efektivitas Efektifitas metode amenorhea laktasi tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pasca persalinan) (Affandi,2012).
- f) Keuntungan untuk ibu dan bayi
- g) mengurangi resiko perdarahan pasca persalinan
- h) mengurangi resiko anemia,
- i) meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi.
- j) mendapat kekebalan pasif (mendapat antibody perlindungan lewat ASI),
- k) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal,
- l) Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai. (Affandi,2012)

3. Keterbatasan

- a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan

- b) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial
- c) Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan
- d) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS
- e) (Affandi,2012)

2. Metode Kalender (Ogino-Knaus)

1. Pengertian Metode kalender atau pantang berkala adalah metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggama atau hubungan seksual pada masa subur (Mulyani, 2013).Metode kalender adalah metode yang digunakan berdasarkan masa subur dimana harus menghindari hubungan seksual tanpa perlindungan kontrsepsi pada hari ke 8 – 9 siklus menstruasinya. (Handayani, 2010)
2. Cara kerja metode kalender Masa subur wanita dapat dihitung dengan melakukan perhitungan minggu subur sebagai berikut:
 - a) Menstruasi wanita teratur antara 26 sampai 30 hari
 - b) Masa subur dapat diperhitungkan, yaitu menstruasi hari pertama ditambah 12 yang merupakan hari pertama minggu subur dan akhir minggu subur adalah hari pertama menstruasi ditambah 19.
 - c) Puncak minggu subur adalah hari pertama menstruasi ditambah 14 (Manuaba dkk , 2010).
3. Keuntungan

- a) Metode kalender atau pantang berkala lebih sederhana
- b) Dapat digunakan oleh setiap wanita yang sehat
- c) Tidak membutuhkan alat atau pemeriksaan khusus dalam penerapannya
- d) Tidak mengganggu pada saat berhubungan seksual
- e) Kontrasepsi dengan menggunakan metode kalender dapat menghindari risiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi
- f) Tidak memerlukan biaya
- g) Tidak memerlukan tempat pelayanan kontrasepsi (Mulyani, 2013)

4. Keterbatasan

- a) Memerlukan kerjasama yang baik antara suami dan istri
- b) Harus ada motivasi dan disiplin pasangan dalam menjalankannya
- c) Pasangan suami istri tidak dapat melakukan hubungan seksual setiap saat
- d) Pasangan suami istri harus tau masa subur dan masa tidak subur
- e) e.Harus mengamati siklus menstruasi minimal enam kali siklus
- f) Siklus menstruasi yang tidak teratur (menjadi penghambat)
- g) Lebih efektif bila dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain (Mulyani, 2013)

5. Indikasi

- a) Dari semua pasangan usia subur
- b) Dari semua paritas, termasuk nullipara

- c) Yang boleh karena alasan religius atau filosofi tidak bias menggunakan metode lain
- d) Tidak bisa memakai metode lain
- e) Bersedia menahkn nafsu birahi lebih dari seminggu setiap siklus
- f) Bersedia dan terdorong untuk mengamati, mencatat, dan menginterpretasikan tanda-tanda kesuburan. (Handyani, 2010)

7. Kontraindikasi

- a) Perempuan yang dari segi umur, paritas atau masalah kesehatannya
- b) membuat kehamilan menjadi suatu kondisi resiko tinggi.
- c) Perempuan yang pasangannya tidak mau bekerja sama (berpantang) selama waktu tertentu dalam siklus haid.
- d) perempuan yang tidak suka menyentuh daerah genetaliaanya (Saifuddin, 2010)

3. Suhu Badan Basal

Pengertian Metode suhu basal adalah suhu terendah yang dicapai oleh tubuh selama istirahat atau dalam keadaan istirahat. Tujuan pencatatan suhu basal adalah untuk mengetahui kapan terjadinya masa subur atau ovulasi (Mulyani, 2013)

1. Efektifitas Tingkat keefektifan metode suhu tubuh basal sekitar 80 persen atau 20 – 30 kehamilan per 100 wanita pertahun. Secara teoritia angka kegagalannya adalah 15 kehamilan per 100 wanita per tahun (Mulyani, 2013).

2. Manfaat Metode suhu basal bermanfaat bagi pasangan yang menginginkan kehamilan. Bermanfaat bagi pasangan yang menginginkan menghindari atau mencegah kehamilan (Mulyani, 2013)
3. Keterbatasan Membutuhkan motivasi dari pasangan suami istri suhu tubuh basal dapat dipengaruhi oleh penyakit, gangguan tidur, merokok, alkohol, stres, penggunaan narkoba maupun selimut elektrik. Pengukuran suhu tubuh harus dilakukan pada waktu yang sama. Tidak mendeteksi awal masa subur. Membutuhkan masa pantang yang lama (Mulyani, 2013)
4. Indikasi untuk kontrasepsi semua perempuan semasa reproduksi, baik siklus haid teratur maupun tidak teratur, tidak haid baik menyusui maupun premenopause. Semua perempuan kurus ataupun gemuk. Semua perempuan dengan paritas berapapun termasuk nulipara, Perempuan yang merokok, Perempuan dengan alasan tertentu hipertensi sedang, varises, dismenorea, sakit kepala sedang atau hebat, mioma uteri, endometritis, kista ovarii, anemia defisiensi besi, hepatitis virus, malaria, thrombosis vena dalam atau emboli paru. Perempuan yang tidak dapat menggunakan lain pasangan yang ingin dan termotivasi untuk mengobservasi, mencatat, dan menilai tanda dan gejala kesuburan. Untuk konsepsi Pasangan yang ingin mencapai kehamilan, senggama dilakukan pada masa subur untuk mencapai kehamilan (Saifuddin, 2010)

5. Kontraindikasi Perempuan yang dari segi umur, paritas atau masalah kesehatannya membuat kehamilan menjadi suatu kondisi resiko tinggi. Perempuan yang pasangannya tidak mau bekerja sama (berpantang) selama waktu tertentu dalam siklus haid. Perempuan yang tidak suka menyentuh daerah genetalia (Saifuddin, 2010).
5. Lendir serviks/Metode Ovulasi Billings (MOB)
 1. Pengertian Metode kontrasepsi dengan mengenali masa subur dari siklus menstruasi dengan mengamati lendir serviks dan perubahan rasa pada vulva menjelang hari ovulasi (Mulyani, 2013).
 2. Cara kerja metode lendir serviks Senggama dihindari pada masa subur yaitu dekat dengan pertengahan siklus haid atau terdapat tanda-tanda adanya kesuburan yaitu keluarnya lendir encer dari liang vagina. (Affandi, 2012).
 3. Efektivitas Sebagai kontrasepsi sedang (9-20 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama pemakaian). Kegagalan metode 0-3 % kegagalan pemakai, yaitu dengan sengaja atau tanpa sengaja melanggar aturan untuk mencegah kehamilan (Affandi, 2012).
4. Manfaat
 - a) Dapat digunakan untuk menghindari atau mencapai kehamilan.
 - b) Tidak ada resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi.
 - c) Tidak ada efek samping sistemik.
 - d) Murah atau tanpa biaya.

- e) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana.
 - f) Menambah pengetahuan tentang reproduksi pada suami dan istri.
 - g) Memungkinkan mengeratkan relasi/hubungan melalui peningkatan komunikasi antara suami istri / pasangan (Affandi,2012).
5. Indikasi Untuk kontrasepsi Semua perempuan semasa reproduksi, baik siklus haid teratur maupun tidak teratur, tidak haid baik menyusui maupun premenopause, Semua perempuan kurus ataupun gemuk, Semua perempuan dengan paritas berapapun termasuk nulipara, Perempuan yang merokok., Perempuan dengan alas an tertentu, hipertensi sedang, varises, dismenorea, sakit kepala sedang atau hebat, mioma uteri, endometritis, kista ovarii, anemia defisiensi besi, hepatitis virus, malaria, thrombosis vena dalamatau emboli paru.Perempuan yang tidak dapat menggunakan lainPasangan yang ingin dan termotivasi untuk mengobservasi, mencatat, dan menilai tanda dan gejala kesuburan .
6. Untuk konsepsi Bersengama pada setiap siklus pada hari – hari terdapat lendir yang terasa mulur, basa, dan licin (Affandi,2012)
- a. KontraindikasiPerempuan yang dari segi umur, paritas atau masalah kesehatannya membuat kehamilan menjadi suatu kondisi resiko tinggi. Perempuan sebelum mendapat haid (menyusui, segera setelah abortus).Perempuan dengan siklus haid yang tidak

teratur. Perempuan yang pasangannya tidak mau bekerja sama (berpantang) selama waktu tertentu dalam siklus haid. perempuan yang tidak suka menyentuh daerah genetaliaanya (Saifuddin, 2010).

7. Coitus Interruptus (Senggama terputus)

Pengertian Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi (Affandi, 2012).

1. Cara kerja kontrasepsi Coitus interruptus Alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk kedalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum, dan kehamilan dapat dicegah (Affandi, 2012).
2. Efektifitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4 – 27 kehamilan per 100 perempuan pertahun). Efektivitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis (Affandi, 2012).
3. Keuntungan tidak mengganggu produksi ASI, Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya, Tidak ada efek samping, Dapat digunakan setiap waktu, Tidak membutuhkan biaya (Handayani, 2010)
4. Kerugian memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual. (Handayani, 2010 :71)

5. Indikasi suami yang berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana. Pasangan yang taat beragama atau mempunyai alasan filosofi untuk tidak memakai metode-metode lain, Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera. Pasangan yang memerlukan metode sementara, sambil menunggu metode yang lain, Pasangan yang membutuhkan metode pendukung, Pasangan yang melakukan hubungan seksual yang tidak teratur (Affandi, 2012).
6. Kontraindikasi suami dengan pengalaman ejakulasi dini, Suami yang sulit melakukan senggama terputus, Suami yang memiliki kelainan fisik atau psikologis, Istri yang mempunyai pasangan yang sulit bekerja sama, Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi, Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus (Affandi, 2012).
8. Metode Sederhana Dengan Alat
 - a. Kondom
 1. Pengertian Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintetis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu (Affandi, 2012).

2. Tipe kondom
 - a) Kondom kulit
 - b) Kondom lateks / bergerigi
 - c) Kondom elastik (Handayani,2010).
 - d) kondom beraroma
3. Cara kerja kondom Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tumpah ke dalam saluran reproduksi (Affandi,2012).
4. Keuntungan
 - a) Tidak mengganggu kesehatan klien
 - b) Murah dan dapat dibeli secara umum
 - c) Tidak mempunyai pengaruh sistemik
 - d) Tidak mengganggu produksi ASI
 - e) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus
 - f) Metode kontrasepsi sementara. (Affandi, 2012)
5. Kerugian Efektivitas tidak terlalu tinggi, Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi, Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung). Pada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi. Harus selalu tersedia setiap kali

berhubungan seksual, Beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum, Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah.

6. Indikasi

a) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung)

b) Pada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi

c) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual

d) Beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum

e) Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah. (Affandi 2012)

7. Kontraindikasi Pria yang mempunyai pasangan yang berisiko tinggi apabila terjadi kehamilan, Alergi terhadap bahan dasar kondom, Menginginkan kontrasepsi jangka panjang, Tidak mau terganggu dengan berbagai persiapan untuk melakukan hubungan seksual. (Affandi, 2012)

8. Efektivitas Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakainya secara konsisten. Angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun (Affandi, 2012)

9. Petunjuk pemakaian bila kondom tidak ada ujung penampung, sisakan 1-2 cm ujung kondom untuk penampung ejakulat. Cabut penis sebelum ereksi hilang, pegang gelang kondom (bagian pangkal) agar sperma tidak tumpah. Jangan gunakan pelumas (minyak sayur, baby oil dan lain lain)

9. Diafragma

1. Pengertian Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks (Affandy, 2012)
2. Cara kerja kontrasepsi diafragma Menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopii) dan sebagai alat tempat spermisida (Affandi, 2012).
3. Manfaat Efektif bila digunakan dengan benar, Tidak mengganggu produksi ASI, Tidak mengganggu hubungan seksual karena telah terpasang sampai 6 jam sebelumnya, Tidak mengganggu kesehatan klien, Tidak mempunyai pengaruh sistemik (Affandi, 2012).
4. Keterbatasan Efektifitas sedang (bila digunakan dengan spermisida angka kegagalan 6-16 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama), Keberhasilan sebagai kontrasepsi bergantung pada kepatuhan mengikuti cara penggunaan,

Motivasi diperlukan berkesinambungan dengan menggunakannya setiap berhubungan seksual, Pemeriksaan pelvik oleh petugas kesehatan terlatih diperlukan untuk memastikan ketepatan pemasangan. Pada beberapa pengguna menyebabkan infeksi pada saluran uretra. Pada 6 jam pasca hubungan seksual, alat masih harus berada di posisinya.

(Affandi, 2012)

5. Indikasi

- a) Tidak menyukai metode kontrasepsi hormonal
- b) Tidak menyukai penggunaan AKDR.
- c) Menyusui dan perlu kontrasepsi.
- d) Memerlukan proteksi terhadap IMS
- e) Memerlukan metode sederhana sambil menunggu metode yang lain. (Affandi, 2012)

6. Kontraindikasi Berdasarkan umur dan paritas serta masalah kesehatan menyebabkan kehamilan menjadi berisiko tinggi, Terinfeksi saluran uretra, Tidak stabil secara psikis atau tidak suka menyentuh alat kelaminnya (vulva dan vagina), Mempunyai riwayat sindrom syok karena keracunan, Ingin metode KB efektif. (Affandi, 2012).

2. Metode hormonal

1. Pil KB

Pengertian Pil kombinasi adalah pil konsepsi yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesteron, Pil progestin merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon sintetis progesteron. (Handayani, 2010).

2. Cara kerja pil KB Menekan ovulasi, Mencegah implantasi, Mengentalkan lendir serviks sehingga sulit dilalui oleh sperma, Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu. (Kemenkes RI, 2013).

3. Macam-macam pil KB

- a) Pil kombinasi Sejak semula telah terdapat kombinasi komponen progesterone dan estrogen.
- b) Pil sekuensial Pil ini mengandung komponen yang disesuaikan dengan sistem hormonal tubuh. Dua belas pertama hanya mengandung estrogen, pil ketiga belas dan seterusnya merupakan kombinasi.
- c) Pil progestin (minipil)

Pil ini hanya mengandung progesterone dan digunakan ibu postpartum.

Jenis minipil :

- a) Kemasan dengan isi 35 pil : 300 ug levonorgestrel atau 350 ug noretindron.
- b) Kemasan dengan isi 28 pil : 75 ug desogestrel. (Affandi, 2012)
- c) *After morning pil*

Pil ini digunakan segera setelah hubungan seksual (Manuaba dkk, 2010)

4. Manfaat

- a) Memiliki efektivitas yang tinggi (hampir menyerupai efektivitas tubektomi), apabila digunakan setiap hari (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan).
- b) Risiko kesehatan sangat kecil.
- c) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- d) Siklus haid menjadi teratur, jumlah darah haid berkurang (mencegah anemia), dan tidak terjadi nyeri haid.
- e) Metode ini dapat digunakan untuk membantu mencegah hal berikut:
 1. Kehamilan ektopik
 2. Kanker ovarium
 3. Kanker endometrium. (Affandi,2012)
4. Kerugian Harus minum pil secara teratur, dalam waktu panjang dapat menekan fungsi ovarium, penyulit ringan (berat badan bertambah, rambut rontok, tumbuh akne, mual sampai muntah), mempengaruhi fungsi gati dan ginjal (Manuaba dkk, 2010)
5. Indikasi Pil KombinasiUsia reproduksi telah memiliki anak atau pun yang belum memiliki anak, gemuk atau kurus, menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi, setelah melahirkan dan tidak menyusui, pascakeguguran, anemia karena haid berlebihan, nyeri haid hebat, riwayat kehamilan ektopik, kelainan payudara jinak, kencing manis tanpa komplikasi pada ginjal, pembuluh darah, mata dan saraf, penyakit tiroid, penyakit radang panggul, endometriosis, atau tumor ovarium jinak,

menderita tuberculosis (kecuali yang sedang menggunakan rifampisin), varises vena (Affandi, 2012). Minipil Usia reproduksi, telah memiliki anak atau pun yang belum memiliki anak, menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui, pascapersalinan dan tidak menyusui, pascakeguguran, perokok segala usia, mempunyai tekanan darah tinggi (selama <180/110 mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah, tidak boleh menggunakan estrogen (Affandi, 2012)

6. Efektivitas Pil kombinasi memiliki efektivitas yang tinggi (hamper menyerupai efektivitas tubektomi), bila digunakan setiap hari (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan). Pil progesterin/minpil sangat efektif 98,5% (Affandi, 2012).

3. . KB suntik

1. Pengertian Suntik kombinasi Merupakan kontrasepsi suntuk yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesteron. Suntikan progesterin Merupakan suntikan yang berisi hormon progesteron (Handayani, 2010)
2. Cara Kerja KB Suntik Mencegah ovulasi, Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu, Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu, Menghambat transportasi gamet oleh tuba. (Affandi, 2012)

3. Macam-macam KB Suntik

- a) Suntik DMPA berisi depo medroksi progesterone asetat yang diberikan dalam suntikan tunggal 150 mg/ml secara intramuscular (IM) setiap 12 minggu.

- b) Depo Noretisteron Enatat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg Norestindron Enatat, diberikan setiap bulan dengan cara disuntik intramuscular.
 - c) Kontrasepsi Kombinasi Depo estrogen-progesteron Jenis suntikan kombinasi ini terdiri dari 25 mg Depo Medroksi progesteron Asetat dan 5 mg Estrogen Sipionat.
4. Keuntungan Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun, Pemberiannya sederhana setiap 8-12 minggu, Tingkat efektivitasnya tinggi. Hubungan seks dengan suntikan KB bebas, Pengawasan medis yang ringan., Dapat diberikan pasca persalinan, pasca-keguguran atau pascamenstruasi, Tidak mengganggu pengeluaran laktasi dan tumbuh kembang bayi.Suntikan KB cyclofem diberikan setiap bulan dan peserta KB akan mendapatkan menstruasi. (Manuaba dkk, 2010).
 5. Kerugian Perdarahan yang tidak menentu, Terjadi amenorea (tidak datang bulan) berkepanjangan, Masih terjadi kemungkinan hamil, Kerugian atau penyulit inilah yang menyebabkan peserta KB menghentikan suntikan KB. (Manuaba dkk, 2010)
 6. Efek Samping Amenorea, Mual/pusing/muntah, Perdarahan/perdarahan bercak (spotting) (Saifudin, 2010)
 7. Indikasi Hamil atau diduga hamil, Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, Menggunakan obat tuberculosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturat)Kanker payudara atau riwayat kanker payudara),

Sering lupa menggunakan pil, Miom uterus. Progestin memicu pertumbuhan miom uterus, Riwayat stroke. Progestin menyebabkan spasme pembuluh darah. (Saifuddin, 2013)

8. Kontraindikasi Hamil atau di duga hamil, Perdarahan pervaginaan yang belum jelas penyebabnya, Usia >35 tahun yang merokok, Riwayat peyakit jantung, stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (>180/110 mmHg, Keganasan pada payudara (Affandi, 2012).
9. Efektivitas Kedua kontrasepsi suntik mempunyai efektivitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan-tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan (Saifuddin, 2010).
4. Susuk KB/implant (AKBK)
 1. Pengertian Implan adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun (Affandi,2012).
 2. **Macam-macam KB Implant**
 - a) Norplant Terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, dengan diameter 2,4 mm, yang diisi dengan 36 mg Levonorgestrel dan lama kerjanya lima tahun
 - b) Jadena dan Indoplant Terdiri atas dua batang yang berisi 75 mg levonorgestrel dengan lama kerja tiga tahun.

- c) 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. (Affandi, 2012).
3. Cara Kerja KB Implant Lendir serviks menjadi kental, Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, Mengurangi transportasi sperma, Menekan ovulasi. (Affandi, 2012)
 4. Keuntungan Menurut Manuaba (2010) Daya guna tinggi, Perlindungan jangka panjang (sampai lima tahun), Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, Tidak memerlukan pemeriksaan dalam, Bebas dari pengaruh esterogen.
 5. Kerugian Menimbulkan gangguan menstruasi, yaitu tidak mendapat menstruasi dan terjadi perdarahan yang tidak teratur, Berat badan bertambah, Menimbulkan akne, ketegangan payudara, Liang senggama terasa kering. (Manuaba dkk, 2010).
 6. Efek Samping Amenorea, Perdarahan bercak (spotting) ringan, Ekspulsi Infeksi pada daerah isersi, Berat badan naik/turun.
 7. Indikasi Usia reproduksi, Menghendaki kontrasepsi jangka panjang, Ibu menyusui, Pascakeguguran/abortus, Tidak mengiinginkan anak lagi, tapi tidak mau menggunakan metode kontrasepsi mantap, Wanita dengan kontraindikasi hormone estrogen, Sering lupa mengkonsumsi pil.
 8. Kontraindikasi Hamil atau diduga hamil, Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, Benjolan/kanker payudara atau riwayat kanker

payudara, Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi Miom uterus dan kanker payudara, Gangguan toleransi glukosa.

9. Efektivitas 0,2 – 1 kehamilan per 100 perempuan.

10. Cara pemasangan implant

a) Setiap saat selama siklus haid hari ke -2 sampai hari ketujuh, tidak perlu metode kontrasepsi tambahan

b) Inersi dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini tidak terjadi kehamilan. Apabila inersi setelah -7 hari siklus haid, klien dianjurkan untuk tidak melakukan hubungan seksual, atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari saja.

c) Apabila klien tidak haid, inersi dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini tidak terjadi kehamilan, klien dianjurkan tidak melakukan hubungan seksual atau menggunakan metode kontrsepsi lain untuk tujuh hari saja.

d) Apabila menyusui antara 6 minggu sampai 6 bulan pasca persalinan, inersi dapat dilakukan setiap saat.

e) Apabila setelah 6 minggu melahirkan dan telah terjadi haid kembali, inersi dapat dilakukan setiap saat, klien dianjurkan untuk tidak melakukan hubungan seksual selama tujuh hari atau menggunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari.

f) Apabila klien menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin menggantinya dengan implan, inersi dapat dilakukan setiap saat, dengan

syarat diyakini klien tersebut tidak hamil, atau klien menggunakan kontrasepsi dengan benar.

g) Apabila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi suntik, implan dapat diberikan pada saat jadwal kontrasepsi suntik, tidak perlu metode kontrasepsi lain.

h) Apabila kontrasepsi sebelumnya adalah kontrasepsi hormonal (kecuali AKDR) dan klien ingin menggantinya dengan norplant, insersi dapat dilakukan setiap saat, dengan syarat diyakini klien tidak hamil. Tidak perlu menunggu sampai datangnya haid berikutnya.

i) Apabila kontrasepsi sebelumnya adalah AKDR dan klien ingin menggantinya dengan implan, maka dapat diinsersikan pada saat haid hari ke-7 dan klien dianjurkan tidak melakukan hubungan seksual selama tujuh hari atau gunakan metode kontrasepsi lain untuk tujuh hari saja.

j) Pasca keguguran, implan dapat segera di insersikan. (Sulistyawati, 2014:135)

11. Teknik pengeluaran dan pengangkatan Mengeluarkan implan umumnya lebih sulit dari pada insersi. Persoalan dapat timbul bila implant di pasang terlalu dalam atau timbul jaringan fibrous sekeliling implant. Cara mengeluarkan implant:

- a) Cuci lengan akseptor, lakukan tindakan antiseptis
- b) Tentukan lokasi dari implan dengan jari-jari tangan dan dapat diberi tanda dengan tinta atau apa saja.
- c) Suntikkan anastesi local dibawah implant

- d) Buat satu insisi 4 mm sedekat mungkin pada ujung-ujung implant pada daerah alas “kipas”
- e) Keluarkan implant pertama yang terletak paling dekat dengan insisi atau yang terletak paling dekat dengan permukaan.
- f) Sampai saat ini dikenal 3 cara pengeluaran/pencabutan norplant
1. Cara pop-out Merupakan teknik pilihan bila memungkinkan karena tidak traumatis, sekalipun tidak selalu mudah untuk mengeluarkannya, dorong ujung proksimal ke arah distal dengan ibu jari sehingga mendekati lubang insisi, sementara jari telunjuk menahan bagian tengah kapsul, sehingga ujung distal kapsul menekan kulit. Bila perlu, bebaskan jaringan yang menyelubungi ujung kapsul dengan scapel. Tekan dengan lembut ujung kapsul melalui lubang insisi sehingga ujung tersebut akan “menyembut/pop-out melalui lubang insisi kerjakan prosedur yang sama untuk semua kapsul yang tertinggal.
 2. Cara standar bila cara pop-out tidak berhasil atau tidak mungkin dikerjakan, maka dapat dipakai cara standar. Jepit ujung distal kapsul dengan klem masquito, sampai kira-kira 0.5-1 cm dari ujung klemnya masuk dibawah kulit melalui lubang insisi. Putar pegangan klem pada posisi 180 disekitar sumbu utamanya mengarah ke bahu akseptor. Bersihkan jaringan-jaringan yang menempel disekeliling klem dan kapsul dengan scapel atau kasa steril sampai kapsul terlihat jelas. Tangkap ujung kapsul yang sudah terlihat dengan klem crille,

lepaskan klem masquito, dan keluarkan kapul dengan klem crille. Cabut atau keluarkan kapsul-kapsul lainnya dengan cara yang sama.

3. Cara “U” Teknik ini dikembangkan oleh Dr. Untung Prawirohardjo dari Semarang dibuat insisi memanjang selebar 4 mm, kira-kira 5 mm proksimal dari ujung distal kapsul, diantara kapsul ke 3 dan kapsul 4. Kapsul yang akan dicabut difiksasi dengan meletakkan jari telunjuk tangan kiri sejajar di samping kapsul. Kapsul dipegang kurang lebih 5 mm dari ujung distalnya. Kemudian klem diputar ke arah pangkal lengan atas atau bahu akseptor sehingga kapsul terlihat dibawah lubang insisi dan dapat dibersihkan dari jaringan-jaringan yang menyelubunginya dengan scapel, untuk seterusnya dicabut keluar. (Hartanto, 2015:145).

7. Metode Hormonal

a. IUD/AKDR (Alat Kontrasepsi Bawah Rahim)

1. Pengertian Suatu alat atau benda yang dimasukkan ke dalam rahim yang sangat efektif, reversibel, dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduktif. (Handayani, 2010)
2. Cara Kerja KB IUD/AKDR Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi, Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, Mencegah sperma dan ovum bertemu, Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (Affandi, 2012)

3. Jenis-jenis IUD/AKDR

- b) AKDR CuT-380A Kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari Tembaga (Cu)
- c) NOVA T (Affandi, 2012)

5. Keuntungan efektivitasnya tinggi, AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan, Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari Cu-T380A dan tidak perlu diganti), Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat, Tidak mempengaruhi hubungan seksual, Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil, Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI, Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi), Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir), Tidak ada interaksi dengan obat-obatan, Membantu mencegah kehamilan ektopik (Affandi, 2012)

6. Kerugian IUD tidak melindungi terhadap IMS termasuk HIV/AIDS, Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan, Terdapat perdarahan (spotting dan menometroragia), Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR. Penyakit radang panggul dapat memicu infertilitas, Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukkan

jarinya ke dalam vagina, sebagian perempuan tidak mau melakukan ini.
(Affandi, 2012)

7. Efek Samping yang umum Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama akan berkurang setelah 3 bulan), Haid lebih lama dan banyak, Perdarahan (spotting) antar menstruasi, Saat haid lebih sakit.

8. Komplikasi lain Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan, Perdarahan berat pada waktu haid atau di antaranya yang memungkinkan penyebab anemia, Perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangan benar) (Affandi, 2012)

9. Indikasi Menurut (Affandi, 2012) :Usia reproduksi, Keadaan nulipara, Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang, Perempuan menyusui yang menginginkan kontrasepsi, Setelah menyusui dan tidak ingin menyusui bayinya, Setelah abortus dan tidak terlihat adanya infeksi, Perempuan dengan resiko rendah IMS, Tidak menghendaki metode hormonal, Tidak menyukai untuk mengingat minum pil setiap hari, Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari senggama.

10. Kontraindikasi Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil), Perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai dapat di evaluasi), Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servicitis), Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septik, Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri, Penyakit trofoblas yang

ganas, Diketahui menderita TBC pelvic, Kanker alat genital, Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm. (Affandi, 2012)

11. Pemasangan AKDR

- a) Jelaskan kepada klien apa yang akan dilakukan dan mempersilahkan klien mengajukan pertanyaan. Sampaikan kepada klien kemungkinan akan merasa sedikit sakit pada beberapa langkah waktu pemasangan dan nanti akan diberitahu bila sampai pada langkah-langkah tersebut dan pastikan klien telah mengosongkan kandung kencingnya.
- b) Periksa genitalia eksterna, untuk mengetahui adanya ulkus, pembengkakan pada kelenjar batholini dan kelenjar skene, lalu lakukan pemeriksaan spekulum dan panggul.
- c) Lakukan pemeriksaan mikroskopik bila tersedia dan ada indikasi
- d) Masukkan lengan IUD Copper T 380A didalam kemasan sterilnya
- e) Masukkan speculum, dan usap vagina dan serviks dengan larutan antiseptik dan gunakan tenakulum untuk menjepit serviks
- f) Masukkan sonde uterus (Lakukan pemasangan IUD Copper T 380A h)
- g) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi sebelum melepas sarung tangan dan bersihkan permukaan yang terkontaminasi.

- h) Melakukan dekontaminasi alat-alat dan sarung tangan dengan segera setelah selesai dipakai
- i) Mengajarkan kepada klien bagaimana memeriksa benang IUD
- j) Menyarankan klien agar menunggu selama 15-30 menit setelah pemasangan.

12. Pelepasan AKDR

- a) Menjelaskan pada klien apa yang akan dilakukan dan mempersilahkan klien untuk bertanya
- b) Memasukkan Menjelaskan pada klien apa yang akan dilakukan dan mempersilahkan klien untuk bertanya
- c) Mengusap servik dan vagina dengan larutan antiseptic 2 sampai 3 kali
- d) Mengatakan pada klien bahwa sekarang akan dilakukan pencabutan. Meminta klien untuk tenang dan menarik nafas panjang, dan memberitahu mungkin timbul rasa sakit.

8. Metode Kontap (Kontrasepsi Mantap)

a. Tubektomi/MOW (pada wanita)

1. Pengertian Tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak lagi ingin anak lagi (Affandi,2012)
2. Mekanisme Kerja Dengan mengoklusi tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (Affan,2012).

3. Indikasi wanita pada usia >26 tahun, Wanita dengan paritas >2, Wanita telah mempunyai keluarga besar yang dikehendaki pada kehamilannya akan menimbulkan resiko kesehatan yang serius, Wanita pascapersalinan, Wanita pasca keguguran, yang paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini (Affandi, 2012)
4. Kontra Indikasi wanita yang hamil (sudah terdeteksi atau di curigai), Wanita dengan perdarahan pervaginaan yang belum jelas (hingga harus dievaluasi), infeksi sistematik atau pelvic akut, yang tidak boleh menjalani proses pembedahan, kurang pasti mengenai keinginan fertilitas di masa depan, belum memberikan persetujuan tertulis (Affandi, 2012)
 - a) Vasektomi/MOP (pada pria)
 - a) Pengertian Suatu metode kontrasepsi operatif minor pada pria yang sangat aman, sederhana dan sangat efektif, memakan waktu operasi yang singkat dan tidak memerlukan anastesi umum (Handayani, 2010)
 - b) Efektifitas Setelah masa pengosongan sperma dari vesikula seminalis (20 kali ejakulasi menggunakan kondom) maka kehamilan hanya terjadi pada 1 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan (Affandi, 2012).
 - c) Kontra Indikasi Umur klien >37 tahun, Tidak ada ovulasi, Infeksi peelvis yang masih aktif, Tuberkulosis genitalia interna. (Saifudin, 2010) Apabila klien menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan maka pil kombinasi adalah metode pilihan terahir Tidak

cocok untuk pil progestin (minipil), suntikan (DMPA atau NET-EN), atau susuk. Tidak cocok untuk suntikan progestin (DMPA atau NET-EN)

9. Kontrasepsi Darurat

Pengertian Kontrasepsi Darurat adalah kontrasepsi yang dapat mencegah kehamilan bila digunakan setelah hubungan seksual. Atau sering juga disebut “Kontrasepsi Pasca senggama” atau “Morning after pills” atau “Morning after treatment”. Pada awalnya istilah “Kontrasepsi sekunder atau Kontrasepsi darurat” adalah untuk menepis anggapan bahwa obat tersebut harus segera dipakai/digunakan setelah melakukan hubungan seksual atau harus menunggu hingga keesokan harinya, dan bila tidak, berarti sudah terlambat sehingga pasangan tersebut tidak dapat berbuat apa apa lagi. Sebutan kontrasepsi darurat untuk menekankan bahwa jenis kontrasepsi ini digunakan pada keadaan dan masa yang tidak boleh ditunda, juga mengisyaratkan bahwa cara KB ini lebih baik daripada tidak memakai metode KB sama sekali. Tetapi sebenarnya cara ini tetap kurang efektif dibandingkan dengan cara KB lain yang sudah ada. Jadi kontrasepsi darurat itu adalah Kontrasepsi darurat merupakan cara untuk mencegah kehamilan setelah pasangan suami istri berhubungan seks tanpa menggunakan kontrasepsi, lupa minum pil, atau mengalami kecelakaan kontrasepsi (seperti kondom rusak) Manfaat Kontrasepsi Darurat Manfaat dari penggunaan kontrasepsi darurat antara lain:

1. Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan
2. Mendukung hak perempuan untuk mengatur reproduksinya sendiri

3. Mendukung kesehatan reproduksi perempuan memberi waktu pemulihan yang sempurna bagi organ reproduksi, frekuensi kehamilan dapat diatur sesuai kondisi kesehatan fisik dan psikososial, risiko aborsi dapat dihindarkan
 4. Bukan sebagai pil penggugur kandungan
 5. Cara kerja Kondar adalah “fisiologis”, sehingga tidak mempengaruhi kesuburan dan siklus haid yang akan datang
 6. Efek samping ringan dan berlangsung singkat
 7. Tidak ada pengaruh buruk di kemudian hari pada organ sistem reproduksi dan organ tubuh lainnya.
2. Indikasi dan Kontraindikasi Kontrasepsi Darurat
- Indikasi Kontrasepsi darurat adalah untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Kesalahan dalam pemakaian kontrasepsi, seperti: Kondom bocor, lepas atau salah penggunaannya. Diaphragma pecah atau robek atau dilepas terlalu cepat. Kegagalan sanggama terputus. f. Salah hitung masa subur. Alat kontrasepsi dalam rahim (Spiral/IUD) ekspulsi. Lupa minum pil KB lebih dari 2 hari berturut-turut. Terlambat lebih dari 1 minggu untuk suntik KB 1 bulan. Terlambat lebih dari 2 minggu untuk suntik KB 3 bulan. Wanita korban perkosaan kurang dari 72 jam, Tidak menggunakan kontrasepsi, baik karena alasan medis maupun belum bersedia, tetapi ingin mencegah kehamilan.
3. Jenis Kontrasepsi Darurat (Kondar) Ada 2 macam Kontrasepsi darurat yaitu:

1. Mekanik Satu-satunya Kondar mekanik adalah IUD yang mengandung tembaga (misalnya: CuT 380A). Jika dipasang dalam waktu “kurang dari 7 hari” setelah senggama, cara ini mampu mencegah kehamilan. dan selanjutnya dapat dipakai terus untuk mencegah kehamilan hingga 10 tahun lamanya, atau sesuai waktu yang dikehendakinya. Hanya saja harganya lebih mahal dan sebaiknya dipasang oleh ahlinya (dokter umum, atau dokter spesialis kebidanan atau bidan) Cara kerja:

- a. Mencegah fertilisasi (pertemuan sel sperma dan sel telur)
- b. Mencegah tertanamnya hasil pembuahan pada endometrium (selaput dinding rahim). Kegagalan: < 0,1% Kontra indikasi
- c. Hamil atau diduga hamil f Infeksi Menular Seksual (IMS)

8. Pelayanan KB Oleh Bidan Pada Masa Pandemi Covid-19

1. Tidak ada keluhan, Akseptor IUD/ Implan dapat menunda untuk control ke Bidan. Untuk pelayanan KB baru/ kunjungan ulang harus membuat janji terlebih dahulu melalui telp/WA
2. Lakukan pengkajian komperhensif sesuaib standar, dengan kewaspadaan Covid-19. Bidan dapat berkordinasi dengan RT/RW/Kades untuk informasi tentang status ibu (ODP/PDP/Covid +)
3. Pelayanan KB dilakukan sesuai standar menggunakan APD level 1 atau 2, konseling motivasi menggunakan MKJP/ alat kontrasepsi jangka panjang. Tidak perlu kontrol rutin (kecuali ada keluhan)

4. Kunjungan Akseptor suntik/pil tidak dapat diberikan untuk sementara ibu menggunakan kondom / pantang berkala / segama terputus .
5. Akseptor pendamping dan semua tim yang bertugas menggunakan masker dan menerapkan protocol kesehatan pencegahan Covid-19.
6. Konsultasi KB penyuluhan dan konseling dilakukan secara online, dimotivasi dan didorong untuk beralih menggunakan alat kontrasepsi jangka panjang. Pilihan yang tepat di era New Normal tidak perlu control rutin.

Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan

a. Pengkajian

1. Data Subjektif

- a) Identitas Umur: untuk mengetahui resiko tinggi pada umur <20 tahun (alat reproduksi belum matang, mental dan psikis belum siap sehingga akan menyebabkan adanya penyulit/komplikasi), dan umur >35 tahun (menurunnya tingkat kesuburan dan kemungkinan banyak resiko).
- b) Alamat: untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Diana, 2017). Agama: Agama melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran (Purwanti, 2012).

- c) Timbang Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan Berat Berat badan ideal untuk ibu hamil sendiri tergantung dari IMT (Indeks Masa Tubuh) ibu sebelum hamil. Rumus menghitung IMT : $IMT = \text{Berat badan (kg)} / (\text{Tinggi Badan (TB)})$

Tabel 2.6
Klasifikasi Nilai IMT

Kategori	IMT
Rendah	<19,8
Normal	19,8-26
Tinggi	26-29
Obesitas	>29

Sumber : Prawirohardjo, 2014

- d) Tabel Rentang total kenaikan berat badan yang direkomendasikan untuk wanita hamil berdasarkan IMT sebelum kehamilan Kategori.

Tabel 2.7

Rentang total kenaikan berat badan yang direkomendasikan untuk wanita hamil berdasarkan IMT sebelum kehamilan

Kategori IMT	Rentang total kenaikan yang dianjurkan (kg)
Rendah (IMT<19,8)	12,5-18
Normal (IMT 19,5-26)	11,5-16
Tinggi (IMT>26 hingga 29)	7,0-11,5
Gemeli	16-20,5

Sumber : Varney (2004) dan Prawirohardjo (2014) Pengukuran

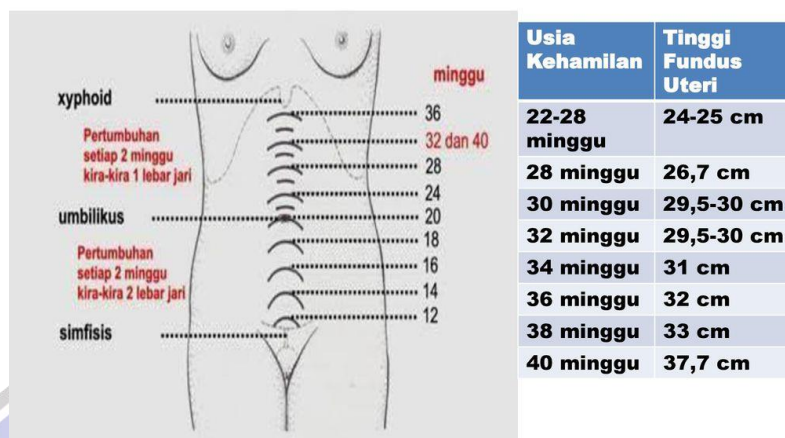
- e) Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk mendeteksi faktor resiko terhadap kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan rongga panggul.
- f) Ukur tekanan darah Tekanan darah normal 120/80mmHg. Bila tekanan darah lebihbesar atau sama dengan 140/90mmHg, ada faktor risiko hipertensi (tekanan darah tinggi) dalam kehamilan (Kementerian Kesehatan RI, 2016).
- g) Nadi Nadi normal adalah 60 sampai 100 menit. Bila abnormal ada kelainan paru – paru atau jantung (Walyani,2015). Denyut nadi maternal sedikit meningkat selama hamil, tetapi jarang melebihi 100 denyut per menit (dpm). Perlu dicurigai adanya hipotiroidisme jika denyut nadi lebih dari 100 dpm (Marmi, 2011).
- h) Suhu Suhu badan normal adalah 36,5 °C sampai 37,5 °C. bila suhu lebih tinggi dari 37,5 °C kemungkinan ada infeksi (Walyani,2015).
- i) Pernafasan Untuk mengetahui sistem pernafasan, normalnya 16-24 kali per menit (Romauli, 2011).
- j) Nilai status gizi (ukur lingkaran atas) Bila kurang dari 23,5cm menunjukkan ibu hamil menderita Kurang Energi Kronis (Ibu hamil KEK) dan beresiko melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) (Kementerian Kesehatan RI, 2016).
- k) Ukur tinggi fundus uteri Menurut Manuaba (2013) panjang fundus uteri pada usia kehamilan 28 minggu adalah 25 cm, usia kehamilan 32 minggu adalah 27 cm, dan usia kehamilan 36 minggu panjangnya

30 cm. Dari pengukuran tinggi fundus uteri kita juga dapat menghitung tafsiran berat janin dengan menggunakan rumus Johnson-Tausack = $(M_d - N) \times 155$. Dengan M_d adalah jarak simfisis ke fundus uteri dan $N = 13$ (apabila janin belum masuk PAP), 12 (apabila kepala janin masih berada diatas spina ischiadika) dan (apabila kepala sudah dibawah spina ischiadika).

1) Usia kehamilan (minggu) berdasarkan Tinggi Fundus (TFU)

1. 12 minggu : 1/3 diatas simpisis pubis
2. 16 minggu : pertengahan simfisis pubis dan dan umbilikus
3. 20 minggu : 2/3 pada umbilicus
4. 24 minggu : pada umbilicus
5. 28 minggu : 1/3 diatas pusat
6. 34 minggu : umbilikus dan prosesus sifoideus
7. 36 minggu : setinggi prosesus sifoideus
8. 40 minggu : 2 jari dibawah prosesus sifoideus

Usia Kehamilan



Gambar 2.2

Usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri (TFU)

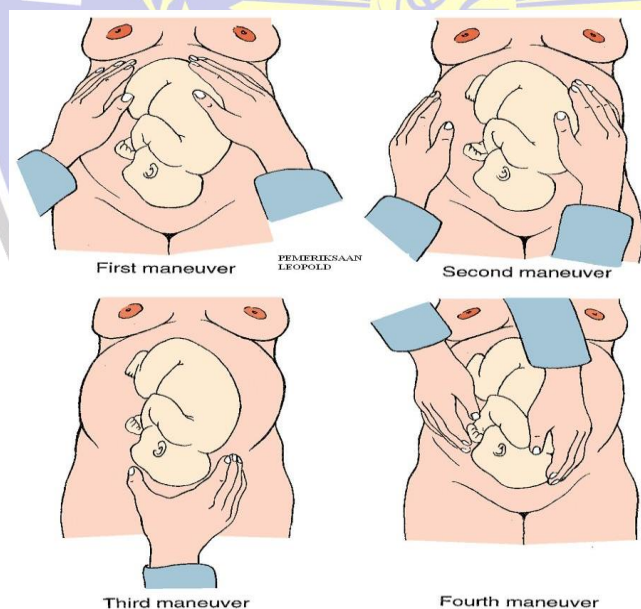
Sumber : (Saifudin, 2010)

- b. Pemeriksaan fisik
2. Kepala Rambut yang mudah dicabut menandakan kurang gizi (Romauli, 2011).
 3. Wajah Edema pada wajah merupakan salah satu gejala preeklampsia (Manuaba, 2010).
 4. Mata Bentuk simetris, konjungtiva normal berwarna merah muda, bila pucat menandakan anemia. Sklera normal berwarna putih, bila kuning menandakan ibu mungkin terinfeksi hepatitis, bila merah kemungkinan ada konjungtivitis. Kelopak mata yang bengkak kemungkinan adanya preeklampsia (Romauli, 2011).
 5. Mulut dan gigi Periksa adanya karies, tonsillitis atau faringitis. Hal ini tersebut merupakan sumber infeksi (Walyani,2015).

6. Leher Tidak Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe, tidak ditemukan bendungan vena jugularis (Romauli, 2011). Kelenjar tiroid sedikit membesar selama hamil akibat hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularitas. Namun perubahan anatomi ini tidak menyebabkan tiromegali yang signifikan dan setiap pembesaran yang signifikan perlu diteliti (Marmi, 2014).
7. Dada Tidak ada pembesaran kelenjar limfe pada ketiak, bentuk dada simetris, puting susu menonjol dan bersih, kolostrum sudah keluar, pernafasan teratur, tidak ada retraksi intercostae, tidak ada wheezing dan ronchi. Murmur jantung sistolik ditemukan pada 90% wanita hamil. Murmur terjadi karena tekanan darah ibu selama hamil meningkat secara mencolok (Marmi, 2014). Pada kehamilan setelah 12 minggu, dari puting susu dapat mengeluarkan cairan berwarna putih agak jernih yang disebut kolostrum. Kolostrum ini berasal dari asinus yang mulai mulai bersekresi. Sejak kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, kolostrum yang keluar lebih kental, berwarna kuning, dan banyak mengandung lemak (Romauli, 2011).
8. Abdomen Inspeksi pembesaran perut (bila pembesaran perut itu berlebihan kemungkinan asites, tumor, ileus, dan lain – lain), pigmentasi di linea alba, nampakkah gerakan anak atau kontraksi rahim, adakah striae gravidarum atau luka bekas operasi (Walyani,2015).
9. Genetalia Inspeksi untuk mengetahui adanya odema, varices, keputihan, perdarahan, luka, cairan yang keluar, dan sebagainya (Walyani,2015).

10. Anus Tidak ada benjolan atau pengeluaran darah dari anus (Romauli, 2011).
 11. Ekstremitas Pada ibu hamil trimester III sering terjadi edema dependen, yang disebabkan karena kongesti sirkulasi pada ekstremitas bawah, peningkatan kadar permeabilitas kapiler, tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvik ketika duduk atau pada vena kava inferior ketika berbaring. Jika edema muncul pada muka, tangan, dan disertai proteinuria serta hipertensi perlu diwaspadai adanya preeklampsia (Marmi, 2014).
 12. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ) Apabila trimester III bagian bawah janin bukan kepala atau kepala belum masuk panggul kemungkinan adanya kelainan letak atau ada masalah lain. Bila denyut jantung janin kurang dari 120 kali/ menit atau lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin (Kementerian RI, 2016).
- c. Palpasi Leopold
- a. Leopold I Untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada bagian fundus dan mengukur tinggi fundus uteri dari simfisis untuk menentukan usia kehamilan dengan menggunakan (Kalau lebih dari 12 minggu) atau cara Mc. Donald dengan pita ukuran (kalau lebih dari 12 minggu) . (Walyani, 2015). Tentukan bagian yang terdapat dalam fundus, sifat kepala ialah keras, bundar, dan melenting. Sifat bokong lunak, kurang bundar dan kurang melenting (Marmi, 2014).

- b. Leopold II Untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang, dan bagian yang teraba di sebelah kiri atau kanan (Walyani,2015). Tentukan dimana punggung anak. Punggung anak terdapat di pihak yang memberikan rintangan yang terbesar, carilah bagian – bagian kecil yang biasanya terletak bertentangan dengan pihak yang memberikan rintangan terbesar (Marmi,2014).
- c. Leopold III Untuk menentukan bagian janin yang ada di bawah (presentasi) (Walyani,2015). Untuk menentukan apa yang terdapat di bagian bawah dan apakah bagian bawah sudah atau belum terpegang oleh pintu atas panggul (Marmi,2014).
- d. Leopold IV Untuk menentukan apakah bagian janin sudah masuk panggul atau belum (Walyani,2015)



Gambar1.3

leopod 1 sampai 4

Sumber (marmi,2014)

- e. Auskultasi dengan menggunakan stetoskop monoaural atau doopler untuk menentukan DJJ setelah umur kehamilan 18 minggu, yang meliputi frekuensi, keteraturan, dan kekuatan DJJ. DJJ normal adalah 120 sampai 160 per menit. Bila DJJ <120 atau >160 per menit, maka kemungkinan ada kelainan janin atau plasenta (Walyani,2015).
- f. Perkusi refleks patella Normalnya tungkai bawah akan bergerak sedikit ketika tendon diketuk. Bila gerakannya berlebihan dan cepat, maka hal ini mungkin merupakan tanda preeklampsia. Bila refleks patella negatif, kemungkinan pasien mengalami kekurangan B1 (Romauli, 2011).
- g. Pemeriksaan panggul Menurut Manuaba (2010),
- a. pemeriksaan panggul terutama bagi primigravida sangat penting. Karena untuk memperkirakan kemungkinan kesempitan panggul. Pemeriksaan panggul bagian dalam dilakukan berdasarkan indikasi khusus. Pada multipara dengan anamnesis, persalinan berjalan pervaginam aterm, hidup, dan spontan belakang kepala, sudah menunjukkan tidak dijumpai kesempitan panggul ukuran dalam
- Pemeriksaan panggul bagian luar yang masih dilakukan adalah untuk menentukan :
1. Distansia spinarum Untuk menentukan jarak antara kedua spina iliaka anterior superior kanan atau kiri. Ukuran normalnya sekitar 24-26 cm.
 2. Distansia kristarum Untuk menentukan jarak terpanjang antara kedua krista illiaka kanan dan kiri. Ukuran normalnya antara

28-30 cm. Kurang 2-3 cm dari ukuran normal ada kemungkinan panggul patologis.

3. Distansia obliqua eksterna Untuk menentukan jarak antara spina iliaca posterior sinistra dan spina iliaca anterior superior sinistra Serta jarak spina iliaca anterior superior dekstra dan spina iliaca interior superior sinistra.

4. Konjugata eksterna (Boudeloque) Untuk menentukan jarak antara bagian atas simfisis dengan spina lumbal V. Ukuran normalnya sekitar 18 cm.

5. Distansia tuberum Untuk menentukan jarak tuber iski kanan dan kiri. Jarak normalnya sekitar 10,5 cm. Jarak kurang dari normal jika sudut simfisis kurang 90.

h. Pemberian Tablet Fe 90 Tablet Pemberian tablet Fe yaitu 60 mg zat besi elemental segera setelah mual/muntah berkurang, dan 400 µg asam folat 1x/sehari. Pemberian selama kehamilan minimal sebanyak 90 tablet.

i. Imunisasi TT Salah satu kebijakan pemerintah yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian bayi atau neonatus yang disebabkan oleh tetanus. Pemberian imunisasi TT sesuai jadwal: Berikut jadwal suntik TT berdasarkan Kemenkes RI:

1. TT 1 - tidak harus sebulan, namun usahakan 2 minggu sebelum menikah agar ada waktu bagi tubuh untuk membentuk antibodi.

2. TT 2 - sebulan setelah TT 1 (efektif melindungi hingga 3 tahun ke depan).

3. TT 3 – 6 bulan sesudah TT 2 (efektif melindungi sampai 5 tahun berikutnya).

4. TT 4 – 12 bulan pasca TT 3 (lama perlindungannya 10 tahun).

5. TT 5 – 12 bulan setelah TT 4 (mampu melindungi hingga 25 tahun).

Imunisasi TT jangan diberikan pada ibu dengan riwayat reaksi berat terhadap imunisasi TT pada masa lalu nya (contoh: kejang, koma, demam $>40^{\circ}\text{C}$ nyeri/bengkak ekstensif di lokasi bekas suntikan).

2. Test laboratorium (rutin dan khusus)

a. Test golongan darah, untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan.

b. Memeriksa kadar Hb, guna mengetahui apakah ibu kekurangan darah (Anemia).

WHO telah memberikan patokan berapa kadar Hb normal pada ibu hamil, sekaligus memberikan batasan kategori untuk anemia ringan dan berat selama kehamilan:

a. Normal: Hb > 11 gr/dl

b. Anemia Ringan: Hb 8-11 gr/dl

c. Anemia Berat: Hb < 8 gr/dl

3. Melakukan pemeriksaan urin (terutama protein) Protein urin Pemeriksaan

urin dilakukan pada kunjungan pertama dan kunjungan trimester III.

Diperiksa dengan cara dibakar, dilihat warnanya, kemudian ditetesi asam asetat 2-3 tetes, lalu dilihat warnanya lagi. Cara menilai hasilnya:

a. Tidak ada kekeruhan: (-)

- b. Ada kekeruhan ringan tanpa butir-butir: (+)
 - c. Kekeruhan mudah terlihat dengan butir-butir: (++)
 - d. Kekeruhan jelas dan berkeping-keping: (+++)
 - e. Sangat sangat keruh berkeping besar atau bergumpal: (++++)
4. Pemeriksaan Wasserman Research (WR) dan Venereal Deases Research Laboratory (VDRL) Diambil dari darah vena cubiti yang bertujuan untuk mengetahui apakah ibu hamil terkena sifilis.
5. Pemeriksaan HbSAg Diambil dari darah vena, dilakukan pada pemeriksaan hamil yang pertama, bertujuan untuk mengetahui ada atau tidaknya virus hepatitis B dalam darah, baik dalam kondisi aktif maupun sebagai carier.

Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Persalinan

a. Pengkajian

1. Data Subjektif

- a. Identitas Pasien Nama pasien, nama suami
- b. Umur: menentukan apakah ibu dalam persalinan beresiko karena usia atau tidak. Pada ibu muda (<20 tahun) dan sudah terlalu tua (>35 tahun) dapat mempengaruhi tingkat nyeri saat persalinan. Pada ibu yang sudah terlalu tua rasa nyeri lebih hebat. Usia
- c. Suku/bangsa berhubungan dengan sosial budaya yang dianut oleh pasien dan keluarga yang berkaitan dengan persalinan.
- d. Agama sebagai dasar dalam memberikan dukungan mental dan spiritual terhadap pasien dan keluarga sebelum dan pada saat persalinan.

- e. Pekerjaan menggambarkan tingkat sosial ekonomi, pola sosialisasi, dan data pendukung dalam menentukan pola komunikasi yang akan dipilih selama asuhan.
 - f. Alamat selain sebagai data mengenai distribusi lokasi pasien, data ini juga memberi gambaran mengenai jarak dan waktu yang ditempuh pasien menuju lokasi persalinan. Ini mungkin berkaitan dengan keluhan terakhir sebelum berangkat ke lokasi persalinan. (Indrayani dan Djami, 2016; Sulistyawati dan Nugraheny, 2010)
2. Keluhan Utama Untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Informasi yang harus didapat adalah kapan mulai terasa kenceng-kenceng di perut, bagaimana intensitas dan frekuensinya, apakah ada pengeluaran cairan dari vagina yang berbeda dari air kemih, apakah sudah ada pengeluaran lendir yang disertai darah, serta pergerakan janin untuk memastikan kesejahteraannya. Keluhan pada kala I antara lain: ibu akan mulai gelisah, gugup, cemas, tidak nyaman dan khawatir. (Indrayani dan Djami, 2016; Sulistyawati dan Nugraheny, 2010)
 3. Riwayat Menstruasi Data ini tidak secara langsung berhubungan dengan masabersalin, namun dari data yang kita peroleh kita akan mempunyai gambaran tentang keadaan dasar dari organ reproduksinya

- a. HPHT: untuk menentukan umur kehamilan apakah cukup bulan, prematur, atau post matur. Partus matur (aterm) yaitu usia kehamilan 37-42 minggu. (Fitriana dan Nurwiandani, 2018)
- b. Perkiraan kelahiran: gambaran riwayat menstruasi yang akurat dapat membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran (estimated date of delivery (EDD)). (Walyani, 2016)
4. Riwayat Perkawinan: data ini penting untuk dikaji karena dari data ini kita akan mendapatkan gambaran mengenai suasana rumah tangga pasangan serta kepastian mengenai siapa yang akan mendampingi persalinan. Pendamping selama persalinan berkaitan dengan hasil persalinan yang lebih baik. (Walyani dan Purwoastuti, 2016; Sulistyawati dan Nugraheny, 2010)
5. Riwayat kehamilan saat ini: yang dikaji yaitu kunjungan keberapa, usia kehamilan, ada keluhan atau tidak dalam kehamilan sekarang, sudah dilakukan suntik TT apa belum dan sudah lengkap atau belum, jika belum segera lakukan suntik TT untuk mencegah penyakit tetanus neonatorum. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam (10 gerakan dalam 12 jam). (Walyani, 2016)
6. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu: riwayat kehamilan seperti paritas (para) mempengaruhi durasi persalinan dan insiden komplikasi. Riwayat persalinan untuk mengetahui tempattempat untuk bersalin dimana, penolong siapa, ada tindakan kegawatdaruratan atau penyulit dalam proses bersalin atau tidak untuk mengantisipasi

persalinan selanjutnya bisa berlangsung spontan atau memerlukan tindakan. Persalinan spontan dengan presentasi belakang kepala berlangsung selama 18 jam. (Indrayani dan Djami, 2016; Walyani dan Purwoastuti, 2016)

7. Riwayat Kesehatan: dapat digunakan sebagai “warning” akan adanya penyulit saat persalinan. Beberapa data penting tentang riwayat kesehatan pasien yang perlu kita ketahui adalah apakah pasien pernah atau sedang menderita penyakit seperti jantung, diabetes mellitus, ginjal, hipertensi, hipotensi, hepatitis atau anemia. (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010)
8. Riwayat Gynekologi: memberikan petunjuk bagi bidan tentang organ reproduksinya. Ada beberapa penyakit organ reproduksi yang berkaitan erat dengan personal hygiene atau kebiasaan lain yang mendukung kesehatan reproduksinya. Jika didapatkan ada salah satu atau beberapa riwayat gangguan kesehatan alat reproduksi maka bidan harus waspada kemungkinan gangguan kesehatan pada masa intra sampai pasca melahirkan serta pengaruhnya terhadap kesehatan bayi yang dilahirkan. Misalnya: pasien pernah mengalami keputihan, infeksi, gatal karena jamur, atau tumor. (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010)
9. Riwayat KB: untuk membantu para ibu dan suaminya merencanakan kehamilan yang diinginkan. (JNPK-KR, 2017)
10. Pola Kebiasaan Sehari-hari Pola makan/minum, pola eliminasi, pola istirahat, pola seksualitas dan pola aktivitas.

- a. Pola makan: untuk diketahui agar bisa mendapatkan gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya selama hamil sampai dengan masa awal persalinan. Asupan makanan merupakan sumber glukosa darah untuk sel-sel tubuh. Kadar gula darah rendah akan mengakibatkan hipoglikemi. Hipoglikemi mempengaruhi his sehingga menghambat kemajuan persalinan dan meningkatkan insiden persalinan dengan tindakan. (Fitriana dan Nurwiandani, 2018)
- b. Pola minum: pada masa persalinan data mengenai intake cairan sangat penting karena akan menentukan kecenderungan terjadinya dehidrasi. Disamping pasien sudah tidak berselera lagi untuk makan karena rasa sakit akibat his, juga karena pengeluaran keringat yang bertambah sehingga membutuhkan pemasukan cairan lebih banyak. (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010)
- c. Pola eliminasi untuk membantu kemajuan persalinan dan meningkatkan kenyamanan pasien. Anjurkan ibu untuk berkemih secara spontan sesering mungkin atau minimal setiap 2 jam sekali selama persalinan. (Fitriana dan Nurwiandani, 2018)
- d. Pola istirahat untuk mempersiapkan energi menghadapi proses persalinannya. Istirahat selama proses persalinan yaitu memberikan kesempatan pada ibu untuk mencoba rileks tanpa adanya tekanan emosional dan fisik (berhenti sejenak untuk melepas rasa sakit

akibat his, makan atau minum, apabila memungkinkan ibu dapat tidur). (Fitriana dan Nurwiandani, 2018)

e. Pola seksualitas untuk mengetahui keluhan, frekuensi dan kapan terakhir ibu melakukan hubungan seksual karena sperma mengandung hormon prostaglandin yang dapat merangsang terjadinya kontraksi. (Walyani, 2016)

f. Pola aktivitas data ini memberikan gambaran tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien di rumah. Jika diakhir kehamilannya pasien melakukan aktivitas yang terlalu berat dikhawatirkan pasien akan merasa kelelahan sampai akhirnya dapat menimbulkan penyulit pada masa bersalin. (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010)

11. Data Psikososial

a. Psikososial pada waktu bersalin: ibu bersalin yang mengalami kecemasan tinggi atau stres dapat mengakibatkan persalinan lama dan kontraksi yang tidak adekuat. (Indrayani dan Djami, 2016)

b. Pengetahuan tentang proses persalinan: pengalaman atau riwayat persalinannya yang lalu dapat dijadikan sebagai bahan dalam pertimbangan dalam menyimpulkan sejauh mana pasien mengetahui tentang persalinan, karena terdapat perbedaan dalam memberikan asuhan antara pasien yang sudah tahu atau punya pengalaman tentang persalinan dengan yang sama sekali belum tahu tentang persalinan. (Sulistyawati dan Nugraheny, 2010)

- c. Respon keluarga terhadap persalinan: penting untuk kenyamanan psikologis pasien. Respon yang positif terhadap persalinan akan mempercepat proses adaptasi pasien menerima peran dan kondisinya. (Sulistiyawati dan Nugraheny, 2010)

12. DATA OBJEKTIF Pemeriksaan umum pada ibu hamil meliputi:

- a. Keadaan Umum data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan ibu bersalin dalam keadaan normal yang dilaporkan kriterianya baik (respon baik terhadap lingkungan, secara fisik pasien tidak mengalami ketergantungan)
- b. Kesadaran untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, dapat dilakukan dengan mengkaji derajat kesadaran normalnya komposmentis (kesadaran maksimal).

13. Tanda-tanda Vital:

- a. Tekanan darah: tekanan darah yang normal adalah 110/80 mmHg sampai 140/90 mmHg. Kenaikan sistolik berkisar antara 10-20 mmHg, rata-rata naik 15 mmHg dan kenaikan diastolik berkisar antara 5-10 mmHg.
- b. Nadi yang normal menunjukkan wanita dalam kondisi yang baik, jika lebih dari 100 kemungkinan ibu dalam kondisi infeksi, ketosis, atau perdarahan. Peningkatan nadi juga salah satu tanda ruptur uteri. Nadi diukur tiap 1-2 jam pada awal persalinan.
- c. Pernapasan Pernapasan yang normal adalah 16-24 x/menit. Selama persalinan pernapasan ibu akan mengalami peningkatan, hal ini

mencerminkan adanya kenaikan metabolisme. Observasi pernapasan ibu dan membantunya dalam mengendalikan pernapasan untuk menghindari hiperventilasi yang terlalu lama

- d. Suhu normal adalah 36,5-37,5oC. Suhu tubuh selama persalinan akan meningkat, hal ini terjadi karena peningkatan metabolisme. Peningkatan suhu tubuh tidak boleh melebihi 0,5-1oC dari suhu sebelum persalinan (Diana, 2017; Indrayani dan Djami, 2016)
- e. Tinggi Badan untuk deteksi adanya panggul sempit. e) Berat Badan: kenaikan normal 12-15 kg. Kenaikan berat badan tidak boleh lebih dari 0,5 kg/minggu. Kenaikan ≤ 12 kg deteksi bayi lahir dengan berat lahir rendah.
- f. LILA mengetahui status gizi ibu. Normal $>23,5$ cm. Lila $<23,5$ cm kemungkinan besar ibu mengalami perdarahan (Diana, 2017;)

14. Pemeriksaan fisik meliputi:

1. Muka periksa ekspresi wajah, muka tidak pucat, kulit dan membran mukosa yang pucat mengindikasikan anemia.
2. Mata konjungtif pucat indikator dari anemia.
3. Hidung ada sekret atau tidak, ada polip atau tidak, ada pernapasan cuping hidung atau tidak, jika ada menandakan adanya asfiksia pada ibu
4. Mulut normalnya bibir tidak pucat, mukosa bibir lembab
5. Leher ada tidaknya pembesaran limfe, pembesaran kelenjar tiroid dan bendungan vena jugularis.

6. Payudara pembesaran, puting susu menonjol/mendatar, adakah nyeri dan lecet pada puting, ASI sudah keluar, adakah pembengkakan, radang, atau benjolan abnormal.
7. Abdomen bentuk pembesaran perut (perut membesar ke depan atau ke samping, keadaan pusat); linea nigra (garis vertikal berwarna gelap yang terlihat di perut ibu selama kehamilan)
 - a. Menentukan TFU untuk memprediksi berat lahir bayi antara 2.500-3.999 gram. (Indrayani dan Djami, 2016)
 - b. Memantau kontraksi His dikatakan lemah: apabila durasinya kurang dari 20 detik, sedang: apabila durasinya 20-40 detik, dan kuat: apabila durasinya 50-100 detik dan datangnya setiap 2-3 menit. (Fitriana dan Nurwiandani, 2018; Indrayani dan Djami, 2016)
 - c. Memantau DJJ dilakukan dengan jarum detik dan fetoskop pinard atau dopler untuk menentukan DJJ melalui dinding abdomen. Selanjutnya bidan menentukan punctum maximum. DJJ normalnya 120-160x/menit. (Fitriana dan Nurwiandani, 2018)
 - d. Menentukan presentasi: untuk menentukan presentasi bayi (apakah kepala atau bokong) yaitu dengan mempertimbangkan bentuk, ukuran, dan kepadatan bagian tersebut. Bagian berbentuk bulat, teraba keras, berbatas tegas dan mudah digerakkan (bila belum masuk rongga panggul) biasanya adalah

kepala. Jika bentuknya kurang tegas, teraba kenyal, relatif lebih besar dan sulit terpegang secara mantap maka bagian tersebut biasanya bokong. (Indrayani dan Djami, 2016)

- e. Menentukan penurunan bagian terbawah janin dapat memberikan informasi yang sama baiknya dengan hasil periksa dalam tentang kemajuan persalinan dan dapat mencegah pemeriksaan dalam yang berulang.
- f. Tafsiran berat janin (TBJ) untuk mengetahui taksiran berat janin. TBJ untuk membuat keputusan dilakukannya episiotomi. Normalnya TBJ (2500-4000 gram).
- g. Palpasi kandung kemih (pemantauan pengosongan kandung kemih). Dampak kandung kemih yang penuh yaitu: menghambat proses penurunan bagian terendah, menghambat kontraksi, meningkatkan rasa tidak nyaman
- h. Genitalia Melihat vagina terdapat lendir darah atau tidak, terdapat kondiloma atau tidak, melakukan pemeriksaan dalam untuk mengetahui:
 - a. Pembukaan pembukaan serviks pada fase laten terjadi sangat lambat yaitu 0-3 cm yang membutuhkan waktu 8 jam, sedangkan pada fase aktif dibagi menjadi 3 fase yaitu fase akselerasi, pembukaan 3-4 cm; fase dilatasi maksimal, pembukaannya 4-9 cm; dan fase deselerasi, pembukaan 9-10 cm.

- b. Pendataran (effacement)
- c. Presentasi dan posisi janin
- d. Penurunan bagian terbawah janin yaitu untuk menentukan sampai di mana bagian terendah janin turun ke dalam panggul padasampai di mana bagian terendah janin turun ke dalam panggul pada persalinan dapat digunakan bidang Hodge. Bidang khayal (hodge) dibedakan menjadi: bidang hodge I, bidang hodge II, bidang hodge III, bidang hodge IV.
- e. Air Ketuban (utuh/pecah) untuk mengetahui apakah sudah pecah atau belum dan apakah ada ketegangan ketuban. Normalnya air ketuban berwarna jernih.
- f. Penyusupan kepala janin/molase indikator penting tentang seberapa jauh kepala bayi dapat menyesuaikan diri dengan bagiankeras panggul ibu. Normalnya molase yaitu 0 (tulang kepala janin terpisah, sutura dengan mudah dapat dipalpasi) (Diana, 2017)
- g. Anus: untuk memastikan apakah ibu mempunyai gangguan hemoroid. Apabila ibu mempunyai gangguan hemoroid atau memiliki hemoroid derajat 3 atau 4 dikhawatirkan akan mengganggu proses persalinan. (Indrayani dan Djami, 2016)
- h. Pemeriksaan dalam untuk menilai kondisi perineum,

- i. portio, pembukan serviks, presentasi, penurunan kepala, ketuban, dan apakah teraba bagian-bagian kecil. (Indrayani dan Djami, 2016)
- j. Ekstremitas atas bagaimana pergerakan tangan, dan kekuatan otot, gangguan atau kelainan, apakah ada nyeri tekan, mengamati besar dan bentuk otot, melakukan pemeriksaan tonus kekuatan otot; Ekstremitas bawah: bagaimana pergerakan kaki dan kekuatan otot, gangguan atau kelainan, apakah odema dan apakah terdapat varises. (Diana, 2017)
- k. Pemeriksaan penunjang: USG: menentukan usia gestasi, ukuran janin, Vagina Taucher (VT). (Diana, 2017)
- l. Pemeriksaan Laboratorium: untuk membantu memperkuat dalam penegakan diagnosa kebidanan. (Indrayani dan Djami, 2016).

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Nifas

A. Pengkajian

1. Data Subyektif

- a) Identitas Umur: untuk mengetahui resiko tinggi pada umur <20 tahun (alat reproduksi belum matang, mental dan psikis belum siap sehingga akan menyebabkan adanya penyulit/komplikasi), dan umur >35 tahun (menurunnya tingkat kesuburan dan kemungkinan banyak resiko).

- b) Alamat: untuk mempermudah kunjungan rumah bila diperlukan (Diana, 2017). Agama: Agama melarang untuk melakukan hubungan seksual sampai masa waktu tertentu setelah 40 hari atau 6 minggu setelah kelahiran (Purwanti, 2012).
- c) Keluhan Utama: untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan. Keluhan utama yang dirasa Ibu yaitu: after pain atau kram perut, nyeri perineum, payudara terasa penuh, konstipasi, diresis
- d) Riwayat kebidanan
1. Riwayat haid Dengan memberikan ASI kembalinya menstruasi atau haid sulit diperhitungkan dan bersifat individu. Sebagian besar menstruasi kembali setelah 4 sampai 6 bulan. Dalam waktu 3
 2. Riwayat nifas yang lalu Masa nifas yang lalu tidak ada penyakit seperti perdarahan post partum dan infeksi nifas. Maka diharapkan nifas saat ini juga tanpa penyakit. Ibu menyusui eksklusif sampai usia 6 bulan dan dilanjutkan sampai usia 2 tahun. Terdapat pengeluaran lochea rubra sampai hari ketiga berwarna merah. Lochea serosa hari keempat sampai kesembilan warna kecoklatam. Lochea alba hari kesepuluh sampai kelimabelas warna putih dan kekuningan. Ibu dengan riwayat pengeluaran lochea purulenta, lochea stasis, infeksi uterin, rasa nyeri berlebihan memerlukan pengawasan khusus. Dan ibu meneteki kurang dari 2

tahun. Adanya bendungan ASI sampai terjadi abses payudara harus dilakukan observasi yang tepat (Manuaba, 2010).

- e) Riwayat Persalinan Sekarang Menurut Marmi, (2011), lamanya persalinan serta intervensi medis yang digunakan selama proses persalinan dapat mempengaruhi psikis ibu. Diduga semakin besar trauma fisik yang ditimbulkan pada saat persalinan, maka akan semakin besar trauma psikis yang muncul dan kemungkinan perempuan yang bersangkutan akan mengalami depresi pascasalin, selain itu pada riwayat persalinan perlu dikaji tentang jenis persalinan (spontan atau seksio sesaria), komplikasi dalam persalinan, plasenta dilahirkan secara spontan lengkap ada kelainan atau ada sisa plasenta, ada robekan
- f) perineum atau tidak dan perdarahan selama proses persalinan tidak lebih dari 500cc.
- g) Riwayat KB Biasanya wanita tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama meneteki. Oleh karena itu, metode amenorhe laktasi dapat dipakai sebelum haid pertama kembali untuk mencegah terjadinya kehamilan baru
- h) Ambulasi/ Pola Nutrisi / Pola Eliminasi/Pola Istirahat: (1) Ambulasi: untuk membimbing ibu bersalin keluar dari tempat tidur dan secepat mungkin untuk berjalan. Pada persalinan normal, sebaiknya ambulasi dikerjakan setelah 2 jam (ibu boleh miring ke kiri atau ke kanan untuk mencegah adanya trombositis). (Sutanto, 2018)

- i) Pola Nutrisi dan Cairan: mendapatkan gambaran bagaimana pasien mencukupi asupan gizinya. Ibu nifas memerlukan nutrisi dan cairan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan. Ibu nifas dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan tambahan sebanyak 500 kalori setiap hari dan minum sedikitnya 3 liter setiap hari.
- j) Pola istirahat: untuk mengetahui hambatan yang mungkin muncul jika bidan mendapatkan data yang senjang tentang pemenuhan kebutuhan istirahat. Bidan dapat menanyakan tentang berapa lama ibu tidur di siang dan malam hari. Pada kenyataannya, tidak semua wanita mempunyai kebiasaan tidur siang, padahal tidur siang sangat penting untuk membantu mempercepat pemulihan kondisi fisiknya setelah melahirkan.
- k) Aktivitas sehari-hari: data ini dapat memberikan gambaran kepada bidan tentang seberapa berat aktivitas yang biasa dilakukan pasien di rumah.
- l) Personal hygiene: data ini perlu bidan gali karena hal tersebut akan memengaruhi kesehatan pasien dan bayinya. Kebersihan diri pada masa nifas meliputi: mandi 2x sehari, mengganti pakaian dan perawatan luka perineum (Diana, 2017)
- m) Psikososial Respon ibu terhadap kelahiran bayinya: Dalam mengkaji data ini, bidan dapat menanyakan langsung kepada pasien mengenai bagaimana perasaannya terhadap kelahiran bayinya. Data Pengetahuan untuk mengkaji sejauh mana pengetahuan ibu tentang

perawatan setelah melahirkan yang menguntungkan pada masa nifas dan konseling yang harus bidan berikan tepat.

2. Data Objektif

- a. Pemeriksaan Umum
- b. Keadaan Umum data ini didapat dengan mengamati keadaan pasien secara keseluruhan. Hasil pengamatan yang dilaporkan dengan kriteria baik dan lemah
- c. Kesadaran: untuk mendapatkan gambaran tentang kesadaran pasien, kita dapat melakukan pengkajian derajat kesadaran pasien. Normalnya composmentis (kesadaran penuh).
- d. Tekanan darah normal (110/70 – 140/90 mmHg), \geq 140/90 mmHg, pada ibu pasca melahirkan tekanan darah biasanya berubah.
- e. Suhu: dalam 24 jam post partum suhu akan naik sekitar 37,5- 38oC yang merupakan pengaruh dari proses persalinan dimana ibu kehilangan banyak cairan dan kelelahan. Kita harus waspada apabila suhu $>$ 38oC dalam 2 hari berturut-turut pada 10 hari pertama post partum mengindikasikan infeksi post partum.
- f. Nadi normalnya 60-80x/menit pada orang dewasa. Setelah persalinan denyut nadi menjadi lebih cepat. Denyut nadi yang cepat ($>$ 100x/menit) biasa disebabkan karena infeksi atau perdarahan post partum yang tertunda.

- g. Pernapasan umumnya, respirasi cenderung lambat atau normal karena ibu dalam kondisi pemulihan. Bila respirasi cepat >30 /menit mungkin diikuti oleh tanda-tanda shock (Fitri, 2018)

3. Pemeriksaan Fisik

- a. muka: periksa ekspresi wajah, apakah muka pucat, kulit dan membran mukosa yang pucat mengindikasikan anemia.
- b. Mata pemeriksaan yang dilakukan pada mata meliputi warna konjungtiva, warna sklera, serta reflek pupil. Jika konjungtiva berwarna pucat maka indikator anemia
- c. Mulut pemeriksaan mulut yang di lihat yaitu warna bibir dan mukosa bibir. Normalnya untuk warna bibir tidak pucat dan mukosa bibir lembab.
- d. Leher adanya pembesaran limfe, pembesaran kelenjar tyroid dan bendungan vena jugularis
- e. Payudara pembesaran, puting susu (menonjol/mendatar, adakah nyeri dan lecet pada puting), ASI sudah keluar, adakah pembengkakan, radang, atau benjolan abnormal. ASI yang pertama kali keluar adalah kolostrum yang mulai keluar pada minggu ke-31 kehamilan (Walyani, 2016)
- f. Abdomen: untuk involusi uterus periksa kontraksi uterus, konsistensi, posisi dan tinggi fundus uteri. TFU setelah plasenta kira-kira 2 jari dibawah pusat. (Sutanto, 2018)

- g. Genetalia: pengkajian perineum terhadap memar, oedema, hematoma, penyembuhan setiap jahitan, inflamasi, pemeriksaan tipe, kuantitas, dan bau lochea. Pemeriksaan anus terhadap adanya hemoroid. Lokhea dibagi menjadi 4 yaitu rubra (1-3 hari), sanguinolenta (4-7 hari), serosa (7-4 hari) dan alba (>14 hari).

4. Interpretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnose atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar diatas data yang telah dikumpulkan yaitu dengan diagnosa kebidanan Diagnosa kebidanan Ny. X PAPIAH, postpartum, hari pertama sampai 40 hari, persalinan normal, laktasi normal, involusi normal, lochea normal, KU baik (Varney,Kriebs&Gegor,2010).
Diagnose menurut Anggraini (2010)

5. Masalah Hal-hal yang berkaitan dengan pengalaman klien yang ditemukan dari hasil pengkajian yang menyertai diagnose
6. Identifikasi diagnosa masalah Langkah ini mengidentifikasi masalah atau diagnosa yang sudah di identifikasi oleh karena itu kita membutuhkan antisipasi pencegahan dan pengawasan pada ibu hamil
7. Identifikasi kebutuhan Segera Langkah ini mengidentifikasi perlunya segera oleh bidan untuk dikonsultasikan segera ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang sesuai dengan kondisi pasien
8. Intervensi Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentuksn oleh langkah-langkah sebelumnya
9. Diagnosa: PAPIAH postpartum, hari pertama sampai 40 hari, persalinan

10. normal, laktasi normal, involusi normal. Lochea normal, KU baik (Varney, Kriebs & Gegor, 2007). Tujuan Melaksanakan skrining yang komprehensif (Anggraini, 2010).
11. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis (Romauli, 2011).
12. Tekanan darah 110/60 – 140/80 mmHg (Maritalia, 2012)
13. Nadi 60 – 80 denyutan per menit (Wiknjosastro, 2010). (4) Suhu tubuh 36 – 37oC (Romauli, 2011). (5) Frekuensi pernapasan 16 – 20 x/menit (Hidayati, 2009). (6) Kolostrum disekresi pada hari pertama sampai hari ke empat pasca persalinan. ASI peralihan keluar sejak hari ke-4 sampai hari ke-10. ASI peralihan keluar sejak hari ke-10 dan seterusnya (Maritalia, 2012).
14. Setelah plasenta lahir TFU ± 2 jari bawah pusat. Pada hari ke-5 postpartum uterus \pm setinggi 7 cm diatas simfisis atau setengah simfisis pusat, sesudah 12 hari uterus tidak dapat diraba lagi diatas simfisis (Wiknjosastro, 2010).
15. Pengeluaran lochea rubra hari ke 1-3, lochea sanguinolenta hari ke 4-7, lochea
16. lochea serosa hari ke 7-14, lochea alba sampai 40 hari postpartum (Anggraini, 2010). Intervensi menurut Depkes RI (2011) adalah :
 - a. Beri vitamin A 200.000 unit. Rasional: Ibu dapat memberi tambahan vitamin A bagi bayi melalui ASI (Sulistiyawati, 2010).
 - b. Ajarkan ibu cara merawat payudara masa nifas. Menurut suherni (2009) perawatan payudara dilakukan 2 kali sehari sejak hari kedua setelah persalinan. Caranya dengan mencuci tangan, kemudian

menuangkan menuangkan minyak ke dua telapak tangan secukupnya. Pengurutan dimulai dengan ujung jari, caranya payudara kiri disokong dengan tangan kiri. Lakukan gerakan kecil dengan dua atau tiga jari tangan kanan mulai dari pangkal payudara dan berakhir dengan gerakan spiral pada daerah putting susu. Selanjutnya, lakukan gerakan memutar sambil menekan dari pangkal payudara dan berakhir pada puting susu di seluruh bagian payudara. Gerakan yang sama dilakukan pada payudara kanan. Gerakan selanjutnya dengan meletakkan kedua telapak tangan di antara dua payudara. Pengurutan dilakukan dari tengah ke atas sambil mengangkat payudara dan melepaskannya perlahan yang diulang sebanyak 30 kali. Rasional: Semua gerakan ini dapat memperlancar reflek pengeluaran ASI, meningkatkan volume ASI dan mencegah bendungan payudara.

- c. Ajarkan pada ibu cara melakukan senam nifas. Menurut Saifuddin (2010), gerakan yang dapat dilakukan pada penatalaksanaan senam nifas adalah dengan tidur telentang dengan lengan di samping, menarik otot perut selagi menarik napas, tahan napas ke dalam dan angkat dagu ke dada, tahu satu hitungan sampai lima. Rileks dan ulangi 10 kali. Gerakan lain, berdiri dengan tungkai dirapatkan. Kencangkan otot-otot pantat dan pinggul, tahan sampai 5 hitungan. Kendurkan dan ulangi latihan sebanyak 5 kali. Mulai dengan mengerjakan 5 kali latihan untuk setiap gerakan. Setiap minggu

naikkan jumlah latihan 5 kali lebih banyak. Pada minggu ke-6 setelah persalinan, ibu harus mengajarkan setiap gerakan sebanyak 30 kali.

15. Menjelaskan perubahan fisiologi pada ibu nifas. Pada laktasi, kolostrum disekresi pada hari ke-1 sampai 4 pasca persalinan. ASI peralihan keluar sejak hari ke-4 sampai 10. ASI matur disekresi pada hari ke-10 dan seterusnya (Maritalia, 2012).

16. Jelaskan kebutuhan dasar ibu nifas.

Menurut Saifuddin (2010), ibu menyusui harus mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari. Menurut Bahiyatun (2009) contoh menu makanan yang seimbang untuk ibu di pagi hari adalah nasi, urap sayur, ikan bandeng goreng, kudapan (donat dan yoghurt), makan siang terdiri dari nasi, ayam goreng, rempeyek, rebon, sayur nangka, jeruk, sedangkan menu makan malam terdiri dari nasi, semur daging, pepes tahu, capcay, papaya, kudapan (ubi merah goreng).

a. Personal hygiene untuk ibu nifas menurut Bahiyatun (2010) yaitu membersihkan daerah genitalia dengan sabun dan air bersih setiap kali setelah berkemih dan defekasi dari arah depan ke belakang. Ibu harus mengganti pembalut sedikitnya dua kali sehari. Jika ia menyusui bayinya anjurkan untuk menjaga kebersihan payudaranya. Sedangkan perawatan payudara yaitu menjaga payudara tetap bersih dan kering, menggunakan BH yang menyokong payudara.

- b. Menurut Anggraini (2010) setelah bersalin, ibu harus beristirahat dengan tidur terlentang selama 8 jam, kemudian boleh miring- miring ke kanan dan kiri untuk mencegah terjadinya thrombosis dan tromboemboli. Pada hari ke dua diperbolehkan pulang. Mobilisasi di atas mempunyai variasi, bergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka-luka.
- c. Menjelaskan cara menyusui yang benar. Cara menyusui yang benar menurut Sulistyawati (2010) adalah ibu dapat berbaring miring atau duduk. Badan bayi dihadapkan ke arah ibu dan mulutnya berada di hadapan puting susu ibu. Leher bayi harus sedikit ditengadahkan. Kepala bayi ditopong dengan jari-jari tangan yang terentang atau pada lekukan siku ibunya. Mulut bayi disentuh dengan lembut ke puting ibu. Bayi harus mengulum sebagian besar dari areola di dalam mulutnya, bukan hanya puting susu saja. Puting susu akan masuk dan bersentuhan dengan langit-langit lunak. Rasional : menyentuh mulut bayi ke puting susu akan membantu bayi membuka mulutnya lebar-lebar. Sentuhan pada langit-langit lunak akan merangsang reflex menghisap. Rahang bawah bayi menutup pada jaringan payudara. Penghisapan akan terjadi dan puting susu ditangkap dengan baik dalam rongga mulut,

sementara lidah memberikan penekanan berulang-ulang sehingga ASI keluar .

d. Berikan konseling tentang keluarga berencana. Konsepsi tidak diperlukan dalam 3 minggu pertama pascapartum karena pada semua wanita terjadi penundaan pemulihan ovulasi. (Cunningham dkk, 2012). Rasional: Pemilihan kontrasepsi disiapkan saat nifas untuk pertimbangan hubungan dengan produksi ASI (Anggraini, 2010).

e. Lakukan kunjungan masa nifas. Kunjungan masa nifas dilakukan minimal 3 kali, dengan jadwal 6-48 jam setelah persalinan, 4-28 hari setelah persalinan, 29-42 minggu setelah persalinan, dan 6 minggu setelah persalinan

17. Perencanaan pada masa nifas.

a. Anjurkan ibu untuk mandi 2x sehari.

R/ Ibu dapat menjaga cara kebersihan diri sendiri.

b. Ajarkan pada ibu cara vulva hygiene yang benar.

R/ Dapat mencegah masuknya bibit penyakit

c. Anjurkan ibu untuk beristirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.

R/ Dengan istirahat cukup kebutuhan istirahat ibu akan terpenuhi dan ibu tidak kelelahan.

d. Jelaskan pada ibu pentingnya kebutuhan istirahat

R/ Kurang istirahat akan mempengaruhi

- e. Berikan penjelasan kepada pasien mengenai pentingnya BAB dan BAK sedini mungkin setelah melahirkan

R/ Dalam 6 jam pertama postpartum pasien sudah harus dapat buang air kecil dan dalam 24 jam pertama pasien juga harus sudah dapat buang air besar.

- f. Yakinkan pasien bahwa jongkok dan mengejan ketika BAB tidak akan menimbulkan kerusakan pada luka jahitan.

R/ Posisi jongkok dan mengejan memberi tenaga efektif dalam mendorong feses keluar dari usus.

- g. Anjurkan pasien untuk banyak minum air putih serta makan sayur dan buah.

R/Makanan berserat membantu meningkatkan volume feses

- h. Observasi luka jahitan perineum.

R/ deteksi dini adanya infeksi jahitan perineum.

- i. Anjurkan ibu untuk mandi dengan menggunakan air hangat.

R/ Air hangat memberikan efek relaksasi Ajarkan ibu tentang perawatan perineum yang benar. R/ Luka pada uterus dan vagina sebagai jalan masuk kuman penyebab infeksi maka ibu harus senantiasa menjaga kebersihan perineum dan vaginanya (4) Beri analgesic oral (paracetamol 500 mg tiap 4 jam atau bila perlu). R/ meningkatkan ambang nyeri pada ibu

- j. Anjurkan ibu mengkonsumsi makanan yang mengandung protein.

R/ mempercepat proses penyembuhan luka jahitan perineum

18. Implementasi Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Yang dibidang dilaksanakan oleh semua bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim lainnya (Varney, 2007). Pelaksanaan dikerjakan sesuai dengan rencana asuhan yang telah dibuat.
19. Evaluasi Pada langkah ini keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan bantuan apakah benar benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnose dan masalah
20. Data perkembangan Selanjutnya rencana asuhan kebidanan dituliskan dalam catatan perkembangan yang menggunakan SOAP yang meliputi:
 - a. S : Subyektif Menggambarkan pendokumentasian data klien melalui anamnesa sebagai langkah varney
 - b. O : Obyektif Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium yang telah dirumuskan dalam data focus untuk mendukung asuhan langkah varney
 - c. A : Assesment Menggunakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subyektif dan obyektif dalam satu identifikasi Diagnosa atau masalah Kebutuhan
 - d. P : Planning Menggambarkan pendokumentasian dari tindakan (1) dan evaluasi perencanaan (E) berdasarkan assessment sebagai langkah 5,6,7 Varney.

2.2.4 Asuhan Bayi Baru Lahir

- A. Pengertian Asuhan Bayi Baru Lahir Asuhan bayi baru lahir adalah menjaga bayi agar tetap hangat, membersihkan saluran napas (hanya jika perlu), mengeringkan tubuh bayi (kecuali telapak tangan), memantau tanda bahaya, memotong dan mengikat tali pusat, melakukan inisiasi menyusui dini (IMD), memberikan suntikan vitamin K1, memberi salep mata antibiotik pada kedua mata, memberi imunisasi Hepatitis B, serta melakukan pemeriksaan fisik (Lyndon Saputra, 2014).
- B. Tujuan Asuhan Bayi Baru lahir Menurut Lockhart, (2014) tujuan Asuhan Bayi Baru Lahir adalah untuk membersihkan jalan nafas dan merangsang pernapasan, memantau ada tidaknya anomali eksternal, memberikan kehangatan pada neonatus secara adekuat, membantu neonatus beradaptasi dengan lingkungan ekstrauterin, mencegah infeksi dan cedera, dan untuk membersihkan bayi.
- C. Penanganan Pada Bayi Baru Lahir
- b) Menjaga Bayi Agar Tetap Hangat Langkah awal dalam menjaga bayi tetap hangat adalah dengan menyelimuti
 - c) bayi sesegera mungkin sesudah lahir, tunda memandikan bayi selama 6 jam atau sampai bayi stabil untuk mencegah hipotermi.
 - d) Membersihkan Saluran Napas Saluran napas dibersihkan dengan cara mengisap lendir yang ada di mulut dan
 - e) hidung (jika diperlukan). Tindakan ini juga dilakukan sekaligus dengan penilaian APGAR skor menit pertama. Bayi normal akan menangis

spontan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, jalan napas segera dibersihkan.

- f) Mengeringkan Tubuh Bayi Tubuh bayi dikeringkan dari cairan ketuban dengan menggunakan kain atau
- g) handuk yang kering, bersih, dan halus. Tubuh bayi dikeringkan mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya dengan lembut tanpa menghilangkan verniks. Verniks akan membantu menyamankan dan menghangatkan bayi. Setelah dikeringkan, selimuti bayi dengan kain kering untuk menunggu 2 menit sebelum tali pusat di klem. Hindari mengeringkan punggung tangan bayi. Bau cairan amnion pada tangan bayi membantu bayi mencari puting ibunya yang berbau sama.
- h) Memotong dan mengikat tali pusat Ketika memotong dan mengikat tali pusat, teknik aseptik dan antiseptik harus diperhatikan. Tindakan ini dilakukan untuk menilai APGAR skor menit kelima. Cara pemotongan dan pengikatan tali pusat adalah sebagai berikut :
 - a. Klem, potong, dan ikat tali pusat dua menit pasca bayi lahir. Penyuntikan oksitosin dilakukan pada ibu sebelum tali pusat di potong (oksitosin IU intramuskular).
 - b. Lakukan penjepitan ke-1 tali pusat dengan klem logam DTT 3 cm dari dinding perut (pangkal pusat) bayi. Dari titik jepitan, tekan tali pusat dengan dua jari kemudian dorong isi tali pusat ke arah ibu (agar darah tidak terpancar pada saat dilakukan pemotongan tali

pusat). Lakukan penjepitan ke-2 dengan jarak 2 cm dari tempat jepitan ke-1 ke arah ibu.

- c. Pegang tali pusat diantara kedua klem tersebut, satu tangan menjadi landasan tali pusat sambil melindungi bayi, tangan yang lain memotong tali pusat diantara kedua klem tersebut dengan menggunakan gunting DTT (steril).
- d. Ikat tali pusat dengan benang DTT pada satu sisi, kemudian lingkarkan kembali benang tersebut dan ikat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
- e. Lepaskan klem penjepit tali pusat dan masukkan ke dalam larutan klorin 0,5%.
- f. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk upaya inisiasi menyusui dini.

Beberapa nasehat dan cara perlu diberikan kepada ibu dan keluarganya dalam hal perawatan tali pusat, yaitu :

- a) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan tali pusat.
- b) Jangan membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan atau bahan apapun ke puntung tali pusat.
- c) Mengoleskan alkohol atau povidon yodium masih diperkenankan apabila terdapat tanda infeksi.
- d) Lipat popok harus di bawah puntung tali pusat.
- e) Luka tali pusat harus dijaga tetap kering dan bersih sampai sisa tali pusat mengering dan terlepas sendiri.

- f) Jika puntung tali pusat kotor, bersihkan (hati-hati) dengan air DTT dan sabun dan segera keringkan secara saksama dengan menggunakan kain bersih. Perhatikan tanda- tanda infeksi tali pusat: kemerahan pada kulit sekitar tali pusat, tampak nanah atau berbau. Jika terdapat tanda infeksi, nasihati ibu untuk membawa bayinya ke fasilitas kesehatan.
- g) Melakukan Inisiasi Menyusui Dini Prinsip pemberian ASI adalah dimulai sedini mungkin, eksklusif selama 6 bulan dilanjutkan sampai 2 tahun dengan makanan pendamping ASI sejak usia 6 bulan. Pemberian ASI pertama kali dapat dilakukan setelah mengikat tali pusat. Langkah IMD pada bayi baru lahir adalah sebagai berikut :
- h) Lakukan kontak kulit ibu dengan kulit bayi selama paling sedikit satu jam.
- i) Biarkan bayi mencari dan menemukan puting dan mulai menyusui.
- j) Memberikan Identitas Diri Segera setelah IMD, bayi baru lahir di fasilitas kesehatan segera mendapatkan tanda pengenal berupa gelang yang dikenakan kepada bayi dan ibunya untuk menghindari tertukarnya bayi. Gelang pengenal tersebut berisi identitas nama ibu dan ayah, tanggal, jam lahir, dan jenis kelamin. Apabila fasilitas memungkinkan, dilakukan juga pembuatan cap telapak kaki bayi pada rekam medis kelahiran.
- k) Memberikan Suntikan Vitamin K1 Karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna, semua bayi baru lahir beresiko mengalami perdarahan. Untuk mencegah terjadinya perdarahan pada semua bayi baru lahir, terutama bayi BBLR diberikan suntikan vit K1 (phytomenadione) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intramuskular pada anterolateral paha kiri.

Suntikan vit K1 dilakukan setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi Hepatitis B.

l) Memberi salep mata Antibiotik pada kedua mata bayi

Salep mata diberikan kepada bayi untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata. Salep ini sebaiknya diberikan 1 jam setelah lahir. Salep mata yang biasa digunakan adalah tetrasiklin 1 %.

m) Memberikan Imunisasi Hepatitis B pertama (HB-0) diberikan 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi Hepatitis B harus diberikan pada bayi usia 0-7 hari .

n) Melakukan Pemeriksaan Fisik atau pengkajian fisik pada bayi baru lahir dilakukan untuk mengetahui apakah terdapat kelainan yang perlu mendapat tindakan segera serta kelainan yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan, dan kelahiran. Prosedur pemeriksaan fisik pada bayi baru lahir antara lain :

a. Kepala

Periksa ubun – ubun besar dan ubun – ubun kecil dengan cara palpasi untuk mengetahui apakah ada sutura, molase, kaput suksedaneum, sefalhematoma, dan hidrosefalus. Dalam keadaan normal, ubun – ubun atau fontanel berbentuk datar (Tando,2016).

b. Mata

Periksa mata bayi dengan cara inspeksi untuk mengetahui ukuran, bentuk, dan kesimetrisan mata, mata kotor atau tidak, kekeruhan kornea, katarak kongenital, mata keluar nanah, bengkak pada kelopak mata, dan perdarahan konjungtiva (Tando,2016)

c. Hidung

Periksa bentuk dan lebar hidung, pola nafas, dan kebersihan hidung. Pemeriksaan ini dilakukan dengan menilai adanya kelainan bentuk hidung. Periksa ada pengeluaran atau tidak dari hidung hidung dan apakah bayi bernafas atau bersin melalui hidung atau tidak (Tando,2016).

d. Mulut

Pemeriksaan inspeksi mulut dilakukan untuk mengetahui bentuk dan kesimetrisan mulut, mukosa mulut kering/basah, memeriksa lidah dan palatum, ada bercak putih atau tidak pada gusi, reflek mengisap, kelainan dan tanda abnormal lain (Tando,2016).

e. Leher

Periksa bentuk dan kesimetrisan leher, adanya pembengkakan/benjolan, kelainan tiroid atau adanya pembesaran kelenjar getah bening, dan tanda abnormal lain (Tando, 2016).

f. Dada

Periksa bentuk dan kelainan dada, apakah ada kelainan bentuk atau todak, apakah ada retraksi dinding dada atau tidak, dan gangguan pernafasan.

Pernafasan yang normal pada bayi adalah 40 – 60 x/menit, denyut jantung 120 – 160 x/menit (Tando,2016).

g. Punggung

Pada saat bayi tengkurap, lihat dan raba kurvatura koluna vertebralis untuk mengetahui adanya skoliosis, pembengkakan, spina bifida, mielomeningoel, dan kelainan lainnya (Tando,2016).

h. Abdomen

Periksa bentuk abdomen bayi. Apabila abdomen bayi cekung, kemungkinan terjadi hernia diafragmatika. Apabila abdomen bayi kembung, kemungkinan disebabkan oleh perforasi usus yang biasanya akibat ileus mekonium. Periksa apakah ada penonjolan disekitar tali pusat pada saat bayi menangis, perdarahan tali pusat, jumlah pembuluh darah pada tali pusat, bentuk dan kesimetrisan abdomen, dan kelainan lainnya (Tando,2016)

i. Genetalia

Laki-laki Panjang penis normal, testis sudah turun dan berada dalam skrotum, orifisium uretra di ujung penis, dan kelainan (fimosis, hipospadia/epispadia) (Tando,2016).

Perempuan Labia mayor dan labia minora, klistoris, orifisium vagina, pseudomenore (Cairan kental berwarna keputihan) yang normal pada bayi perempuan (Tando,2016).

j. Anus

Periksa apakah bayi mengeluarkan mekonium/feses yang berarti bahwa bayi memiliki lubang anus. Periksa juga posisi dan fungsi sfingter ani.

Jika tidak ada mekonium/feses yang keluar, dicurigai adanya kelainan, seperti atresia ani, megakolon, dan kalinan lainnya (Tando,2016).

k. .Ektremitas

Periksa gerakan, bentuk, dan kesimetrisan ekstremitas. Periksa dengan teliti jumlah jari bayi, apakah terdapat polotidaktili (jari yang lebih), sindaktili (jari yang kurang), atau normal (Tando,2016).

l. Kulit

Kulit bayi kemerahan dan dilapisi verniks kaseosa yang melindungi kulit bayi yang terdiri atas campuran air dan minyak. Periksa apakah ada lanugo, edema, bercak, tanda lahir, dan memar. Kulit pucat menandakan anemia dan ada renjatan, kulit kuning menandakan inkompatibilitas antara darah dan ibu dan bayi dan sepsis, kulit biru menandakan asfiksia (Tando,2016).

- 1) Menginformasikan prosedur dan meminta persetujuan orangtua
- 2) Mencuci tangan dan mengeringkannya: Jika perlu gunakan sarung tangan
- 3) Memastikan penerangan cukup dan hangat untuk bayi
- 4) Memeriksa secara sistematis head to toe (dari kepala hingga jari kaki)
- 5) Mengidentifikasi warna kulit dan aktivitas bayi
- 6) Mencatat miksi dan mekonium bayi

- 7) Mengukur lingkaran kepala (LK), lingkaran dada (LD), lingkaran perut (LP), lingkaran lengan atas (LILA), dan panjang badan, serta menimbang berat badan.

Table 2.8
Nilai Apgar Skor

Parameter	0	1	2
A: Appearance Color Warna kulit	Pucat	Badan merah muda ekstermitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
P: Pulse (heart rate) Denyut Jantung	Tidak ada	Kurang dari 100	Lebih dari 100
G : Grimace Reaksi terhadap Rangsangan	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik (grimace)	Batuk / bersin
A : Activity (Muscle tone) Tonus otot	Lumpuh	Sedikit fleksi pada ekstermitas	Gerakan aktif
R : Respiration (respiratory effort) Usaha bernafas	Tidak ada	Lemah tidak teratur	Tangisan yang baik

Sumber : Saputra Lyndon, 2014. *Asuhan neonatus bayi dan balita*, Jakarta, 2014.

2.2.5 Konsep Asuhan Dasar Keluarga Berencana (KB)

2.5.1 Asuhan Keluarga Berencana

1. Pengertian Asuhan Keluarga Berencana

Menurut UUD No 10 Tahun 1991 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, program KB adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera. KB juga memberikan keuntungan ekonomi pada pasangan suami istri, keluarga dan

masyarakat. Perencanaan KB harus dimiliki oleh setiap keluarga termasuk calon pengantin, misalnya kapan usia ideal, bagaimana perawatan kehamilan, serta tanda-tanda bahaya dalam kehamilan (Purwoastuti & Walyani, 2015:182-183).

KB merupakan salah satu strategi untuk mengurangi kematian ibu khususnya ibu dengan kondisi 4T; terlalu muda melahirkan (di bawah usia 20 tahun), terlalu sering melahirkan, terlalu dekat jarak melahirkan, dan terlalu tua melahirkan (di atas usia 35 tahun). Selain itu, program KB juga bertujuan untuk meningkatkan kualitas keluarga agar dapat timbul rasa aman, tentram, dan harapan masa depan yang lebih baik dalam mewujudkan kesejahteraan lahir dan kebahagiaan batin. (Kemenkes, 2015).

2. Studi Kasus

Penulis melakukan penelitian ini dengan menggunakan pendekatan proses manajemen asuhan kebidanan oleh Helen Varney, dengan 7 langkah yang meliputi: identifikasi data dasar, identifikasi diagnosa/masalah aktual, identifikasi diagnosa/masalah potensial, tindakan segera/kolaborasi, rencana asuhan/intervensi, implementasi dan evaluasi hasil asuhan kebidanan yang diberikan. Dalam pengumpulan data, pengkajian ini menggunakan teknik antara lain:

- a. Anamnesa Penulis menggunakan tanya jawab dengan klien dan yang terlibat guna mendapatkan data yang diperlukan untuk memberikan asuhan kebidanan pada klien tersebut.

b. Pemeriksaan fisik

Dilakukan secara sistematis pada klien mulai dari inspeksi, palpasi dan pengukuran pada daerah tertentu.

c. Studi dokumentasi Studi ini dilakukan dengan mempelajari status kesehatan klien yang bersumber dari catatan, bidan dan perawat yang dapat memberi kontribusi dan menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

d. Diskusi Penulis melakukan diskusi dengan klien, keluarga klien, dosen pembimbing baik di lahan maupun institusi dan rekan-rekan seprofesi lainnya yang membantu untuk kelancaran penyusunan karya tulis ilmiah ini.

3. Proses Manajemen Asuhan Kebidanan

a. Pengertian manajemen kebidanan

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Manajemen kebidanan merupakan metode atau bentuk yang digunakan oleh bidan dalam memberi asuhan kebidanan dengan menggunakan metode pemecahan masalah dengan menggunakan metode yang terorganisasi, melalui dan tindakan dalam urutan yang logis untuk keuntungan pasien dan pemberian asuhan. (Nurhayati, 2013: 139).

Menurut Helen Varney (1997), proses penyelesaian masalah merupakan salah satu upaya yang dapat digunakan dalam manajemen kebidanan. Varney berpendapat bahwa dalam melakukan manajemen kebidanan, bidan

harus memiliki kemampuan berfikir secara kritis untuk menegakkan diagnosa atau masalah potensial kebidanan. Selain itu, diperlukan pula kemampuan kolaborasi atau kerja sama. Hal ini dapat digunakan sebagai dasar dalam perencanaan kebidanan selanjutnya. (dalam Wildandan Hidayat, 2013: 34).

b. Langkah I. Identifikasi data dasar

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. (Manguji, dkk, 2012). Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara :

1) Data Subjektif

Data subjektif adalah berisi tentang data dari pasien melalui anamnesa (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung tentang keluhan. (Romauli, 2011:162).

7. Keluhan utama yaitu untuk mengetahui alasan pasien datang ke fasilitas kesehatan yang dirasakan saat pemeriksaan pada akseptor KB implan

8. Riwayat Menstruasi yaitu untuk mengetahui menarche, siklus, lama menstruasi, disminorea, banyaknya menstruasi, teratur atau tidak, sifat darah, dan keluhan yang dirasakan pada saat menstruasi.

9. Riwayat kehamilan dan nifas yang lalu yaitu untuk mengetahui jumlah kehamilan sebelumnya dan hasil akhirnya (aborts, lahir hidup, apakah anaknya dalam keadaan hidup dan apakah dalam

kesehatan yang baik), apakah terdapat komplikasi intervensi pada kehamilan, persalinan, ataupun nifas sebelumnya dan apakah ibu tersebut mengetahui penyebabnya.

10. Riwayat KB yang perlu dikaji adalah apakah ibu pernah menjadi akseptor KB, dan kalau pernah kontrasepsi apa yang pernah digunakan, berapa lama, keluhan pada saat ikut KB, alasan berhenti KB.

11. Riwayat kesehatan terdiri dari riwayat penyakit sekarang, dan riwayat penyakit keluarga.

12. Riwayat pemenuhan kebutuhan dasar yaitu untuk mengetahui bagaimana kebiasaan pasien sehari-hari dalam menjaga kebersihan dirinya dan bagaimana pola makanan sehari-hari apakah terpenuhi gizinya atau tidak terdiri dari pola nutrisi, pola eliminasi, pola istirahat, personal hygiene dan aktivitasnya.

13. Data psikologis untuk memperkuat data dari pasien terutama secara psikologis, data meliputi dukungan suami dan keluarga kepada ibu mengenai alat kontrasepsi.

2) Data Obyektif

Data obyektif adalah data yang didapat dari hasil observasi melalui pemeriksaan fisik sebelum atau selama pemakaian KB.

a) Pemeriksaan umum terdiri dari keadaan umum untuk mengetahui keadaan pasien serta berat badan pasien karena merupakan salah satu efek samping KB implan.

b) Pemeriksaan tanda-tanda vital

d. Tekanan Darah (vital sign)

Untuk mengetahui faktor resiko hipertensi atau hipotensi dengan nilainya mmHg. Keadaan normal antara 100/80 mmHg sampai 130/90mmHg.

e. Pengukuran suhu untuk mengetahui suhu badan pasien, suhu badan normal adalah 36°C sampai 37°C. bila suhu lebih dari 37,5°C harus dicurigai adanya infeksi.

f. Nadi memberikan gambaran kardiovaskuler, denyut nadi normal 70x/menit sampai 88x/menit.

g. Pernafasan mengetahui sifat pernafasan dan bunyi nafas dalam satu menit. Pernafasan normal 22x/menit-24x/menit.

c) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik meliputi: keadaan umum klien, tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik dilakukan secara inspeksi dan palpasi dan dilakukan pemeriksaan penunjang bila perlu. Tahap ini merupakan langkah yang menentukan langkah berikutnya. Kelengkapannya data yang sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan, oleh karena itu proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya, sehingga dalam pendekatan ini harus komprehensif dalam meliputi data subjektif, objektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi atau masukan klien yang sebenarnya.

d) Data penunjang

Data penunjang ini digunakan untuk mengetahui kondisi klien sebagai data penunjang terdiri dari: pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan tes kehamilan. (Saifuddin, 2010).

b. Langkah II. Identifikasi diagnosa/Masalah aktual

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Langkah awal dari perumusan diagnosa atau masalah adalah pengolahan dan analisis data dengan menggabungkan data satu dengan data yang lainnya sehingga tergambar suatu fakta. (Nurhayati, dkk 2013: 142).

Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan dalam lingkup praktek kebidanan. Dasar untuk menegakkan diagnosa calon akseptor KB implant.

Dari data Subjektif yang diperoleh bahwa ibu mengatakan ingin menggunakan KB jangka panjang untuk pertama kalinya dan ibu memilih untuk KB implan, sedang dari hasil pemeriksaan yaitu data objektif bahwa, keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TTV normal, hasil pemeriksaan fisik tidak ada kelainan dan pemeriksaan laboratorium normal, dan pada tes kehamilan tidak terjadi kehamilan.

c. Langkah III antisipasi diagnosa/Masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial yang berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang

sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi. Langkah ini sangat penting dalam melakukan asuhan yang aman. Yang mungkin terjadi pada kasus akseptor implant pada saat pemasangan akan terdapat memar, bengkak dan nyeri pada insisi selama beberapa hari adalah kemungkinan adanya tanda infeksi.

d. Langkah IV. Tindakan Segera/Kolaborasi

Pada langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain berdasarkan kondisi klien, pada langkah ini bidan juga harus merumuskan tindakan emergency untuk menyelamatkan ibu dan bayi, yang mampu dilakukan secara mandiri dan bersifat rujukan. Tindakan segera dilakukan jika terjadi, jika ibu mengalami efek samping atau keluhan yang mengancam maka dilakukan tindakan kolaborasi pada akseptor implant.

e. Langkah V. Rencana asuhan kebidanan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya dan merupakan lanjutan manajemen terhadap diagnose atau masalah yang telah diidentifikasi atau diadaptasi. Rencana tindakan komprehensif bukan hanya meliputi kondisi klien serta hubungannya dengan masalah yang dialami oleh klien, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien, serta penyuluhan, konseling dan

apakah perlu merujuk klien bila ada masalah masalah yang berkaitan dengan sosial-ekonomi, agama, kultural ataupun masalah psikologis. Setiap rencana asuhan harus disertai oleh klien dan bidan agar dapat melaksanakan dengan efektif. Sebab itu harus berdasarkan rasional yang relevan dan kebenarannya serta situasi dan kondisi tindakan harus secara teoritis. Menurut Saifuddin (2010) rencana tindakan yang dapat dilakukan pada akseptor baru KB implan adalah:

1. Lakukan informed consent sebagai bukti bahwa ibu setuju dengan tindakan yang akan dilakukan. Rasional: setiap tindakan medis yang mengandung resiko harus dengan persetujuan tertulis yang ditanda tangani oleh yang berhak memberikan persetujuan, yaitu klien yang bersangkutan dalam keadaan sadar dan sehat mental.
2. Jelaskan kepada klien hasil pemeriksaan. Rasional: untuk mengetahui keadaan klien
3. Jelaskan tentang implan (definisi, cara kerja, indikasi dan kontraindikasi, keuntungan dan kekurangan, efek samping implan). (Varney, 2002). Rasional: untuk menambah pengetahuan klien tentang alat kontrasepsi yang akan di gunakan
4. Lakukan teknik pemasangan implan yang baik dan benar sesuai standar yang berlaku. Rasional: semua tahap proses pemasangan harus dilakukan secara berhati-hati dan lembut, untuk mencegah infeksi maupun ekspulsi.

5. Lakukan konseling pasca pemasangan tentang perawatan luka insisi dirumahdan berikan instruksi pada klien mengenai luka insisi tersebut Rasional untuk mengantisipasi terjadinya infeksi.

f. Langkah VI.

Implementasi Asuhan Kebidanan Melaksanakan rencana tindakan serta efisiensi dan menjamin rasa aman klien. Implementasi dapat dikerjakan keseluruhan oleh bidan ataupun bekerja sama dengankesehatan lain. Bidan harus melakukan implementasi yang efisien dan akan mengurangi waktu perawatan serta akan meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan klien.

g. Evaluasi kebidanan

Mengetahui sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan yang diberikan kepada klien. Pada tahap evaluasi ini bidan harus melakukan pengamatan dan observasi terhadap masalah yang di hadapi klien, apakah masalah diatasi seluruhnya, sebagian telah di pecahkan atau mungkin timbul masalah baru. Pada prinsipnya tahapan evaluasi adalah pengkajian kembali terhadap klien untuk menjawab pertanyaan sejauh mana tercapainya rencana yang dilakukan. Evaluasi asuhan kebidanan pada akseptor baru KB implan antara lain keadaan umum baik dan tanda-tanda vital dalam batas normal, tidak ada kendala dankomplikasi pada saat pemasangan implan dan amati klien kurang lebih 15-20 menit untuk kemungkinan perdarahan dari luka insisi atau efek lain sebelum memulangkan pasien setelah pemasangan.

h. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

Pendokumentasian adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien, dan tim kesehatan yang mencatat tentang hasil pemeriksaan, prosedur pengobatan pada pasien dan pendidikan kepada pasien, serta respon pasien terhadap semua kegiatan yang dilakukan. Alur berfikir bidan dalam menghadapi klien meliputi 7 langkah. Untuk mengetahui apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses berfikir sistematis di dokumentasikan dalam bentuk SOAP, yaitu

a. S: Data Subjektif

langkah I

Menggambarkan dokumentasi hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung dari identitas, keluhan masalah KB, riwayat menstruasi, riwayat kehamilan dan nifas yang lalu, riwayat KB, riwayat kesehatan, riwayat pemenuhan kebutuhan dasar, dan data psikologis.

b. O: Data Objektif

langkah I

Menggambarkan pendokumentasi hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium, dan uji diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan. Pada data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan (tanda keadaan umum, tanda vital, pemeriksaan fisik, pemeriksaan lab atau pemeriksaan penunjang). Pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

c. A : Assesment/ Analisis (langkah II,III, dan IV)

Assesment merupakan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi(kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. (Manguji, 2012). Berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis,atau masalah potensial,serta perlu tidaknya tindakan segera. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan, karena keadaan pasien yang setiap saatbisa mengalami perubahan dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektifmaupun data objektif. Maka proses pengkajian data akan sangat dinamis.

d. P: Planning/Perencanaan (langkah V,VI,dan VII)

Menggambarkan pendokumentasian dan perencanaan serta evaluasi berdasarkan assesment. (Manguji, 2012). Rencana dari tindakan yang akan diberikan termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnosis, atau laboratorium, serta konseling, untuk tindak lanjut. Pada tahap terakhir ini melakukan kunjungan ulang dan mengkaji serta menanyakan keadaan umum, tanda-tanda vital, riwayat menstruasi, efek samping yang terjadi setelah memakai implan, seperti amenorea,perdarahan ringan (spotting), rasa nyeri pada lengan, terjadi perlukaan bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah, ekspulsi, dan pantau berat badan. Dalam memberikan konseling khususnya bagi calon akseptor KB yang baru hendaknya di terapkan 6 langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU. Penerapan SATU TUJU tersebut tidak perlu di

lakukan secara berurutan, karena petugas harus menyesuaikan diri dengan kebutuhan klien. Beberapa klien membutuhkan lebih banyak perhatian pada langkah yang satu di bandingkan langkah yang lainnya.

Kata kunci SATU TUJU dalah sebagai berikut:

1. SA: sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan sopan.

Berikan perhatian sepenuhnya kepada klien dan bicarakan di

Berikan perhatian sepenuhnya kepada klien dan bicarakan di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu di bantu serta jelaskan pelayanan apa yang bisa di perolehnya

2. T: tanyakan pada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman keluarga berencana serta kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang di inginkan klien, berikan perhatian kepada klien apa yang di sampaikan klien sesuai dengan kata-kata, gerak, isyarat dan caranya. Coba tempatkan diri kita di dalam hati klien. Perhatikan bahwa kita memahami. Dengan memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien, kita dapat membantunya.

3. U: uraikan pada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan

beberapa jenis kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling di ingini, serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada. Juga jelaskan alternative kontrasepsi lain yang mungkin di ingini oleh klien. Uraikan juga mengenai resiko penularan HIV/AIDS dan pilihan metode ganda.

4. TU: bantu klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berfikir mengenai apa yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya. Doronglah klien untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan. Tanggapilah secara terbuka. Petugas membantu klien mempertimbangkan criteria dan keinginan klien terhadap setiap jenis kontrasepsi. Tanyakan juga apakah pasangannya akan memberikan dukungan dengan pilihan tersebut. Jika memungkinkan diskusikan pilihan tersebut kepada pasangannya. Pada akhirnya yakinkan bahawa klien telah membuat suatu keputusan yang tepat. Petugas dapat menanyakan: Apakah anda sudah memutuskan pilihan jenis kontrasepsi? atau apa jenis kontrasepsi yang terpilih untuk di gunakan?

5. J: jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya setelah klien memilih jenis kontrasepsinya., jika di perlukan, perlihatkan alat/ obat kontrasepsinya. Jelaskan alat/ obat kontrasepsi tersebut di

gunakan dan bagaimana cara penggunaannya. Sekali lagi doronglah klien untuk bertanya dan petugas menjawab secara jelas dan terbuka. Beri penjelasan juga tentang manfaat ganda metode kontrasepsi, misalnya kondom yang dapat mencegah infeksi menular seksual (IMS). Cek pengetahuan klien tentang penggunaan kontrasepsi pilihanya dan di puji klien apabila dapat menjawab dengan benar.

6. U: perlunya di lakukan kunjungan ulang. Bicarakan dan buatlah perjanjian klien akan kembali akan melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi jika di butuhkan. Perlu juga selalu mengingatkan klien untuk kembali jika ada suatu masalah. (Affandi, 2012).

Penapisan Alat Kontrasepsi Hormonal dan Non Hormonal.

Table 2.9

Daftar Tilik Penapisan Klien Hormonal

Metode hormonal (pill kombinasi,pil progestin,suntikan dan susuk)	Ya	Tidak
1. Hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
2. Menyusui dan kurang dari 6 minggu Pasca persalinan		
3. Pendarahan /pedarahan bercak antara Haid setelah senggama		
4. Ikhterus pada kulit atau mata		
5. Nyeri kepala hebat atau gangguan Visual		

6. Nyeri hebat pada betis, paha atau Dada, atau tungkai bengkak (odema)		
7. Tekanan darah diatas 160 mmhg (sistolik) Atau 90 mmhg (diastolik)		
8. Masa atau benjolan pada payudara		
9. Sedang minum obat – obatan anti Kejang (epilepsy)		

Sumber: Affandi, 2012. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi

Table 2.10

Tabel Daftar Tilik Penapisan Klien Non Hormonal

AKDR (Semua jenis pelepas tembagaan Progestin)	Ya	Tidak
1. Apakah hari pertam haid terakhir 7 hari yang lalu		
2. Apakah klien (atau pasangan suami istri) apakah punya pasangan seks lain		
3. Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)		
4. Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik		
5. Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih dari 1-2 pembalut tiap 4 jam)		
6. Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		
7. Apakah pernah mengalami disminore berat yang membutuhkan analgetik dan / beristirahat baring		
8. Apakah pernah mengalami pendarahan bercak antara haid atau setelah senggama		
9. Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung valvular atau congenital		

Sumber: Affandi, 2012. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi

Jika semua keadaan diatas adalah “TIDAK” dan tidak dicurigai adanya kehamilan, maka dapat di teruskan dengan konseling metode kusus. Bila respon banyak yang “YA” berarti klien perlu dievakuasi sebelum keputusan terakhir dibuat. Bila ada salah satu jawaban “YA” maka hal tersebut harus dievakuasi lebih lanjut terkait resiko yang terjadi akibat kontrasepsi yang dipilih. Keterangan5Konsep Dasar Asuhan Keluarga Berencana (KB

