

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KEHAMILAN

2.1.1 Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan proses alamiah dan fisiologis. Selama pertumbuhan dan perkembangan kehamilan dari minggu ke minggu atau dari bulan kebulan, terjadi perubahan pada fisik dan mental. Perubahan terjadi akibat adanya ketidakseimbangan hormon progesterone dan hormon estrogen, yakni hormon Kewanitaan yang ada dalam tubuh ibu sejak terjadinya proses kehamilan (Mandrawati, gusti, dkk.2017.)

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum kemudian dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua berlangsung 15 minggu(minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40). (Sarwono Prawirohardjo, 2016)

b. Perubahan Fisiologis Pada Ibu Hamil Trimester III

a. Sistem Reproduksi

1. Vagina dan Vulva

Pada trimester III dinding vagina mengalami banyak perubahan yang merupakan persiapan untuk mengalami peregangan pada waktu persalinan dengan meningkatnya ketebalan *mukosa*, mengendornya jaringan ikat, dan hipertropi sel otot polos. Perubahan ini mengakibatkan bertambah panjangnya dinding vagina.

2. Serviks Uteri

Pada saat kehamilan sudah mendekati *aterm* terjadi penurunan lebih lanjut darikontraksi kolagen. Konsentrasi kolagen menurun secara nyata dari keadaan yang relatif dilusikan dalam keadaan menyebar (*dispersi*). Proses perbaikan *serviks* terjadi setelah persalinan, sehingga siklus kehamilan yang berikutnya akan berulang,

3. Uterus

Pada akhir kehamilan dimana *uterus* akan terus membesar dalam rongga *pelvis* dan seiring perkembangannya, *uterus* akan menyentuh dinding abdomen, kemudian mendorong usus kesamping dan keatas, dan terus tumbuh hingga menyentuh hati. Pada saat pertumbuhan *uterus* akan berotasi kearah kanan, *dekstrorotasi* ini disebabkan oleh adanya *rektosigmoid* di daerah kiri *pelvis*.

4. Ovarium

Pada trimester ke-III *korpus luteum* sudah tidak berfungsi lagi karena telah digantikan oleh plasenta yang telah terbentuk (Romauli, 2017)

b. Sistem Payudara

Pada trimester III pertumbuhan kelenjar *mamae* membuat ukuran payudara semakin meningkat. Pada kehamilan 32 minggu warna cairan agak putih seperti air susu yang agak encer. Dari mulai kehamilan 32 minggu sampai anak lahir, cairan yang keluar lebih kental, bewarna kuning dan banyak mengandung lemak. Cairan ini disebut *kolostrum*. (Romauli, 2017)

c. Sistem *Endokrim*

Kelenjar *thyroid* akan mengalami pembesaran hingga 15,0 ml pada saat persalinan yang diakibatkan oleh *hiperplasia* kelenjar dan peningkatan *vaskularisasi*. Pengaturan konsentrasi kalsium sangat berhubungan erat dengan magnesium, fosfat, hormon pada thyroid, vitamin D, dan kalsium. Jika terjadi gangguan pada salah satu faktor tersebut maka akan menyebabkan perubahan pada yang lainnya. (Romauli, 2017)

d. Sistem Perkemihan

Pada kehamilan kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul, sehingga keluhan sering kencing akan timbul karena kandung kencing akan mulai tertekan. Pada kehamilan tahap lanjut *pelvis* ginjal kanan dan *ureter* lebih berdeletasi daripada *pelvis* kiri akibat pergeseran *uterus* yang lebih berat ke kanan. (Romauli, 2017)

e. Sistem Pencernaan

Pada pencernaan akan terjadi *konstipasi* karena pengaruh hormon *progesteron* yang meningkat. Selain itu, perut kembung juga terjadi karena adanya tekanan *uterus* yang membesar dalam rongga perut dan mendesak organ-

organ dalam perut khususnya saluran pencernaan, usus besar ke arah atas dan *lateral*. (Romauli, 2017)

c. Perubahan Psikologis Pada Ibu Hamil Trimester III

Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Gerakan bayi dan besarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu akan bayinya. Kadang-kadang ibu merasa khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya. (Rukiah,dkk, 2017)

d. Kebutuhan Ibu Hamil

Berikut adalah kebutuhan-kebutuhan yang diperlukan ibu semasa hamil (Mandriwati, gusti, dkk. 2017) :

a) Oksigen

Kebutuhan *oksigen* berkaitan dengan perubahan *system* pernapasan pada masa kehamilan. Ibu hamil bernafas lebih dalam karena peningkatan volume tidal paru dan jumlah pertukaran gas pada setiap kali bernafas. Peningkatan volume tidal dihubungkan dengan peningkatan volume *respiratori* kira-kira 26 % per menit. Hal ini mengakibatkan penurunan *konsentrasi CO₂ alveoli*.

b) Nutrisi

Tubuh ibu memerlukan sekitar 80.000 tambahan kalori pada kehamilan. Dari jumlah tersebut berarti setiap harinya sekitar 300 tambahan kalori yang dibutuhkan ibu hamil. Dianjurkan mengkonsumsi protein 3 porsi sehari (1 porsi protein = 2 buir telur atau 200 g daging/ikan). Jumlah zat besi yang dibutuhkan untuk kehamilan tunggal normal adalah sekitar 1000 mg dan 350 mg untuk pertumbuhan janin dan *plasenta*, 450 mg untuk peningkatan masa sel darah merah ibu. 240 mg untuk kehilangan basal. Vitamin larut dalam lema, yaitu vitamin A, D, E, dan K. jumlah *zink* yang direkomendasikan RDA selama masa hamil adalah 15 mg sehari. Asupan kalsium yang direkomendasikan adalah

1.200 mg perhari. Dibutuhan 2-3 gram natrium perhari namun makanan tinggi *natrium* dan rendah *natrium* tidak disarankan.

IMT(Indeks Massa Tubuh) : Berat Badan (kg)

$$\frac{\text{Tinggi badan (m)} \times \text{Tinggi badan (m)}}{\text{Berat Badan (kg)}}$$

c) *Personal Hygiene*

Ibu harus melakkan gerakan membersihan dari depan ke belakang ketika selesai berkemih. Ibu hamil harus lebih sering mengganti pelapis/pelindung celana dalam. Bakteri dapat berkembang biak pada pelapis yang kotor. Bahan celana dalam sebaiknya terbuat dari bahan katun. Sebaiknya tidak menggunakan celana dalam yang ketat dalam jangkau waktu lama karena dapat menyebabkan panas dan kelembapan *vagina* meningkat sehingga mempermudah pertumbuhan bakteri.

d) Pakaian

Pada waktu hamil, seorang ibu mengalami perubahan pada fisiknya, yang ini sekaligus menjadi *indikasi* kepada kita untuk memberitahu kepada ibu tentang pakaian yang sesuai dengan masa kehamilannya, yaitu :

- i. Ibu sebaiknya menggunakan pakaian longgar yang nyaman.
- ii. Pakaian yang digunakan ibu hamil sebaiknya pakaian yang mudah dicuci.
- iii. Bra (BH) dan ikat pinggang ketat, celana ketat, ikat kaos kaki, pelindung lutut yang ketat, korslet, dan pakaian ketat lainnya harus dihindari.
- iv. Kontruksi bra untuk ibu hamil dibuat untuk mengakomodasi peningkatan beratnya paydara (dibawah lengan).
- v. Kaos kaki penyongkong depan sangat membantu memberikan kenyamanan pada wanita yang mengalami varises atau pembengkakan tungkai bawah.

vi. Sepatu yang nyaman dan memberi sokongan yang mantap. Sepatu dengan tumit yang sangat tinggi tidak dianjurkan.

e) *Seksual*

Pisikologis maternal, pembesaran payudara, rasa mula, letih, pembesaran *perineum*, dan *respons orgasme* memenuhi *seksualitas*. Melakukan hubungan *seks* aman selama tidak menimbulkan rasa tidak nyaman. Posisi wanita di atas, sisi dengan sisi, menghindari tekanan pada perut dan wanita dapat mengatur penetrasi penis.

f) *Mobilisasi dan Body Mekanik*

Aktifitas fisik meningkatkan rasa sekahterah ibu hamil. Aktifitas fisik meningkatkan sirkulasi, membantu relaksasi dan istirahat. Perubahan fisiologis kehamilan dapat mengganggu kemampuan untuk melakukan aktifitas fisik dengan aman.

g) Istirahat atau Tidur

Pada saat hamil, ibu hamil akan merasa letih pada beberapa minggu awal kehamilan atau beberapa minggu terakhir ketika ibu hamil menanggung beban berat yang bertambah. Oleh sebab itu, ibu hamil memerlukan istirahat dan tidur semakin banyak dan seing. Istirahat merupakan keadaan yang tenang, relaks tanpa tekanan yang emosional, dan bebas dari kegelisahan. Ibu hamil memerlukan istirahat paling sedikit satu jam pada siang hari dengan kaki di temparkan lebih tinggi dari tubuhnya. Waktu terbaik untuk melakukan relaksasi adalah setiap hari setelah makan siang, pada awal istirahat sore, dan malam sewaktu mau tidur.

h) *Imunisasi vaksin toksoid tetanus*

Tetanus adalah penyakit yang disebabkan oleh racun bakteri *Clostridium tetani*. Bakteri tetanus masuk ke dalam tubuh manusia melalui luka. Jika ibu terinfeksi bakteri tersebut selama proses persalinan, infeksi dapat terjadi pada rahim ibu dan tali pusat bayi yang baru lahir. Vaksin *toksoid tetanus* adalah proses untuk membangun kekebalan dengan memasukan *toksoin tetanus* yang telah dilemahkan dan dimurnikan

kedalam tubuh sebagai upaya pencegahan terhadap *infeksi tetanus*. Imunisasi tetanus sebaiknya diberikan sebelum kehamilan 8 bulan untuk mendapat imunisasi lengkap.

Tabel 2.1
Jadwal Pemberian Imunisasi Toksoid Tetanus pada Wanita Usia Subur

Imunisasi	Pemberian Imunisasi	Selang Pemberian Minimal	Waktu	Masa Perlindungan	Dosis
TT WUS	T1				0,5 cc
	T2	4 minggu setelah T1	3 tahun		0,5 cc
	T3	6 minggu setelah T2	5 tahun		0,5 cc
	T4	1 tahun setelah T3	10 tahun		0,5 cc
	T5	1 tahun setelah T4	25 tahun		0,5 cc

Sumber : Mandriwati, gusti, dkk. Asuhan Kebidanan Kehamilan.2017

2.1.2 Asuhan Kebidanan Dalam Kehamilan

a. Pengertian

Asuhan kehamilan merupakan kunjungan ibu hamil dengan tenaga kesehatan untuk mendapatkan pelayanan Antenatal Care (ANC) sesuai dengan standar yang di tetapkan. Dalam hal ini, istilah kunjungan tidak hanya mengandung arti bahwa ibu hamil yang berkunjung ke fasilitas pelayanan, tetapi setiap ibu hamil yang melakukan kontak dengan tenaga kesehatan, baik di posyandu, pondok bersalin desa, dan kunjungan rumah dengan ibu hamil tidak memberikan pelayanan ANC sesuai dengan standar dapat dianggap sebagai kunjungan ibu hamil (Astuti dkk, 2017).

b. Tujuan

Menurut Ayu, dkk (2017) Secara umum tujuan asuhan kehamilan adalah sebagai berikut :

1. Memantau kemajuan kehamilan, memastikan kesejahteraan ibu dan tumbuh kembang janin.
2. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.

3. Menemukan secara dini adanya masalah/gangguan dan kemungkinan komplikasi yang terjadi selama kehamilan.
4. Mempersiapkan kehamilan dan persalinan dengan selamat bagi ibu dan bayi dengan trauma seminimal mungkin
5. Mempersiapkan ibu agar masa nifas dan pemberian ASI *eksklusif* dapat berjalan normal.
6. Mempersiapkan ibu dan keluarga untuk dapat berperan dengan baik dalam memelihara bayi agar tumbuh dan berkembang secara normal.

c. Pelayanan Asuhan Standart Antenatal

1. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor risiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan risiko untuk terjadinya CPD (*Cephal Pelvic Disproportion*).

Tabel 2.2
Penambahan Berat Badan Total Ibu Selama Kehamilan Sesuai Dengan IMT

IMT sebelum hamil	Anjuran Pertambahan Berat Badan (kg)
Kurus (< 18,5 kg/m ²)	12,5-18
Normal (18,5-24,9 kg/m ²)	11,5-16
Gemuk (25-29,9 kg/m ²)	7,0-11,5
Obesitas (30 kg/m ²)	5-9

Sumber: Walyani,2017. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

2. Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya *hipertensi* (tekanan darah 140/90 mmHg) pada kehamilan dan *preeklampsia* (hipertensi disertai *odema* wajah dan atau tungkai bawah ; dan atau *proteinuria*).

3. Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas / LiLA)

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko KEK. Kurang energi kronis disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LiLA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4. Ukur tinggi *fundus uteri*

Pengukuran tinggi *fundus uteri* ada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi *fundus* tidak sesuai dengan usia kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukuran setelah kehamilan 24 minggu.

Tabel 2.3
Ukuran Fundus Uteri Dalam Kehamilan

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus dalam Cm	Menggunakan Petunjuk Petunjuk Badan
12 minggu	-	Teraba diatas simpisis pubis
16 minggu	-	Di tengah, antara simpisis pubis dan umbilicus
20 minggu	20 cm (+/_ 2 cm)	Pada umbilicus
22 – 27 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (+/_ 2 cm)	-
28 minggu	28 cm (+/_ 2 cm)	Di tengah, antara umbilikus dan prosesus sifoideus
29 – 35 minggu	Usia kehamilan dalam minggu = cm (+/_ 2 cm)	-
36 minggu	36 cm (+/_ 2 cm)	Pada prosesus sifoideus

Sumber : Rukiah, dkk, 2017. *Asuhan Kebidanan 1 Kehamilan*

5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ).

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika, pada trimester III bagian bawah janin

bukan kepala, atau kepala janin belum masuk pintu atas panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6. Skiring status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi *tetanus toxoid* (TT).

Untuk mencegah terjadinya tetanus *neonatorum*, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil *diskrining* status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil disesuaikan dengan status imunisasi TT ibu saat ini. Ibu hamil minimal memiliki status imunisasi T2 agar mendapatkan perlindungan terhadap infeksi tetanus. Ibu hamil dengan status imunisasi T5 tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

7. Beri tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kotak pertama.

8. Periksa laboratorium

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

9. Tatalaksana/penanganan kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan bidan. Kasus-kasus yang tidak ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

10. Temu wicara (konseling)

Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi :

- Kesehatan ibu
- Perilaku hidup bersih dan sehat
- Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
- Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
- Asupan gizi seimbang
- Gejala penyakit menular dan tidak menular
- Penawaran untuk melakukan tes HIV dan konseling di daerah *epidemi* meluas dan *terkonsentrasi* atau ibu hamil dengan IMS dan TB daerah *epidemic* rendah.
- Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI *eksklusif*
- KB paska persalinan
- Imunisasi
- Peningkatan kesehatan *intelegensia* pada kehamilan (*Brain booster*)

2.2 PERSALINAN

2.2.1 Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil *konsepsi* yang dapat hidup dari dalam *uterus* kedunia luar. Persalinan mencakup proses *fisiologis* yang memungkinkan serangkaian perubahan yang besar pada ibu untuk dapat melahirkan janinnya melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik janin maupun ibunya (Jannah, dkk, 2017).

b. Fisiologi Persalinan

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2017) tanda – tanda persalinan yang umum dirasakan oleh ibu antara lain :

1. Adanya Kontraksi Rahim

Secara umum tanda awal bahwa ibu hamil akan melahirkan adalah mengejangnya rahim atau dikenal dengan istilah kontraksi. Kontraksi tersebut berirama, teratur, dan *involunter*, umumnya kontraksi bertujuan untuk menyiapkan mulut rahim untuk membesar dan meningkatkan aliran darah di dalam plasenta. Kontraksi yang sesungguhnya akan muncul dan hilang secara teratur dengan intensitas makin lama makin meningkat.

2. Keluarnya Lendir Bercampur Darah

Lendir mulanya menyumbat leher rahim, sumbatan yang tebal pada mulut rahim terlepas, sehingga menyebabkan keluarnya lendir yang berwarna kemerahan bercampur darah dan terdorong keluar oleh kontraksi yang membuka mulut rahim yang menandakan bahwa mulut rahim menjadi lunak dan membuka. Lendir inilah yang dimaksud dengan *bloody slim*.

3. Keluarnya air – air (ketuban)

Bila ibu hamil merasaakan ada cairan yang merembes keluar dari vagina, tidak ada rasa sakit yang menyertai pemecahan ketuban dan alirannya tergantung pada ukuran dan kemungkinan kepala bayi telah memasuki rongga panggul ataupun belum.

4. Pembukaan Serviks

Penipisan mendahului dilatasi *serviks* diketahui dengan pemeriksaan dalam.. Setelah penipisan kemudian aktivitas uterus menghasilkan dilatasi *serviks*.

Menurut Kurniarum 2016, Sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan jelas. Agaknya banyak faktor yang memegang peranan dan bekerjasama sehingga terjadi persalinan. Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut :

1. Penurunan Kadar Progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi

pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga menimbulkan his.

2. Teori Oxitosin

Oxitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oxitocin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.

3. Keregangan otot-otot

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.

4. Pengaruh janin

Hifofise dan kelenjar suprarenal janin rupa-rupanya juga memegang peranan karena pada anencephalus kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian kortikosteroid dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan.

5. Konsetrasi prostagladin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua.

Prostagladin yang dihasilkan oleh desidua diduga menjadi salah satu sebab mulainya persalinan. Pemberian prostagladin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostagladin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostagladin yang tinggi baik dalam dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.

Faktor-faktor yang berperan dalam persalinan meliputi:

1) *Power* (Tenaga yang mendorong bayi keluar)

Seperti his atau kontraksi uterus kekuatan ibu mengedan, kontraksi diafragma dan ligament action terutama ligamentum rotundum.

2) *Passage* (Faktor jalan lahir)

Perubahan pada serviks, pendataran serviks, pembukaan servik dan perubahan pada vagina dan dasar panggul.

3) *Passanger*

Passanger utama lewat jalan lahir adalah janin. Ukuran kepala janin lebih lebar daripada bagian bahu, kurang lebih seperempat dari panjang ibu. 96% bayi dilahirkan dengan bagian kepala lahir pertama. *Passanger* terdiri dari janin, plasenta, dan selaput ketuban.

4) Psikis Ibu

Penerimaan klien atas jalannya perawatan antenatal (petunjuk dan persiapan untuk menghadapi persalinan), kemampuan klien untuk bekerjasama dengan penolong, dan adaptasi terhadap rasa nyeri persalinan.

5) Penolong

Meliputi ilmu pengetahuan, keterampilan, pengalaman, kesabaran, pengertiannya dalam menghadapi klien baik primipara dan multipara. Menurut Jannah, dkk (2017), perubahan fisiologis pada persalinan adalah sebagai berikut:

1. Perubahan Fisiologis Kala I

Pada kala I terdapat perubahan – perubahan fisiologis, adapun perubahan adalah sebagai berikut :

a. Perubahan *Uterus*

Uterus terdiri atas dua *komponen fungsional* utama, yaitu *miometrium* dan *serviks*. Berikut ini akan dibahas tentang kedua *komponen fungsional* beserta perubahannya.

b. *Kardiovaskuler*

Pada setiap *kontraksi*, 400 ml darah dikeluarkan dari *uterus* dan masuk ke dalam sistem *vaskular* ibu. Hal itu dapat meningkatkan curuh jantung 10-15%.

c. Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat pada saat *kontraksi, sistole* meningkat sekitar 10-20 mmHg, sedangkan *diastole* meningkat sekitar 5- 10 mmHg.

Karena *kontraksi* menyebabkan *metabolisme* meningkat, mengakibatkan kerja jantung meningkat sehingga denyut jantung akan meningkat selama *kontraksi*.

d. Nadi

Frekuensi nadi di antara dua *kontraksi* lebih meningkat dibandingkan sesaat sebelum persalinan. Perubahan tersebut disebabkan oleh *metabolisme* yang meningkat.

2. Perubahan Fisiologis Kala II

Perubahan fisiologis kala II adalah sebagai berikut:

a. *Kontraksi* Persalinan

Kelahiran bayi dimungkinkan oleh gabungan kekuatan antara *uterus* dan otot *abdomen*, karena kekuatan tersebut maka *serviks* terbuka dan janin ter dorong melewati jalan lahir.

b. *Kontraksi uterus*

Kontraksi uterus selama persalinan sama dengan gelombang pantai. *Kontraksi* tersebut berirama, teratur, *involunter*, serta mengikuti pola berulang. *Kontraksi* bertambah lebih kuat, datang setiap 2-3 menit dan berlangsung antara 50-100 detik. Setiap kali otot berkontraksi, rongga *uterus* menjadi lebih kecil dan bagian presentasi dan kantong *amnion* didorong ke bawah ke dalam *serviks*. *Serviks* pertama-tama menipis, mendatar, kemudian terbuka dan otot pada *fundus* menjadi lebih tebal.

c. *Kontraksi* otot *abdomen*

Setelah *uterus* terbuka isinya dapat disorong keluar, otot *abdomen* dibawah kontrol sadar dapat mengencangkan dan mengompres rongga *abdomen*, menambah tekanan pada kantung yang terbuka dan mendorong bayi keluar.

d. *Vulva* dan *Anus*

Saat kepala berada di dasar panggul, perineum menonjol dan menjadi lebar, dan anus membuka. *Labia* mulai membuka dan kepala janin tampak di *vulva* pada waktu *his*.

3. Perubahan Fisiologis Kala III

Pada Kala III persalinan setelah bayi lahir, otot *uterus* (*miometrium*) segera tiba- tiba berkontraksi mengikuti ukuran rongga *uterus*. Penyusutan tersebut mengakibatkan berkurangnya ukuran tempat implantasi plasenta, karena ukuran tempatnya semakin mengecil dan ukuran plasenta tetap, maka plasenta menekuk, menebal kemudian lepas dari dinding *uterus*.

Tanda- tanda lepasnya plasenta adalah sebagai berikut :

a. Perubahan bentuk dan tinggi *fundus*

Setelah bayi lahir dan sebelum *miometrium* berkontraksi, *uterus* berbentuk bulat penuh dan TFU biasanya turun di bawah pusat.

b. Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat keluar memanjang (terjulur melalui *vulva* dan *vagina*).

c. Semburan darah tiba- tiba

Darah yang terkumpul di belakang *plasenta* akan membantu mendorong *plasenta* keluar. Semburan darah yang tiba- tiba menandakan bahwa darah yang terkumpul antara tempat melekatnya plasenta dan permukaan *maternal plasenta* keluar melalui tepi *plasenta* yang terlepas.

4. Perubahan Fisiologis Kala IV

Perubahan fisiologis yang terjadi pada kala IV adalah sebagai berikut:

a. *Uterus*

Uterus berkontraksi sehingga terjadi perubahan TFU, mulai dari setelah kelahiran bayi (Kala II) TFU setinggi pusat, kemudian setelah uru lahir (Kala III) TFU 2 jari dibawah pusat.

b. *Serviks*

Segera setelah kelahiran, *serviks* terkulai dan tebal, bentuk *serviks* agak menganga seperti corong merah kehitaman,

konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan - perlukaan kecil setelah persalinan. Setelah persalinan urin eksterna dapat dimasuki 2 – 3 jari tangan.

c. *Vagina*

Tonus *vagina* dipengaruhi oleh penegangan yang telah terjadi selama kala II persalinan.

d. *Perineum*

Pada *perineum* akan terdapat luka jahitan jika pada persalinan ibu mengalami laserasi.

e. Kandung Kemih

Keinginan untuk berkemih akan berbeda setelah proses persalinan, sehingga kandung kemih sering ditemukan dalam keadaan penuh.

f. Payudara

Pada payudara sudah terdapat *colustrum*, pembentukan proses awal laktasi sudah mulai nyata dengan adanya *prolaktin* yang dihasilkan *hipofisis*. Pada saat urin lahir, sekresi hormon *estrogen* dan *progesteron* akan menghilang karena urin sudah terlahir.

2.2.2 Asuhan Kebidanan Dalam Persalinan

Memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman, dengan memerhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi (Jannah, dkk, 2017).

1. Kala I

Kala I atau kala pembukaan dari pembukaan nol (0 cm) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Kala I untuk *primigravida* berlangsung 12 jam, sedangkan *multigravida* sekitar 8 jam. berdasarkan perhitungan pembukaan *primigravida* 1 cm/jam dan pembukaan *multigravida* 2 cm/jam (Jannah, dkk, 2017). Kala I (pembukaan) dibagi menjadi dua fase, yakni :

a. Fase laten

1. Pembukaan *serviks* berlangsung lambat
2. Pembukaan 0 sampai pembukaan 3 cm

3. Berlangsung dalam 7-8 jam

a. Fase aktif

Berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase antara lain:

1. Periode *akselerasi* berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm,
2. Periode *dilatasi* maksimal berlangsung selama 2 jam, pembukaan cepat terjadi sehingga menjadi 9 cm dan,
3. Periode *deselerasi* berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi lengkap (10 cm)

2. Kala II

Kala II adalah dimulai dengan pembukaan lengkap dari *serviks* 10cm dan berakhir dengan lahirnya bayi. (Jannah. dkk, 2017).

Kala II ditandai dengan :

- a. His *terkoordinasi*, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali.
- b. Kepala janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot dasar panggul yang secara *reflektoris* menimbulkan rasa mengejan.
- c. Tekanan pada *rectum* dan anus terbuka.
- d. *Vulva* membuka dan *perineum*
- e. meregang.

3. Kala III

Kala III atau kala pelepasan urin adalah periode yang dimulai ketika bayi lahir dan berakhir pada saat *plasenta* seluruhnya sudah dilahirkan. Lama kala III pada *primigravida* dan *multigravida* hampir sama berlangsung \pm 10 menit (Jannah, dkk, 2017).

4. Kala IV

Kala IV adalah dimulai dari lahir *plasenta* sampai dua jam pertama *postpartum* untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap perdarahan *postpartum*. Kala IV pada *primigravida* dan *multigravida* sama-sama

berlangsung selama dua jam (Jannah, dkk, 2017). Observasi yang dilakukan pada kala IV meliputi :

- a. Evaluasi *uterus*
- b. Pemeriksaan dan evaluasi *serviks, vagina* dan *perineum*
- c. Pemeriksaan dan evaluasi *plasenta*, selaput dan tali pusat
- d. Penjahitan kembali *episotomi* dan *laserasi* (jika ada)
- e. Pemantauan dan evaluasi lanjut tanda *vital, kontraksi uterus, lokeia*, perdarahan dan kandung kemih.

A. Asuhan Persalinan pada Kala I

Menurut Rukiah, dkk, (2019), Langkah – langkah asuhan kala I:

- a. Anamnesis antara lain identifikasi klien, gravida, para, abortus, anak hidup, hari pertama haid terakhir (HPHT), tentukan taksiran persalinan, riwayat penyakit (sebelum dan selama kehamilan), termasuk alergi, dan riwayat persalinan.
- b. Pemeriksaan abdomen memuat mengukur tinggi fundus uteri, menentukan presentasi dan letak, menentukan penurunan bagian terbawah janin, memantau denyut jantung janin, menilai kontraksi uterus.
- c. Periksa dalam antara lain tentukan konsistensi dan pendataran serviks (termasuk kondisi jalan lahir), mengukur besarnya pembukaan, menilai selaput ketuban, menentukan presentasi dan seberapa jauh bagian terbawah telah melalui jalan lahir, dan menentukan denominator.

B. Asuhan Persalinan pada Kala II, III dan IV

Asuhan persalinan pada kala II, III, dan IV tergabung dalam 60 langkah Asuhan Persalinan Normal. (Sarwono, 2016)

a. Melihat Tanda dan Gejala Kala II

- 1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala II
 - 1). Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - 2). Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/ atau vaginanya

- 3). Perineum menonjol
- 4). Vulva – vagina dan finger anal membuka

b. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat – obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai didalam tabung partus set.
3. Menggunakan baju penutup dan celemek plastik yang bersih.
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, menncuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/ pribadi yang bersih.
5. Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi (steril) dan meletakkan kembali di partus set (wadah) desinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik).

c. Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin Baik

7. Membersihkan vulva dan perinium, menyekanya dengan hati – hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perinium atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi ke dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar didalam latutan terkontaminasi).

8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan anatomi.

9. Mendokomentasi sarung tangan dengan cara mencelupkan sarung tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin

0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti diatas).

10. Pemeriksaan denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100 – 180 kali/ menit).

- 1). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
- 2). Mendokumentasikan hasil – hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil – hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partografi.

d. Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran

11. Memerlukan tahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.

- 1). Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan – temuan.

- 2). Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ibu merasa nyaman).

13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran:

- 1). Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
- 2). Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
- 3). Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).
- 4). Mengajurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.

- 5). Mengajurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
- 6). Menilai DJJ setiap lima menit.
- 7). Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
- 8). Mengajurkan ibu untuk meneran berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, ajurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi – kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
- 9). Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

e. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

14. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 – 6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
15. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
16. Buka tutup partus set.
17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

f. Menolong Kelahiran Bayi

Lahirnya kepala

18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5 -6 cm, lindungi perinium dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan – lahan. Mengajurkan ibu untuk meneran perlahan – lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.
19. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih (langkah ini tidak harus dilakukan).
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu

terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi.

- 1). Jika tali pusat melilit leher bayi dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - 2). Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklemnya di dua tempat dan memotongnya.
21. Menunggu hingga kepala janin melakukan putar paksi luar secara spontan.

Lahir Bahu

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 ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

23. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada dibagian bawah ke arah perinium, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perinium, gunakan lengan bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

24. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati – hati membantu kelahiran kaki.

g. Penanganan Bayi Baru Lahir

25. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.

26. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu dan bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin/ i.m.
27. Menjepit tali pusat dengan menggunakan klem kira – kira 3cm dari pusat bayi. Melakukan urutan tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2cm dari klem pertama (ke arah ibu).
28. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat diantara dua klem tersebut.
29. Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah, dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernafas, ambil tindakan yang sesuai.
30. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.

h. Oksitosin

31. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
32. Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
33. Dalam waktu dua menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit/ I.M di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

i. Penegangan Tali Pusat Terkendali

34. Memindahkan klem pada tali pusat.
35. Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati –

hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.

- 1). Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

j. Mengeluarkan Plasenta

37. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

- 1). Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10cm dari vulva.
- 2). Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15

menit:

- a). Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit I.M.
- b).Menilai kandung kemih dan dilakukan katerisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
- c).Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- d).Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
- e).Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati – hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlakan melahirkan selaput ketuban tersebut.

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

k. Pemijatan Uterus

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

I. Menilai Perdarahan

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

1). Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan massase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.

41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perinium dan segera menjahit laserasi yang mengambil perdaraha aktif.

m. Melakukan Prosedur Pascapersalinan

42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.

43. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan

klorin 0,5%; membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tinggi tingkat dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.

44. Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikatkan tali pusat disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.

45. Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.

46. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.

47. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih dan kering.

48. Mengajurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.

49. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam:

- 1). 2 – 3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan.
- 2). Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan.
- 3). Setiap 20 – 30 menit pada jam kedua pascapersalinan.
- 4). Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawata yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
- 5). Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.

50. Mengajarkan pada ibu/ keluarga bagaimana melakukan massase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.

51. Mengevaluasi kehilangan darah.

52. Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.

- 1). Memeriksa temperatur suhu ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.
- 2). Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

n. Kebersihan dan Keamanan

53. Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.

54. Membuang bahan – bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.

55. Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

56. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.

57. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
58. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

o. Dokumentasi (Melengkapi Partografi)

Menurut Rukiah,dkk, (2019), Partografi adalah alat bantu yang digunakan selama fase aktif persalinan. Tujuan penggunaan Partografi adalah:

1. Mencatat hasil observasi dan kemjuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
2. Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian, juga dapat melakukan deteksi secara dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama.
3. Data lengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan medika mentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan tindakan yang dilakukan dimana semua itu dicatatkan secara rinci pada status rekam medik ibu bersalinan dan bayi baru lahir.

Cara pengisian partografi adalah:

1. Informasi Tentang Ibu:
 - 1). Nama, Umur
 - 2). Gravida, Para, Abortus (Keguguran)
 - 3). Nomor catatan medik/ nomor puskesmas
 - 4). Tanggal dan waktu penolong persalinan mulai merawat ibu,
 - 5). waktu pecahnya selaput ketuban.
2. Kondisi Janin
 - 1). Denyut jantung janin (DJJ), dilakukan setiap 30 menit (lebih sering jika ada tanda – tanda gawat janin). Normalnya DJJ 120 – 160 kali/ menit.
 - 2). Warna dan adanya air ketuban dinilai setiap melakukan pemeriksaan vagina dengan memberi tanda:

U : Jika selaput amnion masih utuh

J : Jika selaput amnion sudah pecah dan warna air ketuban jernih

M : Jika air ketuban bercampur mekonim

D : Jika air ketuban bercampur darah

K : Jika tidak ada air ketuban atau kering

3). Penyusupan (*Molding* atau *Molage*) Tulang Kepala Janin. Hasil penilaian

dicatat dengan menggunakan lambang – lambang:

0 : Jika teraba sutra terpisah dan mudah dipalpasi

1 : Jika teraba sutra hanya saling bersentuhan

2 : Jika teraba sutra saling tumpang tindih tapi masih dapat dipisahkan

3 : Jika sutra tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan

4). Kemajuan persalinan

Kemajuan persalinan meliputi: pembukaan serviks, penurunan bagian terbawah janin atau presentasi janin, serta garis waspada dan garis bertindak.

5). Jam dan waktu sejak dimulainya fase aktif persalinan

6). Kontraksi Uterus

Dilakukan setiap 30 menit dengan meraba dan mencatat jumlah kontraksi dalam 10 menit dan lamanya kontraksi dalam satuan detik. Hasil kontraksi uterus dicatat dengan:

a). Beri titik – titik dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lama kurang dari 20 detik.

b). Beri garis – garis dikotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya 20 – 40 detik.

c). Isi penuh kotak yang sesuai untuk menyatakan kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik.

3. Obat – obatan dan cairan yang diberikan

Oksitosin, obat – obat yang lainnya, dan cairan IV. Jika tetesan (drip) oksitosin sudah dimulai, dokumentasikan setiap 30 menit, jumlah unit oksitosin yang diberikan

per volume cairan IV dan dalam satuan tetesan per menit.

4. Kesehatan dan kenyamanan ibu

- 1). Nadi, tekanan daarah, dan temperatur tubuh. Nilai dan catat: nadi ibu setiap 30 menit, tekanan darah ibu setiap 4 jam, dan temperatur tubuh ibu setiap 2 jam.
- 2). Volume urine, protein, dan aseton. Ukur dan catat setiap 2 jam (setiap kali ibu berkemih).
 1. Cara pengisian lembar belakang partografi
- 1). Data dan informasi umum: Tanggal, nama bidan, tempat persalinan, alamat tempat persalinan, catatan dan alasan merujuk, tempat rujukan, dan pendamping pada saat merujuk.
- 2). Kala I: Pernyataan – pernyataan tentang partografi saat melewati garis waspada, masalah – masalah lain yang timbul, penatalaksanaannya, dan hasil penatalaksanaannya.
- 3). Kala II: Episiotomi, pendamping persalinan, gawat janin, distosia bahu, masalah lain, penatalaksanaan masalah dan hasilnya.
- 4). Kala III: Lamanya kala III, pemberian oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, rangsangan pada fundus, kelengkapan plasenta saat dilahirkan, retensi plasenta yang >30 menit, laserasi, atonia uteri, jumlah perdarahan, masalah lain, penatalaksanaan dan hasilnya.
- 5). Bayi baru lahir: Berat dan panjang badan, jenis kelamin, penilaian bayi baru lahir, pemberian ASI, masalah lain dan hasilnya.
- 6). Kala IV: Tekanan darah, nadi, temperatur, tinggi fundus, kontraksi uterus, kandung kemih, dan perdarahan

2.3 Nifas

2.3.1 Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan (Mulati, 2015).

b. Fisiologi Nifas

Menurut Astutik (2015), perubahan fisiologis masa nifas, yaitu :

1. Perubahan Sistem Reproduksi

a. *Uterus*

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (*involusi*) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Secara rinci proses *involusiuterus* dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.4

Tinggi Fundus Uteri dan Berat *Uterus* Menurut Masa *Involusi*

No.	Waktu <i>Involusi</i>	TFU	Berat <i>Uterus</i>
1.	Bayi Lahir	Setinggi Pusat	1000 gram
2.	Plasenta lahir	Dua jari bawah pusat	750 gram
3.	1 minggu	Pertengahan pusat <i>simfisis</i>	500 gram
4.	2 minggu	Tidak teraba diatas <i>simfisis</i>	350 gram
5.	6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
6.	8 minggu	Sebesar normal	20 gram

Sumber : Walyani, 2015. *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan*

b. *Serviks*

Serviks mengalami *involusi* bersama-sama *uterus*. Setelah persalinan, *ostium uteri eksternal* dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan *serviks* akan menutup.

c. *Lochea*

Lochea adalah cairan/sekre yang berasal dari kavum *uteri* dan *vagina* dalam masa nifas. Macam-macam *lochea* :

1. *Lochearubra (cruenta)* : berisi darah segar dan sisa selaput ketuban, *sel desidua*, *vernixcaseosa*, *lanugo* dan *mekonium* selama 2 hari nifas.
 2. *Locheasanguinolenta* : berwarna kuning berisi darah dan lendir, hari 3-7 nifas.
 3. *Locheaserosa* : berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 nifas.
 4. *Locheaalba* : cairan putih, keluar setelah 2 minggu masa nifas.
- Selain *lochea* atas, ada jenis *lochea* yang tidak normal, yaitu :

- i. *Locheapurulenta* : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- ii. *Lochea stasis* : *lochea* tidak lancar keluarnya.

Tabel 2.5
Perubahan *Lochea* Berdasarkan Waktu Dan Warna

<i>Lochea</i>	Waktu	Warna	Ciri-ciri
<i>Rubra (cruenta)</i>	1-3 hari <i>post-partum</i>	Merah	Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, <i>sel-sel desidua</i> , <i>verniks kaseosa</i> , <i>lanugo</i> , dan <i>mekonium</i>
<i>Sanguinolenta</i>	3-7 hari <i>post-partum</i>	Berwarna merah kekuningan	Berisi darah dan lender
<i>Serosa</i>	7-14 hari <i>post-partum</i>	Merah jambu kemudian kuning	Cairan serum, jaringan <i>desidua</i> , <i>leukosit</i> , dan <i>eritrosit</i> .
<i>Alba</i>	2 minggu <i>post-partum</i>	Berwarna Putih	Cairan berwarna putih seperti krim terdiri dari <i>leukosit</i> dan <i>sel-sel desidua</i> .
<i>Purulenta</i>			Terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
<i>Locheastatis</i>			<i>Lochea</i> tidak lancar keluarnya

Sumber : Walyani, 2015. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

d. *Vulva* dan *Vagina*

Perubahan pada *vulva* dan *vagina* adalah :

1. *Vulva* dan *vagina* mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi dan dalam beberapa hari pertama setelah sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur.
2. Setelah 3 minggu *vulva* dan *vagina* kembali kepada keadaan tidak hamil.

3. Setelah 3 minggu rugae dalam *vagina* secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

e. Perineum

Perubahan yang terjadi pada *perineum* adalah :

1. Segera setelah melahirkan, *perineum* menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh kelainan kepala bayi yang bergerak maju.
2. Pada masa nifas hari ke-5, tonus otot *perineum* sudah kembali seperti keadaan sebelum hamil, walaupun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan.

f. Payudara

Perubahan pada payudara dapat meliputi :

1. Penurunan kadar *progesterone* secara tepat dengan peningkatan *hormin prolaktin* setelah persalinan.
2. Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan.
3. Payudara menjadi besar dan eras sebagai tanda mulainya proses *laktasi*.

2. Perubahan pada Sistem Perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama hal ini dikarenakan kemungkinan terdapat *spasme sfingter* dan *edema* sesudah bagian ini mengalami *kompresi* antara kepala janin dan tulang *pubis* selama persalinan.

3. Perubahan pada Sistem Pencernaan

Diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Rasa sakit di daerah perineum dapat menghalangi keinginan untuk BAB sehingga pada masa nifas sering timbul keluhan *konstipasi* akibat tidak terurnanya BAB.

4. Perubahan pada Sistem *Kardiovaskuler*

Perubahan sistem *kardiovaskuler* yang terjadi selama masa nifas adalah sebagai berikut :

a. Volume Darah

Kehilangan darah merupakan akibat penurunan volume darah yang cepat tapi terbatas. Pada minggu ke 3-4 setelah bayi lahir volume darah biasanya menurun sampai mencapai volume darah sebelum hamil. Pada persalinan normal *hematokrit* akan naik, sedangkan pada SC, *hematokrit* cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

b. Curah Jantung

Denyut jantung, volume sekuncup dan curah jantung meningkat sepanjang masa hamil. Segera setelah wanita melahirkan, keadaan ini meningkat bahkan lebih tinggi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkulasi *uteroplasenta* tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum.

5. Perubahan TTV pada Masa Nifas

Perubahan tanda-tanda vital pada masa nifas diantaranya adalah :

a. Suhu badan

Sekitar hari ke-4 setelah persalinan suhu ibu mungkin naik sedikit, antara 37,2°C–37,5°C. Bila dikenakan mencapai 38°C pada hari ke-2 sampai hari-hari berikutnya, perlu diwaspadai adanya infeksi atau *sepsis* masa nifas.

b. Denyut Nadi

Denyut nadi masa nifas pada umumnya lebih stabil dibandingkan suhu badan. Pada ibu yang *nervous*, nadinya akan lebih cepat kira-kira 110x/mnt, bila disertai peningkatan suhu tubuh bisa juga terjadi *shock* karena infeksi.

c. Tekanan Darah

Tekanan darah <140 mmHg, dan bisa meningkat dari sebelum persalinan sampai 1-3 hari masa nifas. Bila tekanan darah menjadi mudah perlu diwaspadai adanya perdarahan pada masa nifas.

d. *Respirasi*

Respirasi/ pernafasan umumnya lama atau normal, karena ibu dalam keadaan pemulihan atau keadaan istirahat. Perubahan psikologis mempunyai peranan yang sangat penting pada ibu dalam masa nifas. Ibu nifas menjadi sangat sensitif, sehingga diperlukan pengertian dari keluarga-keluarga terdekat. Peran bidan sangat penting pada masa nifas untuk memberi pengarahan pada keluarga tentang kondisi ibu serta pendekatan psikologis yang dilakukan bidan pada ibu nifas agar tidak terjadi perubahan psikologis yang *patologis*.

c. Psikologi Nifas

Adaptasi psikologis yang perlu dilakukan sesuai dengan fase dibawah ini :

1. Fase *taking in*

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat ini, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu, kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya.

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 perasaannya sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

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. Keiginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

2.3.2 Asuhan Kebidanan Dalam Nifas

Paling sedikit 4 kali melakukan kunjungan pada masa nifas, yaitu :

Tabel 2.6
Asuhan Nifas

Kunjungan	Waktu	Asuhan
Pertama	6-8 jam <i>Post partum</i>	<p>Mencegah terjadinya perdarahan masa nifas karena <i>atonia uteri</i></p> <p>Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut</p> <p>Pemberian ASI awal</p> <p>Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi</p> <p>Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan <i>hipotermi</i></p> <p>Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran</p> <p>Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena <i>atonia uteri</i>.</p>
Kedua	6 hari <i>Post partum</i>	<p>Memastikan <i>involusi uterus</i> berjalan dengan normal, <i>uterus</i> berkontraksi dengan baik, TFU di bawah <i>umbilikus</i>, tidak ada perdarahan <i>abnormal</i>, dan tidak bau</p> <p>Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan</p> <p>Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat</p> <p>Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui</p> <p>Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga agar bayi tetap hangat</p>
Ketiga	2 minggu <i>Post partum</i>	Asuhan pada 2 minggu <i>post partum</i> sama dengan kunjungan 6 hari <i>post partum</i>
Keempat	6 minggu	Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami

	<i>Post Partum</i>	ibu selama masa nifas Memberikan konseling KB secara dini
--	--------------------	--

Sumber : Walyani, 2015 . Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

2.4 Bayi Baru Lahir

2.4.1 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Menurut Tando (2016), bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir pada usia kehamilan genap 37- 41 minggu dengan berat badan 2500-4000 gram dan presentasi belakang kepala atau letak sungsang yang melewati vagina tanpa memakai alat. Neonatus adalah bayi baru lahir yang menyesuaikan diri dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan di luar uterus.

b. Fisiologis Bayi Baru Lahir

Adapun perubahan fisiologis pada Bayi Baru lahir adalah sebagai berikut (Tando,2016):

1. Sistem pernafasan

Ketika *strukter* matang, ranting paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem *alveoli*. Selama dalam *uterus*, janin mendapat *oksigen* dari pertukaran gas melalui *plasenta* dan setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Pernafasan pertama pada bayi normal terjadi pada waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha bayi pertama kali untuk mempertahankan tekanan *alveoli*, selain karena adanya surfaktan, juga karena adanya tarikan nafas dan pengeluaran nafas dengan merinti sehingga udara bisa tertahan didalam. Dalam kondisi seperti ini, bayi masih dapat mempertahankan hidupnya arena adanya kelanjutan metabolisme *aneorobik*.

2. Peredaran darah

Pada masa *fetus*, peredaran darah dimulai dari *plasenta* melalui, *umbilikalis* lalu sebagian ke hari. Setelah bayi lahir, paru akan berkembang yang akan mengaitkan tekanan *arteri* dalam paru menurun yang di ikuti dengan menurunnya tekanan pada jantung kanan.

3. Suhu tubuh

Empat kemungkinan mekanisme yang dapat menyebabkan bayi baru lahir kehilangan panas tubuhnya:

1. *Konduksi*

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

2. *Onveksi*

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak.

3. *Radiasi*

Panas dipancarkan dari BBL keluar tubuhnya kelingkungan yang lebih dingin.

4. *Evaporasi*

Panas hilang melalui proses penguapan yang bergantung pada kecepatan dan kelembapan udara.

4. *Metabolisme*

Luas permukaan tubuh *neonatus relatif* lebih luas dari tubuh orang dewasa. Oleh karena itulah, BBL harus menyesuaikan diri dengan lingkungannya sehingga energi dapat diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak. Pada jam-jam pertama kehidupan energi didapatkan dari perubahan karbohidrat.

5. *Keseimbangan air dan fungsi ginjal*

Tujuan BBL mengandung relatif banyak air. Kadar natrium juga relatif lebih besar dibandingkan dengan kalium karena ruangan *ekstra seluler* yang luas.

6. *Imunoglobulin*

Bayi baru lahir tidak memiliki sel spasma pada sum-sum tulang juga tidak memilini *lamina profia ilium* dan *apendiks*.

7. *Traktus digestivus*

Traktus digestivus relatif lebih berat dan lebih panjang dibandingkan dengan orang dewasa. Pada neonatus, *traktus digestivus* mengandung zat berwarna hitam kehijauan.

8. *Hati*

Segara setelah lahir, hari menunjukkan perubahan iia dan *marfologis* yang berupa kenaian kadar protein dan penurunan kadar lemak serta *glikogen*. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir.

9. Keseimbangan asam basa

Tingkat keasaman (Ph) darah pada waktu lahir umumnya rendah .

Adapun Ciri-ciri bayi normal menurut Tando (2016), yaitu:

1. Berat badan 2500 - 4000 gram.
2. Panjang badan 48 - 52 cm.
3. Lingkar dada 30 - 38 cm.
4. Lingkar kepala 33 - 35 cm.
5. Warna kulit kemerah-merahan.
6. *Frekuensi* jantung 120 - 160 kali/menit.
7. Menangis kuat
8. *Tonus otot* aktif
9. Gerakan aktif
10. Pernafasan \pm 40 - 60 kali/menit.
11. Suhu tubuh $<36^{\circ}\text{C}$
12. Reaksi baik terhadap rangsangan yaitu *refleks rooting* (menoleh saat disentuh pipi), *refleks hisap*, *refleksmoro* (timbulnya pergerakan tangan yang *simetris*), *refleksgrab* (menggenggam).
13. Eliminasi baik, *mekonium* akan keluar dalam 24 jam pertama.
14. *Appearance, Pulse, Grimace, Activity and Respiration* (APGAR) *score* >7

Tabel 2.7
Penilaian Bayi Baru Lahir

Skor	0	1	2
Appearence color (warna kulit)	Seluruh tubuh bayi berwarna kebiruan	Warna kulit tubuh normal, tetapi tangan dan kaki berwarna kebiruan	Warna kulit seluruh tubuh normal
Pulse (heart rate) atau frekuensi jantung	Denyut nadi tidak ada	Denyut nadi $<100x/\text{menit}$	Denyut nadi $>100x/\text{menit}$
Grimace (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada respons terhadap stimulasi	Sedikit gerakan mimic	Menangis, batuk/bersin
Activity (tonus otot)	Lemah tidak ada gerakan	Lengan dan kaki dengan posisi fleksi dengan sedikit gerakan	Gerakan aktif
Respiration (usaha nafas)	Tidak bernafas, pernafasan lambat dan tidak teratur	Menangis lemah, terdengar seperti merintih	Menangis kuat, pernafasan baik dan teratur

Sumber: Tando NM, 2016. Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi & Anak Balita

1. Nilai 1-3 asfiksia berat
2. Nilai 4-6 asfiksia sedang
3. Nilai 7-10 asfiksia ringan (normal)

c. Pemeriksaan Fisik

Menurut Tando (2016), Pemeriksaan umum yang dilakukan pada bayi yaitu sebagai berikut:

1. Pernapasan

Pernapasan bayi normal adalah 30-60 kali per menit, tanpa retraksi dada, dan tanpa suara merintih pada fase ekspirasi.

2. Warna Kulit

Warna kulit bayi normal adalah kemerahan, sedangkan bayi prematur tampak lebih pucat.

3. Denyut jantung

Denyut jantung bayi normal adalah 120-160 kali per menit, tetapi masih dianggap normal jika lebih dari 160 kali per menit.

4. Suhu aksila

Suhu bayi normal adalah 36,5°C.

5. Postur dan gerakan

Postur normal bayi dalam keadaan istirahat adalah kepala tangan longgar, dengan lengan, panggul, dan lutut semifleksi.

6. Tali pusat

Tali pusat normal berwarna putih kebiruan pada hari pertama. Tali pusat mulai kering, mengerut, dan akhirnya terlepas setelah 7-10 hari.

7. Berat Badan

Beberapa hari setelah kelahiran, berat badan bayi turun sekitar 10% dari berat badan lahir. Pada hari ketiga setelah kelahiran, berat badan bayi akan naik kembali sampai akhir minggu pertama dan beratnya akan sama dengan berat badan lahir.

2.4.2 Asuhan Kebidanan Dalam Bayi Baru Lahir

Menurut vivian nanny, 2019, Asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir adalah:

a. Cara memotong tali pusat:

1. Menjepit tali pusat dengan klem 3cm dari pusat, lalu mengurut tali pusat ke arah ibu dan memasang klem ke – 2 dengan jarak 2cm dari klem.
2. Memegang tali pusat diantara 2 klem dengan menggunakan tangan kiri (jari tengah melindungi tubuh bayi) lalu memotong tali pusat diantara 2 klem.
3. Mengikat tali pusat dengan jarak +/_ 1cm dari umbilikus dengan simpul mati lalu mengikat balik tali pusat dengan simpul mati. Untuk kedua kalinya bungkus dengan kasa steril, lepaskan klem pada tali pusat, lalu memasukkannya dalam wadah yang berisi larutan klorin 0,5%.
4. Bungkus bayi dengan kain bersih dan berikan kepada ibu.

b. Mempertahankan suhu tubuh bayi baru lahir dn mencegah hipotermi:

1. Mengeringkan tubuh bayi segera setelah lahir.

Kondisi bayi lahir dengan tubuh basah karena air ketubaan atau aliran udara melalui jendela/ pintu yang terbuka akan mempercepat terjadinya penguapan yang akan mengakibatkan bayi lebih cepat kehilangan suhu tubuh. Hal ini akan

mengakibatkan serangan dingin (cold stress) yang merupakan gejala awal hipotermia. Bayi kedinginan biasanya tidak memperlihatkan gejala menggigil oleh karena kontrol suhu tubuhnya belum sempurna.

2.Untuk mencegah terjadinya hipotermia.

Bayi yang baru lahir harus segera dikeringkan dan dibungkus dengan kain kering kemudian diletakkan terlungkup di atas dada ibu untuk mendapatkan kehangatan dari dekapan ibu.

3. Menunda memandikan bayi baru lahir sampai tubuh bayi stabil.

Pada bayi baru lahir cukup bulan dengan berat badan lebih dari 2.500 gram dan menangis kuat bisa dimandikan +/_ 24 jam setelah kelahiran dengan tetap menggunakan air hangat. Pada bayi baru lahir berisiko dengan berat badannya kurang dari 2.500 gram atau keadaannya sangat lemah sebaiknya jangan dimandikan sampai suhu tubuhnya stabil dan mampu mengisap ASI dengan baik.

Hal – hal yang perlu diperhatikan dalam asuhan pada bayi, yaitu sebagai berikut:

1. Minum

Air susu ibu (ASI) merupakan makanan yang terbaik bagi bayi. ASI diketahui mengandung zat gizi yang paling sesuai untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi, baik kualitas maupun kuantitasnya. Berikan ASI sesering mungkin sesuai dengan keinginan ibu (jika payudara sudah penuh) atau sesuai kebutuhan bayi, yaitu setiap 2 – 3 jam (paling sedikit setiap 4 jam), bergantian antara payudara kiri dan kanan. Berikan ASI eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan.

2. Defekasi (BAB)

Jumlah feses pada bayi baru lahir cukup bervariasi selama minggu pertama dan jumlah paling banyak adalah antara hari ketiga sampai keenam. Feses dari bayi ASI lebih lunak, berwarna kuning emas, dan tidak menyebabkan iritasi pada kulit bayi. Dalam 3 hari pertama feses bayi masih bercampur dengan mekonium dan frekuensi defekasi sebanyak 1 kali dalam sehari. Untuk membersihkannya gunakan air bersih hangat dan sabun.

3. Berkemih (BAK)

Fungsi ginjal bayi masih belum sempurna selama dua tahun pertama kehidupannya. Berkemih sering terjadi dengan frekuensi 6 – 10 kali sehari dengan warna urine yang pucat. Umumnya bayi cukup bulan akan mengeluarkan urine 15 – 16 ml/kg/hari. Untuk menjaga bayi tetap bersih, hangat, dan kering maka setelah BAK harus diganti popoknya.

4. Tidur

Bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata – rata tidur selama 16 jam sehari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3 bulan.

5. Kebersihan Kulit

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

6. Keamanan

Hal – hal yang harus diperhatikan dalam menjaga keamanan bayi adalah dengan tetap menjaganya, jangan sekalipun meninggalkan bayi tanpa ada yang menunggu. Selain itu juga perlu dihindari untuk memberikan apapun ke mulut bayi selain ASI, karena bayi bisa tersedak dan jangan menggunakan alat penghangat buatan di tempat tidur bayi.

7. Tanda – Tanda bahaya

- 1). Pernapasan sulit atau lebih dari 60 kali per menit.
- 2). Terlalu hangat (> 38 derajat celcius) atau terlalu dingin (< 36 derajat celcius).
- 3). Kulit bayi kering (terutama 24 jam pertama), biru, pucat, atau memar.
- 4). Isapan saat menyusui lemah, rewel, sering muntah, dan mengantuk berlebihan.
- 5). Tali pusat merah, Bengkak, keluar cairan, berbau busuk, dan berdarah.
- 6). Terdapat tanda – tanda infeksi seperti suhu tubuh meningkat, merah, Bengkak, bau busuk, keluar cairan, dan pernafasan sulit.

- 7). Tidak BAB dalam 3 hari, tidak BAK dalam 24 jam, feses lembek atau cair, sering berwarna hijau tua, dan derajat lendir atau darah.
- 8). Menggilil, rewel, lemas, mengantuk, kejang,tidak bisa tenang, dan menangis terus menerus.

8. Penyuluhan Pada Ibu dan Keluarga Sebelum Bayi Pulang

- 1). Perawatan tali pusat

Cara perawatan tali pusat agar tidak terjadi peningkatan infeksi, yaitu dengan membiarkan tali pusat mengering, tidak tertutup, dan hanya dibersihkan setiap hari menggunakan air bersih, merupakan cara paling efektif dengan biaya yang efisien pula.

- 2). Pemberian ASI

- 3). Jaga kehangatan bayi

Berikan bayi pada ibunya secepat mungkin. Kontak antara ibu dengan kulit bayi sangat penting dalam rangka menghangatkan serta mempertahankan panas tubuh bayi. Gantilah handuk/ kain yang basah dengan kain yang kering, dan bungkus bayi tersebut dengan selimut, serta jangan lupa untuk memastikan kepala bayi telah terlindungi dengan baik untuk mencegah bayi kehilangan panas tubuhnya.

9. Imunisasi

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

Tabel 2.8
Imunisasi pada Bayi

Vaksin	Umur	Penyakit yang Dapat Dicegah
HEPATITIS B	0-7 hari	Mencegah hepatitis B (kerusakan hati)
BCG	1-4 bulan	Mencegah TBC (Tuberkulosis) yang berat
POLIO	1-4 bulan	Mencegah polio yang dapat menyebabkan lumpuh layu pada tungkai dan lengan

DPT (Difteri, Pertusis, Tetanus)	2-4 bulan	Mencegah difteri yang menyebabkan penyumbatan jalan nafas, mencegah pertusis atau batuk rejan (batuk 100 hari) dan mencegah tetanus
CAMPAK	9 bulan	Mencegah campak yang dapat mengakibatkan komplikasi radang paru, radang otak, dan kebutaan

Sumber: Nanny, Vivian, 2019. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, dan Anak Balita*.

10. Perawatan harian/ rutin

11. Pencegahan infeksi dan kecelakaan

2.5 Keluarga Berencana

2.5.1 Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi. (Anggraini,dkk, 2019)

Program keluarga berencana adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawianan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera. (Handayani, 2018)

a. Tujuan Program Keluarga Berencana

Menurut Anggraini,dkk, 2019, Tujuan program keluarga berencana adalah:

1. Tujuan Umum: Membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.
2. Tujuan Khusus: Pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga.

b. Sasaran Keluarga Berencana

Menurut Handayani, 2018, Sasaran KB dibagi menjadi 2 antara lain :

1. Sasaran Langsung:

Pasangan usia subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan.

2. Sasaran Tidak Langsung

Pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.

c. Jenis-Jenis Kontrasepsi

a. Kondom

Menurut Handayani, 2018, Kondom adalah suatu selubung atau sarung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis (kondom pria) atau vagina (kondom wanita) pada saat berhubungan sekdual.

1. Cara kerja:

Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan.

2. Keuntungan:

- 1) Memberikan perlindungan terhadap PMS
- 2) Tidak mengganggu kesehatan klien
- 3) Murah dan dapat dibeli secara umum
- 4) Tidak perlu pemeriksaan medis
- 5) Tidak mengganggu produksi ASI
- 6) Mencegah ejakulasi dini
- 7) Membantu mencegah terjadinya kanker serviks

3. Kerugian:

- 1) Angka kegagalan relatif tinggi
- 2) Perlu menghentikan sementara aktifitas dan spontanitas hubungan seksual
- 3) Perlu dipakai secara konsisten
- 4) Harus selalu bersedia setiap kali hubungan seksual
- 5) Masalah pembuangan kondom bekas

b. Pil KB

Menurut Handayani, 2018, Pil KB merupakan pil kontrasepsi yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesteron.

1. Cara kerja:
 - 1) Menekan ovulasi
 - 2) Mencegah implantasi
 - 3) Mengentalkan lendir serviks
 - 4) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi ovum akan terganggu

2. Keuntungan:
 - 1) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - 2) Siklus haid menjadi teratur (mencegah anemia)
 - 3) Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang
 - 4) Mudah dihentikan setiap saat
 - 5) Kesuburan cepat kembali setelah penggunaan pil dihentikan
 - 6) Membantu mencegah: kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, kista ovarium, acne, desminorhoe.

3. Kerugian:
 - 1) Mahal dan membosankan karna digunakan setiap hari
 - 2) Mual, 3 bulan pertama
 - 3) Perdarahan bercak atau perdarahan, pada 3 bulan pertama
 - 4) Pusing
 - 5) Nyeri payudara
 - 6) Kenaikan berat badan
 - 7) Tidak mencegah PMS
 - 8) Tidak boleh untuk ibu yang menyusui
 - 9) Dapat meningkatkan tekanan darah sehingga resiko stroke

c. KB Suntik

Menurut Handayani, 2018, KB suntik adalah kontrasepsi suntik yang berisi hormon sintetis estrogen dan progesteron.

1. Cara kerja:
 - 1) Menekan ovulasi
 - 2) Menghambat transportasi gamet oleh tuba
 - 3) Mempertebal mukus serviks (mencegah penetrasi sperma)

- 4) Mengganggu pertumbuhan endometrium, sehingga menyulitkan proses implantasi

2. Keuntungan:

- 1) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- 2) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- 3) Klien tidak perlu menyimpan obat
- 4) Resiko terhadap kesehatan kecil
- 5) Efek samping sangat kecil
- 6) Jangka panjang

3. Kerugian:

- 1) Perubahan pola haid: tidak teratur, perdarahan bercak, perdarahan selama sampai 10 hari.
- 2) Awal pemakaian: mual, pusing, nyeri payudara dan keluhan ini akan menghilang setelah suntikan kedua atau ketiga.
- 3) Ketergantungan klien pada pelayanan kesehatan. Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan.
- 4) Efektivitas turun jika interaksi dengan obat, epilepsi (fenitoin, barbiturat) dan rifampisin.
- 5) Dapat terjadi efek samping yang serius, stroke, serangan jantung, thrombosis paru.
- 6) Terlambatnya pemulihan kesuburan setelah berhenti.
- 7) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual.
- 8) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- 9) Penambahan berat badan.

d. Implant

Menurut Handayani, 2018, Implant adalah salah satu jenis alat kontrasepsi yang berupa susuk yang terbuat dari sejenis karet silastik yang berisi hormon, dipasang pada lengan atas.

1. Cara kerja:

- 1) Menghambat ovulasi.

- 2) Perubahan lendir serviks menjadi kental dan sedikit.
- 3) Menghambat perkembangan siklis dari endometrium.

2. Keutungan:

- 1) Cocok untuk wanita yang tidak boleh menggunakan obat yang mengandung estrogen.
- 2) Dapat digunakan untuk jangka waktu panjang 5 tahun dan bersifat reversibel.
- 3) Efek kontraseptif segera berakhir setelah implantnya dikeluarkan.
- 4) Perdarahan terjadi lebih ringan, tidak menaikkan darah.
- 5) Resiko terjadinya kehamilan ektopik lebih kecil jika dibandingkan dengan pemakaian alat kontrasepsi dalam rahim.

3. Kerugian:

- 1) Susuk KB/ implant harus dipasang dan diangkat oleh petugas kesehatan yang terlatih.
- 2) Lebih mahal.
- 3) Sering timbul perubahan pola haid.
- 4) Akseptor tidak dapat menghentikan implant sekehendaknya sendiri.
- 5) Beberapa orang wanita mungkin segan untuk menggunakannya kerena kurang mengenalnya.

e. IUD atau AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

Menurut Handayani, 2018, IUD atau AKDR adalah suatu alat yang dimasukkan ke dalam rahim wanita untuk tujuan kontrasepsi.

1. Cara kerja:

Sebagai metode biasa (yang dipasang sebelum hubungan sexual terjadi) AKDR mengubah transportasi tuba dalam rahim serta mempengaruhi sel telur dan sperma sehingga pembuahan tidak terjadi. Sebagai kontrasepsi darurat (dipasang setelah hubungan sexual terjadi) dalam beberapa kasus mungkin memiliki mekanisme yang lebih mungkin adalah dengan mencegah terjadinya implantasi atau penyerangan sel telur yang telah dibuahi ke dalam dinding rahim.

2. Keuntungan:

- 1) Metode jangka panjang 10 tahun.

- 2) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
- 3) Tidak mempengaruhi kualitas ASI
- 4) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- 5) Membantu mencegah kehamilan ekstopik

3. Kerugian:

- 1) Perubahan siklus haid (umumnya 8 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan).
- 2) Haid lebih lama dan banyak
- 3) Perdarahan (spotting) antar menstruasi
- 4) Saat haid lebih sakit
- 5) Sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang dalam 1 – 2 hari.

f. Vasektomi

Menurut Anggraini,dkk, 2019, Vasektomi adalah tindakan memotong dan menutup saluran mani (vas deferens) yang menyalurkan sel mani (sperma) keluar dari pusat produksinya di testis.

1. Cara kerja:

Saluran vas deferens yang berfungsi mengangkut sperma dipotong dan diikat, sehingga aliran sperma dihambat tanpa mempengaruhi jumlah cairan semen. Cairan semen diproduksi dalam vesika seminalis dan prostat sehingga tidak akan terganggu oleh vasektomi.

2. Keuntungan:

- 1) Aman, morbiditas rendah dan hampir tidak ada mortalitas.
- 2) Cepat, hanya diperlukan anestesi lokal saja.
- 3) Biaya rendah

3. Kerugian:

- 1) Diperlukan suatu tindakan operatif
- 2) Kadang-kadang menyebabkan komplikasi seperti pendarahan atau infeksi.

- 3) Kontap pria belum memberikan perlindungan total sampai semua spermatozoa yang sudah ada di dalam sistem reproduksi distal dari tempat oklusi vas deferens dikeluarkan.
- 4) Problem psikologis yang berhubungan dengan perilaku seksual mungkin bertambah parah setelah tindakan operatif yang menyangkut reproduksi pria.

g. Tubektomi

Menurut Anggraini,dkk, 2019, Tubektomi adalah tindakan memotong tuba fallopi/ tuba uterina.

1. Cara kerja:

- 1) Minilaparotomi.
- 2) Laparoskopi.
- 3) Dengan mengoklusi tuba fallopi (mengikat dan memotong atau merangsang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

2. Keuntungan:

- 1) Tidak mempengaruhi proses menyusui.
- 2) Tidak bergantung pada faktor senggama.
- 3) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi risik kesehatan yang serius. Tidak ada efek samping dalam jangka panjang
- 4) Berkurangnya risiko kanker ovarium.

3. Kerugian:

- 1) Harus dipertimbangkan sifat mantap metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan rekanalisisasi.
- 2) Rasa sakit/ ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.
- 3) Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk HBV, dan HIV/AIDS

2.5.2 Asuhan Kebidanan pada keluarga berencana

1. Pengertian Konseling Kontrasepsi

Menurut Handayani, 2018 konseling kontrasepsi adalah proses yang berjalan dan menyatu dengan semua aspek pelayanan keluarga berencana dan bukan hanya informasi yang diberikan dan dibicarakan pada satu kali kesempatan yakni pada saat pemberian pelayanan.

2. Tujuan Konseling Kontrasepsi

Tujuan dalam pemberian konseling keluarga berencana antara lain:

- a. Meningkatkan penerimaan informasi yang benar diskusi bebas dengan cara mendengar, berbicara dan berkomunikasi nonverbal meningkatkan penerimaan informasi mengenai KB.
- b. Menjamin pilihan yang cocok. Menjamin petugas dan klien memilih cara terbaik yang sesuai dengan keadaan kesehatan dan kondisi klien.
- c. Menjamin penggunaan yang efektif. Konseling efektif diperlukan agar klien mengetahui bagaimana menggunakan KB dengan benar dan mengatasi informasi yang keliru tentang cara tersebut.
- d. Menjamin kelangsungan yang lebih lama. Kelangsungan pemakaian cara KB akan lebih baik melalui klien ikut memilih cara tersebut, mengetahui cara kerjanya dan mengatasi efek sampingnya.

3. Jenis Konseling Keluarga Berencana

a. Konseling Awal

- 1. Bertujuan menentukan metode apa yang diambil.
- 2. Bila dilakukan dengan objektif langkah ini akan membantu klien untuk memilih jenis KB yang cocok untuknya.
- 3. Yang perlu diperhatikan adalah menanyakan langkah yang disukai klien dan apa yang diketahui tentang cara kerjanya, kelebihan dan kekurangannya.

b. Konseling Khusus

- 1. Member kesempatan klien untuk bertanya tentang cara KB dan membicarakan pengalamannya.
- 2. Mendapatkan informasi lebih rinci tentang KB yang diinginkan.
- 3. Mendapatkan bantuan untuk memilih metode KB yang cocok dan menjelaskan cara penggunaannya.

4. Langkah-langkah konseling keluarga berencana

Langkah-langkah Konseling KB SATU TUJU antara lain :

a. SA : Sapa dan Salam

Sapa dan salam kepada klien secara terbuka dan spontan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara ditempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.

b. T : Tanya

Tanyakan kepada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, tujuan, kepentingan, harapan serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Coba tempatkan diri kita di dalam hati klien. Perlihatkan bahwa kita memahami. Dengan memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien kita dapat membantunya.

c. U : Uraikan

Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa jenis kontrasepsi.

d. TU : Bantu

Bantulah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berfikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya. Doronglah klien untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan. Tanggapilah secara terbuka.

e. J : Jelaskan

Jelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya setelah klien memilih jenis kontrasepsinya, jika diperlukan perlihatkan alat/obat kontrasepsinya. Jelaskan bagaimana alat/ obat kontrasepsi tersebut digunakan dan bagaimana cara penggunaannya.

f. U : Kunjungan Ulang

Perlu dilakukan kunjungan ulang. Bicarakan dan buatlah perjanjian, kapan klien akan kembali untuk melakukan pemeriksaan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan. Perlu juga selalu mengingatkan klien untuk kembali apabila terjadi suatu masalah.