

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Komprehensif

2.1.1 Asuhan Kebidanan Komprehensif adalah suatu upaya untuk pelayanan kebidanan yang diberikan kepada ibu hamil, bersalin, bayi baru lahir, masa nifas dan keluarga berencana untuk upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan kebidanan. Maka diperlukan pelayanan kebidanan secara promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara menyeluruh. (Syaifudin, Hamidah, 2013)

Asuhan Kebidanan Komprehensif adalah bentuk – bentuk pelayanan kebidanan yang dilakukan di luar bagian atau pelayanan berkelanjutan yang diberikan di rumah sakit dengan menekankan kepada aspek – aspek psikososial budaya yang ada di masyarakat. (Rita, Tri Johan, 2009)

Pelayanan kebidanan komprehensif di komunitas adalah bagian dari upaya kesehatan keluarga. Kesehatan keluarga merupakan salah satu kegiatan dari upaya kesehatan di masyarakat yang ditujukan kepada keluarga. Penyelenggaraan kesehatan keluarga bertujuan untuk mewujudkan keluarga kecil, sehat, bahagia dan sejahtera. Kesehatan anak diselenggarakan untuk mewujudkan pertumbuhan dan perkembangan anak.

Sasaran pelayan kebidanan komprehensif di komunitas antara lain individu, keluarga, dan kelompok masyarakat. Sasaran utamanya adalah ibu dan anak dalam keluarga. Kesehatan ibu meliputi sepanjang siklus kehidupannya mulai pra kehamilan, hamil, persalinan, pasca persalinan, dan masa di luar kehamilan. Sedangkan kesehatan anak meliputi perkembangan dan pertumbuhan anak mulai dari masa dalam kandungan, masa bayi, masa balita, masa pra sekolah, dan masasekolah. (Runjati. 2013)

Fokus/Sasaran pelayanan kebidanan komunitas adalah individu, keluarga dan masyarakat baik yang sehat, sakit maupun yang mempunyai masalah kesehatan secara umum (Meilani, Niken dkk, 2009)

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kehamilan

2.2.1 Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin *intrauterin* mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan. (Khumaira, 2012).

2.2.2 Mendiagnosa Kehamilan

Seorang perempuan bisa saja memiliki semua tanda dan gejala kehamilan tetapi tidak hamil, atau hanya mempunyai beberapa tanda dan gejala tetapi jelas hamil.

2.2.2.1 Kehamilan dibagi atas 3 tanda :

a. Tanda pasti hamil

- 1) Terdengar denyut jantung janin (DJJ).
- 2) Terasa gerak janin.
- 3) pada pemeriksaan USG terlihat adanya kantong kehamilan ada gambaran *embrio*.

- 4) pada pemeriksaan rontgen terlihat adanya rangka janin (>16 minggu).
- b. Tanda tidak pasti hamil
- 1) *Amenorea*
Wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP) yang dihitung dengan menggunakan rumus *neagle* yaitu (hari pertama HT + 7) dan (bulan HT + 3)
 - 2) Mual dan muntah
karena sering terjadinya pada pagi hari, maka disebut morning *sickness*. Bila mual dan muntah terlalu sering disebut *hiperemesis*.
 - 3) Mengidam (ingin makanan khusus)
Ibu hamil sering meminta makana/minuman tertentu terutama pada bulan-bulan triwulan pertama.
 - 4) Pingsan
Bila berada pada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat bisa pingsan
 - 5) Tidak ada selera makan (*anoreksia*)
 - 6) Lelah (*fatigue*)
 - 7) Payudara
Payudara membesar, tegang, dan sedikit nyeri disebabkan pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan *alveoli* payudara.
 - 8) *Miksi*
Miksi/BAK sering terjadi karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar.
 - 9) Konstipasi/ *obstipasi*

Konstipasi terjadi karena tonus otot-otot usus menurun oleh pengaruh *hormon steroid*.

10) Pigmentasi kulit

Di jumpai dimuka (*cloasma gravidarum*), areola payudara, leher, dan dinding perut (*linea nigra*).

11) Pemekaran vena-vena (*varises*)

Pemekaran vena-vena (*varises*) dapat terjadi pada kaki, betis, dan vulva. Keadaan ini biasanya dijumpai pada triwulan akhir

c. Kemungkinan Hamil

1) Perut membesar

2) Pada pemeriksaan dijumpai:

- a) Tanda hegar, uterus segmen bawah rahim yang lebih lunak
- b) Tanda *piscaseck*, uterus membesar sampai sebesar telur angsa
- c) Tanda *chadwicks*, warna selaput lendir vagina dan vulva jadi keunguan
- d) Teraba *Braxton hicks*, saat hamil uterus mudah berkontraksi bila dirangsang, kontraksi tidak teratur tanpa nyeri.

3) Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif. (Dewi, 2011)

2.2.2.2 Pemeriksaan diagnostik kehamilan

a. Tes urine kehamilan (tes HCG)

Dilaksanakan seawal mungkin begitu diketahui ada amenore (satu minggu setelah koitus)

b. Pemeriksaan USG

- 1) Dilaksanakan sebagai salah satu diagnosis pasti kehamilan.

- 2) Gambaran yang terlihat, yaitu adanya rangka janin dan kantong kehamilan
- c. Pemeriksaan rontgen
 - a) Merupakan salah satu alat untuk melakukan penegakan diagnosis pasti kehamilan.
 - b) Terlihat gambar kerangka janin, yaitu tengkorak dan tulang belakang. (Sulistyawati, 2012)

2.2.3 Kehamilan trimester III (Husin, 2015)

Trimester III mencakup minggu ke 29 sampai 42 kehamilan. trimester III sering sekali disebut sebagai “periode menunggu, penantian, dan waspada” sebab pada saat itu, ibu tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Trimester III merupakan masa persiapan dalam menanti kelahiran bayi dan menjadi orang tua, sehingga sebagian besar perhatian tertuju pada kesiapan persalinan. Selama periode ini sebagian besar wanita hamil dalam keadaan cemas yang nyata. Hal yang mendasari ketidaknyamanan trimester III adalah :pertambahan ukuran uterus akibat dari perkembangan janin dan plasenta serta turunya kepala pada rongga panggul menimbulkan pengaruh pada sistem organ maternal. Hal ini tersebut menjadi dasar timbulnya ketidaknyamanan pada ibu selama trimester III. Pada trimester III kadar progesteron mengalami peningkatan dan stabil hingga 7 kali lebih tinggi dari masa sebelum hamil. Penantian dan persiapan akan persalinan mempengaruhi psikologi ibu. Ibu merasa khawatir terhadap proses persalinan yang akan dihadapinya, keadaan bayi saat dilahirkan. Sehingga dukungan pendampingnya sangat dibutuhkan

Perubahan-perubahan tersebut menjadi dasar timbulnya keluhan-keluhan fisiologis pada trimester III, Yaitu :

- a. Sering berkemih

Sering berkemih dikeluhkan sebanyak 60% oleh ibu selama kehamilan akibat dari meningkatnya laju filtrasi Glomerulus (sandhu, dkk, 2009 dalam Husin, 2015) dilaporkan 59% terjadi pada trimester pertama, 61% pada trimester dua dan 81% pada trimester tiga. Keluhan sering berkemih karena tertekannya kandung kemih oleh uterus yang semakin membesar dan menyebabkan kapasitas kandung kemih berkurang serta frekuensi berkemih meningkatkan

Menjelang akhir kehamilan, pada nulipara presentasi terendah sering ditemukan janin yang memasuki pintus atas panggul, sehingga menyebabkan dasar kandung kemih terdorong ke depan dan ke atas, mengubah permukaan yang semula konveksi menjadi konkaf akibat tekanan.

Asuhan kebidanan yang diberikan dalam menangani keluhan ini, bidan dapat menjelaskan pada ibu bahwa sering berkemih merupakan hal normal akibat dari perubahan yang terjadi selama kehamilan, menganjurkan ibu mengurangi asupan cairan 2 jam sebelum tidur agar istirahat ibu tidak akan terganggu

b. Varises dan wasir

Mekanisme terjadinya keluhan

Varises adalah melebarnya pada pembuluh darah balik vena sehingga katup vena melemah dan menyebabkan hambatan pada aliran pembuluh darah balik dan biasanya terjadi pada pembuluh balik supervisial. Varises terjadi pada 40% wanita, biasanya terlihat pada bagian kaki, namun sering juga muncul pada vulva dan anus. Varises pada bagian anus biasanya disebut hemoroid.

Kelemahan katub vena pada kehamilan karena tingginya kadar hormon progesteron dan esterogen sehingga aliran darah balik menuju jantung melemah dan vena dipaksa bekerja lebih

keras untuk dapat memompa darah. Karenanya, variseses vena banyak terjadi pada tungkai, vulva dan rektum. Selain perubahan yang menjadi pada vena, penekanan uterus yang membesar selama kehamilan pada vena panggul saat duduk atau berdiri dan penekanan pada vena kava inferior saat ia berbaring dapat menjadi pencetus terjadinya varises. Selain itu pada kehamilan keadaan progesteron dan estrogen mempengaruhi keadaan pembuluh darah untuk relaksasi akibatnya tekanan akan meningkat sebagai usaha memompa darah.

Riwayat keluarga, frekuensi berdiri, berdiri terlalu lama dan usia menjadi faktor pencetus terjadinya varises. Berdasarkan studi yang dilakukan oleh Catano, dkk 2004 dalam Husin, 2015, cara mengatasi varises dan keram diantaranya yaitu dengan melakukan exercise selama kehamilan dengan teratur, menjaga sikap tubuh yang baik, tidur dengan posisi kaki sedikit lebih tinggi selama 10-15 menit dan dalam keadaan miring, hindari duduk dengan posisi kaki menggantung, dan gunakan stoking, serta mengonsumsi suplemen kalsium.

Wasir mekanisme terjadinya keluhan wasir

Meskipun prevalensi yang tepat untuk kejadian hemoroid belum diketahui, namun kondisi umum dan prevalensi dari hemoroid pada kehamilan lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang tidak hamil. Hemoroid sering didahului dengan konstipasi. Oleh karena itu semua penyebab konstipasi berpotensi menyebabkan hemoroid. Progesteron menyebabkan relaksasi dinding vena dan usus besar. Selain itu, pembesaran uterus secara umum mengakibatkan peningkatan tekanan pada vena rectum secara spesifik. Pengaruh hormon progesteron dan tekanan yang disebabkan oleh uterus menyebabkan vena-vena pada rektum mengalami tekanan yang lebih dari biasanya. Akibatnya, ketika

masa dari rektum akan keluar tekanan lebih besar sehingga terjadinya hemoroid. Penekanan dapat terjadi pada vena bagian dalam (internal hemoroid) ataupun bagian luar (eksterna hemoroid) rektum

c. Sesak nafas

Keluhan sesak nafas juga dapat terjadi karena adanya perubahan pada volume paru yang terjadi akibat perubahan anatomi toraks selama kehamilan. dengan semakin bertambahnya usia kehamilan, pembesaran uterus akan semakin mempengaruhi keadaan diafragma ibu hamil, dimana diafragma terdorong ke atas sekitar 4 cm disertai pergeseran keatas tulang iga.

Peningkatan volume darah selama kehamilan juga berperan terhadap kehamilan juga berperan terhadap keluhan ibu yang mengalami sesak nafas. Berdasarkan penelitian ditemukan bahwa volume darah pada saat mendekati usia kehamilan yang cukup bulan dan pada saat kehamilan telah cukup bulan rata-rata berkisar antara 40-45% diatas volume darah wanita dalam keadaan tidak hamil (pritchard dan whittaker dkk dalam Husin., 2015). Peningkatan volume darah selama kehamilan dapat terkait dengan pemenuhan kebutuhan kadar O₂ ke uterus, dimana sistem vaskular yang juga mengalami peningkatan volume organ (Hipertrofi) mengakibatkan kerja jantung untuk memompa darah emnjadi lebih berat dan secara tidak langsung akan berpengaruh pada frekuensi pernafasan ibu hamil. Mekanisme yang paling penting adalah hiper ventilasi yang disebabkan oleh peningkatan kadar progesteron.

Asuhan Kebidanan

Penanganan sesak nafas pada usia kehamilan lanjut ini dapat dilakukan dengan cara sederhana dengan menganjurkan ibu untuk mengurangi aktivitas yang berat dan berlebih, disamping

itu ibu hamil perlu memperhatikan pada saat duduk dan berbaring. Disarankan ibu hamil mengatur posisi pada saat duduk dengan punggung tegak, jika perlu disangga dengan bantal pada bagian punggung, menghindari posisi tidur terlentang karena dapat mengakibatkan terjadinya ketidakseimbangan ventilasi pernapasan akibat tertekannya vena (supine hypotension syndrome). Sesak nafas dapat mengakibatkan gangguan pada saat tidur di malam hari.

d. Bengkak dan keram pada kaki

Bengkak atau odem adalah penumpukan atau retensi cairan penumpukan atau retensi cairan pada daerah luar sel akibat dari berpindahannya cairan intraseluler ke ekstraseluler. Odema pada kaki biasanya dikeluarkan pada usia kehamilan diatas 34 minggu. Hal ini dikarenakan tekanan uterus yang semakin meningkat dan mempengaruhi sirkulasi cairan dengan bertambahnya tekanan uterus dan tarikan gravitasi menyebabkan retensi cairan semakin besar (Jaen dalam Husin 2012).

Asuhan kebidanan

- 1) Anjurkan ibu untuk memperbaiki sikap tubuhnya, terutama saat duduk dan tidur. Hindari duduk dengan posisi kaki menggantung karena akan meningkatkan tekanan akibat gaya gravitasi yang akan menimbulkan bengkak. Pada saat tidur posisi kaki sedikit tinggi sehingga cairan yang telah menumpuk dibagian ekstraseluler dapat beralih kembali pada intraseluler akibat dari perlawanan gaya gravitasi.
- 2) Hindari mengenakan pakaian ketat dan berdiri lama, duduk tanpa adanya sandaran
- 3) Lakukan latihan ringan dan berjalan secara teratur untuk memfasilitasi peningkatan sirkulasi

- 4) Kenakan penyokong abdomen maternal atau korset untuk menghilangkan tekanan pada vena panggul.
 - 5) Anjurkan ibu untuk menggunakan stocking untuk dapat membantu meringankan tekanan yang memperberat kerja dari pembuluh vena sehingga dapat mencegah sirkulasi darah.
 - 6) Lakukan senam kagel untuk mengurangi varises vulva atau hemoroid untuk meningkatkan sirkulasi darah.
 - 7) Gunakan kompres es didaerah vulva untuk mengurangi pembengkakan
 - 8) Lakukan mandi air hangat untuk menenangkan
 - 9) Anjurkan ibu untuk mengonsumsi makanan mengandung kalsium dan vitamin B. kalsium bermanfaat untuk mencegah terjadinya kram akibat tidak terpenuhinya kebutuhan kalsium tubuh. sedangkan vitamin B akan membantu menstabilkan sistem saraf perifer.
- e. Keram pada kaki

Wanita hamil sering mengeluhkan adanya keram pada kaki dan biasanya berlangsung pada malam hari atau menjelang pagi hari. Keram pada kaki saat kehamilan sering dikeluhkan oleh 50% wanita pada usia kehamilan lebih dari 24 minggu sampai 36 minggu kehamilan. keadaan ini diperkirakan terjadi karena adanya gangguan aliran atau sirkulasi darah pada pembuluh darah panggul yang disebabkan oleh tertekannya pembuluh tersebut oleh uterus yang semakin membesar pada kehamilan selanjutnya. Keram juga dapat disebabkan oleh meningkatnya kadar fosfat dan penurunan kadar kalsium terionisasi dalam serum.

Asuhan kebidanan

Beberapa langkah yang dapat disarankan untuk dilakukan oleh ibu hamil dalam mengurangi keluhan yang dirasakan adalah :

- 1) Meminta ibu untuk meluruskan kakinya yang keram dalam posisi berbaring kemudian menekan tumitnya atau dengan posisi berdiri dengan tumit yang menekan pada lantai. Namun, berdasarkan penelitian coppin dalam Husin, 2015 menyatakan bahwa langkah ini tidak terbukti efektif menangani gejala keram kaki. Menyarankan ibu
- 2) hamil untuk melaksanakan latihan ringan umumnya seperti meposisi kaki lebih tinggi dari tempat tidur sekitar 20-25cm, mendorong fleksikan kaki dan melakukan pijatan ringan, berjalan untuk melancarkan sirkulasi darah menuju tungkai, mempertahankan posisi yang baik dalam beraktivitas agar dapat meningkatkan sirkulasi darah
- 3) Menyarankan ibu hamil untuk mengonsumsi vitamin B, C, D, kalsium dan fosfor agar terdapat keseimbangan antara kadar tersebut dalam tubuh ibu dan menghindari terjadinya keluhan

Menyarankan ibu hamil untuk mengonsumsi vitamin B, C, D, kalsium dan fosfor agar terdapat keseimbangan antara kadar tersebut dalam tubuh ibu dan menghindari terjadinya keluhan

f. Gangguan tidur dan mudah lemah

Mekanisme terjadinya keluhan

Dalam sebuah penelitian terbaru oleh National sleep foundation, lebih dari 79% wanita hamil mengalami ketidakteraturan dalam tidurnya. Gangguan tidur dan sering lelah adalah salah satu keluhan yang paling sering dilaporkan oleh ibu hamil. Rata-rata 60% dari ibu hamil merasakan sering

lelah pada akhir trimester dan lebih dari 75% mengeluhkan gangguan tidur.

Pada trimester III, hampir semua wanita mengalami gangguan tidur. Cepat lelah pada kehamilan disebabkan oleh nokturia (sering berkemih di malam hari), terbangun dimalam hari dan gangguan tidur yang nyenyak. Dari beberapa penelitian menyatakan bahwa cepat lelah pada ibu hamil dikarenakan tidur malam yang tidak nyenyak karena terbangun tengah malam untuk berkemih.

Wanita hamil yang mengalami insomnia disebabkan ketidaknyamanan akibat buterus yang membesar, ketidaknyamanan lain selama kehamilan dan pergerakan janin, terutama jika janin aktif.

Asuhan kebidanan

- a) Mandi air hangat
 - b) Minum air hangat, contohnya susu sebelum tidur
 - c) Lakukan aktivitas yang tidak menimbulkan stimulus sebelum tidur.
- g. Nyeri perut bawah.

Nyeri perut bawah dilakukan oleh sebagian besar ibu hamil. Keluhan ini dapat bersifat fisiologis dan beberapa lainnya merupakan tanda adanya bahaya dalam kehamilan. secara normal, nyeri perut bawah dapat disebabkan oleh muntah yang berlebihan dan konstipasi yang dialami oleh sebagian besar ibu dalam kehamilanya. Nyeri ligamentum, torsi uterus yang parah dan adanya kontraksi *Braxton-Hicks* juga mempengaruhi keluhan ibu terkait dengan nyeri pada perut bagian bawah.

Torsi uterus yang parah biasanya dapat diatasi dengan tirah baring, mengubah posisi ibu agar uterus yang mengalami torsi dapat kembali ke keadaanya semula tanpa harus diberikan

manipulasi. Pemberian analgesik dalam hal ini harus mendapatkan pemantauan dari bidan atau dokter

h. Heartburn

Perasaan panas pada perut atau *Heartburns* atau pirosis didefinisikan sebagai rasa terbakar disaluran cerna bagian atas, termasuk tenggorakan. Hal ini dapat dikaitkan dengan esofagitis-infeksi saluran esofagus. Heartburns merupakan keluhan pencerbnaan yang sering dikeluhkan oleh wanita hamil yang biasanya terjadi pada sekitar 17-45% kehamilan.

Penyebab dari keluhan ini selama kehamilan dapat disebabkan oleh peningkatan kadar progesteron atau meningkatnya metabolisme yang menyebabkan relaksasi dari otot polos, sehingga terjadi penurunan pada irama dan pergerakan lambung dan penurunan tekanan pada *spigter esofagus* bawah. Selama kehamilan, sepigter esofagus bawah bergeser kerongga dada (pada daerah yang bertekanan negatif), yang memungkinkan untuk makanan dan asam lambung untuki lolos dari daerah lambung ke esofagus, yang menyebabkan peradangan pada esofagus dan adanya sensasi terbakar. Tekanan dari uterus yang semakin membesar pada isi lambung juga dapat memperburuk keluhan panas. Panas perut juga dapat disebabkan oleh obat-obatan yang dikonsumsi selama kehamilan, salah satu contohnya adalah antiemetik.

Asuhan kebidanan

Penatalaksanaan pertama yang direkomendasikan untuk heardbrun selama kehamilan adalah dengan mengubah gaya hidup dan pola nutrisi. Perubahan gaya hidup yang dapat dilakukan adalah dengan menghindari berbaring dalam waktu tiga jam setelah makan, perubahan pola nutrisi dengan menghindari dan mengurangi asupan makanan yang dapat merangsang terjadinya refluks seperti makanan berminyak dan

pedas, tomat, jeruk yang sangat asam, minuman bersoda dan zat-zat seperti kafein. Beberapa penelitian menyarankan penanganan panas perut dengan cara meninggikan posisi kepala pada saat tidur (Husin, 2015).

Apabila *heartburn* berlanjut pemberian obat-obatan harus dimulai setelah berkonsultasi dengan profesional kesehatan. Menyatakan bahwa antasida dapat direkomendasikan sesuai dengan permintaan karna efektif dan cepat mengurangi keluhan panas perut. Namun, pilihan lain yang dapat diberikan adalah kalsium yang berbasis antasida bkarena telah terbukti bermanfaat untuk pencegahan hipertensi dan eklamsia (Husin,2015)

i. Kontraksi *Braxton Hicks*

Pada saat trimester akhir, kontraksi dapat sering terjadi setiap 10-20 menit dan juga, sedikit banyak, mungkin berirama. Pada awal kehamilan, kontraksi-kontraksi ini dapat menyebabkan rasa tidak nyaman dan menjadi penyebab persalinan palsu (*false labour*), salah satu dampak klinis yang baru-baru ini dibuktikan bahwa 75% wanita dengan 12 atau lebih kontraksi per jam didiagnosis memasuki persalinan dalam 24 jam (Pates dalam Husin, 2015).

Demikian persiapan persalinan dengan renggangnya uterus akhirnya mencapai batas kehamilan aterm atau berat janin cukup. Pada saat ini jumlah distribusi reseptor oksitosin yang dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior dapat mengubah kontraksi *Braxton Hicks* menjadi kontraksi kehamilan.

Bailit dalam husin, 2015 membandingkan hasil persalinan pada 6121 perempuan yang menunjukkan persalinan aktif didefinisikan sebagai kontraksi uterus disertai dilatasi serviks 4 cm dengan 2697 perempuan yang datang pada fase laten.

2.2.4 Antenatal Care (ANC)

Antenatal Care adalah Asuhan yang diberikan pada ibu hamil sejak konfirmasi, konsepsi hingga awal persalinan. Bidan kan menggunakan pendekatan yang berpusat pada ibu dalam memberikan asuhan kepada ibu dan keluarganya dengan berbagai informasi untuk memudahkannya membuat pilihan tentang asuhan yang ia terima. (Marmi, 2011)

2.2.5 Tujuan ANC

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 yang dapat mengancam jiwa, mempersiapkan kehamilan, memberikan pendidikan. Asuhan antenatal penting untuk menjamin agar proses alamiah tetap berjalan normal selama kehamilan.

Tujuan umum

- 2.2.5.1 Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang janin
- 2.2.5.2 Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, maternal dan social ibu dan bayi
- 2.2.5.3 Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal
- 2.2.5.4 Mempromosikan dan menjaga kesehatan fisik dan mental ibu dan bayi dengan pendidikan, nutrisi, kebersihan diri dan proses kelahiran bayi
- 2.2.5.5 Mendeteksi dan menatalaksanakan komplikasi medic, bedah atau obstetric selama kehamilan
- 2.2.5.6 Mengembangkanpersiapan persalinan serta persiapan menghadapi komplikasi

2.2.5.7 Membantu menyiapkan ibu menyusui dengan sukses, menjalankan nifas normal dan merawat anak secara fisik, psikologis dan social. (Marmi, 2011)

2.2.6 Standar ANC

2.2.6.1 Identifikasi Ibu Hamil

Bidan melakukan kunjungan rumah dan berinteraksi dengan masyarakat secara berkala untuk memberikan penyuluhan dan motivasi ibu, suami, anggota keluarga agar ibu memeriksa kehamilannya secara teratur

2.2.6.2 Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal

Bidan memberikan sedikitnya 4 kali pelayanan antenatal. Pemeriksaan meliputi anamnesis dan pemantauan ibu dan janin dengan seksama untuk menilai apakah perkembangan berlangsung normal, bidan juga harus mengenal kehamilan resiko tinggi atau kelainan, khususnya anemia, kurang gizi, hipertensi, PMS/infeksi HIV

2.2.6.3 Palpasi Abdominal

Bidan melakukan pemeriksaan abdominal secara seksama dan melakukan palpasi untuk memperkirakan usia kehamilan, serta bila kehamilan bertambah memeriksa posisi bagian terendah janin dan masuknya kepala janin ke dalam rongga panggul

2.2.6.4 Pengelola Anemia pada Kehamilan

Bidan melakukan tindakan pencegahan, penemuan, penanganan dan atau rujukan semua kasus anemia pada kehamilan sesuai dengan ketentuan yang berlaku

2.2.6.5 Pengelola Dini Hipertensi pada Kehamilan

Bidan menemukan secara dini setiap kenaikan tekanan darah pada

kehamilan dan mengenali tanda serta gejala pre eklampsia lainnya

2.2.6.6 Persiapan Persalinan

Bidan memberikan saran yang tepat kepada ibu hamil, suami serta keluarganya pada trimester tiga, untuk memastikan bahwa persiapan persalinan yang bersih yang bersih dan aman serta suasana yang menyenangkan akan direncanakan dengan baik, disamping persiapan transportasi dan biaya untuk merujuk, bila tiba-tiba terjadi keadaan kunjungan rumah untuk hal ini. (saifuddin, 2006)

2.2.7 Kunjungan Antenatal Care

WHO menganjurkan agar setiap wanita hamil mendapatkan paling sedikit empat kali kunjungan selama periode antenatal :

2.2.7.1 Satu kali kunjungan selama trimester pertama (sebelum usiakehamilan 16 minggu)

2.2.7.2 Satu kali kunjungan selama trimester kedua (usia kehamilan antara 24-28 minggu)

2.2.7.3 Dua kali kunjungan selama trimester tiga (usia kehamilan antara 30-32 minggu dan antara 36-38 minggu)

2.2.8 Jenis kunjungan Antenatal Care(ANC)

2.2.8.1 Kunjungan awal (Indrayani 2011)

Waktu terbaik dalam melakukan kunjungan awal ialah saat wanita tersebut merasakan bahwa dirinya kemungkinan hamil. Biasanya terjadi pada 10 minggu kehamilan, adapun pengkajian data kesehatan ibu hamil pada kunjungan awal meliputi

a. Anamnesis/ data subjektif

Data-data yang dikumpulkan antara lain sebagai berikut:

- 1) Identitas klien: nama, umur, ras/suku, gravid/para, alamat dan nomor telepon, pekerjaan, agama, status perkawinan, dan tanggal anamnesis beserta suami
- 2) menggali riwayat
 - a) Riwayat perkawinan

Hal yang ditanyakan meliputi: berapa kali menikah, usia saat menikah dan berapa lamanya
 - b) Riwayat menstruasi

Hal yang ditanyakan sehubungan menstruasi adalah umur saat menarche. Hal yang ditanyakan meliputi: siklus dan lamanya menstruasi, banyaknya darah yang keluar, menstruasi yang terakhir, dismenorhoe
 - c) Riwayat obstetrik

Hal yang ditanyakan meliputi: Gravid/para dan kehamilan yang lalu
 - d) Riwayat genealogi
 - e) Riwayat keluarga berencana (KB)/Kontrasepsi
 - f) Riwayat kehamilan sekarang
 - (1) Haid pertama haid terakhir (HPHT) dan apakah normal Serta kapan tafsiran persalinan (TP)
 - (2) Gerakan janin

Tanyakan gerakan janin kapan mulai dirasakan, gerakan janin pertamakali dirasakan oleh primigravida sekitar usia kehamilan 18-20 minggu, sedangkan multigravida dapat dirasakan sekitar usia kehamilan 16 minggu.
 - (3) Tanda-tanda bahaya atau penyakit

Menggali tentang tanda-tanda bahaya atau penyulit yang dirasakan oleh ibu. Seperti

perdarahan pervaginam, sakit kepala yang berat, demam, nyeri abdomen yang hebat, bengkak pada muka dan tangan, dan bayi kurang bergerak seperti biasa.

- (4) Keluhan umum
 - (5) Obat yang dikonsumsi
 - (6) Kekhawatiran-khawatiran khusus
 - (7) Imunisasi
- g) Riwayat kesehatan/penyakit yang diderita sekarang dan dulu seperti tidaknya masalah Kardiovaskular, Hipertensi, Diabetes Melitus, Malaria, Penyakit menular seksual, *human immunodeficiency virus(HIV/ acquired immund dificiency syndrome(AIDS)*
- h) Riwayat sosial ekonomi yaitu status perkawinan, respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ibu, dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga, kebiasaan makan dan gizi yang dikonsumsi dengan fokus pada vitamin A dan zat besi, kebiasaan hidup sehat meliputi kebiasaan merokok, minum obat atau alkohol, beban kerja dan kegiatan sehari-hari, tempat melahirkan dan penolong yang diinginkan.
- i) Riwayat seks
- 3) Pemeriksaan fisik/data objektif pemeriksaan fisik umum
- a) Tinggi badan
 - b) Berat badan sebelum hamil
 - c) Berat badan saat hamil
 - d) Lila
 - e) Tanda-tanda vital

- (1) Tekanan darah
 - (2) Nadi
 - (3) Respirasi
 - (4) Suhu
- 4) Pemeriksaan fisik khusus

a) Inspeksi

Pada inspeksi, bidan mengkaji sesuai apa yang dilihat, misalnya pada muka, terlihat pucat, edem atau cloasma gravidarum. Pemeriksaan pada leher menilai adanya pembesaran kelenjar linfe dan thyriod. Pemeriksaan dada menilai bentuk buah dada dan pigmentasi puting susu. Pemeriksaan perut menilai pigmentasi linea alba serta ada tidaknya striae gravidarum. Pemeriksaan vulva menilai keadaan perineum ada tidaknya tanda *chandwick* dan adanya *flour*. Pemeriksaan ekstremitas untuk menilai ada tidaknya edem dan varises.

b) Palpasi

Pada palpasi bidan melakukan pengkajian sesuai dengan yang diraba antara lain :

- (1) Leher: Untuk mengetahui adanya pembesaran kelenjar thyroid dan linfe serta pembengkakkan vena jugularis
- (2) Payudara: Untuk mengetahui adanya massa ataupun pembesaran pembuluh linfe
- (3) Abdomen: untuk mengukur tinggi fundus uteri (TFU) dan palpasi leopld yaitu antara lain:
 - (a) Leopold I: untuk menenukan umur kehamilan, dan bagian teratas janin apakah bokong atau kepala

- (b) Leopold II: untuk menentukan punggung janin dan bagian terkecil janin
 - (c) Leopold III: untuk menentukan presentasi janin atau bagian janin yang berada di segmen bawah uterus atau bagian terbawah janin dan apakah bagian tersebut sudah masuk rongga panggul atau belum.
 - (d) Leopold IV: untuk menentukan seberapa jauh bagian terbawah janin sudah masuk pintu atas panggul
- (4) Tangan dan kaki: untuk mengetahui adanya odem maupun varises

c) Auskultasi

Denyut jantung janin (DJJ) dapat didengar pada umur kehamilan 18-20 minggu ke atas. Hitung denyut jantung janin selama 1 menit (normal: 120-160 kali permenit). Adanya denyut jantung janin merupakan tanda pasti hamil

5) Pemeriksaan panggul

6) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan laboratorium

Wanita hamil diperiksa urinenya untuk mengetahui kadar protein dan glukosa, diperiksa darahnya untuk mengetahui faktor rhesus, golongan darah, Hb, dan penyaki rubella

b) Pemeriksaan *ultrasonography* (USG)

2.1.8.2 Kunjungan Ulang

Menurut Indriyani (2011) kunjungan ulang adalah kunjungan yang dilakukan setelah kunjungan antenatal pertama sampai memasuki persalinan. Kunjungan ulang dijadwalkan setiap 4 minggu sampai usia kehamilan 28

minggu, setiap 2 minggu sampai usia kehamilan 36 minggu, setiap minggu sampai masa persalinan. Akan tetapi jadwal kunjungan itu flexible dengan kunjungan minimal 4 kali. Hal-hal yang perlu diperhatikan pada kunjungan ulang antara lain :

a. Ibu

- 1) Tekanan darah
- 2) Berat badan
- 3) Tanda bahaya (sakit kepala, perubahan visus, sakit abdomen, muntah, perdarahan, ketuban pecah sebelum waktunya)
 - a) Tinggi fundus
 - b) Keadaan serviks
 - c) Ukuran velvik

b. Janin

- 1) Denyut jantung janin (DJJ)
- 2) Ukuran janin (taksiran bera badan janin (TBJ)
- 3) Letak dan presentasi, *engagement* (masuknya kepala)
- 4) Akifitas
- 5) Kembar atau tunggal

c. Laboratorium

- 1) Hemoglobin dan hematokrit
- 2) *Serologic Test for Syphilis* (STS) trimester III diulang
- 3) Kultur untuk *gonococcus*
- 4) Protein dalam urine bila diperlukan.

2.2.9 Pelayanan standar yaitu 10T sesuai dengan kebijakan Departemen Kesehatan, standar minimal pelayanan pada ibu hamil yaitu :

Tabel 2.1
Pelayanan Standar

No	Pelayanan 10T
1	Timbang berat badan dan tinggi badan
2	Tekanan darah
3	Tinggi fundus uteri
4	Tetanus Toxoid
5	Tablet FE (90 tablet)
6	Tes protein
7	Tes reduksi
8	Tes HB
9	Temu wicara
10	Tingkat kebugaran (senam hamil)

2.2.10 Tahap-Tahap Pemeriksaan Pada Kehamilan

2.2.10.1 Mencatat hasil pemeriksaan data subjektif

a. Informasi biodata

Identitas ibu dan suami (Nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat)

b. Keluhan utama

Sadar/tidak akan kemungkinhamil, apakah semata-mata ingin periksa hamil, atau ada keluhan/masalah lain yang dirasakan.

c. Riwayat kehamilan sekarang meliputi :

- 1) HPHT (Hari pertama haid terakhir)
- 2) HPL (Hari perkiraan lahir)
- 3) Gerak janin (kapan mulai dirasakan dan apakah ada perubahan yang terjadi)
- 4) Masalah dan tanda bahaya
- 5) keluhan-keluhan lazim pada kehamilan (seperti mual, pusing, sakit pinggang)

- 6) Penggunaan obat (termasuk jamu)
 - 7) Kekhawatiran lain yang dirasakan
- d. Riwayat obstetri meliputi :
- (Menarche/pertama kali haid, siklus, lamanya, banyak/berapa kali dalam sehari ganti pembalut, bau, konsistensi, *dismenorrhoe*, *flour albus*)
- e. Riwayat kehamilan yang lalu
- 1) Jumlah kehamilan, anak lahir hidup, persalinan aterm, persalinan premature, keguguran atau kegagalan kehamilan, persalinan dengan tindakan, (dengan *forcep*, atau dengan SC)
 - 2) Riwayat perdarahan pada kehamilan, persalinan atau nifas sebelumnya
 - 3) Hipertensi disebabkan kehamilan sekarang atau kehamilan sebelumnya
 - 4) berat bayi sebelumnya <2500 atau >4000 gram
 - 5) masalah-masalah lain yang dialami
- f. Riwayat kesejahteraan termasuk penyakit-penyakit yang dapat dahulu dan sekarang.
- 1) Masalah *kardiovaskular*
 - 2) *Hipertensi*
 - 3) *Diabetes*
 - 4) *Malaria*
 - 5) PMS (penyakit menular seksual)
- g. Riwayat sosial ekonomi
- 1) Status perkawinan
 - 2) Respon orang tua dan keluarga terhadap kehamilan ini
 - 3) Riwayat KB
 - 4) Dukungan keluarga
 - 5) Pengambilan keputusan dalam keluarga

- 6) Kebiasaan makan dan gizi yang dikonsumsi
- 7) Kebiasaan hidup sehat meliputi kebiasaan merokok, dan minum obat atau alkohol
- 8) Beban kerja dan kegiatan sehari-hari
- 9) Tempat melahirkan dan penolong yang diinginkan

2.2.10.2 Mencatat hasil pemeriksaan data objektif/pemeriksaan fisik umum.

- a. Keadaan umum dan tingkat kesadaran
- b. TTV meliputi Tekanan darah, suhu badan, frekuensi nadi, frekuensi nafas)
- c. Berat badan, tinggi badan , lingkar lengan atas
- d. Inspeksi
 - 1) Kepala dan leher (edema diwajah, ikterik pada mata, bibir pucat, leher meliputi pembengkakan seuruh limfe atau pembengkakan kelenjar tiroid)
 - 2) Tangan dan kaki (edema pada jari tangan, kuku jari pucat, varises vena, reflek-reflek)
 - 3) Payudara (ukuran, kesimetrisan, puting payudara : menonjol atau masuk, keluarnya kolustrum atau cairan lain, retraksi)
 - 4) *Abdomen* (Luka operasi, tinggi fundus uteri jika >12 minggu, letak, persentasi, posisi, dan penurunan kepala kalau >36 minggu)
 - 5) Genetalia luar (eksternal)
Varises, perdarahan, luka, cairan yang keluar, pengeluaran, kelenjar *bartholin* : bengkak (*massa*) cairan yang keluar.
 - 6) *Genitalia* dalam (Interna)
serviks meliputi cairan : yang keluar, luka (*lesi*), kelunakan, posisi, mobilisasi, tertutup, atau membuka. Vagina meliputi cairan yang keluar, luka,

dan darah. Ukuran, bentuk, posisi, mobilitas, kelunakan, massa (pada trimester pertama)

e. Palpasi abdomen

Menggunakan cara Leopold dengan langkah sebagai berikut :

1) Leopold I

Bertujuan untuk mengetahui tinggi fundus uteri dan bagian janin yang ada di fundus. Cara pelaksanaan adalah sebagai berikut.

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

Table 2.2
Pemeriksaan tuanya kehamilan berdasarkan TFU

4 minggu	Belum teraba
8 minggu	Dibelakang simfisis
12 minggu	1-2 jari diatas simfisis
16 minggu	Pertengahan simfisis pusat
20 minggu	2-3 jari dibawah pusat
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	2-3 jari diatas pusat
32 minggu	Pertengahan pusat-prx
36 minggu	3 jari dibawah prx/ setinggi pusat
40 minggu	Sama dengan 8 bulan tapi melebar kesamping

2) Leopold II

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada disebelah kanan atau kiri ibu. Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut.

- a) Kedua tangan pemeriksa berada disebelah kanan dan kiri perut ibu
- b) Ketika memeriksa sebelah kanan, maka tangan kanan menahan perut sebelah kiri kearah kanan.
- c) Raba perut sebelah kanan menggunakan tangan kiri, dan rasakan bagian apa yang ada disebelah kanan (jika teraba benda yang rata, tidak teraba bagian kecil, terasa ada tahanan, maka itu adalah punggung bayi, namun jika teraba bagian-bagian yang kecil dan menonjol, maka itu adalah bagian kecil janin).

3) Leopold III

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah uterus. Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut :

- a) Tangan kiri menahan fundus uteri
- b) Tangan kananmeraba bagian yang ada dibagian bawah uterus. Jika teraba benda bulat, melenting, mudah digerakkan, maka itu adalah kepala. Namun jika teraba benda bulat, besar, lunak, tidak melenting, dan susah digerakkan, maka itu adalah bokong janin. Jika dibagian bawah tidak ditemukan kedua bagian seperti diatas, maka pertimbangkang apakah janin dalam letak lintang.

- c) Tangan kanan meraba bagian bawah (jika teraba kepala, goyangkan, jika masih mudah digoyangkan, berarti kepala belum masuk panggul, namun jika tidak dapat digoyangkan, berarti kepala sudah masuk panggul)

4) Leopold IV

Bertujuan untuk mengetahui bagian janin yang ada dibawah dan untuk mengetahui apakah kepala sudah masuk panggul atau belum. Cara pelaksanaannya adalah sebagai berikut :

- a) Pemeriksaan menghadap kaki pasien.
- b) Kedua tangan meraba bagian janin yang ada dibawah.
- c) Jika teraba kepala, tempatkan kedua tangan didua belah pihak yang berlawanan dibagian bawah.
- d) Jika kedua tangan konvergen (dapat saling bertemu) berarti kepala belum masuk panggul.
- e) Jika kedua tangan divergen (tidak saling bertemu) berarti kepala sudah masuk panggul.
- f) Jika memungkinkan dalam palpasi diperkirakan juga taksiran berat janin (meskipun kemungkinan kesalahan juga masih cukup besar) pada kehamilan aterm, perkiraan berat janin dapat menggunakan rumus Johnson-Tossec yaitu :

Jika kepala sudah masuk PAP $(TFU - 11) \times 155$
 $= \dots$ gram,

Jika kepala belum masuk PAP $(TFU - 12) \times 155$
 $= \dots$ gram

f. Auskultasi (bila >18 minggu)

Dengan menggunakan stetoskop kayu, laennec atau alat dopler yang ditempelkan di daerah punggung janin, dihitung frekuensi 5 detik pertama, ketiga, dan ke lima, kemudian dijumlah dan dikalikan 4 untuk memperoleh frekuensi 1 menit. Batas frekuensi denyut jantung normal adalah 120-160/menit. (Dewi, 2012)

g. Pemeriksaan panggul

Untuk pemeriksaan panggul pada wanita hamil dilakukan jika ada indikasi dan pada anak pertama pemeriksaan ini sangat penting untuk mengidentifikasi ada tidaknya panggul sempit. Alat pengukur yang sering digunakan adalah jangkar panggul dari martin ukuran-ukuran yang ditentukan adalah :

- 1) *Distansia spinarum* yaitu jarak *spina iliaca anterium superior* kanan dan kiri dengan ukuran normal sekitar 23-25 cm.
- 2) *Distansia cristarum* yaitu jarak terjauh antara *crista iliaca* terjauh kanan dan kiri antara ukuran normal 26-29 cm bila selisih antara *distansia cristarum* dan *distansi spinarum* < 16 cm, kemungkinan besar adanya kesempitan panggul.
- 3) *Konjugata eksterna* yaitu jarak antara tepi atas *simfisis* dan *prosesus lumbi lima*, dengan ukuran normal 18-20 cm, bila diameter <16 cm kemungkinan terdapat kesempitan panggul.
- 4) Lingkar panggul normalnya 80-90 cm.

h. Pemeriksaan laboratorium

1) Pemeriksaan *Haemoglobin*

dilakukan pada kunjungan ibu hamil yang pertama kali, lalu periksa lagi menjelang persalinan.

Pemeriksaan HB salah satu upaya untuk mendeteksi anemia pada ibu hamil. Diterapkan tiga kategori yaitu

- a) Normal >11,5gr - 12gr
- b) Ringan >10gr – 11gr
- c) Sedang > 8gr – 9gr
- d) Berat <8gr

2) Pemeriksaan protein urine

Pemeriksaan ini berguna untuk mengetahui adanya protein dalam urine ibu hamil. Adapun pemeriksaannya dengan asam asetat 2-3% ditunjukkan pada ibu hamil dengan riwayat tekanan darah tinggi, kaki odem. Pemeriksaan urine protein ini untuk mendeteksi ibu hamil kearah *pre klamsi*.

- a) Negatif : Tidak ada kekeruhan
- b) Positif + : Ada kekeruhan sedikit tanpa butir-butir
- c) Positif ++ : Kekeruhan dan tampak butir-butir
- d) Positif +++ : Kekeruhan dengan berkeping-keping.
- e) Positif ++++ : Bekeping keping besar

3) Pemeriksaan Reduksi urine

Dilakukan pemeriksaan urine reduksi hanya kepada ibu dengan indikasi penyakit gula/DM atau riwayat penyakit gula pada keluarga ibu dan suami. Bila hasil pemeriksaan urine reduksi positif (+) perlu diikuti pemeriksaan gula darah untuk memastikan adanya *Diabetes Melitus Gestasional* (DMG). *Diabetes Melitus Gestasional* pada ibu dapat mengakibatkan adanya penyakit berupa *pre eklamsia*, *polahidramnion*, dan bayi besar.

- a) Negatif : Biru kehijauan
- b) Positif + : Hijau kekuning-kuningan
- c) Positif ++ : Kuning keruh
- d) Positif +++ : Kuning kemerahan
- e) Positif ++++ : Merah Keruh

(Rukiyah, 2014)

2.2.10.3 Mengembangkan perencanaan asuhan yang komprehensif

a. Asuhan pada trimester 3

1) Kebutuhan tes laboratorium.

Selama trimester 3 kebutuhan tes laboratorium terutama adalah tes kadar *hemoglobin*.

2) Makanan

pada trimester 3 sampai usia 40 minggu nafsu makansangat baik, tetapi jangan berlebihan kurangi karbohidrat, tingkatkan protein, sayur-sayuran dan buah-buahan, lemak harus tetap dikonsumsi untuk memperoleh asupan makanan yang sehat, ibu hamil dianjurkan untuk mengolah makanan secara sehat.

3) *Personal hygiene*

a) Perawatan gigi perlu dalam kehamilan karena hanya gigi yang baik menjamin pencernaan yang sempurna.

b) Pakaian gunakan pakaian yang nyaman, tidak terlalu ketat, dan tidak menekan perut

4) Aktifitas seksual

a) Pada kehamilan TM III awal hubungan seksual perlu dihindari atau menggunakan kondom, terutama pada wanita dengan riwayat persalinan premature.

b) Perlu diketahuikeinginan seksual ibu hamil tua sudah berkurang karena berat perut yang

semakin membesar dan tekhniknya pun sudah sulit dilakukan.

- 5) Pola istirahat
 - a) Tidur malam sekitar 8 jam
 - b) Tidur siang sekitar 2 jam
- 6) Persiapan menyusui

Ajari ibu cara perawatan payudara selama kehamilan terutama bagaimana cara menjaga kebersihn areola dan puting susu, jangan lakukan manipulasi pada puting sebelum usia kehamilan mencapai 34 minggu karena hal ini dapat menimbulkan kontraksi.
- 7) Rencana persalinan
 - a) Merencanakan persalinan: tempat, penolong, transportasi, biaya.
 - b) Rencana pengambilan keputusan jika muncul kegawatdadruratan.
 - c) Mempersiapkan transportasi jika muncul kegawatdaruratan, termasuk donor darah.
 - d) Membuat rencana menabung (handout dosen Adetiara Fondarizki, S.Sit, 2013)

2.2.10.4 Terapi pada ibu hamil

Imunisasi TT

Imunisasi selama kehamilan sangat penting dilakukan untuk mencegah penyakit yang bisa menyebabkan kematian ibu dan janin. Jenis imunisasi yang diberikan adalah tetanus *toxoid* (TT) yang dapat mencegah penyakit tetanus. (Dewi, 2012)

Tabel 2.3

Jadwal pemberian imunisasi tetanus *toksoid*

imunisasi	interval	perlindungan
TT1	Selama kunjungan 1	3 tahun
TT2	3 minggu setelah TT1	5 tahun
TT3	6 minggu setelah TT2	10 tahun
TT4	1 tahun setelah TT 2	25 tahun- seumur hidup
TT5	1 tahun setelah TT3	
	1 tahun setelah TT4	

2.2.10.5 Tanda-Tanda Bahaya Pada Kehamilan

- a. Sakit kepala hebat
- b. Penglihatan kabur
- c. Bengkak diwajah dan jari-jari tangan
- d. Nyeri perut hebat
- e. Keluar cairan dan perdarahan pervaginam
- f. Gerakan janin tidak terasa
- g. Hipertensi dalam kehamilan. (Marmi, 2011)

2.3 Konsep Dasar Asuhan Persalinan

2.3.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Ibu Bersalin

2.3.1.1 Pengertian

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan disebut normal apabila prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit atau tanpa bantuan. (Johariyah, 2012)

2.3.1.2 Tanda dan Gejala persalinan

- a. Terjadinya his persalinan lama his berkisar 45-60 detik
- b. Keluarnya lendir bercampur darah pervaginam (*Show*)

- c. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya. Jika ketuban sudah pecah maka ditargetkan persalinan dapat berlangsung dalam 24 jam
- d. Dilatasi dan effacement, pendataran atau pemendekan kanalis servikalis yang semula panjang 1-2 cm menjadi hilang sama sekali, sehingga tinggal hanya ostium yang tipis seperti kertas. (Marmi, 2012)

2.3.1.3 Mekanisme Persalinan Normal

Putaran dan penyesuaian lain yang terjadi pada proses kelahiran manusia. Tujuh gerakan kondisi presentasi puncak kepala pada mekanisme persalinan adalah engagement, descent (penurunan), fleksi, putar paksi dalam, ekstensi, putar paksi luar dan akhirnya kelahiran melalui *ekspulsi*.

a. *Engagement*

Kepala dikatakan telah menancap pada pintu atas panggul apabila diameter biparietal kepala melewati pintu atas panggul. Pada nulipara, hal ini terjadi sebelum persalinan fase aktif dimulai karena otot-otot abdomen masih tegang sehingga bagian presentasi terdorong ke dalam panggul. Pada multipara yang otot-otot abdomennya lebih kendur kepala sering kali tetap dapat digerakkan di atas permukaan panggul sampai persalinan dimulai.

b. *Descent* (Penurunan)

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

Penurunan kepala lebih lanjut terjadi pada kala I dan kala II persalinan. Hal ini disebabkan karena adanya

kontraksi dan retraksi dari segmen atas rahim yang menyebabkan tekanan langsung fundus pada bokong janin. Dalam waktu yang bersamaan terjadi relaksasi dari *segmen* bawah rahim sehingga terjadi penipisan dan dilatasi *serviks*.keadaan ini menyebabkan bayi tedorong ke dalam jalan lahir.

c. *Fleksi*

Dengan majunya kepala biasanya juga fleksi bertambah hingga ubun-ubun kecil jelas lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambahnya fleksi ialah ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir. Fleksi ini disebabkan karena anakdidorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul.

d. Putaran Paksi Dalam

Yang dimaksud dengan putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan memutar ke depan ke bawah *symphisis*. putarak paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul.

e. *Ekstensi*

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai di dasar panggul terjadilah ekstensi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan dan atas sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya.

f. Putar Paksi Luar

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutarkembali ke arah punggung anak untuk

menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam selanjutnya putaran diteruskan hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber *ischadicum*.

g. *Ekspulsi*

Setelah putaran paksi luar bahu depan samai di bawah symphysis dan menjadi *hypomochlion* untuk melahirkan bahu belakang. Kemudian bahu depang menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir (Marmi, 2012).

2.3.1.4 Tahapan persalinan

a. Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung mulai pembukaan 0 cm sampai dengan 10 cm (lengkap). Lamanya kala 1 untuk *primigravida* berlangsung 12 jam sedangkan *multigravida* berlangsung sekitar 8 jam. Dalam kala 1 dibagi menjadi 2 fase :

Fase laten

1) Fase laten adalah berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm. (Tresnawati, 2014)

2) Fase aktif

Fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Berdasarkan kurve friedman, diperhitungkan pembukaan pada *primigravida* 1 cm /jam dan pembukaan *multigravida* 2 cm /jam. (Rohani, 2012)

Fase aktif dibagi 4 fase :

- a) Fase akselerasi : dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- b) Fase dilatasi maksimal : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
- c) Fase deselerasi : pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm (lengkap). (Tresnawati, 2014)

3) Asuhan pada kala 1 :

- a) Memberikan dukungan emosional
- b) pendampingan anggota keluarga selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya
- c) Menghargai keinginan ibu untuk memilih pendamping selama persalinan
- d) Peran aktif anggota keluarga selama persalinan
- e) mengatur posisi ibu sehingga terasa nyaman
- f) memberikan cairan nutrisi dan hidrasi
- g) memberikan keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur dan spontan
- h) Pencegahan infeksi (Marmi, 2012)

b. Kala II

Kala II adalah Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi. Lama kelahiran kala II pada primigravida 2 jam pada multigravida 1 jam.

1) Asuhan pada kala II adalah :

- a) Pendampingan ibu selama proses persalinan sampai kelahiran bayinya oleh suami dan anggota keluarga yang lain.
- b) Keterlibatan anggota keluarga dalam memberikan asuhan.

- c) Keterlibatan penolong persalinan selama proses persalinan dan kelahiran bayi.
- d) Membuat hati ibu merasa tentram selama kala II persalinan.
- e) Menganjurkan ibu meneran bila ada dorongan kuat dan spontan untuk meneran dengan cara memberikan kesempatan istirahat sewaktu tidak ada his.
- f) Mencukupi asupan makan dan minum selama kala II
- g) Memberikan rasa aman dan nyaman.
- h) Pencegahan infeksi pada kala II dengan membersihkan *vulva* dan *perineum* ibu .
- i) Membantu ibu mengosongkan kandung kemih secara spontan.

c. Kala III

Kala III dimulai sejak bayi lahir sampai lahirnya plasenta/uri. Rata-rata lamanya berkisar 15-30 menit (tidak lebih dari 30 menit), baik primipara dan multipara.

1) Fisiologi kala III

Pada kala III persalinan, otot terus menyebabkan berkurangnya ukuran rongga sehingga menyebabkan implantasi, karena tempat implantasi menjadi semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah.

2) Perubahan psikologi kala III

- a) Ibu ingin melihat, menyentuh, dan memeluk bayinya
- b) Merasa gembira, lega, dan bangga akan dirinya dan juga merasa sangat lelah

- c) Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vaginanya perlu dijahit
 - d) Menaruh perhatian pada plasenta (Rohani, 2011)
- 3) Lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda dibawah ini :
- a) Perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri.
 - b) Tali pusat bertambah panjang.
 - c) Terjadi semburan darah secara tiba-tiba perdarahan (bila pelepasan plasenta secara dunchan atau dari pinggir). (Indrayani, 2013)
- 4) Asuhan pada kala III
- a) Memberikan kesempatan pada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera.
 - b) Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan.
 - c) Pencegahan infeksi pada kala III
 - d) Memantau keadaan ibu (Tanda-tanda vital, kontraksi, perdarahan)
 - e) Melakukan kolaborasi atau rujukan bila terjadi kegawatdaruratan.
 - f) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi.
 - g) Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III. (Marmi, 2012)

MAK III

Adalah penatalaksanaan secara aktif pada kala III (pengeluaran aktif plasenta) untuk membantu menghindarkan terjadinya perdarahan pasca persalinan.

Tujuan Penatalaksanaan aktif Kala III adalah

- 1) Menghasilkan kontraksi *uterus* lebih efektif

- 2) Membantu secara aktif pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap

d. Kala IV

Kala IV dimulai setelah plasenta lahir, ibu sudah dalam keadaan aman dan nyaman dan akan dilakukan pemantauan selama 2 jam. Penting untuk berada disamping ibu dan bayinya selama 2 jam pasca persalinan.

1) Selama 2 jam pertama pasca persalinan :

- a) pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus uteri, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua kala empat.
- b) pantau temperatur tubuh setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.
- c) Nilai perdarahan. Periksa *perineum* dan vagina setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua pada kala empat.
- d) Massase uterus untuk membuat kontraksi uterus menjadi baik setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama satu jam kedua. (JNPK-KR, 2008)

2) Asuhan pada kala IV

- a) Lakukan rangsangan taktil uterus untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat
- b) Evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan dan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya fundus uteri setinggi pusat atau beberapa jari diatas pusat.

Sebagai contoh, hasil pemeriksaan ditulis : “dua jari dibawah pusat”

- c) Memperkirakan kehilangan darah secara keseluruhan
- d) periksa kemungkinan perdarahan dan robekan
- e) Evaluasi keadaan umum ibu
- f) Dokumentasi semua asuhan dan temuan selama persalinan kala IV dibelakang partograf, segera setelah asuhan diberikan atau setelah penilaiandilakukan(Indrayani, 2013)

2.3.1.5 Aspek 5 benang merah dalam asuhan persalinan normal yang harus diperhatikan oleh bidan adalah asuhan sayang ibu, pencegahan infeksi, pengambilan keputusan klinik, pencatatan dan rujukan.

a. Membuat keputusan klinik

Membuat keputusan klinik adalah proses pemecahan masalah yang akan digunakan untuk merencanakan asuhan bagi ibu dan bayi baru lahir. Langkah-langkah dalam proses pengambilan keputusan klinik, yaitu :

- 1) Pengumpulan data
- 2) diagnosis
- 3) penatalaksanaan asuhan atau perawatan
- 4) evaluasi

b. Asuhan sayang ibu dan sayang bayi

Asuhan sayang ibu adalah asuhan dengan prinsip saling menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan dari pasien. Salah satu prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikutsertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi.

c. Pencegahan Infeksi

Tindakan pencegahan infeksi (PI) merupakan komponen yang tidak terpisahkan dengan tindakan-tindakan dalam asuhan selama persalinan dan kelahiran bayi.

- 1) Mencuci tangan
- 2) Memakai sarung tangan
- 3) Memakai perlengkapan perlindungan diri (celemek, kaca mata, sepatu tertutup)
- 4) Menggunakan aseptis dan teknik aseptik
- 5) Memproses alat bekas pakai

d. Pencatatan (Rekam medik)

Catat setiap asuhan yang sudah di berikan kepada ibu maupun bayi.

e. Rujukan

Tindakan rujukan dalam kondisi optimal dan tepat waktu ke fasilitas kesehatan rujukan atau yang memiliki sarana lebih lengkap (bidan, alat, keluarga, surat, obat, kendaraan, uang). (Indrayani, 2013)

2.3.2 Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan.

2.3.2.1 Passage

Passage adalah untuk mengetahui mekanisme persalinan, terlebih dahulu harus memahami panggul wanita yang memegang peranan penting dalam persalinan, Bagian panggul wanita terdiri dari :Bagian keras yang di bentuk oleh 4 buah tulang, yaitu : 2 pangkal paha (*os coxae*), 1 tulang kelangkang (*os sacrum*), 1 tulang tungging (*os occygis*). Bagian lunak: *diafragma pelvis*, dibentuk oleh Pars *muskularis levator ani*, Pars membranasea, *Regio perineum*.

a. Pintu atas panggul (PAP)

PAP merupakan bulatan oval dengan panjang kesamping dan dibatasi oleh : *promotorium*, sayap *os sacrum*, linea terminalis kanan dan kiri, ramus superior ossis pubis kanan dan kiri, pinggir atas simfisis.

Pada PAP di tentukan tiga ukuran penting, yaitu : konjugata vera panjangnya sekitar 11 cm rumusnya konjugata vera (CV) = CD - 1, 5 cm. Konjugata diagonalis jarak antara kedua line terminalis (12, 5). Konjugata *oblique* jarak antara *arikulasio sacroiliaca* menuju *tuberkulum pubikum* yang bertentangan, kedua ukuran ini tidak bisa di ukur pada wanita yang masih hidup.

b. Bidang Luas Panggul

Panggul wanita membentang antara pertengahan *simfisis* menuju pertemuan *os sacrum* kedua dan ketiga, ukuran muka belakangnya = 12, 75 cm dan ukuran melintang 12, 5 cm.

c. Bidang Sempit Panggul

Bidang sempit panggul mempunyai ukuran terkecil jalan lahir, membentang setinggi tepi bawah *simfisis* menuju kedua *spina ischiadika* dan memotong tulang *os sacrum* setinggi 1 - 2 cm diatas ujungnya. Ukuran muka belakangnya 11, 5 cm dan ukuran melintangnya sebesar 10 cm.

d. Pintu Bawah Panggul

Ukuran-ukuran pintu bawah panggul adalah : ukuran muka belakang, tepi bawah *simfisis* menuju tulang *os sacrum* 11, 5 cm. Ukuran melintang, jarak antara kedua *tuber os ischiadika* kanan dan kiri sebesar 10,5 cm.

Diameter *sagitalis posterior*, ujung tulang kelangkang kepertengahan ukuran melintang (7, 5 cm).

e. Sumbu Panggul atau Sumbu Jalan Lahir

Jalan lahir merupakan silinder yang melengkung kedepan, dari pintu atas panggul sampai menjadi pintu bawah panggul dengan perbedaan panjang 4, 5 cm dibagian depan dan 12, 5 cm dibagian belakang.

f. Sistem Bidang *Hodge*

HI : bidang yang sama dengan PAP

HII : bidang sejajar dengan HI setinggi tepi bawahsimfisis

HIII :bidang sejajar dengan HI setinggi spina *ischiadika*

HIV : bidang sejajar dengan HI setinggi ujung os *cocxygis*.

2.3.2.2 *Power* (His dan Tenaga ibu)

Kekuatan his atau kontraksi dan kekuatan mengejan ibu sangat penting dalam proses persalinan.

Sifat His yang sempurna dan efektif :

- a. Adanya koordinasi dari gelombang kontraksi, sehingga kontraksi simetris
- b. Kontraksi paling kuat atau adanya dominasi di *fundus uteri*
- c. Sesudah tiap his, otot-otot *korpus uteri* menjadi lebih pendek dari sebelumnya, sehingga *servik* tertarik dan membuka karena *servik* kurang mengandung otot.

Pembagian his dan sifat-sifatnya :

- a. His pendahuluan, his tidak kuat dan tidak teratur, menyebabkan “*show*”.

- b. His pembukaan (kala 1), his pembukaan *serviks* sampai terjadi pembukaan lengkap 10 cm, his mulai kuat teratur dan sakit.
- c. His pengeluaran atau his mendedan (kala 2)
- d. His pelepasan uri (kala 3)
- e. His pengiring (kala 4). (Indrayani, 2013)

2.3.2.3 *Passanger*

Kepala janin merupakan bagian yang paling besar dan keras daripada bagian-bagian lain janin yang akan dilahirkan. Janin dapat memengaruhi jalannya persalinan dengan besarnya dan posisi kepala.

a. Kepala janin

Berbagai posisi kepala janin dalam kondisi defleksi dengan lingkaran yang melalui jalan lahir bertambah panjang sehingga menimbulkan masalah. Kedudukan rangkap yang paling berbahaya adalah antara kepala dan tali pusat, sehingga makin turun kepala makin terjepit tali pusat, menyebabkan *asfiksia* sampai kematian janin dalam rahim.

Kepala janin (bayi) merupakan bagian penting dalam proses persalinan dan memiliki ciri sebagai berikut :

- 1) Bentuk kepala oval, sehingga setelah bagian besarnya lahir, maka bagian lainnya lebih mudah lahir
- 2) Persendian kepala terbentuk kugel, sehingga dapat digerakan kesegala arah dan memberikan kemungkinan untuk melakukan putaran paksi dalam
- 3) Letak persendian kepala sedikit ke belakang, sehingga kepala melakukan fleksi untuk putaran paksi dalam.

Kepala janin mempunyai kemampuan untuk berubah bentuk yang disebut dengan *moulase*.

b. Badan janin

Ukuran badan janin yang lain :

- 1) Lebar bahu : jarak antara kedua *akromion* (12 cm)
- 2) Lingkar bahu (34 cm)
- 3) Lebar bokong, diameter *intertrokantrika* (12 cm)
- 4) Lingkar bokong (27 cm). (Indrayani, 2013)

2.3.2.4 Psikologi ibu

Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu memperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung. Tindakan mengupayakan rasa nyaman dengan menciptakan suasana nyaman, memberikan sentuhan dan *massase* punggung.

2.3.2.5 Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Dalam hal ini proses persalinan tergantung dari kemampuan atau keterampilan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

2.3.2.6 Posisi persalinan

Posisi yang aman saat persalinan yaitu :

- a. Posisi duduk atau setengah duduk agar lebih mudah bagi Bidan untuk membimbing kelahiran kepala bayi dan mengamati/menyokong perineum
- b. Posisi merangkak, baik untuk persalinan dengan punggung yang sakit, membantu bayi melakukan rotasi, peregangan minimal pada *perineum*
- c. Berjongkok atau berdiri, membantu penurunan kepala bayi, memperbesar ukuran panggul dan memperbesar

- dorongan untuk meneran (dapat memberi kontribusi pada *laserasi*)
- d. Berbaring miring ke kiri, memberi rasa santai bagi ibu yang letih, memberi oksigenisasi yang baik bagi bayi dan membantu mencegah terjadinya *laserasi*.
 - e. Posisi terlentang atau *litotomi* tidak dianjurkan pada saat bersalin, dengan alasan :
 - 1) Dapat menyebabkan *hipotensi* yang mengakibatkan ibu pingsan dan hilangnya suplai oksigen bagi bayi.
 - 2) Dapat menambah rasa sakit
 - 3) Dapat memperlama proses persalinan
 - 4) Lebih sulit bagi ibu untuk melakukan pernafasan
 - 5) Mempersulit berkemih atau *defekasi*
 - 6) Membatasi pergerakan ibu
 - 7) Mempersulit proses meneran
 - 8) Dapat menambah kemungkinan terjadinya *laserasi* pada perineum
 - 9) Dapat menimbulkan kerusakan saraf pada kaki dan punggung. (Johariyah, 2012)

2.3.2.7 Langkah-langkah Asuhan Persalinan Normal, standar 60 langkah asuhan persalinan normal, Berdasarkan Buku Acuan Pelatihan Asuhan Persalinan Normal (2012) standar 60 langkah APN sebagai berikut :

Tabel 2. 4
Standar 60 Langkah APN

NO	KEGIATAN
I. Mengenali Gejala dan Tanda Kala II	
1.	a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina

	<p>c) Perineum menonjol</p> <p>d) Vulva-vagina dan springter ani membuka</p>
II. menyiapkan Pertolongan Persalinan	
2.	Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oxytocin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3.	Memakai alat perlindungan diri seperti memakai celemek plastic, topi, masker, kaca mata, sepatu tertutup.
4.	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/pribadi yang bersih.
5.	Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk pemeriksaan dalam.
6.	Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (dengan menggunakan sarung tangan DTT atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah DTT atau steril tanpa mendekontaminasi tabung suntik.
III. Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin Baik	
7.	Membersihkan vulva dan perineum, menyeka dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa 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 kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi.
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 kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit lalu mencuci tangan
10.	Memeriksa denyut Jantung Janin (DJJ). Setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-180x/menit) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
IV. Menyiapkan Ibu & keluarga untuk membantu proses pimpinan persalinan	
11.	Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu dalam posisi yang nyaman sesuai keinginan. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
12.	Meminta bantuan kepada keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran
13.	Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran : <ul style="list-style-type: none"> - Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran. - Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran - Anjurkan ibu beristirahat di antara kontraksi - Berikan asupan cairan peroral
14.	Menganjurkan ibu untuk berjalan, jongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit.
V. Persiapan Pertolongan Persalinan	

15.	Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
16.	Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
17.	Membuka partus set.
18.	Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
VI. Menolong Kelahiran Bayi	
19.	<p>Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.</p> <p>Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kassa yang bersih</p>
20.	<p>Memeriksa lilitan tali pusat</p> <p>a. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.</p> <p>b. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.</p>
21.	Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22.	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya kearah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik kearah atas luar untuk melahirkan bahu posterior.
23.	Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah kearah 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 dan lengan lahir, telusuri tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangga saat punggung dan kaki lahir. Pegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati dan bantu kelahiran kaki.
VII. 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, letakkan bayi ditempat yang memungkinkan)
26.	Segera mengeringkan badan bayi, dan membungkus kepala bayi menggunakan topi.
27.	Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua
28.	Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik disuntik
29.	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.
30.	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 (kearah ibu)
31	Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.

32.	Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI.
33.	Memindahkan klem pada tali pusat 5-10 cm ke depan perineum.
34.	Meletakkan satu tangan diatas perut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan gunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
35.	Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan peregangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah atas dan belakang (Dorsokranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversion uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30- 40 detik, hentikan peregangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsang puting susu.
36.	<p>Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat kearah bawah dan kemudian kearah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.</p> <p>a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva.</p> <p>b. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan peregangan tali pusat selama 15 menit. Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM, nilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jikaperlu.</p>
37.	Jika plasenta terlihat di introitus vagina, lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati, memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan lahirkan selaput ketuban tersebut.

38.	Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan massase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).
VIII. Menilai Perdarahan	
39.	Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh.
40.	Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
41.	Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
42.	Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit lalu mencuci tangan.
IX. Melakukan Prosedur Pasca Persalinan.	
43.	Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan serta cek kandung kemih.
44.	Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan massase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
45.	Mengevaluasi kehilangan darah.
46.	Memeriksa tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama sejam kedua pasca persalinan.
47.	Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih dan kering.

48.	Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas semua peralatan setelah dekontaminasi.
49.	Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
50.	Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan cairan ketuban, lender, darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
51.	Memastikan bahwa ibu nyaman, membantu ibu memberikan ASI, menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
52.	Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
53.	Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54.	Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
55.	Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi
56.	Dalam satu jam pertama, beri salep mata, vitamin K1 mg IM dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, cek pernafasan dan suhu tubuh bayi.
57.	Setelah satu jam pemberian vit K berikan suntikan immunisasi Hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
58.	Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan

	klorin 0,5 % selama 10 menit.
59.	Cuci kedua tangan dengan sabun dengan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk pribadi yang bersih dan kering.
60.	Lengkapi partograf

Sumber: JNPK-KR (2012)

2.3.3 Patograf

Adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama dari penggunaan patograf adalah untuk :

2.3.3.1 Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui periksa dalam.

2.3.3.2 Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.

2.3.3.3 Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan *medikamentosa* yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam ibu bersalin dan Bayi Baru Lahir. (Sarwono, 2009)

Jika digunakan secara tepat dan konsisten, patograf akan membantu penolong persalinan untuk

2.3.3.1. Mencatat kemajuan persalinan

2.3.3.2. Mencatat kondisi ibu dan janinnya

2.3.3.3. Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran

2.3.3.4. Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan

2.3.3.5. Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu

2.4 Konsep Dasar Asuhan Masa Nifas

2.5.1 Konsep Dasar Asuhan pada Masa Nifas

2.5.1.1 Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. (Saleha, 2009)

2.5.1.2 Tujuan Asuhan Nifas

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologi
- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan dini, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi pada bayi dan perawatan bayi sehat
- d. Memberikan pelayanan KB
- e. Mendapatkan kesehatan emosi. (Ambarwati, 2009)

2.5.1.3 Tahapan Dalam Masa Nifas

- a. Puerperium dini (immediate puerperium) : waktu 0-24 jam postpartum. Yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- b. *Puerperium Intermedial (early puerperium)* :kepuhian menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.

- c. Remote puerperium, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan kembali sehat sempurna, terutama jika selama hamil atau sewaktu persalinan timbul komplikasi. Waktu untuk mencapai kondisi sehat sempurna dapat berminggu-minggu, bulanan, atau tahunan (Mochtar, 2013)

2.5.1.4 Peran Dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas

- a. Mendukung dan memantau kesehatan fisik ibu dan bayi
- b. Mendukung dan memantau kesehatan psikologis, emosi, sosial serta memberikan semangat kepada ibu
- c. Membantu ibu dalam menyusui bayinya
- d. Membangun kepercayaan diri ibu dalam perannya sebagai ibu
- e. Mendukung pendidikan kesehatan termasuk pendidikan dalam perannya sebagai orang tua.
- f. Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
- g. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenai tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman.
- h. Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnose dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
- i. Memberikan asuhan secara professional. (Lockhart, 2014)

2.5.1.5 Standar asuhan masa nifas

Menurut pengurus pusa ikatan bidan indonesia (IBI) (jakarta, 2006)

- a. Standar 14: Penanganan pada dua jam pertama setelah persalinan bidan melakukan pemanauan ibu dan bayi terhadap terjadinya komplikasi dalam dua jam setelah persalinan, serta melakukan tindakan yang diperlukan,. Disamping itu, bidan memberikan penjelasan tentang hal-hal yang mempercepat pulihnya kesehatan ibu dan membantu ibu untuk memulai pemberian air susu ibu (ASI)
- b. Standar 15: pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas bidan memberikan pelayanan selama masa nifas melalui kunjungan rumah pada hari ketiga, minggu kedua dan minggu ke enam setelah persalinan, untuk membantu proses persalinan ibu dan bayi melalui penanganan tali pusat yang benar, penemuan dini penanganan atau rujukan komplikasi yang mungkin terjadi pada masa nifas, serta memberikan penjelasan tentang kesehatan secara umum, kebersihan perorangan, makanan yang bergizi, perawatan bayi baru lahir, pemberian ASI, imunisasi, dan KB

Tabel 2.5
Asuhan Kunjungan Masa Nifas Normal

KUNJUNGAN	WAKTU	ASUHAN
I	6-8 Jam PP	a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri b. Pemantauan keadaan umum ibu c. Melakukan hubungan antara bayi dan ibu d. ASI eksklusif

II	6 Hari PP	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal b. Menilai adanya tanda- tanda demam, infeksi dan perdarahan Abnormal c. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup d. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
III	2 Minggu PP	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus dan tidak ada tanda- tanda perdarahan abnormal b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan Abnormal c. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup d. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
IV	6 Minggu PP	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami b. Memberikan konseling untuk KB secara dini, Imunisasi, senam nifas, dan tanda - tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.

sumber : (Ambarwati, 2009)

2.5.2 Proses Laktasi Dan Menyusui

Dikenal juga dengan istilah inisiasi menyusui dini, dimana asi baru akan keluar setelah ari-ari atau plasenta lepas. Plasenta mengandung hormon penghambat prolaktin (hormon plasenta) yang menghambat pembentukan asi. Umumnya ASI keluar 2-3 hari setelah melahirkan. Namun, sebelumnya di payudara sudah terbentuk kolostrum yang baik sekali untuk bayi, karena mengandung zat kaya gizi dan antibodi pembunuh kuman. (Saleha, 2009)

2.5.3 Tanda-tanda bahwa bayi telah berada pada posisi yang baik pada payudara:

2.5.3.1 Tubuh bagian depan bayi menempel pada tubuh ibu

2.5.3.2 Dagu ibu menempel pada payudara

2.5.3.3 Dagu bayi menempel pada dada ibu yang berada didasar payudara (bagian bawah)

2.5.3.4 Telinga bayi berda dalam satu garis dengan leher dan lengan bayi

2.5.3.5 Mulut bayi terbuka dengan bibir bawah yang terbuka

2.5.3.6 Sebagian besar areola tidak tampak

2.5.3.7 Bayi menghisap dalam dan perlahan

2.5.3.8 Bayi puas dan tenang pada akhir menyusui

2.5.3.9 Terkadang terdengar suara bayi menelan

2.5.3.10 Puting susu tidak terasa sakit atau lecet. (Ambarwati, 2009)

2.5.4 Manfaat pemberian ASI

2.5.4.1 Manfaat untuk bayi

a. Komposisi sesuai kebutuhan

b. Kalori dari ASI memenuhi kebutuhan bayi sampai usia 6 bulan

c. ASI mengandung zat pelindung

d. Menunjang perkembangan kognitif

e. Menunjang perkembangan penglihatan

f. Memperkuat ikatan batin antara ibu dan anak

g. Dasar untuk perkembangan emosi yang hangat

h. Dasar untuk perkembangan kepribadian yang percaya diri. (Saleha, 2009)

2.5.4.2 Manfaat untuk ibu

a. Mencegah perdarahan pasca persalinan dan mempercepat kembalinya rahim ke bentuk semula

- b. Mencegah anemia defisiensi zat besi
- c. Mempercepat ibu kembali keberat badan sebelum hamil
- d. Menunda kesuburan
- e. Menimbulkan perasaan yang dibutuhkan
- f. Mengurangi kemungkinan kanker payudara dan ovarium. (Saleha, 2009)

2.5.5 Perubahan Fisiologis Masa Nifas

2.5.5.1 Perubahan system reproduksi

- a. Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 60 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

Tabel 2.6

Perubahan Uterus Masa Nifas

Involusi Uteri	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi Pusat, 2 jari dibawah pusat	1000 gr
1 minggu	Pertengahan antara pusat dan symphisis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	350 gr
6 minggu	Normal	60 gr

Sumber : (Saleha, 2009)

- b. *Lochea* adalah *ekresi* cairan rahim selama masa nifas. *Lochea* mengandung darah dan sisa jaringan *desidua* yang *nekrotik* dari dalam uterus. Proses keluarnya darah nifas atau lochea terdiri atas empat tahapan :
 - 1) *Lochea rubra* atau merah (*kruenta*), *lochea* ini muncul pada hari 1-4 masa post partum. Cairan

yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar.

- 2) *Lochea Sanguinolenta*, cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. 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*. Muncul pada hari ke 7 sampai hari ke 14 *post partum*.
- 4) *Lochea Alba* atau putih, mengandung leukosit, sel desidua, sel *epitel*, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. *Lochea alba* bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu post partum.

c. *Serviks*

Serviks mengalami *involutio* bersama-sama dengan uterus. Warna *serviks* sendiri, merah kehitam-hitaman karena pembuluh darah. konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi atau perlukaan kecil. karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, *serviks* tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil.

d. Vulva dan Vagina

vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu post partum.

2.5.5.2 Perubahan system pencernaan

Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon

menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (*dehidrasi*), kurang makan, *haemorroid*, laserasi jalan lahir.

2.5.5.3 Perubahan system perkemihan

Hari pertama biasanya ibu mengalami kesulitan buang air kecil, selain khawatir nyeri jahitan juga karena penyempitan saluran kencing akibat penekanan kepala bayi saat proses persalinan. (Ambarwati, 2009)

2.5.6 Perubahan Psikologis Masa Nifas

2.5.6.1 Fase *Takin In*

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, focus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri.

2.5.6.2 Fase *Taking Hold*

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase *taking hold*, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Selain itu perasaan-nya sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati.

2.5.6.3 Fase *letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya.

2.5.7 Deteksi dini masa nifas dan penyakit masa nifas

2.5.7.1 Perdarahan *pospartum primer*

adalah mencakup semua kejadian perdarahan dalam 24 jam setelah kelahiran.

2.5.7.2 Perdarahan *pospartum sekunder*

Adalah mencakup semua kejadian PPH yang terjadi antara 24 jam setelah kelahiran bayi dan 6 minggu masa postpartum.

2.5.7.3 Sakit kepala, nyeri *epigastrik*, penglihatan kabur.

2.5.7.4 Pembengkakan di wajah atau ekstremitas.

2.5.7.5 Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih

2.5.8 Kebutuhan Dasar Masa Nifas

2.5.8.1 Nutrisi dan cairan

- a. Sumber tenaga (*energy*) yang diperlukan untuk pembakaran tubuh dan pembentukan jaringan baru. Karbohidrat berasal dari padi-padian, kentang, umbi, jagung, sagu, tepung roti, mie dan lain-lain. Lemak bisa diambil dari hewani dan nabati.
- b. Protein diperlukan untuk pertumbuhan dan pergantian sel-sel yang rusak atau mati. Sumber protein dapat diperoleh dari hewani (telur, daging, ikan, udang, kerang, susu, dan keju) dan protein nabati (tahu, tempe, kacang-kacangan).
- c. Ibu menyusui minum air sedikitnya 3 liter setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setiap kali habis menyusui). Sumber zat pengatur dan pelindung biasa diperoleh dari semua jenis sayuran dan buah - buahan segar.

2.5.8.2 Ambulasi Dini

Early ambulation adalah kebijakan untuk secepat mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin berjalan. Klien sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post Partum.

2.5.8.3 Eliminasi

a. Miksi

Miksi disebut normal bila dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam.

b. Defekasi

Biasanya 2-3 hari post Partum masih sulit buang air besar. Jika klien pada hari ke tiga belum juga buang air besar maka diberikan laksan *supositoria* dan minum air hangat. (Ambarwati, 2009)

2.5.8.4 Menjaga kebersihan diri

Menjaga kebersihan diri secara keseluruhan untuk menghindari infeksi, baik pada luka jahitan maupun kulit.

a. Kebersihan genitalia

Anjurkan ibu untuk membersihkan alat genetaliaanya dengan menggunakan air bersih, membersihkan daerah vulva terlebih dahulu dilanjutkan dengan sekitar anus. Keringkan dulu sebelum memakaikan pembalut, dan gentilah pembalut minimal 3 kali sehari.

b. Pakaian

Sebaiknya pakaian terbuat dari bahan yang mudah menyerap keringat karena produksi keringat pada ibu nifas akan lebih banyak. Sebaiknya menggunakan pakaian yang longgar dibagian dada, sehingga payudara tidak tertekan dan kering. Demikian juga dengan

pakaian dalam, agar tidak terjadi iritasi pada daerah sekitarnya akibat *lochea*.

c. Perawatan payudara

Anjurkan ibu untuk membersihkan puting susunya sebelum menyusui bayinya, lakukan perawatan payudara rutin agar tidak terjadi pembengkakan akibat bendungan ASI.

2.5.8.5 Istirahat

Untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, usahakan untuk rileks dan istirahat yang cukup, terutama saat bayi sedang tidur. Meminta bantuan suami atau keluarga yang lain jika ibu merasa lelah. Putarkan dan dengarkan lagu-lagu klasik pada saat ibu dan bayi istirahat untuk menghilangkan tegang dan lelah.

2.5.8.6 Seksual

Secara fisik, aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa ada rasa nyeri. Begitu ibu merasa aman untuk melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

2.5.8.7 Rencana Akseptor Keluarga Berencana

Pemilihan kontrasepsi harus sudah dipertimbangkan pada masa nifas. Apabila hendak memakai kontrasepsi yang mengandung *hormone*, harus menggunakan obat yang tidak mengganggu produksi ASI.

2.5.8.8 Senam nifas

Latihan senam nifas dapat diberikan hari ke dua.

- a. Ibu terlentang lalu kedua kaki ditekuk, kedua tangan ditaruh diatas dan menekan perut. Lakukan pernapasan dada lalu pernapasan perut

- b. Dengan posisi yang sama, angkat bokong lalu taruh kembali. Kedua kaki diluruskan dan disilangkan lalu kencangkan otot seperti menahan miksi dan defekasi.
- c. Duduklah pada kursi, perlahan bungkukan badan sambil tangan berusaha menyentuh tumit. (Anggraini, 2010)

2.4 Konsep Dasar Asuhan Bayi Baru Lahir

2.4.1 Pengertian Bayi Baru Lahir

Yang dimaksud dengan Bayi Baru Lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram (Sondakh, 2013).

2.4.2 Ciri-ciri bayi baru lahir normal yaitu :

- 2.4.2.1 Berat badan 2500-4000 gram.
- 2.4.2.2 Panjang badan 48-50 cm
- 2.4.2.3 Lingkar dada bayi 32-34 cm
- 2.4.2.4 Lingkar kepala 33-35 cm.
- 2.4.2.5 Frekuensi jantung pertama \pm 180x/menit, kemudian turun sampai 140-120x/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
- 2.4.2.6 Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80x/menit disertai pernafasan *cuping* hidung, retraksi *suprasternal* dan *interkostal*, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
- 2.4.2.7 Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup.
- 2.4.2.8 Rambut *lanugo* tidak terlihat.
- 2.4.2.9 Rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 2.4.2.10 Kuku agak panjang dan lemas.

- 2.4.2.11 Genitalia perempuan *labiamayora* sudah menutupi labia *minora*, Genetalia laki-laki *testis* sudah turun, *skrotum* sudah ada.
 - 2.4.2.12 Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
 - 2.4.2.13 Refleks *moro* atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
 - 2.4.2.14 Refleks *graps* atau menggenggam sudah baik.
 - 2.4.2.15 Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Sondakh, 2013)
- 2.4.3 Tanda-tanda bahaya bayi baru lahir seperti:
- 2.4.3.1 Pernapasan sulit atau > 60x/menit.
 - 2.4.3.2 Terlalu hangat (>38oC) atau terlalu dingin (<36oC).
 - 2.4.3.3 Kulit bayi kering, pucat, atau memar.
 - 2.4.3.4 Isapan saat menyusu lemah, rewel, muntah.
 - 2.4.3.5 Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan berbau busuk, berdarah.
 - 2.4.3.6 Tidak BAB dalam tiga hari, tidak BAK dalam 24 jam. Feses lembek, atau cair, terdapat lendir atau berdarah.
 - 2.4.3.7 Mengigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, hingga tidak tenang (Deslidel, 2012).
- 2.4.4 Standar Asuhan Bayi Baru Lahir
- 2.4.4.1 Perawatan Bayi Baru Lahir
- Bidan memeriksa dan menilai bayi baru lahir untuk memastikan pernafasan spontan mencegah hipoksia sekunder, menemukan kelainan, dan melakukan tindakan atau merujuk sesuai dengan kebutuhan, bidan juga harus mencegah dan menangani hipotermia

2.4.5 Kunjungan neonatus

Tabel 2.7

Kunjungan neonatus

kunjungan	waktu	penatalaksanaan
1	6-48 jam setelah bayi lahir	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan suhu tubuh bayi Hindari memandikan bayi hingga sedikitnya 6 jam dan hanya setelah itu jika tidak terjadi masalah medis dan jika suhunya 36,6°C, bungkus bayi dengan kain yang kering dan hangat, kepala bayi harus tertutup 2. Pemeriksaan fisik bayi 3. Di lakukan 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 danya sumbing, refleks hisap, dilihat pada saat menyusui f. Leher: Pembengkakkan, Gumpalan g. Dada: Bentuk, Puting, Bunyi nafas, Bunyi jantung h. Bahu lengan dan tangan: Gerakan normal, Jumlah jari i. System syaraf: Adanya refleks moro j. Perut: Bentuk, Benjolan sekitar tali pusat pada saat menangis, perdarahan tali pusat? Tiga pembuluh, Lembek (pada saat tidak menangis, Tonjolan k. Kelamin laki-laki: Testis berada

		<p>dalam skrotum, penis berlubang pada letak ujung lubang</p> <p>l. Kelamin perempuan: Vagina berlubang, Uretra berlubang, Labia minor, dan Labia mayor</p> <p>m. Tungkai dan kaki: Gerak normal, Tampak normal, Jumlah jari</p> <p>n. Punggung dan anus: Pembengkakan atau cekungan, Ada anus atau lubang</p> <p>o. Kulit: Verniks, Warna, Pembengkakan atau bercak hitam tanda-tanda lahir</p> <p>p. Konseling: Jaga kesehatan, Pemberian ASI, Perawatan tali pusat, Agar ibu mengawasi tanda-tanda bahaya</p> <p>q. Tanda-tanda bahaya yang harus dikenali ibu: Pemberian ASI sulit, sulit mengisap 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, Gangguan gastro internal misalnya tidak bertinja selama 3 hari, muntah terus menerus, perut membengkak, tinja hijau dan tua dan darah berlendir, Mata bengkak atau mengeluarkan cairan</p> <p>r. Lakukan perawatan tali pusat pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan dengan kain</p>
--	--	---

		<p>bersih secara longgar, lipatlah popok dibawah tali pusat, jika tali pusat terkena kotoran tinja, cuci dengan sabun dan air bersih dan keringkan dengan air bersih</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Gunakan tempat yang hangat dan bersih 5. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan pemeriksaan 6. Memberikan Imunisasi HB-0
2	Kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah bayi lahir	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga tali pusat agar tetap kering 2. Menjaga kebersihan bayi 3. Memeriksa tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare 4. Memberikan ASI bayi harus disusukan minimal 10-15kali dalam 24 jam dalam 2 minggu pasca persalinan 5. Menjaga keamanan bayi 6. Menjaga suhu tubuh bayi 7. Konseling terhadap ibu dan keluarga unuk memberikan ASI eksklusif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan buku KIA 8. Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan.
3	Hari ke-8 sampai dengan hari ke 28 setelah lahir	<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, 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 pemberian ASI eksklusif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan buku KIA 8. Pengamanan dan rujukan kasus bila diperlukan.
--	--	--

2.4.6 Nilai Apgar

Nilai apgar merupakan alat yang dikembangkan untuk mengkaji kondisi fisik bayi pada saat kelahiran. Lima dimensi-denyut jantung, upaya napas, tonus otot, respons terhadap rangsangan, dan warna-diberi nilai nol, satu, atau dua. Oleh sebab itu, nilai maksimum adalah 10 (Marmi, 2012).

Tabel 2.8
Tanda APGAR

Tanda	Nilai : 0	Nilai : 1	Nilai : 2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i> (denyut jantung)	Tidak ada	<100	>100
<i>Grimace</i> (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Activity</i> (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
<i>Respiration</i> (pernapasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber : (Marmiet *al.* , 2012)

Interpretasi:

Nilai 1-3 asfiksia berat

Nilai 4-6 asfiksia sedang

Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal)

2.4.7 Pencegahan Infeksi Mata

Salep mata antibiotik diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi pada mata. Salep ini sebaiknya diberikan 1 jam setelah lahir. Salep mata antibiotik yang biasanya digunakan adalah Tetrasiklin 1 %.

2.4.8 Pemberian Vitamin K

pemberian vit K diberikan pada 1 jam setelah lahir untuk mencegah terjadinya perdarahan, pada semua bayi baru lahir, apalagi bayi berat lahir rendah, diberikan suntikan vitamin K1 (*Phytomenadione*) sebanyak 1 mg dosis tunggal, intramuskular pada *anterolateral* paha kiri. (Saputra, 2014)

2.4.9 Refleks-Refleks

Refleks adalah gerakan naluriah untuk melindungi bayi

2.4.8.1 *Refleks glabella*

2.4.8.2 Refleks hisap

2.4.8.3 Refleks mencari (*rooting*)

2.4.8.4 Refleks genggam (*palmar grasp*)

2.4.8.5 *Refleks Babinski*

2.4.8.6 *Refleks moro*

2.4.8.7 Refleks melangkah

2.4.8.8 Refleks merangkak

2.4.8.9 Refleks tonik leher

2.4.8.10 *Refleks ekstrusi* (Marmi, 2012)

2.4.10 Pemberian Imunisasi

Imunisasi hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Terdapat 2

jadwal pemberian imunisasi hepatitis B. Jadwal pertama imunisasi Hepatitis B sebanyak 3 kali, yaitu usia 0 (segera setelah lahir menggunakan *unijet*), 1 dan 6 bulan. jadwal kedua, imunisasi Hepatitis B sebanyak 4 kali, yaitu pada usia 0, dan DPT + Hepatitis B pada 2, 3 dan 4 bulan usia bayi. Pemberian imunisasi HB 0 adalah dilakukan satu jam setelah pemberian vitamin K1 dilakukan. Penyuntikan dilakukan secara intramuskuler di sepertiga paha kanan atas bagian luar (Johariyah, 2012)

2.4.11 Mekanisme Kehilangan Panas

2.4.11.1 Konduksi

Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke tubuh benda di sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi.

2.4.11.2 Konveksi

Panas hilang dari bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung pada kecepatan dan suhu udara).

2.4.11.3 Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin.

2.4.11.4 Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembaban udara. (Marmi, 2012)

2.5 Konsep Dasar Asuhan Keluarga Berencana

2.5.1 Keluarga Berencana

Pengertian Program Keluarga Berencana menurut UU No 10 tahun 1992 (tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera) adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan

kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera. (Setiyaningrum Erna, 2014:173)

Memiliki anak sesuai dengan jumlah anak yang anda inginkan, kapan anda menginginkan mereka, disebut keluarga berencana (Klien Susan Dkk, 2012 : 311)

2.5.2 Tujuan umum keluarga berencana adalah membentuk keluarga kecil yang sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara mengatur kelahiran anak. Dengan demikian , akan diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Jika ditilik lebih dalam sebenarnya keluarga berencana bertujuan untuk memerhatikan berbagai kepentingan manusia dan masyarakat. (Setiyaningrum Erna, 2014:175)

2.5.3 Sasaran Program KB

Adapun sasaran program KB nasional lima tahun kedepan seperti tercantum dalam RPP JM 2004-2009 adalah sebagai berikut :

2.5.3.1 Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk (LPP) secara nasional menjadi satu, 14 % per tahun

2.5.3.2 Menurunkan angka kelahiran total FertilitiyRate (TFR) menjadi 2, 2 perperempuan.

2.5.3.3 Meningkatkan peserta KB Pria menjadi 4, 5 %

2.5.3.4 Meningkatkan pengguna metode Kontrasepsi yang efektif dan efisien

2.5.3.5 Meningkatkan partisipasi keluarga dalam pembinaan tumbuh kembang anak.

2.5.3.6 Meningkatkan jumlah keluarga prasejahtera dan keluarga sejahtera 1 yang aktif dalam usaha ekonomi produktif

2.5.3.7 Meningkatkan jumlah institusi masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi. (Setiyaningrum, 2014)

2.5.4 Akseptor KB

Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim. (Mulyani Nina Siti2013: 1)

Kontrasepsi atau antikonsepsi (*conception control*) adalah cara, alat, atau obat-obatan untuk mencegah terjadinya konsepsi (Rustam, 2011)

2.5.4.1 Cara kerja Kontrasepsi

Ada bermacam-macam tapi pada umumnya: mengusahakan agar tidak terjadi ovulasi, melumpuhkan sperma, menghalangi pertemuan sel telur dengan sperma.

2.5.4.2 Pembagian Alat Kontrasepsi

Metode Kontrasepsi dapat dibagi:

- a. AKDR adalah bahan inert sintetik (dengan atau tanpa unsur tambahan untuk sinergi efektivitas) dengan berbagai bentuk yang dipasangkan dalam rahim untuk menghasilkan efek kontraseptif. Bentuk AKDR yang beredar dipasaran adalah spiral (lippes loop), huruf T (Tcu200C dan Nova T)

1) Indikasi :

Hati-hati jika ingin dipergunakan pada klien dengan: riwayat infeksi panggul, risiko tinggi PMS, riwayat tromboflebitis dalam, diabetes melitus yang tidak terkontrol. (Prawihardjo, 2006:492)

2) Kontraindikasi :

sedang hamil atau diduga hamil, perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya, sedang menderita infeksi genetalia, kanker alat gene-talia.

3) Efek samping :

amenorea, kejang, perdarahan vagina yang hebat dan tidak teratur, benang yang hilang, adanya pengeluaran cairan dari vagina/dicurigai adanya PRP.

4) Waktu penggunaan :

setiap waktu dalam siklus haid yang dapat dipastikan pasien tidak hamil, hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pasca persalinan, setelah 6 bulan apabila menggunakan metode *amenorea* laktasi, setelah abortus atau keguguran (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi, selama 1-5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi. (Kurnia, 2013)

5) Keuntungan :

Baik tembaga maupun hormonal memiliki keuntungan *nonkontraseptif*. Tekanan yang tercipta dari AKDR tembaga dan AKDR plastik tanpa obat kemungkinan memberi perlindungan terhadap kanker *endometrium*, AKDR hormonal. (Varney,2007).

b. Implant

Adalah kontrasepsi bawah kulit

1) Efek samping utama :

berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak dan amenorea. Aman dipakai pada masa laktasi.

2) Cara kerja implan :

lendir serviks menjadi kental, mengganggu proses pembentukan *endometrium* sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma, menekan ovulasi

3) Keuntungan :

daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (3 tahun untuk jadenal), pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, bebas dari pengaruh *estrogen*, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu ASI, klien hanya perlu kembali ke klinik jika ada keluhan, dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.

4) Keuntungan :

mengurangi nyeri haid, mengurangi jumlah darah haid, mengurangi/memperbaiki anemia, melindungi terjadinya kanker *endometrium*, melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul, menurunkan angka kejadian *endometriosis*.

5) kekurangan implan :

nyeri kepala, peningkatan/penurunan berat badan, nyeri payudara, mual, pening/pusing kepala, perubahan perasaan (*mood*) atau kegelisahan, membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan, tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk AIDS, klien tidak menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai dengan keinginan, akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan, efektivitasnya menurun bila menggunakan obat *tuberculosis* atau obat *epilepsi*, terjadinya kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi (1,3 per 100.000 wanita pertahun).(Setyaningrum,2014)

c. MOW (Metode Operatif Wanita)

Cara kontrasepsi ini dipersiapkan melalui tindakan operasi kecil dengan cara mengikat dan memotong saluran telur (Tuba) pada istri. Dengan demikian telur dari ovarium tidak dapat mencapai rongga rahim, sehingga tidak terjadi pembuahan.Indikasinya yaitu kelahiran *cesarean* yang berulang, multi peritas, penyakit kehamilan serius yang berulang, penyakit akut atau *kronis* dan *stressor* ekonomi atau emosional.

Caranya dengan:

1) *Ligasi tuba*

Yaitu operasi sterilisasi dengan memotong dan mengikat dengan *cauterisasi* dengan tuba.

2) *Histerektomi*

Yaitu prosedur mengikat uterus.Indikasi *Histerektomi* setelah kehamilan dengan *rupture/inversion uteri*, *tumor fibroid* dan pendarahan tak terkontrol.

d. MOP (Metode Operatif Pria)

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi.Metode ini membuat sperma (yang disalurkan melalui *vas deferens*) tidak dapat mencapai *vesikula seminalis* yang pada saat ejakulasi dikeluarkan bersamaan dengan cairan semen. Untuk *oklusi vas deferens*, diperlukan tindakan insisi (minor) pada daerah *rafe skrotalis*. Penyesalan terhadap vasektomi, tidak segera memulihkan fungsi reproduksi karena memerlukan tindakan pembedahan ulang. Vasektomi termasuk metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang.

1) Manfaat :

Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka panjang, tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi.

2) Keterbatasan *vasektomi* :

Permanen (*non-reversible*) dan timbul masalah bila klien menikah lagi, bila tak siap ada kemungkinan penyesalan di kemudian hari, perlu pengosongan depot sperma di vesikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi, risiko dan efek samping pembedahan kecil, adanya nyeri/rasa tak nyaman pasca bedah, perlu tenaga pelaksana terlatih, tidak melindungi klien terhadap PMS (misalkanya : HBV, HIV/AIDS).

3) Efek samping, risiko, dan komplikasi :

Tidak ada efek samping jangka pendek dan jangka panjang. Karena area pembedahan termasuk *superfisial*, jarang sekali menimbulkan risiko merugikan pada klien. Walaupun jarang sekali, dapat terjadi nyeri skrotal dan testikular berkepanjangan (bulanan atau tahunan). Komplikasi segera dapat berupa hematoma intraskrotal infeksi. Teknik vasektomi tanpa pisau (VTP) sangat mengurangi kejadian infeksi pascabedah.

4) Indikasi *vasektomi* :

Vasektomi merupakan upaya untuk menghentikan *fertilitas* dimana fungsi reproduksi merupakan ancaman atau gangguan terhadap kesehatan pria dan pasangannya serta melemahkan ketahanan dan kualitas keluarga. (Kkb, 2011:MK89-MK98)

e. Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan. Menghalangi masuknya *spermatozoa* kedalam *traktus genitalia* interna wanita.

1) Macam-macam kondom terbuat dari :

- a) kulit
- b) lateks
- c) plastik

2) Cara kerja kondom :

Mencegah sperma masuk ke saluran reproduksi wanita, sebagai alat kontrasepsi wanita, sebagai pelindung terhadap infeksi atau transmisi *mikroorganisme* penyebab PMS.

f. Keuntungan :

Efektif bila pemakaian benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak mengganggu kesehatan klien, murah dan tersedia di berbagai tempat, tidak memerlukan resep dan pemeriksaan khusus, metode kontrasepsi sementara. Keuntungan kondom secara non kontrasepsi antara lain peran serta suami untuk ber-KB, mencegah penularan PMS, mencegah ejakulasi dini, mengurangi insidensi kanker serviks, adanya interaksi sesama pasangan, mencegah *imuno infertilitas* .(Setyaningrum,2014)

g. Suntik

KB suntik adalah salah satu metode mencegah kehamilan yang saat ini banyak digunakan di negara-negara berkembang. KB suntik bekerja mengentalkan

lendir rahim sehingga sulit untuk ditembus oleh sperma untuk pembuahan.

Jenis KB suntik dibagi menjadi 2 jenis yaitu :

1) KB Suntik 3 bulan adalah jenis suntikan yang mengandung *hormon Medroxyprogesteron Acetate (hormon progestin)* dengan volume 150 mg. Alat kontrasepsi ini diberikan setiap 3 bulan atau 12 minggu (6 minggu setelah melahirkan).

2) KB Suntik 1 bulan adalah jenis suntikan KB yang diberikan 1 bulan sekali. Dengan pemberian suntikan yang sama dengan suntik 3 bulan, yaitu setelah 7 hari pertama periode menstruasi. Alat kontrasepsi ini mengandung kombinasi (*hormon Estrogen*).

3) Kelebihan :

Adalah metode kontrasepsi hormonal efektif mencegah kehamilan hingga 99 %, memberikan kenyamanan kepada suami istri karena dengan satu kali suntikan tidak perlu memikirkan kontrasepsi selama 1 sampai 3 bulan, kehamilan bisa didapatkan kembali setelah meng-hentikan penggunaan KB suntik, kb suntik 3 bulan tidak mengganggu produksi ASI.

4) kekurangan :

Adalah siklus haid menjadi tidak teratur, terjadi penambahan berat badan, ibu mengalami jerawat, sakit kepala, nyeri payudara, perubahan suansa hati, penggunaan KB 3 bulan memicu terjadinya *osteoporosis*.

5) Indikasi dan Kontraindikasi :

Yang dapat menggunakan kontrasepsi suntikan *progestin* adalah Usia reproduksi, *Multipara* dan yang telah memiliki anak, Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektifitas tinggi, Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai, Setelah melahirkan, abortus, banyak anak.

Perokok, tekanan darah < 180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah, Menggunakan obat *Epilepsi*, *Tuberkulosis*, Sering lupa bila menggunakan pil, Anemia defisiensi besi, Remaja (16 tahun) sampai wanita usia 40 tahunan dari *nuligravida* sampai *granda multipara*.

h. Pil KB

Pil kombinasi

Jenis pil kombinasi :

- 1) *monofasik* yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif *estrogen/progestin* (E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- 2) *Bifasik* yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif *estrogen/progestin* (E/P) dengan 2 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- 3) *Trifasik* yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif *estrogen/progestin* (E/P) dengan 3 dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

6) Cara kerja pil kombinasi :

Menekan ovulasi, mencegah implantasi, lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga

transfortasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula.

7) Manfaat pil kombinasi :

Memiliki efektivitas yang tinggi (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan), risiko terhadap kesehatan sangat kecil, tidak mengganggu hubungan seksual, siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid, dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan, dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause, mudah dihentikan setiap saat, kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan, membantu mencegah *kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, penyakit radang panggul, kelainan jinak pada payudara, dismenorea atau akne.*

8) Keterbatasan pil kombinasi :

Membosankan karena harus menggunakannya setiap hari, mual terutama 3 bulan pertama, perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama 3 bulan pertama, pusing, nyeri payudara, berat badan naik sedikit, amenorea, tidak boleh diberikan pada ibu menyusui, pada sebagian kecil perempuan dapat menimbulkan depresi dan perubahan suasana hati, berkurangnya *libido*, meningkatnya tekanan darah dan retensi cairan, sehingga risiko *stroke* dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat pada perempuan usia >35 tahun dan merokok perlu hati-hati, tidak mencegah IMS, HIV/AIDS.

9) Yang dapat menggunakan pil kombinasi :

Usia reproduksi, telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak, gemuk atau kurus, menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi, setelah melahirkan dan tidak menyusui, setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif, sedangkan semua cara kontrasepsi yang dianjurkan tidak cocok bagi ibu tersebut, pasca keguguran, anemia karena haid berlebihan, nyeri haid hebat, siklus haid tidak teratur, riwayat kehamilan *ektopik*, kelainan payudara jinak, kencing manis tanpa komplikasi pada ginjal, pembeluh darah, mata, dan saraf, penyakit *tiroid*, penyakit radang panggul, *endometriosis*, atau *tumor ovarium* jinak, menderita *tuberculosis*, *varises vena*.

10) Yang tidak boleh menggunakan pil kombinasi :

Hamil atau dicurigai hamil, menyusui eksklusif, perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya, penyakit hati akut (hepatitis), perokok dengan usia >35 tahun, riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah >180/110 mmHg, riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis >20 tahun, kangker payudara.

11) Waktu mulai menggunakan pil kombinasi :

Setiap selagi haid, hari pertama sampai hari ke-7 siklus haid, boleh menggunakan pada hari ke-8, tetapi perlu menggunakan kondom mulai hari ke-8 sampai hari ke-14 atau tidak melakukan hubungan seksual sampai anda telah menghabiskan paket pil tersebut, setelah melahirkan setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif, setelah 3 bulan dan tidan

menyusui, pasca keguguran (setelah atau sebelum 7 hari), bila berhenti menggunakan kontrasepsi injeksi, dan ingin menggantikan dengan pil kombinasi, pil dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid. (KKb, 2011:MK31-MK33)

2.5.4.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemakaian alat Kontrasepsi

a. Efektifitas

Efektifitas suatu alat ditentukan oleh keberhasilan atau kegagalan alat kontrasepsi tersebut. Metode kontrasepsi dianggap lebih efektif namun tidak dapat digunakan oleh pasangan yang ingin punya anak lagi.

b. Pilihan Pribadi dan kecenderungan

Pilihan pribadi dan kecenderungan merupakan hal penting dalam memilih kontrasepsi. Jika wanita berasumsi bahwa kontrasepsi yang digunakan terlalu sulit, menghabiskan banyak waktu atau banyak aturan akan menurunkan motivasi dan kekonsistensian pasangan tersebut untuk menggunakannya. Pendidikan yang diterima tentang kontrasepsi akan mempengaruhi persepsi pasangan terhadap kontrasepsi.

c. Efek Samping

Efek samping penggunaan kontrasepsi harus dijabarkan dengan lengkap oleh pasangan. Jika pasangan mengetahui efek sampingnya lalu tetap memilih kontrasepsi tersebut mereka akan dapat bertoleransi terhadap efek samping yang ditimbulkan dari pada pasangan yang tidak mengetahui efek samping sama sekali.

d. Biaya

Pada pasangan yang berpenghasilan rendah, faktor biaya menjadi hal penting dalam pemilihan metode kontrasepsi.

e. Peran bidan sebagai konselor keluarga berencana

Bidan merupakan satu profesi tertua didunia sejak adanya peradaban umat manusi. 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 yang ada 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 memilih alat kontrasepsi oleh bidan dan keluarganya merupakan hak calon dan keluarganya untuk dapat merencanakan dengan baik tentang pengaturan kelahiran anak.