

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Asuhan Komprhensif

2.1.1 Pengertian

Asuhan kebidanan komprehensif adalah suatu pemeriksaan yang dilakukan secara lengkap dengan adanya pemeriksaan laboratorium sederhana dan konseling. (Asuhan kebidanan komprehensif mencakup empat kegiatan pemeriksaan berkesinambungan diantaranya adalah asuhan kebidanan kehamilan (antenatal care), asuhan kebidanan persalinan (intranatal care), asuhan kebidanan masa nifas (postnatal care), dan asuhan bayi baru lahir (neonatal care) (varney, 2006).

2.1.2 Tujuan asuhan komprehensif

Melaksanakan pendekatan manajemen kebidanan pada kasus kehamilan dan persalinan, sehingga dapat menurunkan atau menghilangkan angka kesakitan ibu dan anak.

2.1.3 Standar asuhan kebidanan

Adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup prakteknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnose dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan pencatatan asuhan kebidanan. Dalam standar asuhan kebidanan yakni meliputi perencanaan, salah satu kriteria perencanaan yaitu melakukan rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipatif dan asuhan secara komprehensif. Sehingga asuhan kebidanan komprehensif dilakukan berdasarkan standar asuhan kebidanan.

2.2 Konsep dasar kehamilan

2.2.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah kondisi dimana seorang wanita memiliki janin yang sedang tumbuh di dalam tubuhnya (yang pada umumnya di dalam rahim). Kehamilan pada manusia berkisar 40 minggu atau 9 bulan, dihitung dari awal periode menstruasi terakhir sampai melahirkan. Kehamilan merupakan suatu proses reproduksi yang perlu perawatan khusus, agar dapat berlangsung dengan baik kehamilan mengandung kehidupan ibu maupun janin. Resiko kehamilan ini bersifat dinamis, karena ibu hamil yang pada mulanya normal, secara tiba-tiba dapat menjadi berisiko tinggi. Faktor resiko pada ibu hamil seperti umur terlalu muda atau tua, banyak anak, dan beberapa faktor biologis lainnya adalah keadaan yang secara tidak langsung menambah resiko kesakitan dan kematian pada ibu hamil. Resiko tinggi adalah keadaan yang berbahaya dan mungkin terjadi penyebab langsung kematian ibu, misalnya pendarahan melalui jalan lahir, eklamsia, dan infeksi (Ari, 2012).

2.2.2 Fisiologis Kehamilan

2.2.2.1 Uterus

Uterus yang semula besarnya hanya sebesar jempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hiperplasia, sehingga menjadi seberat 1.000 gram saat akhir kehamilan. Otot dalam rahim mengalami hiperplasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin (Manuaba, 2010).

2.2.2.2 Ovarium

Dengan adanya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu (Manuaba, 2010).

2.2.2.3 Vagina dan Perineum

Perubahan yang terjadi pada vagina selama kehamilan antara lain terjadinya peningkatan vaskularitas dan hiperemia (tekanan darah meningkat) pada kulit dan otot perineum, vulva, pelunakan pada jaringan ikat, munculnya tanda *chadwick* yaitu warna kebiruan pada daerah vulva dan vagina yang disebabkan hiperemia, serta adanya keputihan karena sekresi serviks yang meningkat akibat stimulasi estrogen (Yesie 2010).

2.2.2.4 Payudara

Menurut (Sulin, 2009). pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudara menjadi semakin lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena – vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Areola akan lebih besar dan kehitaman. Kelenjar sebacea dari areola akan membesar dan cenderung menonjol keluar.

2.2.2.5 Sirkulasi Darah

Volume darah semakin meningkat dan jumlah serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi pengenceran darah (hemodelusi). Sel darah merah semakin meningkat jumlahnya untuk dapat mengimbangi pertumbuhan janin dalam rahim, tetapi penambahan sel darah tidak seimbang dengan peningkatan volume darah

sehingga terjadi hemodelusi yang disertai anemia fisiologis (Ida bagus, 2010).

2.2.2.6 Sistem Respirasi

Kapasitas paru secara total menurun 4-5% dengan adanya elevasi diafragma. Fungsi respirasi juga mengalami perubahan. Respirasi rata 50% mengalami peningkatan, 40% pada tidal volume dan peningkatan konsumsi oksigen 15–20% diatas kebutuhan perempuan tidak hamil (Aprillia, 2010).

2.2.2.7 Sistem pencernaan

Menurut (Sulin, 2009). Seiring dengan makin membesarnya uterus, lambung, dan usus akan tergeser. Perubahan yang nyata terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus. Mual terjadi akibat penurunan asam hidrokloroid dan penurunan motilitas, serta konstipasi akibat penurunan motilitas usus besar. Gusi akan menjadi lebih hiperemis dan lunak sehingga dengan trauma sedang saja bisa menyebabkan perdarahan. Epulis selama kehamilan akan muncul. Hemorroid juga merupakan suatu hal yang sering terjadi akibat konstipasi dan peningkatan tekanan vena pada bagian bawah karena pembesaran uterus.

2.2.2.8 Sistem perkemihan

Karena pengaruh desakan hamil muda dan turunnya kepala bayi pada hamil tua, terjadi gangguan miksi dalam bentuk sering berkemih. Desakan tersebut menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh. Hemodelusi menyebabkan metabolisme air makin lancar sehingga pembentukan urine akan bertambah (Manuaba, 2010).

2.2.3 Nasehat-Nasehat Untuk Ibu hamil

2.2.3.1 Nutrisi

Dalam masa kehamilan, kebutuhan zat-zat meningkat. Hal ini diperlukan untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang janin, pemeliharaan kesehatan ibu dan persediaan laktasi baik untuk ibu maupun janin. Selama kehamilan terjadi peningkatan kalori sekitar 80.000 kilokalori sehingga dibutuhkan penambahan kalori sebanyak 300 kilokalori/hari. Penambahan kalori ini dihitung melalui protein, lemak, yang ada pada janin, lemak pada ibu, dan konsumsi O₂ ibu selama 9 bulan (Lily, 2008).

2.2.3.2 Higiene Personal.

Mandi di perlukan untuk menjaga kebersihan atau higiene terutama perawatan kulit, karena fungsi ekskresi dan keringat bertambah (Lily, 2008).

2.2.3.3 Pakaian

Pakaian yang dikenakan harus longgar, bersih, dan ada ikatan yang ketat pada daerah perut. Selain itu wanita dianjurkan mengenakan Bra yang menyokong payudara dan sepatu dengan hak yang tidak terlalu tinggi karena titik berat wanita hamil berubah. Dianjurkan pula memakai pakaian dari bahan katun yang dapat menyerap keringat. pakaian dalam harus kering dan harus sering diganti (Lily, 2008).

2.2.3.4 Eliminasi

Wanita dianjurkan untuk defekasi teratur dengan mengonsumsi makanan yang banyak mengandung serat seperti sayuran. Selain itu perawatan perinium dan vagina dilakukan setelah BAK/BAB dengan cara membersihkan dari depan kebelakang, menggunakan

pakaian dalam dari bahan katun, sering mengganti pakaian dalam, tidak melakukan *docing* / pembilasan. (Lily, 2008).

2.2.3.5 Seksual

Hubungan seksual saat hamil bukanlah merupakan suatu halangan, asalkan dilakukan dengan hati-hati. Sering dijumpai Dengan seksual dapat menimbulkan abortus, persalinan prematur. Karena mempunyai riwayat kehamilan yang buruk, sebaiknya dinasihati agar berpuasa dalam berhubungan seksual, khususnya saat hamil muda. Namun ada kemungkinan libido wanita saat hamil meningkat seiring dengan peningkatan estrogen (Ida Bagus, 2007).

2.2.3.6 Mobilisasi Atau Mekanik Tubuh

Postur tubuh, *lifting* (menangkat), bangun dari posisi jongkok/duduk (menekuk lutut), *turn side* (berbalik badan), menahan tangan dari posisi duduk (Yulaikhah, 2008).

2.2.3.7 Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan Trimester III

(Whalley, 2007).

- a. Perdarahan Pervaginam
- b. Nyeri perut
- c. Rasa kencang di perut yang terus menerus, berkesinambungan (kontraksi) atau kram.
- d. Rabas atau mancurnya cairan dari vagina.
- e. Bengkak ata pembesaran tangan, kaki, atau wajah yang tiba-tiba.
- f. Gangguan penglihatan
- g. Pusing, sakit kepala yang hebat.
- h. Gerakan janin berkurang

- i. Daerah sakit dan kemerahan di kaki, atau sakit di kaki jika berdiri.
- j. Nyeri yang hebat di kemaluan dan panggul, dengan gangguan gerak kaki
- k. Nyeri tau panas saat berkemih.
- l. Nyeri daerah kemaluan atau gatal.
- m. Mual atau muntah yang persisten

2.2.4 Perubahan anatomi fisiologi dan psikologi kehamilan trimester III

2.2.4.1 Rahim atau uterus

Uterus yang semula biasanya 30 gram akan mengalami hipertropi dan hyperplasia karena pengaruh hormon estrogen dan progesterone sehingga pada akhir kehamilan uterus ini menjadi 1.000 gram, dengan panjang 20 cm.

2.2.4.2 Vagina dan vulva

Perubahan hormon estrogen mengakibatkan adanya hipervaskularisasi sehingga vulva dan vagina tampak lebih merah, agak kebiruan (livide). Tanda ini disebut dengan tanda *Chadwick*. Pada akhir kehamilan, cairan vagina mulai meningkat dan lebih kental.

2.2.4.3 Serviks uteri

Serviks uteri pada kehamilan mengalami perubahan karena hormon estrogen. Akibat kadar estrogen yang meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi, maka konsistensi serviks menjadi lunak. Serviks uteri lebih banyak mengandung jaringan ikat yang terdiri atas kolagen. Selain itu prostaglandin bekerja pada serabut kolagen, terutama pada minggu-minggu akhir kehamilan. Serviks menjadi lunak dan lebih mudah berdilatasi pada waktu persalinan.

2.2.4.4 Mammae atau payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi, hormon yang mempengaruhi :

a. Estrogen

- 1) Menimbulkan penimbunan lemak dan air serta garam sehingga payudara tampak semakin membesar
- 2) Tekanan serta syaraf akibat penimbunan lemak dan air serta garam menyebabkan rasa sakit pada payudara.

b. Somatotropin

- 1) Penimbunan lemak sekitar alveolus payudara
- 2) Merangsang pengeluaran colostrum pada payudara

c. Progesterone

Mempersiapkan acinus sehingga dapat berfungsi :

- 1) Menambah jumlah sel acinus
- 2) Pegeluaran ASI belum berlangsung karena prolaktin belum berfungsi
- 3) Setelah persalinan, hambatan prolaktin tidak ada sehingga membuat ASI dapat keluar dengan lancar.

d. Perubahan payudara pada hamil :

- 1) Payudara menjadi lebih besar
- 2) Hyperpigmentasi pada areola
- 3) Putting susu menonjol

e. Kulit

Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi alat-alat tertentu akibat peningkatan *Melanophore Stimulating Hormon* (MSH).

Hyperpigmentasi dapat terjadi di wajah, leher, alveolar mammae dan abdomen.

f. Sirkulasi darah

Volume darah semakin meningkat kira-kira 25% dimana jumlah serumdarah lebih besar dari pada pertumbuhan sel darah, sehingga terjadi semacam pengenceran darah (hemodilusi) dengan puncaknya pada usia 32 minggu, terjadi supine hypotensive syndrome karena penekanan vena kava inferior.

g. Sistem pernafasan

Pada usia kehamilan 33 sampai 36 minggu ibu hamil akan merasa sesak nafas karena tekanan janin yang berada dibawah diafragma menekan paru-paru ibu.

h. Traktus digestivus

Akibat meningkatnya kadar estrogen tubuh perasaan enek (nausea) pada kehamilan muda. Tonus-tonus otot traktus digestivus menurun, sehingga motilitas traktus digestivus berkurang. Hal ini untuk resorpsi tetapi menimbulkan obstipasi. Juga terjadi pengeluaran air liur berlebihan yang disebut salivasi.

i. Abdomen

Munculnya kontraksi *Braxton hicks*.

2.2.5 Perubahan Psikologis Kehamilan trimester III (Shinta, 2010).

2.2.5.1 Trimeter III sering disebut sebagai periode penantian, yang mana pada trimester ketiga ini wanita menanti kehadiran bayinya sebagai bagian dari dirinya, dia menjadi tidak sabar untuk segera melihat bayinya, dan ada perasaan yang tidak menyenangkan ketika bayinya tidak lahir tepat waktu.

- 2.2.5.2 Trimester III adalah waktu untuk mempersiapkan kelahiran dan kedudukan sebagai orang tua, dan ini dapat menimbulkan perasaan khawatir.
 - 2.2.5.3 Pada trimester III dapat timbul perasaan kekhawatiran terhadap bayinya, khawatir bayinya mengalami ketidaknormalan (kecacatan). Akan tetapi kesibukan dalam mempersiapkan kelahiran bayinya dapat mengurangi kekhawatirannya.
 - 2.2.5.4 Hasrat seksual tidak seperti pada trimester kedua hal ini dipengaruhi oleh perubahan bentuk perut yang semakin membesar dan adanya perasaan khawatir terjadi sesuatu terhadap bayinya.
 - 2.2.5.5 Wanita akan kembali merasakan ketidaknyamanan fisik yang semakin kuat menjelang akhir kehamilan. Ia akan merasa canggung, jelek, berantakan, dan memerlukan dukungan dari pasangannya yang sangat besar.
- 2.2.6 Komplikasi dan Penyulit Kehamilan Trimester III (Marmi, 2011).
- 2.2.6.1 Kehamilan dengan hipertensi : hipertensi esensial, hipertensi karena kehamilan, pre eklamsia, eklamsia
 - 2.2.6.2 Perdarahan antepartum : solusio plasenta, plasenta previa, insertio velamentosa, ruptur sinus marginalis, plasenta sirkumvalata
 - 2.2.6.3 Kelainan dalam lamanya kehamilan : prematur, postmatur atau postdate, *Intra Uterin Growth Retardation* (IUGR), *Intra Uterin Fetal Death* (IUFD)
 - 2.2.6.4 Kehamilan ganda atau gemilli
 - 2.2.6.5 Kelainan air ketuban : ketuban pecah dini (KPD), polihidramion, oligohidramion
 - 2.2.6.6 Kelainan letak : letak sungsang, letak lintang

- 2.2.6.7 Kehamilan disertai penyakit : diabetes melitus, jantung, sistem pernafasan, sistem pencernaan, sistem hematologi, sistem perkemihan,
 - 2.2.6.8 Kehamilan dengan infeksi : rubella, hepatitis
 - 2.2.6.9 kehamilan dengan Pms : Syphilis, HIV/AIDS
 - 2.2.6.10 kehamilan dengan penyakit gangguan jiwa : depresi, psikosa, psikosa neurosa
- 2.2.7 Antenatal Care (Kusmiyati, 2009).

2.2.7.1 Pengertian Antenatal Care (ANC)

ANC adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya. Tujuan utama asuhan antenatal adalah untuk memfasilitasi hasil yang sehat dan positif bagi ibu maupun bayinya dengan cara membina hubungan saling percaya dengan ibu, mendeteksi komplikasi-komplikasi yang dapat mengancam jiwa, mempersiapkan kelahiran, dan memberikan pendidikan.

Tujuan utama dari pelayanan ANC yaitu memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental ibu dan bayi, mengenali secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan, mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu dan bayinya dengan trauma semaksimal mungkin, serta mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI Eksklusif.

2.2.7.2 Kunjungan ANC

Setiap wanita hamil menghadapi resiko komplikasi yang biasa mengancam jiwanya. Oleh karena itu, setiap wanita hamil memerlukan sedikitnya empat kali kunjungan selama periode antenatal :

- a. 1 x kunjungan selama trimester pertama (sebelum 14 minggu)
- b. 1 x kunjungan selama trimester kedua (antara minggu 14-28)
- c. 2 x kunjungan selama trimester ketiga (antara minggu 28-36 dan sesudah minggu ke 36).

2.2.7.3 Asuhan kehamilan pada kunjungan awal

a. Pengertian

Kunjungan awal kehamilan adalah kunjungan yang dilakukan oleh ibu hamil ke tempat bidan pada trimester pertama yaitu pada minggu pertama kehamilan hingga sebelum minggu ke-14.

b. Tujuan Kunjungan

Tujuan dari kunjungan awal ini yaitu sebagai berikut

- 1) Mendapatkan perawatan kehamilan
- 2) Memperoleh rujukan konseling genetik
- 3) Menentukan apakah kehamilan akan dilanjutkan atau tidak.
- 4) Menentukan diagnosis ada/tidaknya kehamilan
- 5) Menentukan usia kehamilan dan perkiraan persalinan
- 6) Menentukan status kesehatan ibu dan janin
- 7) Menentukan kehamilan normal atau abnormal, serta ada/tidaknya faktor risiko kehamilan
- 8) Menentukan rencana hasil pemeriksaan / penatalaksanaan selanjutnya

c. Pengkajian Data

Sebelum menganamnesa klien, bidan terlebih dahulu melakukan hal-hal berikut.

Menyambut klien dengan seseorang yang menemani klien, Memperkenalkan diri kepada klien. Setelah hal-hal di atas dilakukan, selanjutnya bidan mulai melakukan pengambilan data yaitu dengan cara menganamnesa klien. Langkah-langkahnya yaitu sebagai berikut :

1) Menanyakan identitas, yang meliputi :

a) Nama Isteri / Suami

Mengetahui nama klien dan suami berguna untuk memperlancar komunikasi dalam asuhan sehingga tidak terlihat kaku dan lebih akrab.

b) Umur

Umur perlu diketahui guna mengetahui apakah klien dalam kehamilan yang beresiko atau tidak. Usia dibawah 16 tahun dan di atas 35 tahun merupakan umur-umur yang beresiko tinggi untuk hamil. Umur yang baik untuk kehamilan maupun persalinan adalah 19-25 tahun.

c) Suku / Bangsa / Etnis / Keturunan

Ras, etnis, dan keturunan harus diidentifikasi dalam rangka memberikan perawatan yang peka budaya kepada klien dan mengidentifikasi wanita atau keluarga yang memiliki kondisi resesif otosom dengan insiden yang tinggi pada populasi tertentu. Jika kondisi yang demikian diidentifikasi, wanita tersebut diwajibkan menjalani skrining genetik.

d) Agama

Tanyakan pilihan agama klien dan berbagai praktik terkait agama yang harus diobservasi. Informasi ini dapat menuntun ke suatu diskusi tentang pentingnya agama dalam kehidupan klien, tradisi keagamaan dalam kehamilan dan kelahiran, perasaan tentang jemis kelamin tenaga kesehatan, dan pada beberapa kasus, penggunaan produk darah.

e) Pendidikan, Minat, Hobi

Tanyakan pendidikan tertinggi yang klien tamatkan juga minat, hobi, dan tujuan jangka panjang. Informasi ini membantu klinisi memahami klien sebagai individu dan memberi gambaran kemampuan baca-tulisnya. Kadang-kadang bahaya potensial dari hobi, seperti melukis, memahat, mengelas, membuat mebel, piloting, balap, menembak, stained glass, membuat keramik, dan berkebun akan diidentifikasi. Materi yang digunakan dalam kegiatan seni dan kerajinan tangan dapat mengandung silikon, talek, pelarut, dan logam berat. Semua ini berpotensi membahayakan.

f) Pekerjaan

Mengetahui pekerjaan klien adalah penting untuk mengetahui apakah klien berada dalam keadaan utuh dan untuk mengkaji potensi kelahiran, prematur dan pajanan terhadap bahaya lingkungan kerja, yang dapat merusak janin.

g) Alamat bekerja

Alamat bekerja klien perlu diketahui juga sebagai pelengkap identitas diri klien.

h) Alamat rumah

Alamat rumah klien perlu diketahui bidan untuk lebih memudahkan saat pertolongan persalinan dan untuk mengetahui jarak rumah dengan tempat rujukan.

i) No. RMK (Nomor Rekam Medik)

Nomor rekam medik biasanya digunakan di Rumah Sakit, Puskesmas, atau Klinik.

2) Menanyakan keluhan utama klien (KU)

Keluhan utama adalah alasan kenapa klien datang ke tempat bidan. Hal ini disebut tanda atau gejala. Dituliskan sesuai dengan yang diungkapkan oleh klien serta tanyakan juga sejak kapan hal tersebut dikeluhkan oleh klien.

Mendengar keluhan klien sangat penting untuk pemeriksaan. Pertanyaan yang sangat sederhana seperti " Untuk apa Nyonya datang kemari ?" atau "Apa keluhan Anda?" dapat memberikan keterangan banyak ke arah diagnosis. Misalnya apakah wanita mengatakan bahwa ia mengeluarkan darah dari kemaluannya setelah haid terlambat, bahwa peranakannya turun / keluar, bahwa ia mengalami perdarahan tidak teratur dan berbau busuk, maka dalam hal-hal demikian kiranya tidak sulit untuk menduga kelainan apa yang sedang dihadapi oleh bidan, yaitu berturut-turut abortus, prolapsus uteri dan serviks uteri. Namun, pemeriksaan lebih lanjut tetap harus dilakukan

karena diagnosis tidak boleh berdasarkan atas anamnesis semata.

3) Menanyakan Riwayat Kehamilan Sekarang, yang meliputi :

a) Riwayat Haid

b) *Menarche* (Usia pertama datang haid)

Usia wanita pertama haid bervariasi, antara 12-16 tahun. Hal ini dipengaruhi oleh keturunan, keadaan gizi, bangsa, lingkungan, iklim dan keadaan umum.

c) Siklus

Siklus haid dihitung mulai hari pertama haid hingga hari pertama haid berikutnya, siklus haid perlu ditanyakan untuk mengetahui apakah klien mempunyai kelainan siklus haid atau tidak. Siklus normal haid biasanya adalah 28 hari.

d) Lamanya

Lamanya haid yang normal adalah +/- 7 hari. Apabila sudah mencapai 15 hari berarti sudah abnormal dan kemungkinan adanya gangguan ataupun penyakit yang mempengaruhinya.

e) Banyaknya

Normalnya yaitu 2 kali ganti pembalut dalam sehari. Apabila darahnya terlalu berlebih, itu berarti telah menunjukkan gejala kelainan banyaknya darah haid.

f) *Dismenorrhoe* (Nyeri haid)

Nyeri haid perlu ditanyakan untuk mengetahui apakah klien menderitanya atau tidak di tiap haidnya. Nyeri haid juga menjadi tanda bahwa

kontraksi uterus klien begitu hebat sehingga menimbulkan nyeri haid.

g) Riwayat Hamil Sekarang

(1) HPHT (Hari Pertama Haid Terakhir)

Bidan ingin mengetahui tanggal hari pertama dari menstruasi terakhir klien untuk memperkirakan kapan kira-kira sang bayi akan dilahirkan.

(2) Taksiran Persalinan (TP) / Perkiraan Kelahiran

Gambaran riwayat menstruasi klien yang akurat biasanya membantu penetapan tanggal perkiraan kelahiran *estimated date of delivery* (EDC) yang disebut taksiran partus (*estimated date of confinement* [EDC]) di beberapa tempat. EDD ditentukan dengan perhitungan internasional menurut hukum Naegele. Perhitungan dilakukan dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari pada hari pertama haid terakhir (HPHT) atau dengan mengurangi bulan dengan 3, kemudian menambahkan 7 hari dan 1 tahun. Contoh : Jika HPHT adalah 10 Januari, dengan menambahkan 9 bulan dan 7 hari, diperoleh tanggal 17 Oktober. Jika HPHT adalah 18 November, perhitungan akan lebih mudah dilakukan mundur, yakni dengan mengurangi bulan dengan 3, kemudian menambahkan 7 hari dan 1 tahun sehingga EDD-nya 25 Agustus. Kadang-kadang perhitungan bergeser ke bulan berikutnya.

Anggap saja HPHT adalah 26 September. Hitung mundur dengan mengurangi 3 bulan, maka diperoleh bulan Juni tanggal 26. Sekarang tambahkan 7 hari dan 1 tahun, maka akan didapat 3 juli (bulan juni hanya 30 hari).

(3) Kehamilan yang ke-

Jumlah kehamilan ibu perlu ditanyakan karena terdapatnya perbedaan perawatan antara ibu yang baru pertama hamil dengan ibu yang sudah beberapa kali hamil, apabila ibu tersebut baru pertama kali hamil otomatis perlu perhatian ekstra pada kehamilannya.

(4) Masalah-masalah

(a) Trimester I

Tanyakan kepada klien apakah ada masalah pada kehamilan trimester I, masalah-masalah tersebut misalnya hiperemesis gravidarum, anemia, dan lain-lain.

(b) Trimester II

(c) Tanyakan kepada klien masalah apa yang pernah ia rasakan pada trimester II kehamilan pada kehamilan sebelumnya. Hal ini untuk sebagai faktor persiapan kalau-kalau kehamilan yang sekarang akan terjadi hal seperti itu lagi.

(d) Trimester III

Tanyakan kepada klien masalah apa yang pernah ia rasakan pada trimester III kehamilan pada kehamilan sebelumnya. Hal ini untuk sebagai faktor persiapan kalau-kalau kehamilan yang sekarang akan terjadi hal seperti itu lagi.

(5) ANC / Asuhan Kehamilan

(a) Trimester I

Tanyakan kepada klien asuhan kehamilan apa saja yang pernah ia dapatkan selama kehamilan trimester

(b) Trimester II

Tanyakan kepada klien asuhan apa yang pernah ia dapatkan pada trimester II kehamilan sebelumnya dan tanyakan bagaimana pengaruhnya terhadap kehamilan. Apabila baik, bidan bisa memberikan lagi asuhan kehamilan tersebut pada kehamilan sekarang.

(c) Trimester III

Tanyakan kepada klien asuhan apa yang pernah ia dapatkan pada trimester III kehamilan sebelumnya dan tanyakan bagaimana pengaruhnya terhadap kehamilan. Apabila baik, bidan bisa memberikan lagi asuhan kehamilan tersebut pada kehamilan sekarang.

(6) Tempat ANC

Tanyakan kepada klien di mana tempat ia mendapatkan asuhan kehamilan tersebut.

(7) Penggunaan obat-obatan

(a) Pengobatan penyakit saat hamil harus selalu memperhatikan apakah obat tersebut tidak berpengaruh terhadap tumbang janin. Pengaruh obat terhadap janin dapat digolongkan sebagai berikut.

(b) Obat yang tergolong tidak boleh diberikan saat hamil

(c) Obat yang dapat diberikan saat hamil dengan keamanan terbatas umumnya aman diberikan setelah hamil trimester II.

(d) Obat yang aman diberikan namun tidak ada keterangan tertulis yang lengkap.

(e) Obat atau bahan kimia yang pemberiannya saat hamil memerlukan pertimbangan dengan seksama.

(f) Obat atau bahan kimia yang aman jika diberikan pada kehamilan, yaitu vitamin khusus untuk ibu hamil.

(g) Tanyakan klien riwayat pemakaian obat-obatan resep dan obat bebas. Tanyakan juga tentang alergi obat, mencakup berbagai reaksi yang terjadi setelah obat ditelan Tanyakan secara spesifik suplemen vitamin dan pengobatan bukan tradisional. Minta

klien membawa kotak vitamin pada saat kunjungan pranatal supaya kandungan vitamin tersebut didokumentasikan.

(8) Imunisasi : TT (Tetanus Toxoid) I

TT (Tetanus Toxoid) II

Tanyakan kepada klien apakah sudah pernah mendapatkan imunisasi TT. Apabila belum, bidan bisa memberikannya. Imunisasi tetanus toxoid diperlukan untuk melindungi bayi terhadap penyakit tetanus neonatorum, imunisasi dapat dilakukan pada trimester I atau II pada kehamilan 3-5 bulan dengan interval minimal 4 minggu. Lakukan penyuntikan secara IM (intramuscular), dengan dosis 0,5ml.

(9) Penyuluhan yang didapat

(10) Penyuluhan apa yang pernah didapat klien perlu ditanyakan untuk mengetahui pengetahuan apa saja yang kira-kira telah didapat klien dan berguna bagi kehamilannya.

Menanyakan Riwayat Kehamilan Lalu, yang meliputi :

(a) Jumlah kehamilan (Gravid / G)

Jumlah kehamilan ditanyakan untuk mengetahui seberapa besar pengalaman klien tentang kehamilan. Apabila klien mengatakan bahwa saat ini adalah kehamilan yang pertama, maka bidan harus secara maksimal memberikan

pengetahuan kepada klien tentang bagaimana merawat kehamilannya dengan maksimal.

(b) Jumlah anak yang hidup (L)

Untuk mengetahui pernah tidaknya klien mengalami keguguran, apabila pernah maka pada kehamilan berikutnya akan beresiko mengalami keguguran kembali. Serta apabila jumlah anak yang hidup hanya sedikit dari kehamilan yang banyak, berarti kehamilannya saat ini adalah kehamilan yang sangat diinginkan.

(c) Jumlah kelahiran prematur (P)

Untuk mengidentifikasi apabila pernah mengalami kelahiran prematur sebelumnya maka dapat menimbulkan resiko persalinan prematur berikutnya.

(d) Jumlah keguguran (A)

Tanyakan kepada klien apakah ia pernah keguguran atau tidak. Sebab apabila pernah mengalami keguguran dalam riwayat persalinan sebelumnya akan beresiko untuk mengalami keguguran pada kehamilan berikutnya (keguguran berulang).

(e) Persalinan dengan tindakan (operasi sesar, vakum, forsep)

(f) Catat kelahiran terdahulu, apakah pervaginam, melalui bedah sesar, dibantu forsep atau vakum. Jika wanita

pada kelahiran terdahulu menjalani bedah sesar, untuk kehamilan saat ini ia mungkin melahirkan pervaginam. Keputusan ini biasanya bergantung kepada lokasi insisi di uterus, kemampuan unit persalinan di rumah sakit untuk berespon segera ruptur uterus terjadi, dan keinginan calon ibu.

- (g) Dapatkan salinan catatan medis persalinan dan pembedahan, bila memungkinkan, untuk buat mendokumentasikan penyempitan jaringan parut uterus. Catatan tentang alat bantu lahir juga harus diperoleh jika kelahiran dibantu forsep atau vakum. Catatan ini memfasilitasi klien memahami alasan pemakaian alat bantu dalam persalinan dan membantu instruktur persalinan menghindari masalah selama proses persalinan dan melahirkan pada kehamilan saat ini.

- (h) Riwayat perdarahan pada persalinan atau pascapersalinan

Tanyakan kepada klien apakah pernah mengalami perdarah pascapersalinan sebelumnya. Perdarahan antepartum atau intrapartum misalnya placenta previa, solusio placenta, retensio placenta, atonia uteri, ruptur uteri, dan lain-lain cenderung dapat berulang pada kehamilan berikutnya.

- (i) Kehamilan dengan tekanan darah tinggi
Pertanyaan ini perlu ditanyakan untuk mendiagnosis apakah klien beresiko mengalami preeklamsi / eklamsi yang tanda dan gejalanya merupakan tingginya tekanan tensi darah klien saat hamil. Kehamilan dengan eklamsia perlu mendapatkan perawatan yang intensif.
- (j) Berat bayi < 2,5 atau 4 kg
Berat lahir sangat penting untuk mengidentifikasi apakah bayi kecil untuk masa kehamilan (BKMK) atau bayi besar untuk masa kehamilan (BBMK), suatu kondisi yang biasanya berulang. Apabila persalinan pervaginam, berat lahir mencerminkan bahwa bayi dengan ukuran tertentu berhasil memotong pelvis maternal
- (k) Masalah lain
Setiap komplikasi yang terkait dengan kehamilan harus diketahui sehingga dapat dilakukan antisipasi terhadap komplikasi berulang. Sebagai contoh, kehamilan ektopik cenderung berulang. Kondisi lain yang cenderung berulang adalah anomali kongenital, diabetes gestasional, dan lainnya. Apabila kondisi-kondisi ini dilaporkan, sedapat mungkin dapatkan salinan catatan medis.

- 4) Menanyakan Riwayat Kesehatan, yang meliputi :
- a) Riwayat kesehatan ibu
 - b) Penyakit yang pernah diderita
Tanyakan kepada klien penyakit apa yang pernah diderita klien. Apabila klien pernah menderita penyakit keturunan, maka ada kemungkinan janin yang ada dalam kandungannya tersebut beresiko menderita penyakit yang sama.
 - c) Penyakit yang sedang diderita
Tanyakan kepada klien penyakit apa yang sedang ia derita sekarang. Tanyakan bagaimana urutan kronologis dari tanda-tanda dan klasifikasi dari setiap tanda penyakit tersebut. Hal ini diperlukan untuk menentukan bagaimana asuhan berikutnya. Misalnya klien mengatakan bahwa sedang menderita penyakit DM, maka bidan harus terlatih memberikan asuhan kehamilan klien dengan DM.
 - d) Apakah pernah dirawat
Tanyakan kepada klien apakah pernah dirawat di rumah sakit. Hal ini ditanyakan untuk melengkapi anamnesa.
 - e) Berapa lama dirawat
Kalau klien menjawab pernah, tanyakan berapa lama ia dirawat. Hal ini ditanyakan untuk melengkapi data anamnesa.
 - f) Dengan penyakit apa dirawat
Kalau klien menjawab pernah pada pertanyaan apakah ia pernah dirawat,

tanyakan dengan penyakit apa ia di rawat. Hal ini diperlukan karena apabila klien pernah dirawat dengan penyakit itu dan dalam waktu yang lama hal itu menunjukkan bahwa klien saat itu mengalami penyakit yang sangat serius.

g) Riwayat kesehatan keluarga

(1) Penyakit menular

Tanyakan kepada klien apakah mempunyai keluarga yang saat ini sedang menderita penyakit menular. Apabila klien mempunyai keluarga yang sedang menderita penyakit menular, sebaiknya bidan menyarankan kepada kliennya untuk menghindari secara langsung atau tidak langsung bersentuhan fisik atau mendekati keluarga tersebut untuk sementara waktu agar tidak menular pada ibu hamil dan janinnya. Berikan pengertian terhadap keluarga yang sedang sakit tersebut agar tidak terjadi kesalahpahaman.

(2) Penyakit keturunan / genetik

Tanyakan kepada klien apakah mempunyai penyakit keturunan. Hal ini diperlukan untuk mendiagnosa apakah si janin berkemungkinan akan menderita penyakit tersebut atau tidak, hal ini bisa dilakukan dengan cara membuat daftar penyakit apa saja yang pernah diderita oleh keluarga klien yang dapat

diturunkan (penyakit genetik, misalnya hemofili, TD tinggi, dsb). Biasanya dibuat dalam silsilah keluarga atau pohon keluarga

5) Menanyakan Riwayat Sosial ekonomi, yang meliputi:

a) Status pernikahan

(1) Menikah

Tanyakan status klien, apakah ia sekarang sudah menikah atautkah belum menikah. Hal ini penting untuk mengetahui status kehamilan tersebut apakah dari hasil pernikahan yang resmi atau hasil dari kehamilan yang tidak diinginkan. Status pernikahan bisa berpengaruh pada psikologis ibunya pada saat hamil.

(2) Usia saat menikah

Tanyakan kepada klien pada usia berapa ia menikah. Hal ini diperlukan karena apabila klien mengatakn bahwa ia menikah di usia muda sedangkan klien pada saat kunjungan awal ke tempat bidan tersebut sudah tak lagi muda dan kehamilannya adalah yang pertama, ada kemungkinan bahwa kehamilannya saat ini adalah kehamilan yang sangat diharapkan. Hal ini akan berpengaruh bagaiman asuhan kehamilannya.

(3) Lama pernikahan

Tanyakan kepada klien sudah berapa lama ia menikah. Apabila klien mengatakan bahwa telah lama menikah dan baru saja bisa mempunyai keturunan, maka kemungkinan kehamilannya saat ini adalah kehamilan yang sangat diharapkan

(4) Dengan suami sekarang

Tanyakan kepada klien sudah berapa lama menikah dengan suami sekarang, apabila mereka tergolong pasangan muda, maka dapat dipastikan dukungan suami akan sangat besar terhadap kehamilannya.

(5) Isteri keberapa dengan suami sekarang

(6) Tanyakan kepada klien istri keberapa dengan suami sekarang. Apabila klien emngatakan bahwa ia adalah istri ke-2 dari suami sekarang, maka hal itu bisa mempengaruhi psikologis klien saat hamil.

6) Riwayat KB

a) Metode

Tanyakan kepada klien metode KB apa yang selama ini ia gunakan. Riwayat kontrasepsi diperlukan karena kontrasepsi hormonal dapat mempengaruhi EDD, dan karena penggunaan metode lain dapat membantu 'menanggali' kehamilan. Seorang wanita yang mengalami kehamilan tanpa menstruasi

spontan setelah menghentikan 'pil', harus menjalani sonogram untuk menentukan EDD yang akurat. Sonogram untuk penanggalan yang akurat juga diindikasikan bila kehamilan terjadi sebelum mengalami menstruasi yang dikaitkan dengan atau setelah penggunaan metode kontrasepsi hormonal lain (misalnya, Norplant dan Depo-Provera).

Ada kalanya kehamilan terjadi ketika IUD masih terpasang. Apabila ini terjadi, lepas IUD jika talinya tampak. Prosedur ini dapat dilakukan oleh perawat praktik selama trimester pertama, tetapi lebih baik dirujuk ke dokter bila kehamilan sudah berusia 13 minggu. Pelepasan IUD menurunkan risiko keguguran, sedangkan membiarkan IUD tetap terpasang meningkatkan aborsi septik pada pertengahan trimester. Riwayat penggunaan IUD terdahulu meningkatkan risiko kehamilan ektopik.

b) Lama

Tanyakan kepada klien berapa lama ia telah menggunakan alat kontrasepsi tersebut.

c) Masalah

Tanyakan kepada klien apakah ia mempunyai masalah saat menggunakan alat kontrasepsi tersebut. Apabila klien mengatakan bahwa kehamilannya saat ini dikarenakan kegagalan kerja alat kontrasepsi, berikan pandangan klien terhadap alat kontrasepsi lain.

7) Kebiasaan hidup sehat

Pola Nutrisi

a) Jenis makanan

Tanyakan kepada klien, apa jenis makanan yang biasa ia makan. Anjurkan klien mengkonsumsi makan yang mengandung zat besi (150 mg besi sulfat, 300 mg besi glukonat), asam folat (0,4-0,8 mg/hari), kalori (ibu hamil umur 23-50 tahun perlu kalori sekitar 2.300 kal), protein (74 gr/hari), vitamin, dan garam mineral (kalsium, fosfor, magnesium, seng, yodium).

b) Porsi

Tanyakan bagaimana porsi makan klien. Porsi makanan yang terlalu besar kadang bisa membuat ibu hamil mual, terutama pada kehamilan muda. Anjurkan klien untuk makan dengan porsi sedikit namun sering.

c) Frekuensi

Tanyakan bagaimana frekwensi makan klien per hari. Anjurkan klien untuk makan dengan porsi sedikit dan dengan frekwensi sering.

d) Pantangan

Tanyakan apakah klien mempunyai pantangan dalam hal makanan.

e) Alasan pantang

Diagnosa apakah alasan pantang klien terhadap makanan tertentu itu benar atau tidak dari segi ilmu kesehatan, kalau ternyata tidak benar dan bahkan dapat mengakibatkan klien kekurangan nutrisi saat hamil, bidan

harus segera memberitahukannya kepada klien.

8) Personal Hygiene

a) Frekwensi mandi

Tanyakan kepada klien seberapa sering ia mandi. Mandi diperlukan untuk menjaga kebersihan atau higien terutama perawatan kulit, karena fungsi ekskresi dan keringat bertambah. Dianjurkan menggunakan sabun lembut atau ringan. Mandi berendam tidak di anjurkan. Hal yang perlu di perhatikan :

- (1) Tidak mandi air panas
- (2) Tidak mandi air dingin
- (3) Pilih antara shower dan bak mandi sesuai dengan keadaan personal
- (4) Pada kehamilan lanjut, shower lebih aman dari pada bak mandi.

b) Frekwensi gosok gigi

Tanyakan kepada klien seberapa sering ia menyikat giginya. Kebersihan gigi sangat penting karena saat hamil sering terjadi karies yang berkaitan dengan emesis – hiperemesis gravidarum, hipersalivasi dapat menimbulkan timbunan kalsium di sekitar gigi. Memeriksa gigi saat hamil di perlukan untuk mencari kerusakan gigi yang dapat menjadi sumber infeksi.

c) Frekwensi ganti pakaian

Tanyakan kepada klien, seberapa sering ia mengganti pakaiannya. Pakaian yang di kenakan harus longgar, bersih, dan tidak ada ikatan yang ketat pada daerah perut. Selain itu wanita di anjurkan mengenakan bra yang menyokong payudara dan memakai sepatu dengan hak yang tidak terlalu tinggi, karena titik berat wanita hamil berubah. Pakaian dalam yang dikenakan harus bersih dan menyerap keringat. Di anjurkan pula memakai pakaian dan pakaian dalam dari bahan katun yang dapat menyerap keringat.

d) Kebersihan vulva

Tanyakan kepada klien apakah ada masalah terhadap daerah vulvanya. Beri anjuran klien untuk lebih menjaga kebersihan vulvanya, hal ini dianjurkan karena untuk menghindari datangnya penyakit-penyakit yang diakibatkan karena kurangnya kebersihan vulva. Pada kehamilan trimester III, kebersihan vulva harus dijaga lebih ekstra, mengingat daerah tersebut akan dilalui bayi saat proses melahirkan. Hal ini sebagai proses pencegahan penularan penyakit dari ibu terhadap BBL.

9) Pola aktifitas

Tanyakan bagaimana pola aktivitas klien. Beri anjuran kepad klien untuk menghindari mengangkat beban berat, kelelahan, latihan yang

berlebihan dan olah raga berat. Anjurkan klien untuk melakukan senam hamil. Aktivitas harus dibatasi bila didapatkan penyulit karena dapat mengakibatkan persalinan prematur, KPD, dan sebagainya.

10) Pola Eliminasi

a) BAB (Buang Air Besar) :

(1) Frekwensi

Tanyakan kepada klien, apakah BABnya tertatur. Apabila klien mengatakan terlalu sering, bisa dicurigai klien mengalami Diare (sering dan feses cair), Inkontinensia usus (sering dan pengeluaran feses tidak disadari). Sebaliknya, apabila klien mengatakan terlalu jarang BAB, bisa dicurigai klien mengalami Konstipasi (jarang, feses kering dan keras), Fecal impaction (masa feses keras dilipatan rektum).

(2) Warna

Tanyakan kepada klien, apa warna fesesnya. Normalnya feses berwarna kuning kecoklatan coklat muda).

(3) Masalah

Tanyakan kepada klien apakah ada masalah-masalah dalam eliminasi feses seperti yang telah disebutkan pada poin frekwensi di atas. Tinadakan-tindakan yang bisa dilakukan bidan untuk mengatasi masalah eliminasi feses diantaranya memberikan gliserin

(memasukkan cairan gliserin ke dalam poros usus dengan menggunakan spuit gliserin, bertujuan merangsang peristaltik usus, sehingga klien dapat BAB, menganjurkan mengkonsumsi sayur-sayuran yang penuh serat.

b) Buang Air Kecil (BAK) :

(1) Frekwensi

Tanyakan kepada klien seberapa sering ia berkemih dalam sehari. Meningkatnya frekuensi berkemih dikarenakan meningkatnya jumlah cairan yang masuk, atau bisa juga karena adanya tekanan dinding uterus yang membesar karena kehamilan terhadap dinding vesica urinaria sehingga organ tersebut hanya bisa menampung sedikit urin dan menyebabkan wanita hamil sering berkemih. Apabila ternyata klien mengalami kesulitan berkemih, maka bidan harus dapat mengambil tindakan, misalnya memasang kateter.

(2) Warna

Tanyakan bagaimana warna urin klien. Normalnya urien berwarna bening. Apabila klien mengatakan bahwa urinnya keruh bisa dicurigai klien menderita DM, karena urin yang keruh bisa disebabkan karena menumpuknya glukosa dalam urin yang merupakan tanda dan gejala pada penderita DM.

(3) Bau

Tanyakan kepada klien, bagaimana bau urinnya. Bau urin normal seperti bau Amonia (NH₃).

(4) Masalah

Tanyakan kepada klien, apakah ada masalah dalam proses eliminasi urin. Masalah-masalah dalam proses eliminasi urin misalnya Disuria (rasa sakit dan kesulitan saat berkemih), Poliuria (produksi urin abnormal dalam jumlah besar oleh ginjal, tanpa adanya peningkatan asupan cairan), Urinaria supresi (berhentinya produksi urin secara mendadak) dan sebagainya.

11) Pola tidur dan istirahat

a) Tidur siang

Kebiasaan tidur siang perlu ditanyakan karena tidur siang menguntungkan dan baik untuk kesehatan. Apabila ternyata klien tidak terbiasa tidur siang, anjurkan klien untuk mencoba dan membiasakannya.

b) Tidur malam

Pola tidur malam perlu ditanyakan karena wanita hamil tidak boleh kurang tidur, apalagi tidur malam, jangan kurang dari 8 jam. Tidur malam merupakan waktu dimana proses pertumbuhan janin berlangsung. Apabila ternyata klien mempunyai pola tidur malam yang tidak mencapai 8 jam, anjurkan klien

untuk mencoba dan membiasakan tidur malam dengan pola 8 jam.

c) Masalah

Masalah klien dalam pola istirahat terutama tidur perlu ditanyakan karena mengingat wanita hamil perlu istirahat yang cukup untuk menjaga kehamilannya. Apabila bidan telah mengetahui apa masalah klien dalam istirahat, maka tugas bidan adalah membantu memecahkan persoalan apa yang menjadi penyebab klien susah istirahat. Lingkungan tempat hiburan yang terlalu ramai, sesak dan panas lebih baik dihindari karena dapat menyebabkan ibu hamil jatuh pingsan.

12) Pola seksual : Frekwensi / masalah

Berdasarkan beberapa penelitian, terdapat perbedaan respons fisiologis terhadap seks antara ibu hamil dengan wanita tidak hamil. Terdapat empat fase selama siklus respons seksual, antara lain :

- a) Fase gairah seksual
- b) Fase plateau
- c) Fase orgasmus
- d) Fase resolusi

13) Tempat untuk persalinan

Tempat yang diinginkan klien sebagai tempat persalinan perlu ditanyakan karena untuk memperkirakan layak tidaknya tempat yang diinginkan klien tersebut. Misalnya klien menginginkan persalinan di rumah, bidan harus secara detail menanyakan kondisi rumah dan

lingkungan sekitar rumah klien, apakah memungkinkan atau tidak untuk melaksanakan proses persalinan. Apabila tidak memungkinkan, bidan bisa menyarankan untuk memilih tempat lain misalnya rumah sakit atau klinik bersalin sebagai alternatif lain tempat persalinan.

14) Penolong persalinan

Petugas persalinan yang diinginkan klien perlu ditanyakan karena untuk memberikan pandangan kepada klien tentang perbedaan asuhan persalinan yang akan didapatkan antara dokter kandungan, bidan dan dukun beranak. Apabila ternyata klien mengatakan bahwa ia lebih memilih dukun beranak, maka tugas bidan adalah memberikan pandangan-pandangan bagaimana perbedaan pertolongan persalinan antara dukun beranak dengan tenaga medis dan paramedis yang sudah terlatih. Jangan memaksakan klien untuk memilih salah satu. Biarkan klien menentukan pilihannya sendiri, tentunya setelah kita beri pandangan-pandangan yang jujur tentang perbedaan-pertolongan persalinan tersebut.

15) Data Psikologis, yang meliputi :

a) Respon ibu hamil terhadap kehamilan

Ada bermacam-macam respon wanita hamil terhadap kehamilannya, diantaranya sebagai berikut.

Respon ibu hamil pada kehamilan yang diharapkan :

- (1) Siap untuk kehamilan dan siap menjadi ibu
- (2) Lama didambakan
- (3) Salah satu tujuan perkawinan

Respon ibu hamil pada kehamilan yang tidak diharapkan :

- (1) Belum siap
- (2) Kehamilan sebagai beban (mengubah bentuk tubuh, mengganggu aktivitas)
Oleh karena ada bermacam-macam respon ibu hamil terhadap kehamilannya, maka bidan pun harus pintar-pintar mencari celah hati terdalam ibu apabila dia berada pada kondisi kehamilan yang tidak diinginkan agar ia dapat menerima dengan lapang dada kehamilannya tersebut.

b) Respon suami terhadap kehamilan

Respon suami terhadap kehamilan perlu diketahui untuk lebih memperlancar asuhan kehamilan. Mengingat, suami merupakan sumber dukungan utama bagi klien dalam menjalani masa-masa sulit kehamilan. Apabila respon suami klien terlihat kurang bahagia menyambut kehamilan klien, maka bidan harus pintar mempengaruhi suami klien agar bisa menerima kehamilan istrinya tersebut dengan kebahagiaan.

c) Dukungan keluarga lain terhadap kehamilan

Hal ini perlu ditanyakan karena keluarga selain suami klien juga sangat berpengaruh besar bagi kehamilan klien. Tanyakan bagaimana respon dan dukungan keluarga lain misalnya anak (apabila telah mempunyai anak), orang tua, serta mertua klien. Apabila ternyata keluarga lain kurang mendukung, tentunya bidan harus bisa memberikan strategi bagi klien dan suami agar kehamilan klien tersebut dapat diterima di keluarga.

d) Pengambilan keputusan

Pengambilan keputusan perlu ditanyakan karena untuk mengetahui siapa yang diberi kewenangan klien mengambil keputusan apabila ternyata bidan mendiagnosa adanya keadaan patologis bagi kondisi kehamilan klien yang memerlukan adanya penanganan serius. Misalnya bidan telah mendiagnosa bahwa klien mengalami tekanan darah tinggi yang sangat serius dan berkemungkinan besar akan dapat menyebabkan eklampsia, bidan tentunya harus menanyakan siapa yang diberi hak klien mengambil keputusan, mengingat kondisi kehamilan dengan eklampsia sangat beresiko bagi ibu dan janinnya. Misalnya, klien mempercayakan suaminya untuk mengambil keputusan, maka bidan harus memberikan pandangan-pandangan kepada suami klien seputar kehamilan dengan eklampsia, apa resiko terbesar bagi ibu bila hamil dengan eklampsia. Biarkan suami klien

berpikir sejenak untuk menentukan tindakan apa yang seharusnya mereka ambil, meneruskan ataukah tidak meneruskan kehamilan istrinya.

16) Data spiritual

Data spiritual klien perlu ditanyakan apakah keadaan rohaninya saat itu sedang baik ataukah sedang stress karena suatu masalah. Apabila sedang stress, bidan harus pintar memberikan konseling untuk membantu memecahkan masalah klien tersebut dan meminta suami klien untuk terus memberi dukungan. Mengingat, wanita yang sedang hamil dan keadaan rohaninya sedang tidak stabil, hal ini akan sangat berpengaruh terhadap kehamilannya.

17) Data Sosial Budaya,

a) Tradisi yang mempengaruhi kehamilan

Hal ini perlu ditanyakan karena bangsa Indonesia mempunyai beraneka ragam suku bangsa yang tentunya dari tiap suku bangsa tersebut mempunyai tradisi yang dikhususkan bagi wanita saat hamil. Misalnya pada suku Banjar, apabila wanita telah hamil dan usia kandungannya menginjak usia tiga bulan ada sebuah tradisi yang rutin dilakukan yaitu Batapung Tawar Tian Tiga Bulan. Tugas bidan adalah mengingatkan bahwa tradisi-tradisi semacam itu diperbolehkan saja selagi tidak merugikan kesehatan klien saat hamil.

b) Kebiasaan yang merugikan kehamilan

Hal ini perlu ditanyakan karena setiap orang mempunyai kebiasaan yang berbeda-beda. Dari bermacam-macam kebiasaan yang dimiliki manusia, tentunya ada yang mempunyai dampak positif dan negatif. Misalnya klien mempunyai kebiasaan suka berolah raga, tentunya bidan harus pintar menganjurkan bahwa klien bisa memperbanyak olah raga terbaik bagi ibu hamil yaitu olah raga renang. Sebaliknya apabila klien mempunyai kebiasaan buruk, misalnya merokok atau kebiasaan lain yang sangat merugikan, tentunya bidan harus tegas mengingatkan bahwa kebiasaan klien tersebut sangat berbahaya bagi kehamilannya.

2.2.7.4 Asuhan kunjungan Ulang (Depkes RI, 2009).

a. Pengertian Kunjungan Ulang

Kunjungan ulang adalah setiap kali kunjungan antenatal yang dilakukan setelah kunjungan antenatal pertama sampai memasuki persalinan.

Dalam ANC setidaknya ibu melakukan kunjungan 4 kali selama kehamilan. Kunjungan ulang dilakukan atau dijadwalkan 4 minggu sekali sampai umur 28 minggu. Selanjutnya setiap 2 minggu sekali sampai umur kehamilan 36 minggu dan setiap minggu sampai bersalin.

Dalam melaksanakan pelayanan antenatal care, ada 10 standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan

10T. Pelayanan atau asuhan standar minimal 10T adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2009).

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
 - 2) Pemeriksaan tekanan darah
 - 3) Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas)
 - 4) Pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri)
 - 5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
 - 6) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid (TT) bila diperlukan.
 - 7) Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
 - 8) Test laboratorium (rutin dan khusus)
 - 9) Tatalaksana kasus
 - 10) Temu wicara (konseling), termasuk perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan.
- b. Tujuan kunjungan ulang
- 1) Pendeteksian komplikasi-komplikasi
 - 2) Mempersiapkan kelahiran dan kegawat darurat
 - 3) Pemeriksaan fisik yang terfokus karena banyak riwayat ibu dan pemeriksaan fisik telah lengkap selama kunjungan antenatal pertama, maka kunjungan ulang difokuskan pada pendeteksian komplikasi-komplikasi, mempersiapkan kelahiran dan kegawat daruratan, pemeriksaan fisik yang berfokus dan pengajaran.
- c. Tindakan-tindakan pada kunjungan ulang
- 1) riwayat kehamilan sekarang
 - a) gerak janin
 - b) setiap masalah atau tanda-tanda bahaya

- (1) perdarahan
 - (2) nyeri kepala
 - (3) gangguan pengelihatan
 - (4) bengkak pada muka dan tangan
 - (5) gerakan janin berkurang
 - (6) nyeri perut yang sangat hebat
- c) keluhan-keluhan lazim dalam kehamilan
- (1) mual dan muntah dianjurkan bangun pagi'' miring kira dan kanan, tidak minum manis pada saat pagi.
 - (2) sakit punggung
 - (3) kram kaki
 - (4) konstipasi gangguan pencernaan ex : susah buang BAB dll.
 - (5) sering kencing meningkatnya hormone
 - (6) pigmentasi kulit penyebab hormone
- d) perasaan ibu pada kunjungan dan kekhawatiran-kekhawatiran lain seperti apakah bayi yang dikandungnya sehat dan proses persalinan nanti.
- 2) pemeriksaan fisik
- a) Berat badan
 - b) Tekanan darah.
 Penelitian membuktikan bahwa pemeriksaan tekanan darah secara rutin merupakan sebuah cara yang efektif untuk mendeteksi pre-eklamsia, suatu kondisi yang membahayakan jiwa.
 - c) Pengukuran tinggi fundus menunjukkan bahwa perkembangan bayi dapat di monitor dengan menggunakan pengukuran tinggi fundus.

- d) Palpasi abdomen untuk mendeteksi gestasi ganda (setelah 28 minggu usia kehamilan).
- e) Manuver Leopold untuk mendeteksi kedudukan abnormal. bukti menunjukkan bahwa manuver Leopold hanya efektif setelah 36 minggu usia kehamilan.
 - (1) Leopold I : untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian yang berada pada bagian fundus.
 - (2) Leopold II : untuk mengetahui letak janin memanjang atau melintang. Dan bagian janin yang teraba di sebelah kiri atau kanan.
 - (3) Leopold III : untuk mengetahui bagian janin yang berada di bawah atau presentasi.
 - (4) Leopold IV : untuk menentukan apakah bagian bawah janin sudah masuk panggul ataukah belum.
- f) Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah 18 minggu. normal djj 120-160 kali per menit. Apabila kurang 120 kali per menit disebut bradikardi. Lebih dari 160 kali per menit disebut takikardi.
- g) pemeriksaan laboratorium pemeriksaan penunjang laboratorium yang dapat dilakukan pada kunjungan ulang antenatal adalah: hemoglobin (Hb), hematokrit (Hmt), STS (*serologic test for syphilis*) pada trimester III di ulang, kultur untuk gonokokus, protein urin yang menunjukkan bahwa penapisan rutin protein merupakan cara efektif mendeteksi pre

elkamsia. Suatu keadaan. Yang membahayakan jiwa, gula dalam darah, VDRL

- 3) Pemeriksaan obstetrik abdomen
 - a) Observasi adanya jaringan parut atau memar
 - b) Observasi linea nigra
 - c) Observasi striae abdomen
 - d) Penentuan letak, presentasi, posisi, dan jumlah janin
 - e) Pengukuran tinggi fundus
 - f) Auskultasi DJJ
 - g) Perkiraan berat janin
 - h) Observasi palpasi gerakan
- 4) pendidikan kesehatan dan persiapan kelahiran serta kegawat daruratan.
 - a) Memberikan ibu mengenai ketidak nyamanan normal yang di alami
 - b) Menanyakan pada ibu mengenai kondisi nutrisi. Tambahan zat besi dan anti tetanus.
 - c) Ajarkan ibu mengenai (sesuai umur kehamilan) yaitu pemberian ASI, KB, latihan /olahraga ringan, istirahat, nutrisi.
 - d) Diskusikan mengenai rencana persalinan kelahiran atau kegawat daruratan
 - e) Ajari ibu tanda bahaya, pasti ibu memahami apa yang akan dilaksanakan jika menemukan tanda bahaya.

2.3 Persalinan

2.3.1 Pengertian

Persalinan adalah proses yang alamiah yang akan berlangsung dengan sendirinya, tetapi persalian pada manusia setiap saat terancam penyulit yang membahayakan ibu maupun janinnya sehingga memerlukan pengawasan, pertolongan dan pelayanan dengan fasilitas yang memadai (Manuaba, 2009).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta, dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalian dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit (JNPK-KR, 2008). Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi

belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin (Sarwono, 2006).

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini mulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks dan diakhiri dengan kelahiran plasenta (Varney, 2007).

Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Harianto, 2010).

2.3.2 Etiologi

Teori yang menerangkan proses persalinan menurut (Manuaba, 2009).

2.3.2.1 Teori Kadar Progesteron

Progesterone yang mempunyai tugas mempertahankan kehamilan semakin menurun dengan makin tuanya

kehamilan, sehingga otot rahim mudah dirangsang oleh oksitosin.

2.3.2.2 Teori Oksitosin

Menjelang kelahiran oksitosin makin meningkat sehingga cukup kuat untuk merangsang persalinan.

2.3.2.3 Teori Regangan Otot Rahim

Dengan meregangnya otot rahim dalam batas tertentu menimbulkan kontraksi persalinan dengan sendirinya.

2.3.2.4 Teori Prostaglandin

Prostaglandin banyak dihasilkan oleh lapisan dalam rahim yang diduga dapat menyebabkan kontraksi rahim. Pemberian prostaglandin dari luar dapat merangsang kontraksi otot rahim dan terjadi persalinan atau gugur kandung (Chandranita, 2009).

2.3.3 Persalinan Berdasarkan Cara Lahir (Bentuk Persalinan)

2.3.3.1 Persalinan Normal

Proses pengeularan janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37 – 42 minggu). Lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 – 24 jam tanpa komplikasi baik pada ibu maupun bayi.

2.3.3.2 Persalinan Spontan

Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.

2.3.3.3 Persalinan Buatan

Persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya ekstraksi dengan *forceps* atau dilakukan *section caesaria*.

2.3.3.4 Persalinan Anjuran

Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin (Harianto, 2010).

2.3.4 Persalinan Berdasarkan Umur Kehamilan

2.3.4.1 Abortus (Keguguran)

Abortus (Keguguran) adalah terhentinya kehamilan, sebelum janin dapat hidup. Berat janin kurang dari 1.000 gram dan tua kehamilan kurang / di bawah 28 minggu.

2.3.4.2 Partus Prematorus

Persalinan dari hasil konsepsi pada kehamilan 28 – 36 minggu berat janin diantara 1.000 – 2.500 gram, janin dapat hidup tetapi prematur.

2.3.4.3 Partus Maturus atau Aterm (Cukup Bulan)

Persalinan pada usia kehamilan 37 – 40 minggu janin matur berat janin diatas 2.500 gram.

2.3.4.4 Partus Postmaturus

Persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih dari waktu yang ditafsirkan disebut postmatur.

2.3.4.5 Partus Presipitatus

Persalinan yang berlangsung cepat.

2.3.4.6 Partus Percobaan

Suatu penilaian kemajuan persalinan untuk memperoleh bukti tentang ada tidaknya disproporsi sefalo pelvik (Harianto, 2010).

2.3.5 Perubahan Fisiologis Maternal selama Persalinan

2.3.5.1 Tekanan darah

Meningkat selama kontraksi disertai peningkatan sistolik rata-rata 15 (10-20) mmHg dan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Pada waktu-waktu diantara kontraksi, tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Dengan

mengubah posisi tubuh dari terlentang ke posisi miring, perubahan tekanan darah selama kontraksi dapat dihindari. Nyeri, rasa takut dan kekhawatiran dapat semakin meningkatkan tekanan darah.

2.3.5.2 Metabolisme

Selama persalinan, metabolisme karbohidrat baik aerob maupun anaerob meningkat dengan kecepatan tetap. Peningkatan ini terutama disebabkan oleh ansietas dan aktivitas otot rangka. Peningkatan aktivitas metabolik terlihat dari peningkatan suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan, curah jantung, dan cairan yang hilang.

2.3.5.3 Suhu

Sedikit meningkat selama persalinan, tertinggi selama dan segera setelah melahirkan, yang dianggap normal ialah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0.5^o sampai 10 Celcius.

2.3.5.4 Denyut Nadi (Frekuensi Jantung)

Perubahan yang mencolok selama kontraksi disertai peningkatan selama fase peningkatan, penurunan selama titik puncak sampai frekuensi yang lebih rendah daripada frekuensi diantara kontraksi, dan peningkatan selama fase penurunan hingga mencapai frekuensi lazim diantara kontraksi. Penurunan yang mencolok selama puncak kontraksi uterus tidak terjadi jika wanita berada pada posisi miring, bukan terlentang. Frekuensi denyut nadi diantara kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Hal ini mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi selama persalinan.

2.3.5.5 Pernafasan

Sedikit peningkatan pernafasan masih normal selama persalinan dan mencerminkan peningkatan metabolisme yang terjadi. Hiperventilasi yang memanjang adalah temuan abnormal dan dapat menyebabkan alkalosis

2.3.5.6 Perubahan pada Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan. Kondisi ini diakibatkan peningkatan lebih lanjut curah jantung selama persalinan dan kemungkinan peningkatan laju filtrasi glomerulus dan aliran plasma ginjal. Poliuria menjadi kurang jelas pada posisi terlentang karena posisi ini membuat aliran urine berkurang selama kehamilan. Sedikit proteinuria (renik 1+) umum ditemukan pada sepertiga sampai setengah jumlah wanita bersalin. Proteinuria 2+ dan lebih adalah data abnormal.

2.3.5.7 Perubahan Pada Saluran Cerna

Motilitas dan absorbs lambung terhadap makanan padat jauh berkurang. Apabila kondisi ini diperburuk oleh enurunan lebih lanjut sekresi asam lambung selama persalinan, maka saluran cerna bekerja denganambat sehingga waktu pengosongan lambung menjadi lebih lama. Cairan tidak dipengaruhi dan waktu yang diutuhkan untuk pencernaan dilambung teteap seperti biasa. Makanan yang di ingesti selama periode menjelang persalinan atau fase prodormal atau fase laten persalinan cenderung akan tetap berada di dalam lambung selama persalinan. Mual dan muntah umum terjdai selama fase transisi yang menandai akhir fase pertama persalinan.

2.3.5.8 Perubahan Hematologi

Hemoglobin meningkat rata-rata 1,2 gr / 100 ml selama persalinan dan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pascapartum jika tidak ada kehilangan darah yang abnormal. Waktu koagulasi darah berkurang dan terdapat peningkatan fibrinogen plasma lebih lanjut selama persalinan. Hitung sel darah putih secara progresif meningkat selama kala I persalinan sebesar kurang lebih 5.000 hingga jumlah rata-rata 15.000 pada saat pembukaan lengkap. Tidak ada peningkatan lebih lanjut setelah ini. gula darah menurun selama persalinan, menurun drastik pada persalinan yang lama dan sulit, kemungkinan besar akibat peningkatan aktivitas otot uterus dan rangka.(Varney, 2007).

2.3.6 Perubahan Psikologis dan Perilaku Maternal Selama Persalinan

Kondisi psikologis keseluruhan seorang wanita yang sedang menjalani persalinan sangat bervariasi, tergantung pada persiapan dan bimbingan antisipasi yang ia terima selama persiapan menghadapi persalinan, dukungan yang diterima wanita dari pasangannya, orang terdekat lain, keluarga, dan pemberi perawatannya, lingkungan tenat wanita tersebut berada, dan apakah bayi yang dikandungnya merupakan bayi yang diinginkan. Banyak bayi tidak direncanakan, tetapi sebagian besar bayi pada akhirnya diinginkan menjelang akhir kehamilan. Apabila kehadiran bayi tidak diharapkan, bagaimanapun aspek psikologis ibu akan mempengaruhi perjalanan persalinan. Tindakan member dukungan dan kenyamanan merupakan ungkapan kepedulian, kesabaran, sekaligus, mempertahankan keberadaan orang lain menemani wanita tersebut (Varney, 2007).

2.3.7 Tanda dan Gejala Menjelang Persalinan

2.3.7.1 Lightening

Lightening yang dimulai dirasa kira-kira dua minggu sebelum persalinan adalah penurunan bagian presentasi bayi ke dalam pelvis minor. Pada presentasi sefalik, kepala bayi biasanya menancap setelah lightening. Wanita sering menyebut lightening sebagai “ kepala bayi sudah turun”. Hal-hal spesifik berikut akan dialami ibu:

- a. Ibu jadi sering berkemih karena kandung kemih ditekan sehingga ruang yang tersisa untuk ekspansi berkurang.
- b. Persaan tidak nyaman akibat tekanan panggul yang menyeluruh, yang membuat ibu merasa tidak enak dan timbul sensasi terus-menerus bahwa sesuatu perlu dikeluarkan atau ia perlu defekasi.
- c. Kram pada tungkai, yang disebabkan oleh tekanan foramen iskiadikum mayor dan menuju ke tungkai.
- d. Peningkatan statis vena yang menghasilkan edema dependen akibat tekanan bagian presentasi pada pelvis minor menghambat aliran balik darah dari ekstermitas bawah.

2.3.7.2 Perubahan Serviks

Mendekati persalinan, serviks semakin “matang”. Kalau tadinya selama masa hamil, serviks dalam keadaan menutup, panjang dan lunak, sekarang serviks masih lunak dengan konsistensi seperti pudding, dan mengalami sedikit penipisan (effacement) dan kemungkinan sedikit dilatasi. Evaluasi kematangan serviks akan tergantung pada individu wanita dan paritasnya – sebagai contoh, pada masa hamil. Serviks ibu multipara secara normal mengalami pembukaan 2 cm, sedangkan pada primigravida dalam kondisi normal

serviks menutup. Perubahan serviks diduga terjadi akibat peningkatan instansi kontraksi *Braxton Hicks*. Serviks menjadi lunak selama periode yang berbedanya sebelum persalinan. Kematangan serviks mengindikasikan kesiapannya untuk persalinan.

2.3.7.3 Persalinan Palsu

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang member pengaruh signifikan terhadap serviks. Kontraksi pada persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi *Braxton Hicks* yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak sekitar enam minggu kehamilan. Bagaimanapun, persalinan palsu juga mengindikasikan bahwa persalinan sudah dekat.

2.3.7.4 Ketuban Pecah Dini

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum awitan persalinan, kondisi terjadi disebut Ketuban Pecah Dini (KPD). Hal ini dialami oleh sekitar 12 % wanita hamil. Kurang lebih 80 % wanita yang mendekati usia kehamilan cukup bulan dan mengalami KPD mulai mengalami persalinan spontan mereka pada waktu 24 jam.

2.3.7.5 *Bloody Show*

Bloody show merupakan tanda persalinan yang akan terjadi, biasanya dalam 24 hingga 48 jam. Akan tetapi *bloody show* bukan merupakan tanda persalinan yang bermakna jika pemeriksaan vagina sudah dilakukan 48 jam sebelumnya karena rabas lendir yang bercampur darah selama waktu tersebut mungkin akibat trauma kecil terhadap, atau perusakan plak lendir saat pemeriksaan tersebut dilakukan.

2.3.7.6 Lonjakan energy

Terjadinya lonjakan energi ini belum dapat dijelaskan selain bahwa hal tersebut terjadi alamiah, yang memungkinkan wanita memperoleh energi yang diperlukan untuk menjalin persalian. Wanita harus diinformasikan tentang kemungkinan lonjakan energy ini diarahkan untuk menahan diri menggunakannya dan justru menghemat untuk persalinan.

2.3.7.7 Gangguan Saluran Cerna

Ketika tidak ada penjelasan yang tepat untuk diare, kesulitan mencerna, mual, dan muntah, diduga hal-hal tersebut gejala menjelang persalian walaupun belum ada penjelasan untuk kali ini. Beberapa wanita mengalami satu atau beberapa gejala tersebut (Varney, 2007).

2.3.8 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

2.3.8.1 *Power* (His dan tenaga lain dalam persalinan / kekuatan yang mendorong janin keluar)

Setiap his dimulai sebagai gelombang dari salah satu sudut dimana tuba masuk ke dalam dinding uterus. Ditempat tersebut ada suatu pace maker darimana gelombang his berasal. Gelombang bergerak ke dalam dan ke bawah dengan kecepatan 2 cm tiap detik untuk mengikut sertakan seluruh uterus. His yang sempurna dan efektif adalah bila ada koordinasi dari gelombang kontraksi, sehingga kontraksi simetris dengan dominasi di fundus uteri, dan mempunyai amplitudo 40-60 mmHg, yang berlangsung 60-90 detik dengan jangka waktu antara 2-4 menit, dan pada relaksasi tonus uterus kurang dari 12 mmHg. Jika frekuensi dan amplitudo his lebih tinggi, maka hal ini dapat mengurangi pertukaran O₂. Terjadilah hipoksia janin dan

timbul gawat janin yang secara klinik dapat ditentukan dengan antara lain menghitung detik jantung janin. Frekuensi detak jantung janin meningkat lebih dari 160 per menit dan tidak teratur. Agar peredaran darah ke uterus menjadi lebih baik, ibu disuruh berbaring ke sisi, sehingga uterus dengan isinya tidak dengan keseluruhan menekan pembuluh-pembuluh darah di panggul (Wiknjosatno, 2007). Kontraksi uterus bersifat intermiten sehingga ada periode relaksasi uterus diantara ontraksi, yang memiliki fungsi penting berikut :

- a. Mengistirahatkan otot uterus
- b. Memberi kesempatan istirahat bagi wanita
- c. Mempertahankan kesejahteraan bayi karena kontraksi uterus menyebabkan kontriksi pembuluh darah plasenta (Varney, 2007).

Pada waktu umur kehamilan 28 minggu dapat diraba adanya kontraksi uterus (tanda Braxton-Hicks). Pada seluruh kehamilan dapat dicatat adanya kontraksi ringan dengan amplitude 5 mmHg tiap menit yang tidak teratur. His sesudah kehamilan 30 minggu makin terasa lebih kuat dan lebih sering. His dalam persalinan kala I, sesudah tiap his, otot-otot korpus uteri menjadi lebih pendek dari sebelumnya. Secara fisiologik otot-otot tersebut mengalami brakhistasis atau yang disebut otot-otot uterus mengalami retraksi. Serviks yang kurang mengandung otot, tertarik dan dibuka, lebih-lebih jika ada tekanan bagian bawah yang merangsang pleksus syaraf setempat. Otot sirkuler yang ada diserviks fisiologis mengalami mesystatis (Wiknjosatno, 2007).

His pada kala II, ibu mulai mengedan/meneran, kekuatan uterus optimal karena adanya kontraksi diafragma dan otot-otot dinding abdomen. His pada kala II masih ada berlangsung 2-6 menit setelah plasenta lahir menyebabkan amplitude his masih tinggi tapi frekuensi berkurang. His pada kala IV, oksitosin membuat uterus berkontraksi dan membuat otot polos disekitar alveola mammae berkontraksi pula, sehingga ASI keluar disebut Reflek Oksitosin (Manuaba, 2009).

2.3.8.2 *Passanger* (Janin)

Janin dapat mempengaruhi jalannya persalinan oleh karena besar dan posisinya. Dari seluruh bagian badan janin, kepala merupakan bagian terpenting dalam proses persalinan. Kepala janin terdiri atas tulang – tulang tengkorak (kranium) dan tulang – tulang dasar tengkorak (basis kranii) serta muka. Cranium terdiri atas 2 os. parietalis, 2 os. frontalis, dan 1 os. oksipitalis. Tulang – tulang ini berhubungan satu dengan lain dengan membran yang memberi kemungkinan gerak bagi tulang – tulang tengkorak selama persalinan dan awal masa kanak – kanak. Batas antara tulang – tulang tersebut disebut sutura, sedang antara sudut – sudut tulang disebut fontanella (ubun – ubun).

a. Ada 4 sutura :

- 1) Sutura sagitalis superior menghubungkan os. parietalis kiri dan kanan.
- 2) Sutura frontalis diantara kedua os. frontalis.
- 3) Suturua koronaria diantara os. parietalis dan os. frontalis.
- 4) Sutura lamboidea diantara os. parietalis dan os. oksipitalis.

b. Dikenal 2 fontanella

1) Fontanella minor (ubun – ubun kecil)

Berbentuk segitiga merupakan persilangan antara sutura sagitalis dengan sutura lamboidea.

2) Fontanella mayor (ubun – ubun besar)

Fontanella anterior yang berbentuk segiempat merupakan pertemuan antara sutura sagitalis, sutura frontalis dan sutura koronaria.

c. Daerah – daerah kepala

1) Oksiput (belakang kepala)

Daerah dibelakang ubun – ubun kecil dan ubun – ubun besar dan os. parietalis.

2) Verteks (puncak kepala)

Daerah antara ubun – ubun kecil dan ubun – ubun besar dan os. Parietalis

3) Bregma

Daerah ubun – ubun besar

4) Sinsiput

Daerah didepan ubun – ubun besar. Sinsiput dibagi menjadi dahi (diantara ubun – ubun besar dan puncak hidung) dan muka (daerah di bawah puncak hidung dan pinggir orbita).

d. Ukuran – ukuran kepala yang berperan pada waktu persalinan tergantung pada derajat fleksi kepala.

Pada presentasi belakang kepala, maka kepala janin melewati vulva dengan diameter suboksipito bregmantikus ($\pm 9,5$ cm).

1) Pada presentasi puncak kepala, diameter yang berperan adalah diameter oksipitofrontalis ($\pm 11,5$ cm)

- 2) Diameter oksipitomentalis (± 13 cm) relevan dengan presentasi dahi
- 3) Pada presentasi muka, janin lahir dengan diameter submento bregmantikus ($\pm 9,5$ cm)
- 4) Diameter biparietalis ($\pm 9,5$ cm) merupakan ukuran lintang terbesar antara os. parietalis kiri dan kanan
- 5) Ukuran lintang terkecil adalah antara kedua os. temporalis yang disebut diameter bitemporalis (± 8 cm).

e. Moulase

Adanya membran pada sutura dan fontanella dikepala janin memungkinkan kepala berubah bentuk dengan jalan penyisipan os. parietalis, serta os. oksipitais dan os. frontalis dibawah os. parietalis. Hal ini disebut moulase. Jika selaput ketuban sudah pecah, tekanan dari serviks terhadap scalp dapat menyebabkan terjadinya kaput suksadenum. Kaput suksadenum akan menghilang beberapa hari postpartum.

f. Letak, Presentasi, Posisi, dan Sikap badan janin

- 1) Letak janin menunjukkan bagaimana hubungan sumbu janin terhadap sumbu ibu. Letak janin dapat : memanjang (letak kepala / sungsang, pada $\pm 99\%$ kehamilan), mengolok dan lintang pada 1% kehamilan).
- 2) Presentasi menunjukkan bagian janin yang ada dibagian bawah rahim. Berbagai presentasi yang mungkin terjadi adalah : presentasi kepala, presentasi bokong, presentasi bahu, presentasi muka, presentasi rangkap (missal bokong – kaki).
- 3) Posisi digunakan untuk menunjukkan kedudukan bagian janin yang ada dibagian bawah rahim

terhadap sumbu tubuh ibu, disebelah depan kiri / kanan depan, kiri / kanan lintang, kiri / kanan belakang. Sebagai petunjuk dipakai ubun – ubun kecil, dagu, sacrum atau kepala.

- 4) Sikap menunjukkan hubungan bagian – bagian janin terhadap sumbunya, khususnya terhadap tulang punggung. Umumnya janin berada dala sikap fleksi (Saifuddin, 2007).

2.3.8.3 Passage (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri atas jalan - lahir bagian tulang dan jalan – lahir bagian lunak. Jalan – lahir bagian tulang terdiri atas tulang-tulang panggul dan sendi – sendinya, sedang bagian lunak terdiri atas otot – otot, jaringan, dan ligamen – ligamen. Dalam proses persalinan per vaginam janin harus melewati jalan – lahir ini. Jika jalan - lahir – khususnya bagian tulang mempunyai bentuk dan ukuran rata – rata normal serta ukuran janinnya pun rata – rata normal, maka dengan kekuatan normal pula persalianan per vaginam akan berlangsung tanpa kesulitan.

a. Jalan Lahir Bagian Keras (Tulang)

1) Tulang-tulang Panggul

a) Os. Coxcae

Os. Coxcae disebelah depan dan samping. Terdiri dari 3 bagian :

(1) Os. Ilium

Tulang terbesar dengan permukaan anterior berbentuk konkaf yang disebut fossa iliaka. Bagian atasnya disebut Krista iliaka. Ujung – ujungnya disebut spina iliaka anterior superior dan spina iliaka posterior superior.

(2) Os. Iskhium

Bagian terendah dari os.coxcae. tonjolan dibelakang disebut tuber iskhii yang menyangga tubuh sewaktu duduk.

(3) Os. Pubis

Terdiri dari ramus superior dan ramus inferior. Ramus superior os. Pubis berhubungan dengan os. Ilium, sedang ramus inferior kanan dan kiri membentuk arkus pubis. Ramus inferior berhubungan dengan os. Iskhium kira – kira pada 1/3 distal dari foramen obturator. Kedua os. Pubis bertemu pada simfisis.

b) Os. Sakrum

Os. Sakrum berbentuk baji, terdiri atas svertebrata saktalis. Vertebrata pertama paling besar, menghadap ke depan. Pinggir atas vertebrata ini dikenal sebagai promotoriu, merupakan suatu tanda penting dalam penilaian ukuran – ukuran panggul. Permukaan ateroir sakrum berbetuk konkaf.

c) Os. Koksigis

Os. Koksigis merupakan tulang kecil, terdiri atas 4 vertebrata koksigis.

2) Sendi Panggul

a) Arikualasio Sakroiliaka menghubungkan sacrum dengan ilium, memungkinkan gerakan terbatas ke depan dan ke belakang. Pergeseran yang terlalu lebar pada artikulasio ini dapat menimbulkan rasa nyeri di daerah persendian.

b) Simfisis pubis terbentuk dari hubungan 2 os. pubis. Longgarnya hubungan simfisis ini dapat menimbulkan simfisiolisis yang terasa sangat nyeri.

- c) Artikulasio Sakrokoksigea merupakan hubungan os. sakrum dengan os. koksigis. Adanya sendi ini memungkinkan os. koksigis tertekan kebelakang pada waktu kepala janin lahir.
- d) Ligamen-ligamen Panggul
- (1) Ligamen yang menghubungkan os. sakrum dengan os. ilium pada artikulasio sakroiliaka merupakan yang terkuat di seluruh tubuh.
 - (2) Ligamen sakrotuberosum mengikat sacrum dengan tuber iskhii, sedang ligament sakrospinosum menghubungkan sacrum dengan spina iskhiiadika. Kedua ligamen ini membentuk dinding posterior dari pintu bawah panggul.
 - (3) Pelvis Mayor dan Minor
 - a) Pelvis Mayor adalah bagian pelvis di atas linea terminalis, yang tidak banyak kepentingannya dalam obstetrik.
 - b) Pelvis Minor berbentuk saluran yang mempunyai sumbu lengkung ke depan (sumbu Arcus). Pelvis minor dibatasi oleh pintu atas panggul (inlet) dan pintu bawah panggul (outlet).
 - (4) Pintu Atas Panggul (PAP / Inlet)

Suatu bidang yang dibatasi disebelah posterior oleh promotorium, dilateral oleh linea terminalis dan di anterior oleh pinggir atas simfisis.
 - (5) Ruang Panggul

Saluran diantara pintu atas panggu dengan pintu bawah panggul.
 - (6) Pintu Bawah Panggul

Batas atas pintu bawah panggul adalah setinggi spina ischiadica. Jarak antara kedua spina ini disebut diameter bispinosum adalah sekitar 9,5 – 10 cm.

e) Jenis Panggul

(1) Panggul Ginekoid

Ditemukan pada 45 % wanita. Panjang diameter anteroposterior hampir sama dengan diameter transversa.

(2) Panggul Andriod

Bentuk pintu atas panggul hampir segitiga. Pria umumnya mempunyai panggul jenis ini. Ditemukan pada 15 % wanita.

(3) Panggul Antropoid

Ditemukan pada 35% wanita. Bentuk pintu atas panggul agak lonjong seperti telur. Diameter anteroposterior lebih besar dari pada diameter transversa.

(4) Panggul Platipelloid

Ditemukan pada 5% wanita. Diameter transversa lebih besar dari pada diameter anteroposterior (Saifuddin, 2007).

f) Ukuran Panggul Luar

(1) Distansia Spinarum ($\pm 24 - 26$ cm)

Jarak antara spina iliaca anterior superior sinistra dan dekstra.

(2) Distansia Kristarum ($\pm 28 - 30$ cm)

Jarak yang terpanjang antara dua tempat yang simetris pada krista iliaca sinistra dan dekstra.

(3) Konjugata Eksterna (Boudeloque) ($\pm 18 -$

20 cm)

Jarak antara bagian atas symfisis ke prosesus spinosus lumbal 5.

(4) Distansia Tuberum ($\pm 10,5$ cm)

Jarak antara tuber iskii kanan dan kiri.

(5) Distansia Intertrokanterika

Jarak antara kedua trokanter mayor.

(6) Distansia Oblikua Eksterna (ukuran miring luar)

Jarak anatar spina iliaka posterior sinistra dan spina iliaka anterior superior sinistra (Rachimhadi, 2008).

(7) Ukuran Panggul Dalam

(a) Konjugata Vera (10,5 – 11 cm)

Panjang jarak dari pinggir atas symfisis ke promotorium.

(b) Konjugata Transvera (12,5 – 13 cm)

Jarak terjauh garis melintang pada pintu atas panggul.

(c) Konjugata Obliqua (12 – 13 cm)

Garis dari artikulasio sakroiliaka ke titik persekutuan antara konjugata transversa dan konjugata vera dan diteruskan ke linea innominata.

(d) Konjugata Obstetrika

Jarak dari tengah symfisis bagian dalam ke promotorium (Rachimhadi, 2008).

(e) Bidang Hodge

i. Bidang Hodge I

Bidang datar yang melalui bagian atas symfisis dan promotorium. Bidang ini dibentuk pada ingkaran pintu atas panggul.

ii. Bidang Hodge II

Bidang yang sejajar dengan Bidang Hodge I terletak setinggi bagian bawah symfisis.

iii. Bidang Hodge III

Bidang yang sejajar dengan Bidang Hodge I dan II terletak setinggi spina iskhadika kanan dan kiri.

iv. Bidang Hodge IV

Bidang yang sejajar dengan Bidang Hodge I, II, dan III, terletak setinggi os. Koksigis (Rachimhadi, 2008).

2.3.8.4 Jalan lahir Bagian Lunak

Pada persalinan segmen bawah uterus, serviks, dan vagina ikut membentuk jalan lahir bagian lunak. Jalan lahir bagian lunak lainnya yang berperan dalam proses persalinan adalah otot – otot, jaringan ikat, ligamen – ligamen yang berfungsi menyokong alat – alat urogenitalis (Saifuddin.2007).

2.3.8.5 Psikis

Setelah kontraksi disertai nyeri hebat yang dialami selama tahap transisi wanita biasanya merasa lega. Dipihak lain, wanita merasakan nyeri akut setiap kali mendoro dan melawan kontraksi dan setiap usaha untuk mendorong. Biasanya prang seperti ini mersa cukup takut sering kali perlawanannya berkurang pada saat ia diterangkan dan

dibantu mendorong secara efektif dan sejumlah anastesi alamiah dihasilkan karena tekanan kepala bayi pada otot pelvis dan jaringan lain (Varney, 2007).

2.3.8.6 Penolong

Penolong persalinan harus dapat menciptakan hubungan saling mengenal sehingga mencerminkan adanya inform concent. Dalam hal ini penolong diharapkan mampu membantu ibu dalam persalinan dan kelahiran bayinya dengan metode yang telah ditetapkan sehingga ibu mendapatkan asuhan sayang ibu.

2.3.9 Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan adalah gerakan posisi yang dilakukan janin untuk menyesuaikan diri terhadap pelvis ibu. Terdapat delapan gerakan posisi dasar yang terjadi ketika janin berada dalam presentasi vertex sefalik. Gerakan tersebut, sebagai berikut:

2.3.9.1 Engagement

Terjadi ketika diameter biparietal kepala janin telah melalui pintu atas panggul.

2.3.9.2 Penurunan Kepala

Penurunan kepala lengkap terjadi selama persalinan oleh karena itu keduanya diperlukan untuk terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya.

2.3.9.3 Fleksi Rotasi Internal

Hal yang sangat penting untuk penurunan lebih lanjut. Melalui penurunan ini diameter Sub oksipitobregmantika yang lebih kecil digantikan dengan diameter kepala janin tidak dalam keadaan fleksi sempurna, atau tidak berada dalam sikap militer atau tidak dalam keadaan beberapa derajat ekstensi.

2.3.9.4 Rotasi Internal

Menyebabkan diameter anteroposterior kepala janin menjadi sejajar dengan diameter anteroposterior pelvis ibu. Paling biasa terjadi adalah oksiput berotasi ke bagian anterior pelvis ibu, dibawah simfisis pubis.

2.3.9.5 Pelahiran Kepala

Pelahiran kepala berlangsung melalui ekstensi kepala untuk mengeluarkan oksiputanterior. Dengan demikian kepala dilahirkan dengan ekstensi seperti, oksiput, sutura sagitalis, fontanel anterior, alis, orbit, hidung, mulut, dan dagu secara berurutan muncul dari perineum.

2.3.9.6 Restitusi

Rotasi kepala 45^o baik ke arah kanan maupun kiri, berantung pada arah dari tempat kepala berotasi ke posisi oksiput-anterior.

2.3.9.7 Rotasi Eksternal

Terjadi pada saat bahu berotasi 45^o, menyebabkan diameter bisakromial sejajar dengan diameter anteroposterior pada pnnitu bawah panggul. Hal ini menyebabkan kepala melakukan rotasi eksternal lain sebesar 45^o ke posisi LOT atau ROT, bergantung arah restitusi.

2.3.9.8 Pelahiran Bahu dan Tubuh dengan Fleksi Laterral melalui Sumbu Arcus

Sumbu carcus adalah ujung keluar paling bawah pada pelvis. Bahu anterior kemudian terlihat pada orifisum vulvovaginal, yang menyentuh di bawah simfisis pubis, bahu posterior kemudian menggembungkan perineum dan lahir dengan posisi ateral. Setelah bahu lahir, bagian badan yang tersisa mengikuti sumbu Carus dan segera lahir (Varney, 2007).

2.3.10 Kala Dalam Persalinan

2.3.10.1 Kala I

Kala I persalinan didefinisikan sebagai permulaan kontraksi sejati, yang ditandai oleh perubahan serviks yang progresif dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm). Hal ini dikenal sebagai tahap pembukaan serviks (Varney, 2007).

a. Fase – fase dalam Kala I persalinan:

1) Fase Laten

- a) Dimulai sejak awal berkontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap
- b) Berlangsung hingga serviks membuka kurang dari 4 cm.
- c) Pada umumnya fase laten berlangsung hampir / hingga 8 jam
- d) Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantar 20 – 30 detik.

2) Fase Aktif

- a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat / memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih)
- b) Dari pembukaan 4 cm hingga mencapai pembukaan lengkap 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata – rata 1 cm / jam (nullipara/primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara)
- c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin (JNPK – KR, 2008).

2.3.10.2 Kala II

Kala II dimulai dari pembukaan lengkap dan berakhir sampai dengan lahirnya bayi.

2.3.10.3 Kala III

Kala III persalinan dimulai saat proses kelahiran bayi selesai dan berakhir dengan lahirnya plasenta. Proses ini dikenal sebagai kala persalinan plasenta. Kala III persalinan berlangsung antara rata – rata 5 dan 10 menit. Akan tetapi, kisaran normal kala III sampai 30 menit. Risiko perdarahan meningkat apabila kala III lebih lama dari 30 menit, terutama 30 – 40 menit.

a. Fisiologis Persalinan Kala III

Pada kala III persalinan, otot uterus (miometrium) berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal, dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina.

b. Tanda – tanda Lepasnya Plasenta

- 1) Perubahan bentuk dan tinggi fundus
- 2) Tali pusat memanjang
- 3) Semburan darah mendadak dan singkat

c. Manajemen Aktif Kala III

Tujuan manajemen aktif kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu, mencegah perdarahan dan mengurangi kehilangan darah kala III

persalinan jika dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis.

Terdiri dari 3 langkah utama : pemberian oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, 10 unit IM pada 1/3 bagian atas paha bagian luar (aspektus lateralis), melakukan peregangan tali pusat, dan massase fundus uteri.

2.3.10.4 Kala IV

Segara setelah kelahiran plasenta, sejumlah perubahan maternal terjadi saat stres fisik dan emosional akibat persalinan dan kelahiran mereda dan ibu memasuki penyembuhan pascapartum dan bonding (ikatan). Pada saat yang sama, bidan memiliki serangkaian evaluasi dan tugas untuk diselesaikan terkait periode intrapartum. Meskipun intrapartum sudah selesai, istilah kala empat persalinan mengidentifikasi jam pertama pascapartum ini perlu diamati dan dikaji dengan ketat. Bidan memiliki tanggung jawab selama kondisi ini untuk hal-hal berikut :

- a. Evaluasi kontraktilitas uterus dan perdarahan
- b. Inspeksi dan evaluasi serviks, vagina, dan perineum
- c. Inspeksi dan evaluasi plasenta, membrane, dan tali pusat
- d. Pengkajian dan penjaitan setiap laserasi atau episiotomy
- e. Evaluasi tanda-tanda vitall dan perubahan fisiologis yang mengidentifikasi pemulihan (Varney, 2007).

2.3.11 Asuhan Persalinan Normal

- a. Melihat Tanda dan Gejala Kala Dua
 - 1) mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.
 - a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

- b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya.
 - c) Perineum menonjol.
 - d) Vulva-vagina dan sfingter anal membuka.
- b. Menyiapkan Pertolongan Persalinan
- 1) Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
 - 2) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
 - 3) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
 - 4) Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
 - 5) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).
 - 6) Memastikan Pembukaan Lengkap Dengan Janin Baik
 - 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung

tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi, langkah

- 8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).
- 10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100 – 180 kali / menit).
 - a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
 - c) Menyiapkan Ibu & Keluarga Untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran.
- 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
 - a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.

- b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran :
- a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).
 - d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
 - e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - f) Menganjurkan asupan cairan per oral.
 - g) Menilai DJJ setiap lima menit.
 - h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60/menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran
 - i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi- kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.

- j) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.
- c. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi.
- 14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
 - 15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
 - 16) Membuka partus set.
 - 17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- d. Menolong Kelahiran Bayi
- 18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kelapa bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
 - a) jika ada mekonium dalam cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung setelah kepala lahir menggunakan penghisap lendir DeLee disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau bola karet penghisap yang baru dan bersih.
 - 19) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
 - 20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:
 - a) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.

- b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
- 21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan. Lahir bahu
 - 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Mengajukan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior. Lahir badan dan tungkai
 - 23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
 - 24) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
- e. Penanganan Bayi Baru Lahir
- 25) Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).
 - 26) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan

badan bayi kecuali bagian pusat.

- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
 - 28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
 - 29) Mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, mengambil tindakan yang sesuai.
 - 30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.
- f. Penanganan Bayi Baru Lahir
- 31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
 - 32) Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik
 - 33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
 - 34) Memindahkan klem pada tali pusat
 - 35) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

- 36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.
- a) jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan ransangan puting susu.
- 37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
- a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10cm dari vulva.
 - b) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit : Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM. Menilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
 - c) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan. Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
 - d) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.
- 38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil.

Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

a) Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).

g. Menilai Perdarahan

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

a) Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.

41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

h. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan

42) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik. Mengevaluasi perdarahan persalinan vagina.

43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.

- 44) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- 45) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama
- 46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %.
- 47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- 48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
- 49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam: 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melaksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksanaan atonia uteri. Jika ditemukan lacerasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
- 50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- 51) Mengevaluasi kehilangan darah.
- 52) Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
 - a) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan.

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

2.4 Konsep Dasar Nifas

2.4.1 Pengertian Nifas

Masa nifas (Puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalin selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Lama nifas ini yaitu 6-8 minggu. (Rustam, 2012).

Nifas ialah masa sesudah persalinan yang diperlukan untuk pulihnya kembali alat kandungan yang lamanya 6 minggu.

(Obstetri Fisiologi, 1983) Masa nifas mulai setelah partus selesai, dan berakhir setelah kira-kira 6 minggu (Wikonjosastro, 2006) Kala puerperium berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan normal. (Manuaba, 2010).

2.4.2 Fisiologi Nifas

2.4.2.1 Uterus

a. pengerutan rahim

Involusi merupakan suatu proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Dengan involusi uterus ini, lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik (layu/mati). Perubahan ini diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi dimana TFU nya (tinggi fundus uteri). Siti, 2009:

- 1) Tinggi Fundus Uteri dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi
- 2) Involusi Tinggi Fundus Uteri Berat Uterus
- 3) Bayi lahir Setinggi pusat 1.000 gram
- 4) Uri lahir 2 jari bawah pusat 700 gram
- 5) 1 minggu Pertengahan pusat simfisis 500 gram
- 6) 2 minggu Tidak teraba diatas simfisis 300 gram
- 7) 6 minggu Bertambah kecil 40-60 gram
- 8) 8 minggu Sebesar normal 30 gram.

b. Lokhea

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lokhea dibedakan menjadi 3 jenis berdasarkan warna dan waktu keluarnya :

- 1) Lokhea rubra/merah

Lokhea ini keluar dari hari pertama sampai hari ke masapost partum .

2) Lochea sanguinolenta

Lochea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 post partum.

3) Lochea serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Keluar pada hari ke-7

4) Lochea alba/putih

Lochea ini mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir servik, dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba ini dapat berlangsung selama 2-6 minggu postpartum (Sulistyawati, 2009).

c. Perubahan pada servik

Perubahan yang terjadi pada servik ialah bentuk servik agakmenganga seperti corong, segera setelah bayi baru lahir. Bentuk ini disebabkan oleh corpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan servik berbentuk semacam cincin. Muara servik yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan akan menutup secara perlahan dan bertahap. Setelah bayi baru lahir, tangan dapat masuk kedalam rongga rahim.

Setelah 2 jam, hanya dapat dimasuki 2-3 jari. Pada minggu ke-6 post partum, servik sudah menutup kembali. (Sulistyawati, 2009).

d. Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan

bayi. Dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali, sementara labia menjadi lebih menonjol (Sulistyawati, 2009).

e. Sistem pencernaan

Seorang wanita dapat merasa lapar dan siap menyatap makannya dua jam setelah persalinan. Kalsium amat sangat penting untuk gigi pada kehamilan, masa nifas, dimana pada masa ini terjadi penurunan konsentrasi ion kalsium karena meningkatnya kebutuhan kalsium pada ibu, terutama pada bayi yang dikandungnya untuk proses pertumbuhan janin juga pada ibu pada masa laktasi (Siti, 2009).

f. Sistem perkemihan

Pelvis ginjal dan ureter yang teregang dan berdilatasiselama kehamilan kembali normal pada akhir minggu keempat setelah melahirkan. Pemeriksaan sistokopik segera setelah melahirkan menunjukkan tidak saja edema dan hyperemia dinding kantung kemih, tetapi sering kali terdapat ekstavasai darah pada submukosa.

Kurang lebih 40% wanita nifas mengalami proteinuria yang non patologis sejak pasca melahirkan sampai dua hari post partum agar dapat dikendalikan.

Diuretik yang normal dimulainya segera setelah bersalin sampai hari kelima setelah persalinan. Jumlah urine yang keluar dapat melebihi 3.000 ml perharinya. Hal ini diperkirakan merupakan salah satu cara untuk menghilangkan peningkatan cairan ekstraseluler yang

merupakan bagian normal dari kehamilan. Selain itu juga di dapati adanya keringat yang banyak pada beberapa hari pertama setelah persalinan (Saleha,2009).

- g. Sistem muskuloskeletalligamen-ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang sewaktu kehamilan dan persalinan berangsur-angsur kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligament rotundum mengendur,sehingga uterus jatuh ke belakang. Fasia jaringan penunjang alat genitalia yang mengendur dapat di atasi dengan latihan-latihan tartentu. (Saleha, 2009).

Sistem endokrin Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada system endokrin, terutama pada hormone-hormon yang berperan pada proses tersebut.

1) Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar otak bagian belakang. Selama tahap ke 3 persalinan,hormone oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi,sehingga mencegah pendarahan. Isapan bayidapat merangsang produksi asi dan sekresi oksitosin. Hal tersebut membantu uterus kembali ke bentuk normal

2) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar pituitary bagian belakang untuk mengeluarkan prolaktin, hormone ini beraperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu. Pada wanita yang menyusui bayinya, kadar prolaktin cepat tinggi dan pada permulaan ada rangsangan folikel dalam ovarium yang di tekan (Saleha, 2009).

3) Kadar estrogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktifitas prolaktin yang jugasedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI (Sulistyawati, 2009).

2.4.3 Perubahan tanda – tanda vital

Tanda – tanda vital yang harus dikaji pada masa nifas adalah sebagai berikut :

Suhu : Suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 derajat celsius, sesudah partus dapat naik kurang lenih 0,5 derajat celsius dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 8 derajat celsius. Sesudah dua jam pertama melahirkan umumnya suhu badan akan kembali normal. Bila suhu lebih dari 38 derajat celsius, mungkin terjadi ionfeksi pada klien.

Nadi dan pernapasan : Nadi berkisar antara 60 – 80 denyut per menit setelah partus, dan dapat terjadi bradikardia. Bila terdapat takikardia dan suhu tubuh tidak panas mungkin ada perdarahan berlebihanatau ada vitium kordis padapenderita.

Pada masa nifas umumnya denyut nadi labil dibandingkan dengan suhu tubuh, sedangkan pernapasanakan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembaliseperti keadaan semula.

Tekanan Darah : Pada beberapa kasus ditemukan keadaan hipertensi postpartum akan menghilang dengan sendirinya apabila tidak terdapat penyakit – penyakit lain yang menyertainya dalam ½ bulan tanpa pengobatan.

Sistem Hematologi dan Kardiovaskular : Leukositosis adalah meningkatnya jumlah sel – sel darah putih sampai sebanyak 15.000 selama masapersalinan. Leukosit akan tetap tinggi jumlahnya selama beberapa hari pertama masa postpartum. Jumlah sel – sel

darah putih tersebutsemacam itu. Jumlah hemoglobin dan hematokrit serta eritrosit akan sangat bervariasi pada awal – awal masa nifas sebagai akibat dari volume darah, volume plasma, dan volume sel darah yang berubah – ubah.

Sering dikatakan bahwa jika hematokrit pada hari pertama atau kedua lebih rendah dari titik 2 % atau lebih tinggi daripada saat memasuki persalinan awal, maka klien dianggap telah kehilangan 500 ml darah. Biasanya terdapat suatu penurunan besar kurang lebih 1.500 ml dalam jumlah darah keseluruhan selama kelahiran dan masa nifas. Rincian jumlah darah yang terbuang pada klien ini kira - kira 200 –500 ml hingga masa persalinan, 500 – 800 ml hingga selama minggu pertama postpartum, dan terakhir 500 ml selama sisa masa nifas.

2.4.4 Program dan Kebijakan Teknis Masa Nifas

Kunjungan masa nifas dilakukan paling sedikit 4 kali Kunjungan ini bertujuan untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir juga untuk mencegah, mendeteksi, serta menangani masalah – masalah yang terjadi.

Kunjungan masa nifas :

2.4.4.1 Kunjungan I 6-8 jam setelah persalinan

Tujuan:

- a. Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas.
- b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, dan memberikan rujukan bila perdarahan berlanjut.
- c. Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- d. Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu.
- e. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru

- f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia. Jika bidan menolong persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibudan bayi dalam keadaan stabil

2.4.4.2 Kunjungan II 6 hari setelah persalinan

Tujuan

1. Memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau kelainan pasca melahirkan.
3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada kesulitan.
5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

2.4.4.3 Kunjungan III 2 minggu setelah persalinan

Tujuan

1. Sama dengan di atas (6 hari setelah persalinan).
2. Memastikan Diasthesis rektus abdomonalis

2.4.4.4 Kunjungan IV 6 minggu setela persalinan

Tujuan

1. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami.
2. Memberikan konseling KB secaradini.
3. Memberikan konseling tentang hubungan sexual.

4. Menganjurkan/mengajak ibu membawa bayinya ke posyandu atau puskesmas untuk penimbangan dan imunisasi (Saleha, 2009).

Tabel 2.1 Frekuensi kunjungan masa nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan	Penatalaksanaan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk jika perdarahan berlanjut 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas 4. Pemberian ASI awal 5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir 6. Menjaga bayi tetap hangat dengan mencegah hipotermia 7. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk jam pertama kelahiran, atau sampai ibu dan bayi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus uteri, kantung kemih dan pendarahan pervaginam 2. Mengajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai tonus dan pendarahan uterus dan bagaimana melakukan pemijatan jika uterus lembek dengan cara memijat atau memutar perut selama 15 kali. 3. Menganjurkan ibu untuk segera memberikan ASI pada bayinya 4. enjaga kehangatan pada bayi dengan cara selimuti Bayi 5. Menganjurkan ibu untuk segera memberikan ASI pada bayinya 6. Menganjurkan ibu untuk obilisasi dini 7. Menganjurkan ibu untuk menempatkan bayinya di tempat tidur yang sama

Kunjungan	Waktu	Tujuan	Penatalaksanaan
		dalam keadaan stabil	
2	6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi dengan baik, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal 2. Menilai adanya tanda-tanda demam 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus uteri, kantung kemih dan pendarahan pervaginam 2. Memantau keadaan ibu suhu tubuh 3. Mengajarkan ibu untuk makan-makanan yang mengandung protein, banyak cairan, saturan dan buah-buahan dan minuman sedikitnya 3 liter air setiap hari 4. Mengajarkan ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam, siang malam dengan lama menyusui 10-15 menit di setiap payudara 5. Mengajarkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan. 6. Mengajarkan ibu untuk menjaga payudara tetap bersih dan kering. Terutama puting susu, Mengajarkan ibu untuk memakai BH yang menyongkong payudara 7. Mengajarkan ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam, siang dan malam hari dengan lama menyusui 10-15 menit di setiap payudaranya. 8. Melakukan imunisasi BCG
3	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti di atas(6hari setelah persalinan)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus uteri, kantung kemih dan pendarahan pervaginam 2. Memantau keadaan ibu suhu tubuh 3. Mengajarkan ibu untuk makan-makanan yang mengandung protein,

Kunjungan	Waktu	Tujuan	Penatalaksanaan
			<p>banyak cairan, saturasi dan buah-buahan dan minuman sedikitnya 3 liter air setiap hari</p> <p>4. Mengajarkan ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam, siang malam dengan lama menyusui 10-15 menit di setiap payudara</p> <p>5. Mengajarkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.</p> <p>6. Mengajarkan ibu untuk menjaga payudara tetap bersih dan kering. Terutama puting susu, Mengajarkan ibu untuk memakai BH yang menyongkong payudara</p> <p>7. Mengajarkan ibu untuk menyusui bayinya setiap 2 jam, siang dan malam hari dengan lama menyusui 10-15 menit di setiap payudaranya.</p> <p>8. Melakukan imunisasi BCG</p>
4	6 minggu setelah persalinan	<p>1. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami</p> <p>2. Memberikan konseling untuk KB secara dini</p>	<p>1. Memeriksa tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus dan pengeluaran pervaginam</p> <p>2. Memberitahukan pada ibu bahwa aman untuk memulai hubungan suami istri kapan saja ibu siap</p> <p>3. Mengajarkan ibu dan suami untuk memakai alat kontrasepsi dan menjelaskan kelebihan, kekurangan, dan efek sampingnya.</p>

2.5 Bayi Baru Lahir

2.5.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu, memiliki berat lahir 2500 gram sampai 4000 gram. Bayi baru lahir dapat dilahirkan melalui 2 cara, secara normal melalui vagina atau melalui operasi cesar. Bayi baru lahir

harus mampu beradaptasi dengan lingkungan yang baru karena setelah plasentanya dipotong maka tidak ada lagi asupan makanan dari ibu selain itu kondisi bayi baru lahir masih rentan terhadap penyakit. Karena itulah bayi memerlukan perawatan yang insentif. Jagalah kebersihan bayi dan berikan nutrisi yang cukup kepada bayi melalui ASI.

Selain pengertian bayi baru lahir, akan diberikan ciri-ciri bayi baru lahir normal dan sehat. Berikut ini ciri-ciri bayi baru lahir sehat:

2.5.2 Berat badan 2.500 – 4.000 gram

2.5.2.1 Panjang badan 48 – 52 cm

2.5.2.2 Lingkar dada 30 – 38 cm

2.5.2.3 Lingkar kepala 33 – 35 cm

2.5.2.4 Frekuensi jantung 120 – 160 kali/menit

2.5.2.5 Pernafasan \pm 60 - 40 kali/menit

Genitalia, pada bayi perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora sedangkan pada bayi laki-laki testis sudah turun dan skrotum sudah ada

Memiliki 3 gerak reflek bayi yaitu : reflek hisap dan menelan, reflek morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan dan reflek graps atau menggenggam.

Dengan mengetahui pengertian bayi baru lahir dan ciri-ciri bayi baru lahir yang normal dan sehat akan menambah pengetahuan kita. Jika ada sesuatu yang kurang atau tidak sesuai ciri-ciri bayi normal kita segera dapat memeriksanya dan segera berkonsultasi dengan dokter.

2.5.3 Fisiologi Bayi Baru Lahir

Mengetahui derajat vitalitas dan mengukur reaksi bayi terhadap tindakan resusitasi. Derajat vitalitas bayi adalah kemampuan sejumlah fungsi tubuh yang bersifat esensial dan kompleks untuk

berlangsungnya kelangsungan hidup bayi seperti pernafasan, denyut jantung, sirkulasi darah dan reflek-refleks primitive seperti menghisap dan mencari puting susu. (Saifuddin,.2006).

2.5.3.1 Penilaian bayi baru lahir

Penilaian awal bayi baru lahir haru segera dilakukan secara tepat dan tepat (0-30 detik), dengan cara menilai:

- a. Apakah bayi menagis dengan kuat atau bernafas tanpa kesulitan?
- b. Apakah bayi bergerak aktif?
- c. Apakah kulit bayi berwarna merah muda, pucat, atau biru

Identifikasi bayi baru lahir yang memerlukan asuhan tambahan adalah bila bayi tidak menagis kuat, kesulitan bernafas, gerak bayi tidak aktif, warna kulit bayi pucat (APN, 2007).

2.5.3.2 Penanganan Bayi baru lahir

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah :

- a. Membersihkan jalan nafas

Bayi normal akan menangis spontan setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis penolong segera memberikan jalan nafas dengan cara sebagai berikut:

- 1) Letakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat
- 2) Gulung kain dan letakkan dibawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah kebelakang.
- 3) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang membungkus dengan kassa steril.

4) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosokkulit bayi dengan kain kering. Dengan rangsangan ini biasanya bayi segera menangis.

b. Memotong dan merawat tali pusat

Tali pusat dipotong 5 cm dari dinding perut bayi dengan menggunakan gunting steril dan diikat dengan pengikat steril, tali pusat dibersihkan dan dirawat dengan kassa steril.

c. Mempertahankan suhu tubuh

Pada waktu baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membantunya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat setelah IMD, suhu tubuh bayi merupakan tolak ukur kebutuhan. Menghentikan kepala ke dada ibu, menoleh ke kanan dan kiri, Menemukan puting, menjilat, mengulum puting susu, Membuka mulut lebar dan melekat dengan baik sertamenghisap dengan kuat pada puting susu ibu.

2.5.4 Manfaat IMD

2.5.4.1 Dada ibu menghangatkan bayi dengan tepat, sehingga menurunkan AKB karena hypothermia.

2.5.4.2 Ibu dan bayi merasa tenang.

2.5.4.3 Memindahkan bakteri kulit ibu ke kulit bayi, dengan menjilat kulit ibu maka bayi menelan bakteri berkoloni dan bakteri yang berada diusus bayi akan menyaingi bakteri ganas dari lingkungannya.

2.5.4.4 Jalinan kasih sayang ibu-bayi lebih baik sebab bayi siaga 1-2 jam pertama.

- 2.5.4.5 Mendapat colostrum, kaya anti bodi, penting untuk pertumbuhan usus, ketahanan infeksi, kehidupan bayi.
 - 2.5.4.6 IMD lebih berhasil menyusui eksklusif dan lebih lama disusui.
 - 2.5.4.7 Sentuhan, emutan, jilatan pada puling merangsang pengeluaran hormon oksitosin, penting untuk Kontraksi rahim, membantu mengurangi pendarahan.
 - 2.5.4.8 Tunda menimbang, mengukur, suntikkan vitamin K dan menetes dengan obat tetes mata sampai proses menyusui awal selesai.
 - 2.5.4.9 Ibu melahirkan dengan proses operasi berikan kesempatan skin to skin contact.
 - 2.5.4.10 Berikan ASI saja tanpa minuman atau makanan lain kecuali atas indikasi medis. Rawat gabung ibu : ibu-bayi dirawat dalam satu kamar dalam jangkauan ibu selama 24 jam.
 - 2.5.4.11 Bila inisiasi dini belum terjadi dikamar bersalin : bayi tetap diletakkan didada ibu waktu dipindah dikamar perawatan. Usaha menyusui dini dilanjutkan dikamar perawatan ibu.
- 2.5.5 Peran tenaga kesehatan dalam proses IMD :
- 2.5.5.1 Menyediakan waktu dan suasana tenang.
 - 2.5.5.2 Membantu ibu menemukan posisi yang nyaman.
 - 2.5.5.3 Membantu bapak dan ibu menunjukkan perilaku pre-feeding yang positif saat bayi mencari payudara.
 - 2.5.5.4 Membantu meningkatkan rasa percaya diri ibu
 - 2.5.5.5 Menghindarkan memaksa memasukkan puting susu ke mulut bayi.
 - 2.5.5.6 Perlu Kesabaran.
- 2.5.6 Pendapat yang menghambat IMD pada bayi baru lahir
- 2.5.6.1 Bayi kedinginan.

- 2.5.6.2 Ibu lelah setelah melahirkan.
 - 2.5.6.3 Kurang tersedia tenaga kesehatan.
 - 2.5.6.4 Kamar bersalin atau kamar operasi sibuk.
 - 2.5.6.5 Ibu harus dijahit.
 - 2.5.6.6 Bayi perlu diberi vitamin K dan tetes mata segera.
 - 2.5.6.7 Bayi harus segera dibersihkan, ditimbang dan diukur.
 - 2.5.6.8 Colostrum tidak keluar, tidak cukup, tidak baik dan bahkan tidak baik untuk bayi.
 - 2.5.6.9 Suhu kamar bersalin, kamar operasi harus dingin dan biasanya AC sentral.
 - 2.5.6.10 Tenaga kesehatan belum sependapat tentang pentingnya memberi kesempatan inisiasi dini pada bayi lahir dengan operasi cesarea (Utami Roesli, 2008).
- 2.5.7 Pedoman umum yang diikuti ibu saat menyusui mencakup.
- 2.5.7.1 Mulai menyusui segera setelah lahir (dalam waktu satu jam)
 - 2.5.7.2 Jangan berikan makan dan minuman lain kepada bayi
 - 2.5.7.3 Berikan ASI eksklusif selama enam bulan pertama kehidupannya dan baru dianjurkan untuk memulai pemberian makanan pendamping ASI setelah periode eksklusif tersebut.
 - 2.5.7.4 Berikan asi pada bayi sesuai dorongan alamiahnya baik siang maupun malam (8-10 kali atau lebih dalam 24 jam) selam bayi menginginkan. (APN, 2007).
- 2.5.8 Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Neonatus : Jadwal Kunjungan
- 2.5.8.1 Kunjungan Neonatal hari k – 1 (KN 1)
 - a. Untuk bayi yang lahir di fasilitas kesehatan pelayanan dapat dilaksanakan sebelum bayi pulang dari fasilitas kesehatan (≥ 24 jam)

- b. Untuk bayi yang lahir di rumah, bila bidan meninggalkan bayi sebelum 24 jam, maka pelayanan dilaksanakan pada 6 - 24 jam setelah lahir.

Hal yang dilaksanakan :

- 1) Jaga kehangatan tubuh bayi
- 2) Barikan Asi Eksklusif
- 3) Cegah infeksi
- 4) Rawat tali pusat

2.5.8.2 Kunjungan Neonatal hari ke 2 (KN 2)

- a. Jaga kehangatan tubuh bayi
- b. Barikan Asi Eksklusif
- c. Cegah infeksi
- d. Rawat tali pusat

2.5.8.3 Kunjungan Neonatal minggu ke - 3 (KN 3)

- a. Periksa ada / tidak tanda bahaya dan atau gejala sakit
- b. Lakukan :Jaga kehangatan tubuh, Beri ASI Eksklusif, Rawat tali pusat.

Tabel 2.2 Kunjungan Neonatus (KN)

Kunjungan	Penatalaksanaan
Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan dalam kurun waktu 6-48 jam setelah bayi lahir.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan suhu tubuh bayi Hindari memandikan bayi hingga sedikitnya enam jam dan hanya setelah itu jika tidak terjadi masalah medis dan jika suhunya 36.5C° Bungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat, kepala bayi harus tertutup 2. Dilakukan pemeriksaan fisik <ol style="list-style-type: none"> a. Gunakan tempat tidur yang hangat dan bersih untuk pemeriksaan b. Cuci tangan sebelum dan sesudah pemeriksaan lakukan pemeriksaan c. Telinga : Periksa dalam hubungan letak dengan mata dan kepala d. Mata : Tanda-tanda infeksi e. Hidung dan mulut : Bibir dan langit-langit Periksa adanya sumbing Refleks hisap, dilihat pada saat menyusu f. Leher : Pembekakan, Gumpalan g. Dada : Bentuk, Puting, Bunyi nafas, Bunyi jantung

Kunjungan	Penatalaksanaan
	<ul style="list-style-type: none"> h. Bahu lengan dan tangan :Gerakan Normal, Jumlah Jari i. System syaraf : Adanya reflek moro j. Perut : Bentuk, Penonjolan sekitar tali pusat pada saat menangis, Pendarahan tali pusat ? tiga pembuluh, Lembek (pada saat tidak menangis), Tonjolan k. Kelamin laki-laki : Testis berada dalam skrotum, Penis berlubang pada letak ujung lubang l. Kelamin perempuan :Vagina berlubang,Uretra berlubang, Labia minor dan labia mayor m. Tungkai dan kaki : Gerak normal, Tampak normal, Jumlah jari n. Punggung dan Anus: Pembekakan atau cekungan, Ada anus atau lubang o. Kulit : Verniks, Warna, Pembekakan atau bercak hitam, Tanda-Tanda lahir p. Konseling : Jaga kehangatan, Pemberian ASI, Perawatan tali pusat, Agar ibu mengawasi tanda-tanda bahaya q. Tanda-tanda bahaya yang harus dikenali oleh ibu : Pemberian ASI sulit, sulit menghisap atau lemah hisapan, Kesulitan bernafas yaitu pernafasan cepat > 60 x/m atau menggunakan otot tambahan, Letargi –bayi terus menerus tidur tanpa bangun untuk makan,Warna kulit abnormal – kulit biru (sianosis) atau kuning, Suhu-terlalu panas (febris) atau terlalu dingin (hipotermi), Tanda dan perilaku abnormal atau tidak biasa, Ganggguan gastro internal misalnya tidak BAB selama 3 hari, muntah terus-menerus, perut membengkak, BAB hijau tua dan darah berlendir, Mata bengkak atau mengeluarkan cairan r. Lakukan perawatan tali pusat Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan dengan kain bersih secara longgar, Lipatlah popok di bawah tali pusat ,Jika tali pusat terkena kotoran BAB, cuci dengan sabun dan air bersih dan keringkan dengan benar <ol style="list-style-type: none"> 3. Gunakan tempat yang hangat dan bersih 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan 5. Memberikan Imunisasi HB-0
Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering 2. Menjaga kebersihan bayi 3. Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare,

Kunjungan	Penatalaksanaan
hari ke-3 sampai dengan hari ke 7 setelah bayi lahir.	berat badan rendah dan Masalah pemberian ASI 4. Memberikan ASI Bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan 5. Menjaga keamanan bayi 6. Menjaga suhu tubuh bayi 7. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA 8. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan
Kunjungan Neonatal ke-3 (KN-3) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir.	1. Pemeriksaan fisik 2. Menjaga kebersihan bayi 3. Memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya Bayi baru lahir 4. Memberikan ASI Bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan 5. Menjaga keamanan bayi 6. Menjaga suhu tubuh bayi 7. Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA 8. Memberitahu ibu tentang Imunisasi BCG 9. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan

2.6 Keluarga Berencana

2.6.1 Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Untuk dapat mencapai hal tersebut maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. Cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. Berdasarkan penelitian, terdapat 3.6 juta kehamilan tidak direncanakan setiap tahunnya di Amerika Serikat, separuh dari kehamilan yang tidak direncanakan ini terjadi karena pasangan tersebut tidak menggunakan alat pencegah kehamilan, dan setengahnya lagi

menggunakan alat kontrasepsi tetapi tidak benar cara penggunaannya.

Metode kontrasepsi bekerja dengan dasar mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang di dalam rahim. Kontrasepsi dapat reversible (kembali) atau permanen (tetap). Kontrasepsi yang reversible adalah metode kontrasepsi yang dapat dihentikan setiap saat tanpa efek lama di dalam mengembalikan kesuburan atau kemampuan untuk punya anak lagi. Metode kontrasepsi permanen atau yang kita sebut sterilisasi adalah metode kontrasepsi yang tidak dapat mengembalikan kesuburan dikarenakan melibatkan tindakan operasi. Metode kontrasepsi juga dapat digolongkan berdasarkan cara kerjanya yaitu metode barrier (penghalang), sebagai contoh, kondom yang menghalangi sperma; metode mekanik seperti IUD; atau metode hormonal seperti pil. Metode kontrasepsi alami tidak memakai alat-alat bantu maupun hormonal namun berdasarkan fisiologis seorang wanita dengan tujuan untuk mencegah fertilisasi (pembuahan).

2.6.2 Fisiologi Keluarga Berencana

Istilah kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra berarti “melawan” atau “mencegah”, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari konsepsi adalah menghindarimencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat adanya pertemuan antara sel telur dengan sel sperma.

Untuk itu, berdasarkan maksud dan tujuan kontrasepsi, maka yang membutuhkan kontrasepsi adalah pasangan yang aktif melakukan hubungan seks dan kedua-duanya memiliki kesuburan normal namun tidak menghendaki kehamilan (Depkes RI, 2009). Kontrasepsi adalah usaha - usaha untuk mencegah terjadinya

kehamilan, usaha itu dapat bersifat sementara dapat bersifat permanen (Prawirohardjo, 2008).

2.6.3 Akseptor KB menurut sarasannya

2.6.3.1 Fase menunda kehamilan

Masa menunda kehamilan pertama sebaiknya dilakukan oleh pasangan yang istrinya belum mencapai usia 20 tahun. Karena usia di bawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya menunda untuk mempunyai anak dengan berbagai alasan. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu kontrasepsi dengan pulihnya kesuburan yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin 100%.

Hal ini penting karena pada masa ini pasangan belum mempunyai anak, serta efektifitas yang tinggi. Kontrasepsi yang cocok dan yang disarankan adalah pil KB, AKDR.

2.6.3.2 Fase mengatur / menjarangkan kehamilan

Periode usia istri antara 20 - 30 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2 - 4 tahun. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu efektifitas tinggi, reversibilitas tinggi karena pasangan masih mengharapkan punya anak lagi. Kontrasepsi dapat dipakai 3 - 4 tahun sesuai jarak kelahiran yang direncanakan.

2.6.3.3 Fase mengakhiri kesuburan / tidak hamil lagi

Sebaiknya keluarga setelah mempunyai 2 anak dan umur istri lebih dari 30 tahun tidak hamil. Kondisi keluarga seperti ini dapat menggunakan kontrasepsi yang mempunyai efektifitas tinggi, karena jika terjadi kegagalan hal ini dapat menyebabkan terjadinya kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak. Di samping itu jika pasangan akseptor tidak mengharapkan untuk mempunyai anak lagi, kontrasepsi yang cocok dan disarankan adalah

metode kontak, AKDR, implan, suntik KB dan pil KB (Pinem, 2009.).

2.6.4 Syarat - Syarat Kontrasepsi

Sebagai usaha untuk mencegah kehamilan hendaknya kontrasepsi memiliki syarat - syarat sebagai berikut :

- 2.6.4.1 lama pemakaiannya dan dapat dipercaya.
- 2.6.4.2 efek samping yang merugikan tidak ada.
- 2.6.4.3 lima kerjanya dapat diatur menurut keinginan.
- 2.6.4.4 tidak mengganggu hubungan persetubuhan.
- 2.6.4.5 tidak memerlukan bantuan medik atau kontrol yang ketat selama pemakaiannya.
- 2.6.4.6 cara penggunaannya sederhana.
- 2.6.4.7 harganya murah supaya dapat dijangkau oleh masyarakat luas.
- 2.6.4.8 dapat diterima oleh pasangan suami istri.

2.6.5 Pilihan Kontrasepsi Pasca persalinan (Depkes RI, 2009).

2.6.5.1 MOW

MOW merupakan kontrasepsi mantap untuk wanita melalui operasi. MOW untuk wanita dinamai tubektomi yaitu tindakan yang dilakukan pada kedua tuba Fallopii wanita. Waktu pemasangan MOW ibu pasca persalinan dapat digunakan pada hari ke- 6 sampai ke- 13 siklus haid. Sedangkan pada pria dinamai vasektomi dan dapat dilakukan kapan saja.

2.6.5.2 AKDR

Alat kontrasepsi dengan cara memasukkan suatu benda kedalam uterus dengan tujuan mencegah kehamilan. IUD yang telah terpasang akan mengeluarkan hormone progesteron sehingga dapat menghalangi sperma dalam usahanya untuk memasuki cervix dan uterus. Waktu

pemasangan IUD pasca persalinan pada 42 hari setelah persalinan.

2.6.5.3 Implan

Implan merupakan alat kontrasepsi yang dimasukkan atau disusukkan dibawah kulit lengan kiri ibu. Waktu Pemasangan pasca persalinan yaitu paling cepat digunakan 1 minggu pasca persalinan.

2.6.5.4 Suntik

KB suntik yang dapat diberikan pada ibu pasca persalinan dan menyusui yaitu suntik 3 bulan atau yang mengandung progesterone saja. Waktu pemasangannya dapat digunakan 7 hari pasca persalinan.

2.6.5.5 Minipil

Alat kontrasepsi ini dapat digunakan segera minimal 3 hari pasca persalinan.

2.6.5.6 Kondom

Dapat digunakan setiap waktu. Cara kerja kondom adalah menampung spermatozoa sehingga tidak masuk kedalam kanalis servikalis. Keuntungan kondom murah, mudah didapat, tidak perlu pengawasan medis. Kerugiannya kenikmatan terganggu, alergi.

2.6.6 Peran bidan sebagai konselor Keluarga Berencana

Bidan merupakan satu profesi tertua didunia sejak adanya peradaban umat manusia. Peran dan posisi bidan dimasyarakat sangat dihargai dan dihormati karena tugasnya sangat mulia, memberi semangat, mendampingi serta menolong ibu yang akan melahirkan.

Bidan sebagai konselor memiliki kemampuan teknik konseling, pengetahuan tentang alat kontrasepsi dan yang berkaitan dengan pemakaiannya.

Calon pemakai kontrasepsi untuk menggunakan salah satu alat KB adalah pilihan calon sendiri, setelah mereka memahami manfaat dari setiap alat kontrasepsi. Dan pemilihan alat kontrasepsi oleh bidan dan keluarganya merupakan hak calon dan keluarganya untuk dapat merencanakan dengan baik tentang pengaturan kelahiran mereka.

Salah satu tugas mandiri bidan yaitu memberikan asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana dimana mencakup :

- 2.6.6.1 Mengkaji kebutuhan pelayanan keluarga berencana pada PUS
- 2.6.6.2 Menentukan diagnosis dan kebutuhan pelayanan
- 2.6.6.3 Menyusun rencana pelayanan KB sesuai prioritas masalah bersama klien
- 2.6.6.4 Melaksanakan asuhan sesuai dengan rencana yang telah dibuat
- 2.6.6.5 Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan
- 2.6.6.6 Membuat rencana tindak lanjut pelayanan bersama
- 2.6.6.7 Membuat pencatan dan pelaporan

Bidan yang telah memiliki pengetahuan dan keterampilan tentang kebidanan khususnya akan dapat berperan sebagai konselor, salah satunya konselor KB. Dalam tugasnya sebagai konselor KB, bidan memberikan penyuluhan pertama tentang pemanfaatan kontrasepsi kemudian menjelsakan macam – macam alkon serta keuntungan dan kerugian dari masing-masing KB.

Peran bidan sebagai konselor keluarga berencana ini tidak hanya diperuntukan untuk wanita saja tapi pria juga. Dikarenakan alat kontrasepsi tidak hanya digunakan oleh wanita saja namun pria juga mempunyai alat kontrasepsi tersendiri.

Konseling keluarga berencana pascapersalinan yang diberikan oleh bidan tidak hanya diberikan pada ibu sendiri tapi pada saat berlangsungnya konseling diikuti oleh suami istri.

2.6.7 Sistem Pelayanan KB

Dalam memberikan pelayanan KB bidan harus dapat memenuhi hal-hal tertentu agar pelayanan yang diberikan dapat optimal.

Hal-hal yang harus dipenuhi :

2.6.7.1 Pelayanan harus dilakukan sesuai standar

2.6.7.2 Terpadu dengan komponen kespro lainnya

2.6.7.3 SDM, sarana dan prasarana sesuai ketentuan

2.6.7.4 Dokumentasi tindakan

2.6.7.5 Monitoring dan evaluasi

Bidan sebagai konselor hendaknya memiliki pribadi :

2.6.7.6 Minat untuk menolong orang lain

2.6.7.7 Mampu untuk empati

2.6.7.8 Mampu untuk menjadi pendengar yang baik dan aktif

2.6.7.9 Mempunyai daya pengamat yang tajam

2.6.7.10 Terbuka terhadap pendapat orang lain

2.6.7.11 Mampu mengenali hambatan psikologis, social dan budaya

Setiap pelayanan profesi yang diberikan bidan harus selalu memberikan kesempatan pasien untuk memilih (*informed choice*) dan memberi persetujuan (*informed consent*). Dalam pelayanan KB hal ini tetap berlaku karena bidan harus menjelaskan keuntungan dan kerugian setiap jenis alkon dengan jujur dan netral, tidak memaksakan suatu metode kontrasepsi tertentu.

2.6.8 Langkah-langkah konseling KB

Dalam memberikan konseling, khususnya bagi calon klien KB yang baru bidan hendaknya dapat menerapkan enam langkah yang sudah

dikenal dengan kata kunci SATU TUJU. Penerapan SATU TUJU tersebut tidak perlu dilakukan secara berurutan karena petugas harus menyesuaikan diri dengan kebutuhan klien.

Kata kunci dari SATU TUJU adalah sbb:

SA : SALam dan SApa kepada klien secara terbuka dan sopan.

T : Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya.

U : Uraikan kepada klien mengenai pilihannya termasuk beberapa jenis kontrasepsi.

TU : banTU klien menentukan pilihan.

J : Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya.

U : perlunya dilakukan kunjungan