

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 di uraikan 2 bagian yaitu berisi tentang konsep dasar kehamilan, konsep dasar persalinan, konsep dasar nifas, konsep dasar bayi baru lahir (neonatus) dan konsep dasar keluarga berencana (kontrasepsi). Kedua berisi tentang konsep asuhan kebidanan pada kehamilan, konsep asuhan kebidanan pada persalinan, konsep asuhan kebidanan pada nifas, konsep asuhan kebidanan pada neonatus dan konsep asuhan kebidanan pada keluarga berencana (kontrasepsi).

2.1 Konsep Dasar Kehamilan

2.1.1 Pengertian kehamilan

Proses kehamilan dimulai dengan terjadinya konsepsi. Konsepsi adalah bersatunya sel telur dan sperma. Proses kehamilan berlangsung selama 40 minggu atau 280 hari. Dari hari pertama menstruasi terakhir. Usia kehamilan sendiri adalah 38 minggu, karena dihitung mulai dari tanggal konsepsi yang terjadi 2 minggu setelahnya. (Nurul Kamariyah.2014)

1. Perubahan pada Organ-Organ Sistem Reproduksi

a. Uterus

Tumbuh membesar primer, maupun sekunder akibat pertumbuhan isi konsepsi intrauterine. Estrogen menyebabkan hiperplasi jaringan, progesterone berperan untuk elastisitas/kelenturan uterus.

Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uteri Selama Kehamilan

Umur kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
----------------	---------------------

12 minggu	Tiga jari di atas simfisis
16 minggu	Pertengahan simfisis-pusat
20 minggu	Pinggir bawah pusat
24 minggu	Pinggir atas pusat
28 minggu	Sepertiga pusat-xyphoid
32 minggu	Pertengahan pusat-xifoid
36-42 minggu	3-1 jari bawah xyphoid

Sumber: Sukarni, Icesmi, K & Margareth, ZH. 2013.

b. Vagina/vulva

Terjadi hipervaskularisasi akibat pengaruh estrogen dan progesterone warna merah kebiruan (tanda Chadwick).

c. Ovarium

Sejak kehamilan 16 minggu, fungsi diambil alih oleh plasenta, terutama fungsi produksi progesterone dan estrogen. Selama kehamilan ovarium tenang/beristirahat. Tidak terjadi pembentukan dan pematangan folikel baru, tidak terjadi ovulasi, tidak terjadi siklus hormonal menstruasi.

d. Payudara

Akibat pengaruh estrogen terjadi hyperplasia system duktus dan jaringan interstisial payudara. Hormone laktogenik plasenta (diantaranya somatomammotropin) menyebabkan hipertrofi dan penambahan sel-sel asinus payudara, serta meningkatkan produksi zat-zat kasein, laktoalbumin, laktoglobulin, sel-sel lemak, kolostum. Mammae membesar dan tegang, terjadi hiperpigmentasi kulit serta hipertrofi kelenjar Montgomery, terutama daerah aerola dan papilla

akibat pengaruh melanofor. Puting susu membesar dan menonjol (Sukarni, Icesmi, k. & Margareth, 2013)

2. Perubahan Adaptasi Fisiologi dan Psikologi pada Kehamilan Trimester III

Secara normal ibu hamil akan mengalami perubahan pada fisik dan psikologi. Sebelum kita memberikan pelayanan kepada ibu hamil, perlu kita mengingat kembali adanya perubahan-perubahan yang terjadi pada ibu hamil Trimester III antaranya sebagai berikut:

1) Perubahan Fisik

- a. Hiperlordosis
- b. Pembesaran abdomen
- c. Perubahan frekuensi berkemih
- d. Perubahan ketidaknyaman tulang dan otot
- e. Gangguan tidur
- a. Perubahan sensasi terhadap nyeri (Mulati, Erna, dkk. 2014).

2) Perubahan Psikologi

- b. Waspada
- c. Ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya
- d. Ibu merasa khawatir atau takut apabila bayi yang dilahirkan tidak normal.
- e. Ibu merasa sedih akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil (Mulati, Erna, dkk. 2014).

3. Kebutuhan Dasar Ibu Hamil

1. Oksigen

Ibu hamil sering mengeluh tentang rasa sesak dan nafas pendek. Hal ini disebabkan karena diafragma tertekan akibat membesarnya rahim. Kebutuhan oksigen meningkat 20% (Nugroho Taufan, dkk. 2014).

2. Nutrisi

Pada saat hamil ibu harus makan makanan yang mengandung nilai gizi bermutu tinggi meskipun tidak berarti makanan yang mahal harganya. Gizi pada waktu hamil harus ditingkatkan hingga 300 kalori perhari, ibu hamil seharusnya mengkonsumsi makanan yang mengandung protein, zat besi, dan minum cukup cairan (menu seimbang). (Nugroho Taufan, dkk. 2014).

3. Personal Hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil. Mandi dianjurkan sedikitnya 3 kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapatkan perhatian karena sering kali terjadi gigi berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. Rasa mual selama masa hamil dapat mengakibatkan perburukan hygiene mulut dan dapat menimbulkan karies gigi. (Nugroho Taufan, dkk. 2014).

4. Pakaian

Meskipun pakaian bukan merupakan hal yang berakibat langsung terhadap kesejahteraan ibu dan janin, namun perlu kiranya jika tetap dipertimbangkan beberapa aspek kenyamanan dalam berpakaian. Pemakaian pakaian dan

kelengkapannya yang kurang tepat akan mengakibatkan beberapa ketidaknyamanan yang akan mengganggu fisik dan psikologis ibu.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pakaian ibu hamil adalah memenuhi kriteria berikut ini :

- a. Pakaian harus longgar, bersih, nyaman, dan mudah dikanakan.
- b. Bahan pakaian usahakan yang mudah menyerap keringat
- c. Pakailah bra yang menyokong payudara dan sesuai ukuran
- d. Memakai sepatu dengan hak yang rendah
- e. Pakaian dalam yang selalu bersih. (Nugroho Taufan, dkk. 2014).

5. Seksual

Selama kehamilan berjalan normal, koitus diperbolehkan sampai akhir kehamilan, meskipun beberapa ahli berpendapat sebaiknya tidak lagi berhubungan seks selama 14 hari menjelang kelahiran. Koitus tidak dibenarkan bila terdapat perdarahan pervaginam, riwayat abortus berulang, abortus/ partus prematurus imminens, ketuban pecah sebelum waktunya.

6. Mobilisasi, Bodi mekanik

Mobilisasi dan bodi mekanik untuk ibu hamil harus memperhatikan cara-cara yang benar antara lain :

- a. Melakukan latihan/senam hamil agar otot-otot tidak kaku
- b. Jangan melakukan gerakan tiba-tiba/spontan
- c. Jangan mengangkat secara langsung benda-benda yang cukup berat, jongkoklah terlebih dahulu baru kemudian mengangkat benda

- d. Apabila bangun tidur, miring dulu baru kemudian bangkit dari tempat tidur.(Nugroho Taufan,dkk. 2014).

7. Istirahat/Tidur

Tidur yang cukup membuat ibu menjadi relaks, bugar dan sehat. Posisi tidur yang paling dianjurkan adalah tidur miring ke kiri, posisi ini berguna untuk mencegah varices, sesak nafas, bengkak pada kaki, serta dapat memperlancar sirkulasi darah yang penting bagi pertumbuhan janin.

8. Traveling

Meskipun dalam keadaan hamil, ibu masih membutuhkan reaksi untuk menyegarkan pikiran dan perasaan, misalnya dengan mengunjungi objek wisata atau pergi keluar kota.

Hal-hal yang dianjurkan apabila ibu hamil bepergian adalah sebagai berikut :

- a. Hindari pergi kesuatu tempat yang ramai, sesak dan panas, serta berdiri terlalu lama di tempat itu karena akan dapat menimbulkan sesak napas sampai akhirnya jatuh pingsan.
 - b. Apabila bepergian selama kehamilan, maka duduk dalam jangka waktu lama harus dihindari karena dapat menyebabkan peningkatan resiko bekuan darah vena dalam dan tromboflebitis selama kehamilan.
 - c. Wanita hamil dapat mengemudi mobil maksimal 6 jam dalam sehari dan harus berhenti selama 2 jam lalu berjalan selama 10 menit.(Nugroho Taufan,dkk. 2014).
- ## 9. Sabuk pengaman
- sebaliknya selalu dipakai, sabuk tersebut tidak diletakkan di bawah perut ketika kehamilan sudah besar.(Nugroho Taufan,dkk.2014)

10. Exercise/senam hamil

Senam hamil dimulai pada umur kehamilan 22 minggu. Senam hamil bertujuan untuk mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat berfungsi secara optimal dalam persalinan normal serta mengimbangi perubahan titik berat badan tubuh. Senam hamil ditujukan bagi ibu hamil tanpa kelainan atau tidak terdapat penyakit yang menyertai kehamilan, yaitu penyakit jantung, ginjal dan penyulit dalam kehamilan. (Nugroho Taufan, dkk. 2014).

11. Pekerjaan

Seorang wanita hamil boleh mengerjakan pekerjaan sehari-hari asal hal tersebut tidak memberikan gangguan rasa tidak enak. Bagi wanita pekerja, ia boleh tetap masuk kantor sampai menjelang partus. Pekerjaan jangan dipaksakan sehingga istirahat yang cukup selama kurang lebih 8 jam sehari (Nugroho Taufan, dkk. 2014).

12. Persiapan laktasi

Persiapan menyusui pada masa kehamilan merupakan hal yang penting karena dengan persiapan dini ibu akan lebih baik dan siap untuk menyusui bayinya. Pelayanan pada bimbingan persiapan menyusui terdiri dari penyuluhan tentang keunggulan ASI, manfaat rawat gabung, perawatan puting susu, perawatan bayi, gizi ibu hamil dan menyusui, keluarga berencana.

13. Kunjungan ulang

Sesuai dengan kebijakan departemen kesehatan, pada Trimester III 2x. Namun sebaiknya kunjungan ulang rutin dilakukan setiap bulan agar dapat segera terdeteksi jika ada penyulit atau komplikasi kehamilan.

Tabel. 2.2 Jadwal Kunjungan ANC

No	Trimester	Waktu	Alasan perlu kunjungan
1.	Trimester 1	Sebelum 4 minggu	<ul style="list-style-type: none"> a. Mendeteksi masalah yang dapat ditangani sebebblum membahayakan b. Mencegah masalah, missal : tetanus neonatal, anemia, dan kebiasaan tradisional yang berbahaya c. Membangun hubungan saling percaya d. Memulai persiapan kelahiran dan kesiapan menghadapi komplikasi e. Mendorong perilaku sehat (nutrisi, kebersihan, olahraga, istirahat, seks, dll)
2.	Trimester 2	14-28 minggu	Sama dengan trimester 1, ditambah kewaspadaan khusus terhadap hipertensi kehamian (deteksi gejala preeklampsi, pantau tekanan darah, evaluasi edema, proteinuria)
3.	Trimester 3	<ul style="list-style-type: none"> a. 28-36 minggu b. >36 minggu 	<ul style="list-style-type: none"> a. Sama dengan trimester sebelumnya ditambah deteksi kehamilan ganda b. Sama dengan trimester sebelumnya, ditambah kelainan letak atau kondisi yang memerlukan persalinan di rumah sakit.

Sumber: Kusnawati, Ina. 2014.

14. Persiapan Persalinan dan Kelahiran bayi

Rencana persalinan adalah rencana tindakan yang dibuat oleh ibu, anggota keluarga dan bidan. Rencana ini tidak harus dalam bentuk tertulis, namun dalam bentuk diskusi untuk memastikan bahwa ibu dapat menerima asuhan yang diperlukan. Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan

kekacauan pada saat persalinan dan meningkatkan kemungkinan bahwa ibu akan menerima asuhan yang sesuai tepat waktu.

Ada 5 komponen penting dalam rencana persalinan, antara lain :

a. Membuat rencana persalinan

Idealnya setiap keluarga harus mempunyai kesempatan untuk membuat rencana persalinan. Berikut ini hal – hal yang harus digali dan diputuskan dalam membuat rencana persalinan, antara lain :

- 1) Memilih tempat persalinan
 - 2) Memilih tenaga terlatih
 - 3) Bagaimana menghubungi tenaga kesehatan tersebut
 - 4) Bagaimana transportasi ke tempat persalinan
 - 5) Siapa yang akan menemani pada saat persalinan
 - 6) Berapa banyak biaya yang dibutuhkan dan bagaimana cara mengumpulkan biaya tersebut
 - 7) Siapa yang menjaga keluarga bila ibu tidak ada
- b. Membuat rencana untuk pengambilan keputusan jika terjadi kegawatdaruratan pada saat pengambilan keputusan utama tidak ada.

Penting bagi bidan dan keluarga untuk mendiskusikan:

- 1) Siapa pembuat keputusan utama dalam keluarga
 - 2) Siapa yang akan membuat keputusan jika pembuat keputusan utama tidak ada saat terjadi kegawatdaruratan
- c. Mempersiapkan sistem transportasi jika terjadi kegawatdaruratan

Banyak ibu meninggal karena mengalami komplikasi yang serius selama hamil, persalinan atau post partum dan tidak mempunyai jangkauan transportasi yang dapat membawa mereka ke tingkat asuhan yang dapat memberikan asuhan yang kompeten untuk masalah mereka. Setiap keluarga seharusnya mempunyai rencana transportasi untuk ibu jika ia mengalami komplikasi dan perlu segera dirujuk ke tingkat asuhan yang lebih tinggi. Rencana ini perlu dipersiapkan lebih dini dalam kehamilan dan harus terdiri dari elemen – elemen dibawah ini:

- 1) Dimana ibu akan bersalin (RS, bidan, polindes atau puskesmas).
 - 2) Bagaimana cara menjangkau tingkat asuhan yang lebih lanjut jika terjadi kegawatdaruratan.
 - 3) Ke fasilitas kesehatan yang mana ibu tersebut harus di rujuk.
 - 4) Bagaimana cara mendapatkan dana jika terjadi kegawatdaruratan
 - 5) Bagaimana cara mencari donor darah yang potensial.
- d. Membuat rencana atau pola menabung

Keluarganya seharusnya dianjurkan untuk menabung sejumlah uang sehingga dana akan tersedia untuk asuhan selama kehamilan dan jika terjadi kegawatdaruratan. Banyak sekali kasus, dimana ibu tidak mencari asuhan atau mendapatkan asuhan karena mereka tidak mempunyai dana yang diperlukan.

- e. Mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk persalinan

Seorang ibu dapat mempersiapkan segala sesuatunya untuk persalinan. Ia dan keluarganya dapat mengumpulkan barang – barang seperti

pembalut wanita atau kain, sabun dan seprei dan menyimpan untuk persiapan persalinan.

15. Memantau kesejahteraan janin

Untuk melakukan penilaian terhadap kesejahteraan janin dan rahim bisa menggunakan stetoskop leaner, untuk mendengarkan denyut jantung secara manual (auskultasi). Pemantauan kesejahteraan janin yang dapat dilakukan oleh ibu hamil adalah dengan menggunakan kartu “fetal movement” setiap pergerakan janin yang dirasakan. Pemantauan gerakan janin minimal dilakukan selama 12 jam, misalnya ibu hamil setiap merasakan gerakan janin mencatat dengan tanda tally pada kartu pergerakan janin, dalam 12 jam pemantauan, contohnya dari pukul 08.00 sampai pukul 22.00 selanjutnya keseluruhan pergerakan janin selama 12 jam adalah minimal 10 kali gerakan janin yang dirasakan oleh ibu hamil (Ina Kuswanti, 2014).

4. Tanda Bahaya Pada Kehamilan

- a. Pendarahan pervaginam
- b. Sakit kepala yang hebat
- c. Penglihatan kabur
- d. Bengkak diwajah dan jari-jari tangan
- e. Keluar cairan pervaginam
- f. Gerakan janin tidak terasa
- g. Nyeri abdomen yang hebat (Elisabeth S, 2015)

5. Pemeriksaan 17 T

- a. Keadaan umum
- b. Suhu tubuh

- c. Tekanan darah
- d. Berat badan
- e. LILA
- f. TFU
- g. Presentasi janin
- h. DJJ
- i. Pemeriksaan KB
- j. Golongan darah
- k. Protein urin
- l. Gula darah/ reduksi
- m. Darah malaria
- n. Darah sifilis
- o. Serologi HIV
- p. USG (Mulati, Erna, dkk. 2014).

2.1.2 Konsep Dasar Persalinan

1. Pengertian persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta yang telah cukup bulan atau hampir cukup bulan dan dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba,1998:157)

Menurut Mochtar (1998:157) partus normal adalah proses lahirnya bayi dengan letak belakang kepala dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung 24 jam. Sedangkan menurut

Prawirohardjo (2002:100) persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung 18 jam ,tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.

Dari pendapat para ahli tersebut dikemukakan bahwa persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang cukup bulan, lahir secara spontan dengan persentasi belakang kepala disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput ketuban dari tubuh ibu,tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.

2. Tanda-tanda Persalinan

Gejala persalinan sebagai berikut:

- a. Kekuatan his makin sering teratur dan terjadi dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
- b. Dapat terjadi pengeluaran pembawa tanda yaitu : ★
 - 1) Pengeluaran lender
 - 2) Lendir bercampur darah
- c. Dapat disertai ketuban pecah dini
- d. Pada pemeriksaan dalam dijumpai perubahan servix
 - 1) Perubahan servix
 - 2) Perdarahan servix
 - 3) Terjadi pembukaan servix

Berikut ini tentang jalanya persalinan

- a. Tanda persalinan sudah dekat

1) Terjadi lightening

Menjelang minggu ke 36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan :

- a) Kontraksi Braxton hicks
- b) Ketegangan perut dinding
- c) Ketegangan ligamentum rotundum
- d) Gaya berat janin dimana kepala ke arah bawah

Masuknya kepala bayi ke pintu atas panggul

- a) Terasa ringan bagian atas, rasa sesaknya berkurang
- b) Dibagian bawah terasa sesak
- c) Terjadi kesulitan saat berjalan
- d) Sering miksi (beser kencing)

★ Gambaran lightening pada primi gravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P yaitu : power (kekuatan his) passage (jalan lahir normal), dan passanger (janinnya plasenta) pada multipara gambaranya tidak jelas, Karena kepala janin baru masuk pintu atas panggul menjelang persalinan.

Dengan makin tua hamil pengeluaran ekstrogen dan progesteron makin berkurang, sehingga oksitocin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, sebagai his palsu.

Sifat his permulaan (palsu)

- a) Rasa nyeri ringan dibagian bawah

- b) Datangnya tidak teratur
- c) Tidak ada perubahan pada servix atau pembawa tanda
- d) Durasi pendek
- e) Tidak bertambah bila tidak beraktivitas

3. Tahapan persalinan

Pada proses persalinan di bagi 4 kala yaitu :

a. Kala I : kala pembukaan

Waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap (10 cm). Dalam kala pembukaan dibagi menjadi 2 fase :

1) Fase laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap. Pembukaan kurang dari 4 cm. Biasanya berlangsung kurang dari 8 jam.

2) Fase aktif

a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi adekuat / 3 kali atau lebih dalam 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih).

b) Serviks membuka dari 4 ke 10, biasanya dengan kecepatan 1 cm/lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10)

c) Terjadi penurunan bagian terbawah janin

Berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 fase, Berdasarkan kurva friedmanyaitu :

(1) Periode akselerasi, berlangsung selama 2 jam pembukaan menjadi 4 cm

(2) Periode dilatasi maksimal, berlangsung selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm

(3) Periode diselerasi, berlangsung lambat dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm / lengkap.

b. Kala II : kala pengeluaran janin

Waktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengejan mendorong janin hingga keluar.

Pada kala II ini memiliki ciri khas :

- 1) His terkoordinir, kuat, cepat dan lebih lama kira-kira 2-3menit sekali
- 2) Kepala janin telah turun masuk ruang panggul dan secara reflektorik menimbulkan rasa ingin mengejan
- 3) Tekanan pada rectum, ibu merasa ingin BAB
- 4) Anus membuka

Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka dan perineum meregang, dengan his dan mengejan yang terpinpin kepala akan lahir dan diikuti seluruh badan janin. Lama pada kala II ini pada primi dan multipara berbeda yaitu :

- 1) Primipara kala II berlangsung 1,5 jam – 2 jam
- 2) Multipara kala II berlangsung 0,5 jam – 1 jam

Pimpinan persalinan :

Ada 2 cara ibu mengejan pada kala II yaitu menurut dalam letak berbaring, merangkul kedua pahanya dengan kedua lengan sampai batas siku, kepala diangkat sedikit sehingga dagu mengenai dada, mulut di katup; dengan seperti di atas, tetapi

badan miring ke arah dimana punggung janin berada dan hanya satu kaki yang dirangkul yaitu yang sebelah atas.

c. Kala III : kala uri

Kala III yaitu waktu pelepasan dan pengeluaran plasenta. Setelah bayi lahir kontraksi rahim berhenti sebentar, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi tebal 2 kali sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pengeluaran dan pelepasan plasenta, dalam waktu 1-5 menit plasenta terlepas terdorong ke dalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan (*brand androw*, seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Dan pada pengeluaran plasenta biasanya disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

d. Kala IV (Tahap Pengawasan)

Tahap ini digunakan untuk melakukan pengawasan terhadap bahaya perdarahan. Pengawasan ini dilakukan selama kurang lebih dua jam. Dalam tahap ini ibu masih mengeluarkan darah dari vagina, tapi tidak banyak, yang berasal dari pembuluh darah yang ada di dinding rahim tempat terlepasnya plasenta, dan setelah beberapa hari anda akan mengeluarkan cairan sedikit darah yang disebut lochea yang berasal dari sisa-sisa jaringan. Pada beberapa keadaan, pengeluaran darah setelah proses kelahiran menjadi banyak. Ini disebabkan beberapa faktor seperti lemahnya kontraksi atau tidak berkontraksi otot-otot rahim. Oleh karena itu perlu dilakukan pengawasan sehingga jika perdarahan semakin hebat dapat dilakukan tindakan secepatnya (Siwi E. dan Endang, 2016)

4. Kebutuhan Dasar Ibu Dalam Proses Persalinan

Ada beberapa kebutuhan dasar ibu selama proses persalinan antara lain:

a. Dukungan fisik dan psikologis

Dukungan dapat diberikan oleh orang-orang terdekat ibu (suami, keluarga, teman, perawat, bidan, maupun dokter). Pendamping persalinan hendaknya orang yang sudah terlibat dalam kelas-kelas antenatal. Mereka dapat membuat laporan tentang kemajuan ibu dan secara terus menerus memonitor kemajuan persalinan.

b. Kebutuhan makanan dan cairan

Makanan padat tidak boleh diberikan selama persalinan aktif, oleh karena makanan padat lebih lama tinggal dalam lambung daripada makanan cair, sehingga proses pencernaan lebih lambat selama persalinan. Bila ada pemberian obat dapat juga merangsang terjadinya mual atau muntah yang dapat mengakibatkan terjadinya aspirasi ke dalam paru-paru, untuk mencegah dehidrasi, pasien dapat diberikan banyak minum segar (jus buah, sup) selama proses persalinan, namun bila mual atau muntah dapat diberikan cairan IV RL.

c. Kebutuhan eliminasi

Kandung kencing harus dikosongkan setiap dua jam selama proses persalinan. Bila pasien tidak dapat berkemih sendiri dapat dilakukan kateterisasi oleh karena kandung kencing yang penuh dapat menghambat penurunan bagian terbawah janin, selain itu juga akan meningkatkan rasa tidak nyaman yang tidak dikenali pasien karena bersama dengan munculnya kontraksi uterus. Rectum yang penuh akan menghambat penurunan bagian terbawah janin, namun bila pasien mengatakan ingin BAB, bidan harus memastikan kemungkinan adanya tanda dan

gejala pada kala II. Bila diperlukan sesuai indikasi dapat dilakukan lavement (Siwi E. dan Endang, 2016).

Sedangkan Sumarah (2008) mengategorikan kebutuhan ibu dalam proses persalinan meliputi:

- 1) Kebutuhan fisiologis
 - a) Oksigen
 - b) Makan dan minum
 - c) Istirahat selama tidak ada his
 - d) Kebersihan badan terutama genitalia
 - e) Buang air kecil dan buang air besar
 - f) Pertolongan persalinan yang terstandart
 - g) Penjahitan perineum bila perlu
- 2) Kebutuhan rasa aman
 - a) Memilih tempat dan penolong persalinan
 - b) Informasi tentang proses persalinan atau tindakan yang akan dilakukan
 - c) Posisi tidur yang dikendaki ibu
 - d) Pendamping oleh keluarga
 - e) Pantauan selama persalinan
 - f) Intervensi yang diperlukan
- 3) Kebutuhan dicintai dan mencintai
 - a) Pendampingan oleh suami atau keluarga
 - b) Kontak fisik (member sentuhan ringan)
 - c) Masase untuk mengurangi rasa sakit

- d) Berbicara dengan suara yang lembut dan sopan
- 4) Kebutuhan harga diri
 - a) Merawat bayi sendiri dan menetekinya
 - b) Asuhan kebidanan dengan memberikan privasi
 - c) Pelayanan yang bersifat empati dan simpati
 - d) Informasi bila akan melakukan tindakan
 - e) Memberikan pujian pada ibu terhadap tindakan positif yang dilakukan ibu
- 5) Kebutuhan aktualisasi diri
 - a) Memilih tepat dan penolong sesuai keinginan
 - b) Memilih pendamping selama persalinan
 - c) Bounding and attachment (Siwi E. dan Endang, 2016)

5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

- a. Passange (jalan lahir)

Jalan lahir dibagi atas:

- 1) Bagian keras tulang-tulang panggul (rangka panggul)
- 2) Bagian lunak: otot-otot, jaringan-jaringan, ligament-ligamen.

- b. Power (his dan mengejan)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamentum.

- 1) His (kontraksi uterus)

His adalah gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang dimulai dari daerah fundus uteri dimana tuba fallopi memasuki dinding uterus,

awal gelombang tersebut didapat dari “pacemaker” yang terdapat dari dinding uterus daerah tersebut.

Pada waktu kontraksi, otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna memiliki sifat:

- a) Kontraksi simetris
- b) Fundus dominan
- c) Relaksasi

Pada waktu berkontraksi, otot-otot rahim menguncup sehingga menjadi menebal dan lebih pendek. Kavum uteri menjadi lebih kecil serta mendorong janin dan kantong amnion ke arah segmen bawah rahim dan servik. His memiliki sifat:

- a) Involutir
- b) Intermitten
- c) Terasa sakit
- d) Terkoordinasi
- e) Serta kadang-kadang dipengaruhi oleh fisik, kimia, dan psikis.

2) Perubahan-perubahan akibat his:

a) Pada uterus dan servik: uterus teraba keras atau padat karena kontraksi.

Tekanan hidrostatik air ketuban dan tekanan intrauteri naik sehingga menyebabkan servik menjadi mendatar (effacement) dan terbuka (dilatasi).

b) Pada ibu : rasa nyeri karena iskemia rahim dan kontraksi uterus. Juga ada kenaikan nadi dan tekanan darah.

c) Pada janin: pertukaran oksigen pada sirkulasi uteroplasenta kurang, maka timbul hipoksia janin. Denyut jantung janin melambat kurang jelas didengar karena adanya iskemia fisiologis, jika benar-benar terjadi hipoksia janin yang agak lama, misalnya pada kontraksi tetanik, maka terjadi gawat janin asfiksia dengan denyut jantung janin di atas 160 per menit, tidak teratur.

c. Mengejan

Dalam proses persalinan normal ada tiga komponen penting yang amat menentukan, yakni passenger (janin), passage (jalan lahir), dan power (kekuatan). Agar persalinan berjalan lancar maka ketiga komponen tersebut harus dalam kondisi baik. Bayi yang ukurannya tidak terlalu besar pasti lebih mudah melalui jalan lahir normal, jalan lahir yang baik akan memudahkan bayi keluar, kekuatan ibu mengejan akan mendorong bayi cepat keluar.

d. Passenger

Passenger terdiri dari:

1) Janin

Selama janin dan plasenta berada didalam rahim belum tentu pertumbuhannya normal, adanya kelainan genetic dan kebiasaan ibu yang buruk dapat menjadikan pertumbuhannya tidak normal antara lain:

- a) Kelainan bentuk dan besar janin anansefalus, hidrocefalus, janin makrosomia.
- b) Kelainan pada letak kepala: presentasi puncak, presentasi muka, presentasi dahi dan kelainan oksiput.

c) Kelainan letak janin: letak sungsang, letak lintang, letak mengelak, presentasi rangkap (kepala tangan, kepala kaki, kepala tali pusat)

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

(1) Bentuk kepala oval, sehingga setelah bagian besar lahir maka bagian lainnya lebih mudah lahir.

(2) Persendian kepala terbentuk kogel, sehingga dapat digerakkan ke segala arah dan memberikan kemungkinan untuk melakukan putaran paksi dalam.

(3) Letak persendian kepala sedikit kebelakan, sehingga kepala melakukan fleksi untuk melakukan putaran paksi dalam.

2) Plasenta

Plasenta berbentuk bundar atau oval, ukuran diameter 15-20 cm, tebal 2-3 cm, berat 500-600 gram.

a. Air ketuban

Sebagai cairan pelindung dalam pertumbuhan dan perkembangan janin, air ketuban berfungsi sebagai bantalan untuk melindungi janin terhadap trauma dari jalan lahir. Tidak hanya itu saja, air ketuban juga berfungsi melindungi janin dari infeksi, menstabilkan perubahan suhu, dan menjadi saran yang memungkinkan janin bergerak bebas (Siwi E. dan Endang, 2016).

6. Asuhan Persalinan Normal

Langkah – langkah pertolongan persalinan sesuai dengan APN (Asuhan Persalinan Normal) sebanyak 60 langkah yaitu :

I. Mengenal gejala dan tanda kala II

1. Mendengar dan melihat adanya gejala tanda kala II

- Ibu merasakan ada dorongan kuat untuk meneran
- Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina
- Perineum tampak menonjol
- Vulva dan stingter ani tampak membuka

II. Menyiapkan pertolongan persalinan

2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan komplikasi pada pasien dan bayi baru lahir. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi menyiapkan:

- Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat
- 3 handuk atau kain bersih dan kering (untuk ganjal bahu bayi)
- Alat penghisap lendir
- Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

Untuk ibu:

- Menggelar kain di perut bawah ibu
- Menyiapkan oksitoksin 10 unit
- Alat suntik steril sekali pakai di dalam set partus

3. Memakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan

4. Lepaskan dan simpan perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang kering dan bersih

5. Pakai sarung tangan desinfektan tingkat tinggi (DTT) untuk melakukan pemeriksaan dalam
6. Masukkan oksitoksin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril) pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik

III. Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin

7. Membersihkan vulva dan perineum menyekannya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang dibasahi air DTT
 - Jika di introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang
 - Buang kapas atau kasa (yang sudah terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
 - Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5% dan melanjutkan langkah 8 dan pakai sarung tangan DTT/ steril untuk melaksanakan langkah selanjutnya.
8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap
 - Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi
9. Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit). Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus meredah (relaksasi) untuk memastikan DJJ dalam batas normal (120-160 kali/menit)
 - Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal

- Mendokumentasikan hasil pemeriksaan, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan kedalam partograf

IV. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses meneran

11. Memberitahu kepada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan janin dalam keadaan baik kemudian bantu ibu menemukan posisi nyaman sesuai dengan keinginannya

- Tunggu sampai timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan fase aktif dan dokumentasikan semua temuan yang ada
- Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar

12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat, pada kondisi tersebut ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman

13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat.

- Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
- Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
- Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)
- Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara berkontraksi
- Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu

- Berikan cukup asupan cairan per oral (minuman)
- Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
- Segera rujuk jika bayi belum atau tidak segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran selama >120 menit (2 jam) pada primigravida atau > 60 menit (1 jam) pada multigravida

14. Anjurkan ibu untuk berjalan, jongkok, atau mengambil posisi nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.

V. Persiapan untuk melahirkan bayi

15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membukakan vulva dengan diameter 6-5 cm

16. Letakkan kain bersih yang dilipat sepertiga bagian sebagai alas bokong ibu

17. Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan

18. Pakai sarung tangan DTT/ steril pada kedua tangan

VI. Pertolongan untuk melahirkan bayi

Lahirnya kepala

19. Setelah tampak kepala bayi 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala, anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal.

20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai apabila terjadi dan segera melanjutkan proses kelahiran bayi)

Perhatikan apabila:

- Tali pusat melilit secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi

- Tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat didua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem.

21. Setelah kepala lahir, tunggu putar paksi luar yang berlangsung secara spontan

Lahirnya bahu

22. Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparietal.

Mengajukan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

Lahirnya badan dan tungkai

23. Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menyusuri dan memegang lengan dan siku anterior bayi serta menjaga bayi terpegang baik.

24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penusuran tangan atas berlanjut kepongung bokong tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang dua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk)

VII. Asuhan bayi baru lahir

25. Lakukan penilaian (selintas)

- Apakah bayi cukup bulan?
- Apakah bayi menangis kuat dan atau bernafas tanpa kesulitan?
- Apakah bayi bergerak dengan aktif ?

Apabila salah satu jawabannya “tidak” melanjutkan ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksi pada bayi baru lahir dengan asfiksi. Namun apabila jawabannya “ya “ maka melanjutkan tindakan selanjutnya.

26. Keringkan tubuh bayi

Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan vernix. Ganti handuk basah dengan handuk/ kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu.

27. Periksa kembali uterus untuk memastikan bahaya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemeli)

28. Beritahu ibu bahwa ibu akan disuntikkan oksitoksin agar uterus berkontraksi baik.

29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitoksin 10 unit (intramuscular) di 1/3 distal lateral pada (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitoksin) ★

30. Setelah 2 menit setelah bayi lahir (cukup bulan) jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusar bayi, gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan lain untuk mendorong isi tali pusat kearah ibu dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.

31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat

- Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat diantara 2 klem tersebut.
- Ikat tali pusat dengan benang DTT/ steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

- Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

32. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu dan bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu

- Selimuti bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi dikepala bayi.
- Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam
- Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama kali bayi akan berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.
- Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui

VIII. Manajemen aktif kala III persalinan

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

34. Letakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (diatas simfisis) untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.

35. Pada saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah infersio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga kontraksi berikutnya, dan ulangi kembali prosedur di atas.

- Jika uterus tidak segera berkontraksi minta ibu atau suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi putting susu.

Mengeluarkan Plasenta

36. Pada saat dilakukan penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorso ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah cranial sampai plasenta dapat dilahirkan.

- Ibu boleh meneran namun tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama pada saat uterus tidak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (arah bawah-sejajar lantai-atas).
- Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit penegangan tali pusat:
 - 1) Ulangi pemberian oksitoksin 10 unit IM
 - 2) Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh
 - 3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - 4) Ulangi tekanan dorso cranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - 5) Jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi pendarahan, maka segera lakukan indikasi plasenta manual.

37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan, pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilih kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan

- Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT atau steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal

Rangsangan Taktil (massage) uterus

38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massase uterus, letakkan telapak tangan di atas fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut sampai uterus berkontraksi.

- Lakukan tindakan yang diperlukan (kompresi bimanual interna, kompresi aorta abdominalis, tampon kondom-kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 menit setelah rangsangan taktil atau massase lakukan tindakan atonia uteri.

IX. Menilai pendarahan

39. Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum lakukan penjahitan apabila terjadi laserasi yang luar dan dapat menyebabkan pendarahan

40. Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta kedalam kantung plastik atau tempat khusus

X. Asuhan pasca persalinan

41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi pendarahan pervaginam.

42. Pastikan kandung kemih kosong, jika penuh lakukan kateterisasi

Evaluasi

43. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tanga ke dalam larutan klorin 0,5% bersihkan darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

44. Ajarkan ibu atau keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontraksi

45. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik

46. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali permenit)

- Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit.
- Jika bayi bernafas terlalu cepat atau sesak nafas segera rujuk ke rumah sakit rujukan
- Jika kaki bayi teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu bayi dan hangatkan ibu dan bayi dalam satu selimut.

Kebersihan dan keamanan

48. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT.

Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau di sekitar ibu berbaring.

Bantu ibu memakai pakaian bersih dan kering.

49. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minum dan makanan yang di ingkan

50. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit), cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi

51. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai

52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%

53. Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% balik bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

55. Pakai sarung tangan bersih atau DTT untuk memberikan vitamin K1 (1 mg) intramuscular di paha kiri lateral dan salep mata profilaksis infeksi dalam 1 jam kelahiran
56. Lakukan pemeriksaan fisik lanjutan (setelah 1 jam kelahiran). Pastikan kondisi bayi tetap baik (pernafasan normal 40-60 kali permenit dan suhu tubuh 36,5 – 37,5°C)
57. Setelah satu jam pemberian vitamin K1, memberikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
58. Lepas sarung dalam keadaan terbalik dan rendam dilarutan klorin 0,5% selama 10 menit
59. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir, kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering
- Dokumentasi
60. Lengkapi partograf (Mansur, 2018)

2.1.3 Konsep Dasar Nifas

1. Pengertian nifas

Masa nifas adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Nifas (*puerperium*) berasal dari bahasa latin. *Puerperium* bersal dari dua suku kata yakni *peur* dan *parous* jadi dapat di simpulkan bahwa puerperium merupakan masa setelah melahirkan.

Puerperium atau nifas juga dapat diartikan sebagai masa postpartum atau masa sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar lepas dari rahim sampai enam minggu

berikutnya disertai pulihnya kembali organ-organ yang berkaitan dengan kandungan yang mengalami perubahan seperti perlukaan dan lain sebagainya yang berkaitan saat melahirkan.

Masa nifas atau *puerperium* adalah masa setelah partus selesai, dan berakhir setelah kira-kira enam minggu. Istilah *puerperium* berasal dari kata *puer* yang artinya anak, *parele* artinya melahirkan menunjukkan periode enam minggu yang berlangsung antara berakhirnya periode persalinan dan kembalinya organ-organ reproduksi wanita ke kondisi normal.



2. Tahapan masa nifas

- a. Puerperium dini, yaitu kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan.
- b. Perperium intermedial, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genital
- c. Remote puerperium, yaitu waktu yang telah diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna mungkin beberapa minggu, bulan atau tahun (Siwi E. dan Endang, 2016).

3. Perubahan Fisiologis dan psikologis pada masa nifas

Perubahan fisiologis pada masa nifas :

- a. Perubahan sistem reproduksi.

Perubahan pada sistem reproduksi secara keseluruhan disebut proses involusi, disamping itu juga terjadi perubahan-perubahan penting lain yaitu terjadinya hemokonsentrasi timbulnya laktasi. Organ.

- 1) Uterus

Uterus adalah organ yang mengalami banyak perubahan besar karena telah mengalami perubahan selama masa kehamilan dan persalinan.

Tinggi fundus uteri dan berat uterus menurut masa involusi terlihat pada tabel berikut :

Tabel 2.3 Proses Involusi Uteri

No	Waktu Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus	Diameter Uterus	Palpasi Serviks
1.	Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram	12,5 cm	Lunak
2.	Uri/plasenta lahir	Dua jari di bawah pusat	750 gram	12,5 cm	Lunak
3.	1 minggu	Pertengahan simfisi-pusat	500 gram	7,5 cm	2 cm
4.	2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	300 gram	5 cm	1 cm
5.	6 minggu	Bertambah kecil	60gram	2,5 cm	Menyempit

a. Proses involusi uterus

Fundus uteri kira-kira sepusat dalam hari pertama bersalin. Penyusunan antara 1-1,5 cm atau sekitar 1 jari per hari. Dalam 10-12 hari uterus tidak teraba lagi di abdomen karena sudah masuk di bawah simfisis. Pada buku maternitas pada hari ke-9 uterus sudah tidak teraba.

2) Afterpains

Pada primipara, tonus uterus meningkat sehingga fundus pada umumnya tetap kencang. Relaksasi dan kontraksi yang periodik sering dialami multipara dan bisa menimbulkan nyeri yang bertahan sepanjang masa awal puerperium.

3) Lochea

Pelepasan plasenta dan selaput janin dari dinding rahim terjadi pada stratum spongiosum bagian atas. Setelah 2-3 hari tampak lapisan atas stratum yang tinggal menjadi nekrotis, sedangkan lapisan bawah yang berhubungan dengan lapisan otot terpelihara dengan baik dan menjadi lapisan endometrium yang baru. Bagian yang nekrotis akan keluar menjadi lochea.

Lochea adalah ekskresi rahim selama masa nifas mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat. *Lochea* mempunyai bau amis (anyir), meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda pada setiap wanita. *Lochea* juga mengalami perubahan karena proses involusi. Perubahan *lochea* tersebut adalah :

a) Loche Rubra (cruenta)

Muncul pada hari pertama sampai hari kedua post partum, warnanya merah mengandung darah dari luka pada plasenta dan serabut dari decidua dan chorion.

b) Lochea sanguilenta

Berwarna merah kuning, berisish darah lendir, hari ke
3/7 pasca persalinan

c) Lochea serosa

Muncul pada hari ke 7/14, berwarna kecoklatan mengandung lebih banyak serum, lebih sedikit darah juga leukosit dan laserasi plasenta.

d) Lochea alba

Sejak 2-6 minggu setelah persalinan, warnanya putih kekuningan, mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati. merupakan cairanputih.

(1) Lochea purulent : lochea yang berbau busuk dan terinfeksi.

4) Serviks

Servik mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup.

5) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami perubahan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali pada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

a) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan.

6) Payudara

Perubahan pada payudara meliputi :

- a) Penurunan kadar progesterone secara tepat dengan peningkatan hormone prolaktin setelah persalinan
- b) Kolustrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke-2 atau hari ke-3 setelah persalinan
- c) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

7) Sistem perkemihan

★ Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam setelah persalinan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormone estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu (Siwi E. dan Endang, 2016).

4. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

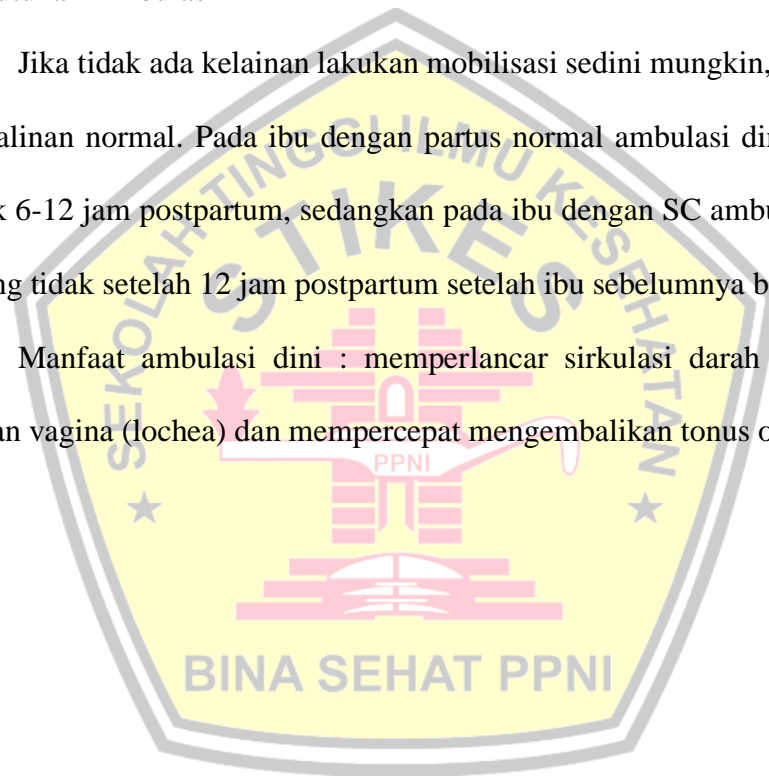
a. Nutrisi dan Cairan

Konsumsi makanan dengan menu seimbang, bergizi dan mengandung cukup kalori membantu memulihkan tubuh dan mempertahankan tubuh dari infeksi, mempercepat pengeluaran ASI serta mencegah konstipasi. Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca persalinan. Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk minum setelah setiap kali selesai menyusui).

b. Kebutuhan Ambulasi

Jika tidak ada kelainan lakukan mobilisasi sedini mungkin, yaitu 2 jam setelah persalinan normal. Pada ibu dengan partus normal ambulasi dini dilakukan paling tidak 6-12 jam postpartum, sedangkan pada ibu dengan SC ambulasi dini dilakukan paling tidak setelah 12 jam postpartum setelah ibu sebelumnya beristirahat (tidur)

Manfaat ambulasi dini : memperlancar sirkulasi darah dan mengeluarkan cairan vagina (lochea) dan mempercepat mengembalikan tonus otot dan vena.



c. Kebutuhan Eliminasi

1) BAK

Pengeluaran urine meningkat pada 24-48 jam sampai hari ke 5 postpartum karena volume darah ekstra yang dibutuhkan waktu hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan. Tonus kandung kemih biasanya akan pulih kembali dalam 5-7 hari postpartum.

2) BAB

Kesulitan BAB (konstipasi) dapat terjadi ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka, atau karena haemoroid. Kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengonsumsi makanan tinggi serat dan cukup minum sehingga buang air besar dengan lancar. Sebaiknya pada hari kedua ibu sudah bisa buang air besar. Jika sudah pada hari ketiga ibu masih belum bisa buang air besar, ibu bisa menggunakan obat pencahar berbentuk supositoria sebagai pelunak tinja. Ini penting untuk menghindari gangguan pada kontraksi uterus yang dapat menghambat pengeluaran cairan vagina. Dengan melakukan pemulangan dini pun diharapkan ibu dapat segera BAB.

d. Kebutuhan Istirahat

- 1) Istirahat membantu mempercepat proses involusi uterus dan mengurangi pendarahan, memperbanyak jumlah pengeluaran ASI dan mengurangi penyebab terjadinya depresi.
- 2) Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- 3) Sarankan ibu untuk kembali ke kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.

- 4) Kurang istirahat akan mempengaruhi jumlah ASI yang diproduksi, dan memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak pendarahan.

e. Kebersihan Diri/Perineum

- 1) Perawatan Perineum

Sarankan ibu untuk mengganti pembalutbatau kain pembalut setidaknya 2 kali sehari.

- 2) Sebaiknya pakaian agak longgar di bagian daerah dada sehingga payudara tidak tertekan dan kering. Demikian juga pakaian dalam, agar tidak terjadi iritasi pada daerah sekitarnya akibat lochea

- 3) Kebersihan Kulit

- 4) Perawatan Payudara

f. Kebutuhan Seksual

Tidak dianjurkan untuk melakukan hubungan seksual sampai dengan 6 minggu postpartum. Keputusan bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

g. Senam Nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan pada saat seseorang ibu menjalani masa nifas atau masa setelah melahirkan. Senam nifas dapat dimulai 6 jam setelah melahirkan dan saat pelaksanaannya harus dilakukan secara bertahap, sistematis dan kontinyu.

5. Tanda Bahaya pada Masa Nifas :

- a. demam tinggi melebihi 38°C

- b. perdarahan vagina disertai gumpalan darah yang besar-besar dan berbau busuk
- c. nyeri perut bawah atau punggung serta ulu hati
- d. sakit kepala
- e. pembengkakan wajah
- f. rasa sakit/merah pada betis dan kaki
- g. payudara membengkak dan kemerahan
- h. puting payudara berdarah atau merekah
- i. depresi masa nifas (Siwi E. dan Endang, 2016)

Tabel 2.4 Program dan Kebijakan Teknis Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6-8 jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri b. Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan pervaginam berlanjut c. Memberikan konseling pada ibu atau keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri d. Memberikan ASI awal dan menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi. e. Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan bayi.
2	6 hari post partum	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah

		<p>umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.</p> <p>b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.</p> <p>c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat</p> <p>d. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan.</p> <p>e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.</p> <p>f. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.</p>
3	2 minggu post partum	Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
4	6 minggu post partum	<p>a. Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.</p> <p>b. Memberikan konseling KB secara dini.</p>

Sumber: Yanti Damai dan Dian Sundawati. 2014. Asuhan Kebidanan Masa Nifas: Belajar Menjadi Bidan Profesional. Bandung: PT Refika Aditama

2.1.4 Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

1. Pengertian Bayi Baru Lahir (BBL)

Bayi Baru Lahir disebut juga neonatus merupakan individu yang sedang bertambah dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ektrauterin (Vivian N, 2013).

Bayi Baru Lahir Normal merupakan bayi yang lahir antara 2500-4000 gram, cukup bulan, lahir langsung meenangis, dan tidak ada kelainan congenital (cacat bawaan) yang berat (Marmi & Kukuh, R, 2015).

2. Ciri-ciri bayi baru lahir

a. Berat badan 2.500-4.000 gram.

- b. Panjang badan 48-52 cm.
- c. Lingkar dada 30-38 cm.
- d. Lingkar kepala 33-35 cm.
- e. Frekuensi jantung 120-160 kali/menit.
- f. Pernapasan \pm 40-60 kali/menit.
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
- h. Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- i. Kuku agak panjang dan lemas.
- j. Genetalia : perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora, laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.
- k. Reflex hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- l. Refleks moro atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
- m. Reflex grasps atau menggengam sudah baik.
- n. Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan (Marmi & Kuku, R, 2015).
- o. Antropometri menurut
 - 1) Ukuran normal diameter kepala bayi
 - a) suboksipito-bregmatikus (+9,50cm)
 - b) oksipito-frontalis (+11,75 cm)
 - c) oksipito-mentalis (+13,50 cm)
 - d) submento-bregmatikus (+9,50 cm)
 - e) bi-parietalis (+9,50 cm)
 - f) bi-temporalis (+8,00 cm)

- 2) Ukuran normal diameter kepala bayi
 - a) sirkumferensia suboksipito-bregmatikus (+32 cm),
 - b) sirkumferensia oksipito- frontalis (+34 cm),
 - c) sirkumferensia oksipito-mentalis (+35 cm), dan
 - d) sirkumferensia submento-bregmatikus (+32 cm)

(Wagiyo dan Putrono, 2016)

3. Adaptasi fisiologi bayi baru lahir

1) Perubahan Sistem Pernapasan

Ketika struktur matang, ranting paru-paru sudah bisa mengembangkan system alveoli. Selama dalam uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta dan setelah bayi baru lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi.

2) Peredaran Darah

Pada masa fetus, peredaran darah dimulai dari plasenta melalui vena umbilikal is lalu sebagian ke hati dan sebagian lainnya langsung ke serambi kiri jantung, kemudian ke bilik kiri jantung. Dari bilik kiri darah di pompa melalui aorta ke seluruh tubuh, sedangkan yang dari bilik kanan darah dipompa sebagian ke paru dan sebagian melalui duktus arteriosus ke aorta.

3) Suhu Tubuh

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

4) Konduksi

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

5) Konveksi

Terjadi ketika membiarkan atau menempatkan BBL dekat jendela atau membiarkan BBL di ruangan yang terpasang kipas angin.

6) Radiasi

Membiarkan BBL dalam keadaan telanjang atau menidurkan BBL berdekatan dengan ruangan yang dingin.

7) Evaporasi

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

8) Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus relative lebih luas dari tubuh orang dewasa, sehingga metabolisme basal per kg berat badan akan lebih besar. Oleh karena itulah, BBL harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energy dapat diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak (Vivian N, 2013)

4. Kunjungan Neonatus

Kunjungan neonatal dilakukan sebanyak 3x yaitu :

- 1) Kunjungan Neonatal ke 1saat bayi usia 6-8 jam : mendeteksi adanya kelainan, menjaga suhu tubuh, pencegahan resiko infeksi, memastikan bayi sudah BAK/BAB, perawatan bayi baru lahir, tanda bahaya neonatus.
- 2) Kunjungan Neonatal ke 2 saat bayi usia 3-7 hari : memastikan ibu memberi ASI eksklusif, memastikan tidak ada infeksi, tanda bahaya neonatus, perawatan bayi dirumah.

- 3) Kunjungan Neonatal ke 3 saat bayi usia 8-23 hari : memastikan ibu memberi ASI eksklusif, tanda bahaya neonatus, perawatan bayi di rumah. (Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan, 2013)

2.1.5 Konsep Dasar KB

1. Pengertian

Keluarga berencana merupakan usaha suami-istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Usaha yang dimaksud termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplimentasi (melekat) dan berkembang di dalam rahim (Endang P dan Elisabeth S. W, 2016).

Keluarga berencana adalah suatu program nasional yang dijalankan pemerintah untuk mengurangi populasi penduduk, karena diasumsikan pertumbuhan populasi penduduk tidak seimbang dengan ketersediaan barang dan jasa (pembatasan kelahiran) (Anik Maryunani, 2016).

2. Macam – Macam Metode Kontrasepsi

- a. Metode Sederhana
 - 1) Tanpa Alat
 - a) Metode Kalender
 - b) Metode Suhu Basal
 - c) Metode Lendir Serviks
 - d) Metode Simtothermal
 - e) MAL (*Method Amenorea lactation*)

f) *Coitus Interruptus*

2) Dengan alat

a) Mekanis/Barrier

b) Kimiawi

b. Metode Modern

1) Oral Kontrasepsi

2) Suntik/injeksi

3) Implant

4) IUD

5) Sterilisasi (MOW dan MOP)(Erna Setyaningrum, 2016)

3. Kunjungan KB

Kunjungan I (6 mgg pasca bersalin) : konseling metode kontrasepsi

Kunjungan II (7 mgg pasca bersalin) : evaluasi keputusan metode kontrasepsi yang dipilih.

4. Metode Kontrasepsi Efektif Pasca Persalinan

a. Metode Amenorhea Laktasi (MAL)

1) Pengertian

Metode Amenorhea Laktasi (MAL) adalah metode kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya. Metode Amenorhea Laktasi (MAL) adalah metode kontrasepsi dengan cara memberikan ASI kepada bayinya secara penuh

2) Keuntungan Kontrasepsi

- a) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pascapersalinan).
 - b) Segera efektif.
 - c) Tidak mengganggu sanggama.
 - d) Tidak ada efek samping secara sistemik.
 - e) Tidak perlu pengawasan medis.
 - f) Tidak perlu obat atau alat.
 - g) Tanpa biaya.
- 3) Keuntungan Nonkontrasepsi
- a) Untuk bayi
 - (1) Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibodi perlindungan lewat ASI).
 - (2) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal.
 - (3) Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air, susu lain atau formula, atau alat minum yang dipakai.
 - b) Untuk ibu
 - (1) Mengurangi perdarahan pascapersalinan.
 - (2) Mengurangi risiko anemia.
 - (3) Meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi.
- 4) Keterbatasan
- a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan.

- b) Mungkin sulit dilakukan karena kondisi sosial.
- c) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.
- d) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HIV dan HIV/AIDS.

5) Yang dapat menggunakan MAL

- a) Ibu yang menyusui bayinya secara eksklusif tanpa makanan pendamping.
- b) Bayinya berumur kurang dari 6 bulan.
- c) Ibu belum mendapat haid setelah melahirkan.

5. Yang seharusnya tidak pakai MAL

- a) Sudah mendapat haid setelah bersalin.
- b) Tidak menyusui secara eksklusif.
- c) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan.
- d) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam

b. Kontrasepsi Suntik Progestin

1) Profil

- a) Sangat efektif.
- b) Aman.
- c) Dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi.
- d) Kembalinya kesuburan lebih lambat, rata-rata 4 bulan.
- e) Cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI.

2) Jenis

Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu:

- a) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depo Provera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskular (di daerah bokong).
- b) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskuler.

3) Cara kerja

- a) Mencegah ovulasi.
- b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.
- c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi.
- d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

4) Efektivitas

Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektivitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan-tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

5) Keuntungan

- a) Sangat efektif.
- b) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami-istri.

- d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.
 - e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI.
 - f) Sedikit efek samping.
 - g) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
 - h) Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause.
 - i) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
 - j) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
 - k) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.
 - l) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell).
- 6) Keterbatasan
- a) Sering ditemukan gangguan haid, seperti:
 - (1) Siklus haid yang memendek atau memanjang,
 - (2) Perdarahan yang banyak atau sedikit,
 - (3) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting).
 - (4) Tidak haid sama sekali
 - b) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan).
 - c) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut.
 - d) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.
 - e) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV.
 - f) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.

- g) Terlambatnya kembali kesuburan bukan karena terjadinya kerusakan/kelainan pada organ genitalia, melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat suntikan).
- h) Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang.
- i) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas).
- j) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, nervositas, jerawat.
- k) Yang dapat menggunakan kontrasepsi suntikan progestin
- (1) Usia reproduksi.
 - (2) Nulipara dan yang telah memiliki anak.
 - (3) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektivitas tinggi.
 - (4) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai.
 - (5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
 - (6) Setelah abortus atau keguguran.
 - (7) Telah banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi.
 - (8) Perokok.
 - (9) Tekanan darah <180/110 mmHg, dengan masalah gangguan pembekuan darah atau anemia bulan sabit.
 - (10) Menggunakan obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat) atau obat tuberkulosis (rifampisin).

- (11) Tidak dapat memakai kontrasepsi yang mengandung estrogen.
- (12) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.
- (13) Anemia defisiensi besi.
- (14) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.

l) Yang tidak boleh menggunakan kontrasepsi suntikan progestin

- (1) Hamil atau dicurigai hamil (risiko cacat pada janin 7 per 100.000 kelahiran).
- (2) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- (3) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenorea.
- (4) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- (5) Diabetes mellitus disertai komplikasi.

c. Kontrasepsi Pil Progestin (Minipil)

1) Profil

- a) Cocok untuk perempuan menyusui yang ingin memakai pil KB.
- b) Sangat efektif pada masa laktasi.
- c) Dosis rendah.
- d) Tidak menurunkan produksi ASI.
- e) Tidak memberikan efek samping estrogen.
- f) Efek samping utama adalah gangguan perdarahan, perdarahan bercak, atau perdarahan tidak teratur.
- g) Dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat.

2) Jenis minipil

- a) Kemasan dengan isi 35 pil: 300 mg levonorgestrel atau 350 mg noretindron.
 - b) Kemasan dengan isi 28 pil: 75 mg desogestrel.
- 3) Cara kerja minipil
- a) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat).
 - b) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit.
 - c) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma.
 - d) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu.
- 4) Efektivitas
- Sangat efektif (98,5%). Pada penggunaan minipil jangan sampai terlupa satu-dua Tablet atau jangan sampai terjadi gangguan gastrointestinal (muntah, diare), karena akibatnya kemungkinan terjadi kehamilan sangat besar. Penggunaan obat-obat mukolitik asetilsistein bersamaan dengan minipil perlu dihindari karena mukolitik jenis ini dapat meningkatkan penetrasi sperma sehingga kemampuan kontrasepsi dari minipil dapat terganggu.
- a) Agar didapatkan kehandalan yang tinggi, maka:
 - (1) Jangan sampai ada Tablet yang lupa.
 - (2) Tablet digunakan pada jam yang sama (malam hari).
 - (3) Sanggama sebaiknya dilakukan 3-20 jam setelah penggunaan minipil.
- 5) Keuntungan kontrasepsi
- a) Sangat efektif bila digunakan secara benar.
 - b) Tidak mengganggu hubungan seksual.

- c) Tidak mempengaruhi ASI.
 - d) Kesuburan cepat kembali.
 - e) Nyaman dan mudah digunakan.
 - f) Sedikit efek samping.
 - g) Dapat dihentikan setiap saat.
 - h) Tidak mengandung estrogen.
- 6) Keuntungan nonkotrasepsi
- a) Mengurangi nyeri haid.
 - b) Mengurangi jumlah darah haid.
 - c) Mencegah kanker endometrium.
 - d) Melindungi dari penyakit radang panggul.
 - e) Tidak meningkatkan pembekuan darah.
 - f) Dapat diberikan pada penderita endometriosis.
 - g) Kurang menyebabkan peningkatan tekanan darah, nyeri kepala dan depresi.
 - h) Dapat mengurangi keluhan premenstrual sindrom (sakit kepala, perut kembung, nyeri payudara, nyeri pada betis, lekas marah).
 - i) Sedikit sekali mengganggu metabolisme karbohidrat sehingga relatif aman diberikan pada perempuan pengidap kencing manis yang belum mengalami komplikasi.
- 7) Keterbatasan
- a) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid (perdarahan sela, spotting, amenorea).
 - b) Peningkatan/penurunan berat badan.

- c) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama.
 - d) Bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar.
 - e) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat.
 - f) Risiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan), tetapi risiko ini lebih rendah jika dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan minipil.
 - g) Efektivitasnya menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat tuberkulosis atau obat epilepsi.
 - h) Tidak melindungi diri dari infeksi menular seksual atau HIV/AIDS.
 - i) Hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka), tetapi sangat jarang terjadi.
- 8) Yang boleh menggunakan minipil
- a) Usia reproduksi.
 - b) Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak.
 - c) Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui.
 - d) Pascapersalinan dan tidak menyusui.
 - e) Pascakeguguran.
 - f) Perokok segala usia.
 - g) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama $<180/110$ mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah.
 - h) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen.

- 9) Yang tidak boleh menggunakan minipil
- a) Hamil atau diduga hamil.
 - b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
 - c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
 - d) Menggunakan obat tuberkulosis (rifampisin), atau obat untuk epilepsi (fenitoin dan barbiturat).
 - e) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
 - f) Sring lupa menggunakan pil.
 - g) Miom uterus. Progestin memicu pertumbuhan miom uterus.
 - h) Riwayat stroke. Progestin menyebabkan spasme pembuluh darah .

d. Kontrasepsi IMPLAN

1) Pengertian

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun. Metode ini dikembangkan oleh *The Population Council*, yaitu suatu organisasi internasional yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan teknologi kontrasepsi.

Implant atau susuk kontrasepsi merupakan alat kontrasepsi yang berbentuk batang dengan panjang sekitar 4 cm yang di dalamnya terdapat hormone progesterone, implant ini kemudian dimasukkan ke dalam kulit di bagian lengan atas. Hormone tersebut kemudian akan dilepaskan secara perlahan dan implant ini dapat efektif sebagai alat kontrasepsi selama 3 tahun (Siwi E. dan Endang, 2016).

2) Jenis kontrasepsi hormonal implan

- a) Norplant terdiri dari 6 kapsul yang secara total bermuatan 216 mg levonorgestrel.

Panjang kapsul adalah 34 mm dengan diameter 2,4 mm. Kapsul terbuat dari bahan silastik medik (polydimethylsiloxane) yang fleksibel dimana kedua ujungnya ditutup dengan penyumbat sintetik yang tidak mengganggu kesehatan klien. Setelah penggunaan selama 5 tahun, ternyata masih tersimpan sekitar 50% bahan aktif levonorgestrel asal yang belum terdistribusi ke jaringan interstisial dan sirkulasi. Enam kapsul Norplant dipasang menurut konfigurasi kipas di lapisan subdermal lengan atas.

- b) Jodelle (Norplant II)

Implant-2 diproduksi di China dengan nama Sinoplant II. Walaupun telah mendapat persetujuan dari *U.S Food and Drug Administration* (FDA), tetapi belum ada rencana untuk melakukan pemasaran implan-2 secara luas di Amerika Serikat hingga saat ini/ implan-2 memakai levonorgestrel 150 mg dalam kapsul 43 mm dan diameter 2,5 mm. pelepasan harian hormon levonorgestrel dari implan-2 hampir sama dengan Norplant dan secara teoritis, masa kerjanya menjadi 40% lebih singkat.

- c) Implanon

Implanon (Organon, Oss, Netherlands) adalah kontrasepsi subdermal kapsul tunggal yang mengandung etonogestrel (3-ketodesogestrel), merupakan metabolit desogestrel yang efek samping

androgeniknya lebih rendah dan aktivitas progesteron yang lebih tinggi dari levonogestrel. Kapsul polimer (*ethylene vinyl acetate*) mempunyai tingkat pelepasan hormon yang lebih stabil dari kapsul silastik Norplant sehingga variabilitas kadar hormon dalam serum menjadi lebih kecil.

Telah banyak dilakukan penelitian tentang keamanan, efektivitas dan penerimaan implanon dan banyak Negara di Eropa dan Asia telah menggunakan Implanon. Implanon dikemas dalam trokar steril yang sekaligus disertai dengan pendorong (inserter) kapsul sehingga pemasangan hanya membutuhkan waktu 1-2.5 menit. Tidak seperti implant-2 (Jadelle, Implan-2 dan Sinoplant), Implanon dirancang khusus untuk inhibisi ovulasi selama masa penggunaan. Karena ovulasi pertama dan luteinisasi terjadi pada paruh kedua tahun ketiga penggunaan maka Implanon hanya direkomendasikan untuk 3 tahun penggunaan walaupun ada penelitian yang menyatakan masa aktifnya dapat mencapai 4 tahun. Dengan tidak terjadinya kehamilan selama penggunaan pada 70.000 siklus perempuan maka Implanon dikategorikan sebagai alat kontrasepsi paling efektif dari yang pernah dibuat selama ini.

3) Mekanisme kerja

Implant mencegah terjadinya kehamilan melalui berbagai cara. Seperti kontrasepsi progestin pada umumnya, mekanisme utamanya adalah menebalkan mucus serviks sehingga tidak dapat dilewati oleh sperma. Walaupun pada konsentrasi yang rendah, progestin akan menimbulkan pengentalan mucus serviks. Perubahan terjadi segera setelah pemasangan

implant. Progesterin juga menekan pengeluaran *follicle stimulating hormone* (FSH) dan *luteinizing hormone* (LH) dari hipotalamus dan hipofise. Lonjakan LH (*surge*) direndahkan sehingga ovulasi ditekan oleh levonorgestrel. Level LH ditekan lebih kuat oleh etonogestrel sehingga tidak terjadi ovulasi pada 3 tahun pertama penggunaan implant-1.

Penggunaan progesterin jangka panjang, juga menyebabkan hipotropisme endometrium sehingga dapat mengganggu proses implantasi. Perubahan pertumbuhan dan maturasi endometrium, juga menjadi penyebab terjadinya perdarahan ireguler. Hal yang baru dalam implant-2 ialah cara pengeluaran hormone levonorgestrel didalam tubuh, yang terjadi secara terus-menerus dan stabil selama 3-4 tahun. Metode kontrasepsi subdermal ini setara dengan 1095-1460 pil progesterin yang harus diminum tiap hari.

4) Efek samping

Pemakaian klinik pada lebih dari 4 juta perempuan di 30 negara (termasuk lebih dari 1 juta di AS) menunjukkan bahwa tingkat ditoleransi dari sebagian besar perempuan terhadap implant-2 adalah sangat tinggi. Keuntungan utama dari implant-2 adalah tidak mengandung estrogen yang menyebabkan berbagai efek samping pada pemakaian pil kontrasepsi. Efek samping yang paling sering terjadi pada pemakaian implant adalah perubahan pada perdarahan haid. Dapat terjadi perdarahan bercak atau terus-menerus pada 6-9 bulan pertama dari penggunaan implant-2.

Masalah ini sama dengan yang sering terjadi pada pemakaian kontrasepsi suntikan dan pil yang hanya mengandung progesterin saja. Meskipun

hamper semua pengguna akan mengalami satu atau beberapa efek samping dalam 3-5 tahun pemakaian, jarang terjadi masalah yang berat. Sayangnya, efek samping ringan ini, seringkali menyebabkan pengguna menghentikan pemakaian implant-2. Penjelasan yang akurat oleh petugas dan pemahaman yang baik dari klien tentang berbagai efek samping dan cara mengatasinya dapat membantu kelangsungan penggunaan implant-2. Konseling sebelum pemasangan implant-2, sangat berpengaruh terhadap kepuasan/kelangsungan penggunaan.

a) Efek samping yang lain:

Di samping perubahan pola haid, beberapa efek samping lain, sama dengan yang dilaporkan pada kontrasepsi pil. Cukup mengganggu tetapi tidak berat. Efek samping yang paling sering terjadi adalah:

- (1) Sakit kepala (1,9%)
- (2) Perubahan berat badan (biasanya meningkat) (1,7%)
- (3) Perubahan suasana hati (gugup atau cemas) (1,1%)
- (4) Depresi (0,9%)
- (5) Lain-lain (mual, perubahan selera makan, payudara lembek, bertambahnya rambut dibadan atau muka dan jerawat) (1,8%)

Beberapa dari efek samping tersebut tidak berhubungan langsung dengan pemakaian implant-2 karena keluhan klien pada akhir tahun pertama penggunaan, sama dengan yang dikeluhkan oleh pengguna AKDR, yaitu sakit kepala, gugup dan depresi. Keluhan-keluhan seperti ini biasanya hanya dihubungkan dengan metode kontrasepsi hormonal. Hal yang paling

penting, saat ini adalah tidak ada bukti terjadinya peningkatan resiko kardiovaskuler berat (serangan jantung atau stroke), pembekuan darah, gangguan pernapasan atau keganasan (termasuk payudara dan genital) yang dilaporkan pada pemakaian implant(Affandi Biran dkk 2015).

e. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

1) Pengertian

AKDR pascapersalinan merupakan metode yang aman, efektif dan nyaman bagi sebagian besar perempuan. Untuk perempuan yang kurang mendapat akses ke klinik reproduksi atau fasilitas kesehatan. AKDR menjadi metode yang cukup populer diantara pengguna kontrasepsi. Pada kenyataannya 1 diantara 5 pengguna kontrasepsi adalah AKDR sehingga jumlah pengguna AKDR secara global 153 juta perempuan (Salem, 2006). Popularitas AKDR terutama disebabkan oleh tingkat kepuasan yang tinggi terhadap metode ini, yang disebabkan oleh: Metode jangka panjang, efektivitas kontraseptif dan kembalinya kesuburan yang sangat tinggi.

2) Jenis

a) AKDR CuT-380A

Kecil, kerangka dari palstik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselebungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu). Tersedia di Indonesia dan terdapat di mana-mana.

b) AKDR lain yang beredar di Indonesia ialah NOVA T (Schering).

c) Selanjutnya yang akan dibahas adalah khusus CuT-380A.

3) Cara kerja

- a) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.
 - b) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.
- 4) Keuntungan
- a) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi

Sangat efektif 0,6–0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).
 - b) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
 - c) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti).
 - d) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat.
 - e) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
 - f) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
 - g) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A).
 - h) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI.
 - i) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
 - j) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
 - k) Tidak ada interaksi dengan obat-obat
 - l) Membantu mencegah kehamilan ektopik.
- 5) Kerugian

- a) Efek samping yang umum terjadi:
- (1) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan).
 - (2) Haid lebih lama dan banyak.
 - (3) Perdarahan (spotting) antar menstruasi.
 - (4) Saat haid lebih sakit.
- b) Komplikasi lain:
- (1) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan.
 - (2) Perdarahan berat pada waktu haid atau di antaranya yang memungkinkan penyebab anemia.
 - (3) Perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangannya benar).
- c) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.
- d) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan.
- e) Penyakit Radang Panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR. PRP dapat memicu infertilitas.
- f) Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvic diperlukan dalam pemasangan AKDR. Seringkali perempuan takut selama pemasangan.
- g) Sedikit nyeri dan perdarahan (spotting) terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang dalam 1-2 hari.
- h) Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri. Petugas kesehatan terlatih yang harus melepaskan AKDR.

- i) Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera sesudah melahirkan).
 - j) Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal.
 - k) Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukkan jarinya ke dalam vagina, sebagian perempuan tidak mau melakukan ini.
- 6) Persyaratan pemakaian
- a) Yang dapat menggunakan
 - (1) Usia reproduktif.
 - (2) Keadaan nulipara.
 - (3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang.
 - (4) Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi.
 - (5) Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya.
 - (6) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi.
 - (7) Risiko rendah dari IMS.
 - (8) Tidak menghendaki metode hormonal.
 - (9) Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari.
 - (10) Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari sanggama

Pada umumnya ibu dapat menggunakan AKDR Cu dengan aman dan efektif.

- b) AKDR dapat digunakan pada ibu dalam segala kemungkinan keadaan misalnya:

- (1) Perokok.
- (2) Pascakeguguran atau kegagalan kehamilan apabila tidak terlihat adanya infeksi.
- (3) Sedang memakai antibiotika atau antikejang.
- (4) Gemuk ataupun yang kurus.
- (5) Sedang menyusui.

c) Begitu juga ibu dalam keadaan seperti dibawah ini dapat menggunakan

AKDR:

- (1) Penderita tumor jinak payudara.
- (2) Penderita kanker payudara.
- (3) Pusing-pusing, sakit kepala.
- (4) Tekanan darah tinggi.
- (5) Varises di tungkai atau di vulva.
- (6) Penderita penyakit jantung (termasuk penyakit jantung katup dapat diberi antibiotika sebelum pemasangan AKDR).
- (7) Pernah menderita stroke.
- (8) Penderita diabetes.
- (9) Penderita penyakit hati atau empedu.
- (10) Malaria.
- (11) Skistosomiasis (tanpa anemia).
- (12) Penyakit tiroid.
- (13) Epilepsi.
- (14) Nonpelvik TBC.

(15) Setelah kehamilan ektopik.

(16) Setelah pembedahan pelvik.

d) Yang tidak menggunakan AKDR

(1) Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil).

(2) Perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai dapat dievaluasi).

(3) Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servisititis).

(4) Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septik.

(5) Kelainan bawaan uterus yang abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri.

(6) Penyakit trofoblas yang ganas.

(7) Diketahui menderita TBC pelvik.

(8) Kanker alat genital.

(9) Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm (Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, 2015)

2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.2.1 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Trimester III

1. Langkah I : Pengumpulan data

Cara ini dilakukan pertama kali ketika akan memberikan asuhan kebidanan, yaitu dengan cara melakukan anamnesis pada pasien tentang identitas pasien, data demografi, riwayat kesehatan termasuk faktor herediter, riwayat menstruasi, riwayat obstetric dan ginekologi, riwayat nifas dan laktasi sebelumnya, serta biopsikospiritual dan pengetahuan pasien. Setelah itu dilakukan pemeriksaan fisik sesuai dengan

kebutuhan serta tanda vital dan selanjutnya melakukan pemeriksaan khusus kehamilan, inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi, serta pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, diagnostic (USG dan lain-lain) bila diperlukan.

2. Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Setelah data dikumpulkan teknik yang kedua adalah melakukan interpretasi terhadap kemungkinan diagnosis dan masalah kebutuhan pasien hamil. Interpretasi data tersebut sebatas lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur atau tata nama diagnosis kebidanan yang diakui oleh profesi dan berhubungan langsung dengan praktik kebidanan, serta didukung oleh pengambilan keputusan dalam praktik kebidanan yang dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

Contoh :

Ny. A hamil 16 minggu, wasir berdarah, dia sedih karena suami tidak menginginkan kehamilan (G2P1A0 hamil 16 minggu).

- a. Wasir berdarah.
- b. Sedih karena suami tidak menginginkan kehamilannya

3. Langkah III : Identifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya.

Cara ini dilakukan dengan mengidentifikasi masalah dan diagnosis potensial berdasarkan diagnosis masalah yang sudah teridentifikasi.

4. Langkah IV : Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera atau masalah potensial

Cara ini dilakukan setelah masalah dan diagnosis potensial diidentifikasi. Penetapan kebutuhan ini dilakukan dengan cara mengantisipasi dan menentukan kebutuhan apa

saja yang akan diberikan pada pasien dengan melakukan konsultasi dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya.

5. Langkah V : Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Cara ini dilakukan dengan menentukan langkah selanjutnya berdasarkan hasil kajian pada langkah sebelumnya dan apabila ditemukan ada data yang tidak lengkap maka dapat dilengkapi pada tahap ini.

6. Langkah VI : Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Merupakan tahap pelaksanaan dari semua bentuk rencana tindakan sebelumnya. Tindakan yang dapat dilakukan oleh bidan berdasarkan standar asuhan kebidanan seperti menimbang berat badan, mengukur tekanan darah, mengukur tinggi fundus uteri, imunisasi TT, pemberian tablet zat besi, tes terhadap PMS dan konseling untuk persiapan rujukan.

7. Langkah VII : Evaluasi

Tahap evaluasi pada antenatal dapat menggunakan bentuk SOAP, sebagai berikut.

S : Data subjektif

Berisi data dari pasien melalui anamnesa (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung.

O : Data objektif

Data yang didapat dari hasil observasi melalui pemeriksaan fisik.

A : Analisis dan interpretasi

Berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnose, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta perlu tidknya dilakukan tindakan segera.

P : Perencanaan

Merupakan rencana dari tindakan yang akan diberikan termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnosis atau laboratorium, serta konseling untuk tindak lanjut.

(Sudarti dan Arofah, 2010 : 47)

2.2.2 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

Lima benang merah dalam asuhan persalinan

Ada lima aspek dasar atau lima benang merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis. Lima benang merah tersebut adalah :

1. Membuat keputusan
2. Asuhan syang ibu dan sayang bayi
3. Pencegahan infeksi
4. Pencatatan (rekam medik) asuhan persalinan
5. Rujukan

Lima benang merah ini akan selalau berlaku dalam penatalaksanaan persalinan, mulai dari kala satu hingga kala empat, termasuk penatalaksanaan bayi baru lahir.

Tujuan setelah mempelajari bab ini, bidan diharapkan dapat :

1. Memahami langkah-langkah pengambilan keputusan klinik
2. Pencatatan Menjelaskan Asuhan syang ibu dan sayang bayi
3. Menjelaskan prinsip dan praktik pencegahan infeksi

4. Menjelaskan manfaat dan cara pencatatan medik asuhan persalinan.
5. Menjelaskan hal-hal penting dalam asuhan persalinan.

Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik :

1. Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan.
2. Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah.
3. Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi/dihadapi.
4. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah.
5. Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah.
6. Melaksanakan asuhan /intervensi terpilih.
7. Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi.

Beberapa teknik penulisan dalam pendokumentasian asuhan ibu bersalin antara lain sebagai berikut :

1. Pengumpulan Data

Semua pihak yang terlibat mempunyai peranan penting dalam setiap langkah untuk membuat keputusan klinik. Data utama (misalnya, riwayat persalinan) ,data subyektif yang diperoleh dari anamnesis (misalnya keluhan pasien)dan data obyektif dari pemeriksaan fisik (misalnya, tekanan darah) diperoleh melalui serangkaian upaya sistematis dan terfokus. Validitas dan akurasi data akan sangat membantu pemberi pelayanan untuk melakukan analisis yang pada akhirnya,akan menghasilkan keputusan klinik yang tepat. Data subyektif adalah informasi yang diceritakan ibu tentang apa yang dirasakannya, apa yang sedang dan telah dialaminya. Data subyektif juga meliputi informasi tambahan yang diceritakan oleh anggota keluarga tentang status ibu, terutama jika terutama merasa sangat nyeri atau sangat sakit. Data obyektif adalah

informasi yang dikumpulkan berdasarkan pemeriksaan/ pengamatan terhadap ibu atau bayi baru lahir.

Pengumpulan data dapat dilakukan dengan cara :

- a. Anamnesis dan observasi langsung. Berbicara dengan ibu mengajukan pertanyaan-pertanyaan mengenai kondisi dan mencatat riwayat kesehatan ibu. Termasuk juga mengamati perilaku ibu dan apakah ibu terlihat sehat atau sakit, merasa nyaman atau nyeri.
- b. Pemeriksaan fisik : inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.
- c. Pemeriksaan penunjang : pemeriksaan laboratorium ,USG,Rontgen, dsb.
- d. Catatan medik



2. Interpretasi Data Untuk Mendukung Diagnosis atau Identifikasi Masalah

Setelah data dikumpulkan, penolong persalinan melakukan analisis dan mengikuti algoritma diagnosis. Peralihan dari analisis data menuju pada pembuatan diagnosis bukanlah suatu proses yang linier (berada pada satu garis lurus) melainkan suatu proses sirkuler (melingkar) yang berlangsung terus-menerus. Suatu diagnosis kerja diuji dan dipertegas atau dikaji ulang berdasarkan pengamatan dan pengumpulan data secara terus-menerus.

Untuk identifikasi masalah dan membuat diagnosis diperlukan :

- a. Data yang lengkap dan akurat
- b. Kemampuan untuk menginterpretasi/ analisis data.
- c. Pengetahuan esensial, intuisi dan pengalaman yang relevan dengan masalah yang ada.

Diagnosis dibuat sesuai dengan istilah nomenklatur spesifik kebidanan yang mengacu pada data utama, analisis data subyektif dan obyektif yang diperoleh. Diagnosis menunjukkan variasi kondisi yang berkisar normal dan patologik yang memerlukan upaya korektif untuk menyelesaikannya. Masalah dapat memiliki dimensi yang luas dan mungkin berada di luar konteks sehingga keterkaitan atau batasannya menjadi tidak jelas untuk diagnosis yang akan dibuat sehingga sulit untuk segera diselesaikan. Masalah obstetrik merupakan bagian dari diagnosis sehingga selain upaya korektif dalam penatalaksanaanya, juga diperlukan upaya penyerta untuk mengatasi masalah .

Contoh :

Diagnosis : G2P1A0, hamil 38 minggu, ketuban pecah dini 2 jam

Masalah : Kehamilan yang tidak diinginkan atau takut untuk menghadapi persalinan.

3. Menetapkan diagnosis kerja atau merumuskan masalah

Bagian ini dianalogikan dengan proses membuat diagnosi kerja setelah mengembangkan berbagai kemungkinan diagnosis lain (diagnosis bandin). Rumusan masalah mungkin saja terkait langsung maupun tidak langsung terhadap diagnosis tetapi dapat pula merupakan masalah utama yang saling terkait dengan beberapa masalah utaa yang saling terkait dengan beberapa masalah penyerta atau faktor lain yang berkontribusi dalam terjadinya masalah utama.

Dalam pekerjaan sehari-hari, penolong persalinan yang terampil akan segera mengetahui bahwa seorang pasien adalah primigravida dalam fase aktif persalinan (diagnosis). Tetapi apabila sang ibu juga mengalami anemia (masalah) maka identifikasi penyebab masalah ini tidak lah mudah seperti membuat diagnosis diatas . hal tersebut memerlukan analisis lanjutan untuk menentukan apakah anemia tadi disebabkan oleh defisiensi zat besi (kurang asupan), investasi parasit (malaria, cacing,dsb) atau yang melarang ibu hamil mengkonsumsi makanan bergizi (malnutrisi). Dengan kata lain, walaupun sudah ditegakkan diagnosis kerja tetapi bukan berarti bahwa tidak ada masalah lain yang dapat menyertai atau menggaanggu upaya pertolongan yang akan diberikan oleh seorang penolong persaliann

4. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk menghadapi masalah

Petugas kesehatan di lini depan atau bidan di desa tidak hanya diharapkan terampil membuat diagnosis bagi pasien atau klien yang dilayaninya tetapi juga harus mampu mendeteksi setiap situasi yang dapat mengancam keselamatan jiwa ibu dan

bayinya. Untuk mengenali ancaman tersebut, para bidan harus pandai membaca situasi klinis dan budaya masyarakat setempat sehingga mereka tanggap dalam mengenali kebutuhan terhadap tindakan segera. Sebagai langkah penyelamatan ibu dan bayinya apabila situasi gawat darurat memang terjadi.

Upaya ini dikenal sebagai kesiapan menghadapi persalinan tanggap terhadap komplikasi yang mungkin terjadi. dalam uraian-uraian berikutnya petugas pelaksana persalinan akan terbiasa dengan istilah rencana rujukan yang harus selalu disiapkan dan didiskusikan diantara ibu, suami, dan penolong persalinan.

5. Menyusun rencana asuhan atau intervensi

Rencana asuhan atau intervensi bagi ibu bersalin dikembangkan melalui kajian data yang telah diperoleh identifikasi kebutuhan atau kesiapan asuhan dan intervensi, dan mengukur sumberdaya atau kemampuan yang dimiliki. Hal ini dilakukan untuk membuat ibu bersalin dapat ditangani secara baik dan melindunginya dari berbagai masalah atau penyulit potensial dapat mengganggu kualitas pelayanan, kenyamanan ibu ataupun mengancam keselamatan ibu dan bayi.

Rencana asuhan harus dijelaskan dengan baik kepada ibu dan keluarganya agar mereka mengerti manfaat yang diharapkan dan bagaimana upaya penolong untuk menghindarkan ibu dan bayinya dari berbagai gangguan yang mungkin dapat mengancam keselamatan jiwa atau kualitas hidup mereka.

Contoh

Rencana asuhan kala I :

- a. Denyut jantung janin setiap $\frac{1}{2}$ jam
- b. Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap $\frac{1}{2}$ jam

- c. Nadi setiap ½ jam
 - d. Pembukaan serviks setiap 4 jam
 - e. Penurunan bagian terbawah janin setiap 4 jam
 - f. Tekanan darah dan temperatur tubu setiap 4 jam sekali
 - g. Produksi urin, aseton dan protein setiap 2 jam sampai 4 jam
6. Melaksanakan asuhan yang menyeluruh

Setelah membuat rencana asuhan, laksanakan asuhan rencana tersebut secara tepat waktu dan aman. Hal ini akan menghindarkan terjadinya penyulit dan memastikan bahwa ibu dan/ atau bayinya yang baru lahir akan menerima asuhan atau perawatan yang mereka butuhkan. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang beberapa intervensi yang dapat dijadikan pilihan untuk kondisi yang sesuai dengan apa yang sedang dihadapi sehingga mereka dapat membuat pilihan yang baik dan benar. Pada beberapa keadaan, penolong sering dihadapkan pada pilihan yang sulit karena ibu dan keluarga meminta penolong yang menemukan intervensi tidak sesuai dengan hak klien, memerlukan pengertian dan kerja sama yang baik dari ibu dan keluarganya. Jelaskan kewajiban petugas adalah memberikan konseling, penjelasan objektif dan mudah dimengerti agar klien dan keluarga memahami situasi yang dihadapi dan mampu membuat keputusan untuk memperoleh hasil yang lebih terbaik bagi ibu, bayidan keluarga.

Beberapa faktor yang mempengaruhi pilihan adalah:

- a. Bukti-bukti ilmiah
- b. Rasa percaya ibu terhadap penolong persalinan
- c. Pengalaman saudara atau kerabat untuk kasus yang serupa

- d. Tempa dan kelengkapan fasilitas kesehatan
- e. Biaya yang diperlukan
- f. Akses ketempa rujukan
- g. Luaran dari sistem dan sumberdaya yang ada

7. Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi solusi

Penatalaksanaan yang telah dikerjakan kemudian di evaluasi untuk melakukan efektifitasnya. Tentukan apakah perlu dikaji ulang atau diteruskan sesuai dengan rencana kebutuhan saat itu.

2.2.3 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas

Dokumentasi asuhan kebidanan pada ibu nifas (postpartum) merupakan bentuk catatan dari asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu nifas (postpartum), yakni segera setelah pengkajian, pembuatan diagnosis kebidanan, pengidentifikasian masalah terhadap tindakan segera dan melakukan kolaborasi dengan dokter atau tenaga kesehatan lain, serta menyusun asuhan kebidanan dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah sebelumnya.

Beberapa teknik penulisan dalam dokumentasi asuhan kebidanan pada ibu nifas (postpartum) antara lain sebagai berikut :

1. Mengumpulkan Data

Data yang dikumpulkan pada masa postpartum adalah sebagai berikut :

Catatan pasien sebelumnya seperti catatan perkembangan ante dan intranatal, lama postpartum, catatan perkembangan, suhu, denyut nadi, pernafasan, tekanan darah, pemeriksaan laboratorium dan laporan pemeriksaan tambahan : catatan obat-obatan, riwayat kesehatan ibu seperti mobilisasi, buang air kecil, buang air besar, nafsu makan, ketidaknyamanan atau rasa sakit, kekhawatiran, makanan bayi, reaksi bayi, reaksi proses melahirkan dan kelahiran, kemudian pemeriksaan fisik bayi, tanda-tanda vital, kondisi payudara, puting susu, pemeriksaan abdomen, kandung kemih, uterus, lochea mulai warna, jumlah dan bau, pemeriksaan perineum seperti adanya edema, inflamasi, hematoma, pus, luka bekas episiotomy, kondisi jahitan, ada tidaknya hemoroid : pemeriksaan ekstermitas seperti ada tidaknya varises, reflek, dan lain-lain.

2. Melakukan Interpretasi Data Dasar

Interpretasi data dasar yang akan dilakukan adalah beberapa data yang ditemukan pada saat pengkajian postpartum seperti :

Diagnosis : Postpartum hari pertama perdarahan nifas postsecio sesaria dan lain-lain.

Masalah : Kurang informasi tidak pernah ANC dan lain-lain.

3. Melakukan identifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya.

Beberapa hasil dari interpretasi data dasar dapat digunakan dalam identifikasi diagnosis atau masalah potensial kemungkinan sehingga akan ditemukan beberapa diagnosis atau masalah potensial pada masa postpartum, serta antisipasi terhadap masalah yang timbul.

4. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera atau masalah potensial pada masa postpartum.

Langkah ini dilakukan untuk mengantisipasi dan melakukan konsultasi, dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi pasien.

5. Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Rencana asuhan menyeluruh pada masa postpartum yang dapat dilakukan antara lain sebagai berikut :

- a. Manajemen asuhan awal peurpurium

- 1) Kontak dini sesring mungkin dengan bayi
- 2) Mobilisasi di tempat tidur
- 3) Diet
- 4) Perawatan perineum
- 5) Buang air kecil spontan/kateter
- 6) Obat penghilang rasa sakit kalau perlu
- 7) Obat tidur kalau perlu
- 8) Obat pencahar
- 9) Dan lain-lain

- b. Asuhan Lanjutan

- 1) Tambahan vitamin atau zat besi jika diperlukan
- 2) Perawatan payudara
- 3) Rencana KB
- 4) Pemeriksaan laboratorium jika diperlukan
- 5) Dan lain-lain

6. Melaksanakan Perencanaan

Tahap ini dilakukan dengan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara menyeluruh yang dibatasi oleh standart asuhan kebidanan pada masa postpartum.

7. Evaluasi

Evaluasi pada masa postpartum dapat menggunakan bentuk SOAP sebagai berikut :

S : Data Subjektif

Berisi tentang data dari pasien melalui anamnesis (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung.

O: Data Objektif

Data yang didapat dari hasil observasi melalui pemeriksaan fisik pada masa postpartum.

A : Analisis dan Interpretasi

Berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta perlu tidaknya dilakukan tindakan segera.

P : Perencanaan

Merupakan rencana dari tindakan yang akan diberikan termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, terdiagnosis atau laboratorium serta konseling untuk tindak lanjut.

2.2.4 Prosedur Kegiatan Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bayi Baru lahir

1. Langkah 1 : pengkajian data

Melakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan bayi baru lahir.

a. Pengkajian setelah lahir

Penilaian Apgar Skore pada Bayi Baru Lahir

Tabel 2.5 Tabel APGAR SKOR

Tanda	0	1	2
Appearance (warna kulit)	Blue (seluruh tubuh biru atau pucat)	Body pink, Limbs blue (tubuh kemerahan, ekstremitas biru)	All pink (seluruh tubuh kemerahan)
Pulse (denyut jantung)	Absent (tidak ada)	<100	>100
Grimace (refleks)	None (tidak bereaksi)	Grimace (sedikit gerakan)	Cry (reaksi melawan, menangis)
Activity (tonus otot)	Limp (lumpuh)	Some flexion of limbs (ekstremitas sedikit fleksi)	Active movement, limbs well flexed (gerakan aktif, ekstremitas fleksi dengan baik)
Respiratory Effort (usaha bernafas)	None (tidak ada)	Slow, irregular (lambat, tidak teratur)	Good, strong cry (menangis kuat)

(sumber : Asuhan Neonatus Bayi dan Balita.2010:29)

b. Pengkajian keadaan fisik

Data Subyektif bayi baru lahir yang harus dikumpulkan antara lain:

- 1) Faktor genetik, meliputi kelainan atau gangguan metabolik pada keluarga dan sindroma genetik
- 2) Faktor maternal (ibu), meliputi adanya penyakit jantung, diabetes militus, penyakit ginjal, penyakit hati.

- 3) Faktor antenatal, meliputi pernah ANC atau tidak, adanya riwayat pre-eklampsia perdarahan, infeksi, perkembangan janin terlalu besar atau terganggu, diabetes gestasional, poli atau hidramnion
- 4) Faktor perinatal, meliputi prematur atau postmatur, partus lama, gawat janin, suhu ibu meningkat, penggunaan obat selama persalinan, posisi janin tidak normal, air ketuban bercampur mekonium, amnionitis, KPD.

Data objektif bayi baru lahir yang harus dikumpulkan antara lain :

- 1) Pemeriksaan umum
 - a) Pernafasan
 - b) Warna kulit
 - c) Denyut jantung
 - d) Suhu aksiler
 - e) Postur dan gerakan
 - f) Tonus otot/tingkat kesadaran
 - g) Ekstremitas
 - h) Kulit
 - i) Tali pusat
 - j) Berat badan
2. Pemeriksaan fisik secara sistematis (head to toe) (Wafi nur.2010:252)
3. Langkah 2 : interpretasi data

Melakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis, masalah dan kebutuhan bayi berdasarkan data yang telah dikumpulkan pada langkah 1

4. Langkah 3 : identifikasi diagnosis atau masalah potensial

Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi

5. Langkah 4 : Identifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/atau ada hal yang perlu dikonsultasi atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai kondisi bayi

6. Langkah 5 : merencanakan asuhan yang menyeluruh

Merencanakan asuhan menyeluruh yang rasional sesuai dengan temuan pada langkah sebelumnya

7. Langkah 6 : melaksanakan perencanaan

Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan lama

8. Langkah 7 : evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan.

(Wafi Nur.2010:255)

2.2.5 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Prosedur Kegiatan Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana

:

1. Mengumpulkan Data

Data yang dikumpulkan pada akseptor antara lain identitas pasien, keluhan utama tentang keinginan menjadi akseptor, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat menstruasi (bagi akseptor wanita), riwayat

perkawinan, riwayat KB, riwayat obstetric, keadaan psikologis, pola kebiasaan sehari-hari, riwayat social, budaya dan ekonomi, pemeriksaan fisik dan penunjang

2. Melakukan interpretasi data dasar

Interpretasi data dasar yang akan dilakukan adalah berasal dari beberapa data yang ditemukan pada saat pengkajian ibu/akseptor KB

3. Melakukan identifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya

Beberapa hasil dari interpretasi data dasar dapat digunakan dalam mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial kemungkinan sehingga ditemukan beberapa diagnosis atau masalah potensial ibu/akseptor KB seperti ibu ingin menjadi akseptor KB pil dengan antisipasi masalah potensial seperti potensial terjadinya peningkatan berat badan, potensial fluoralbus meningkat, obesitas, mual dan pusing.

4. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera atau masalah potensial pada ibu/akseptor KB★

Langkah ini dilakukan untuk mengantisipasi dan melakukan konsultasi dan kolaborasi dengan kesehatan lain berdasarkan kondisi pasien seperti kebutuhan KIE (komunikasi, informasi dan edukasi)

5. Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Rencana asuhan menyeluruh pada ibu/akseptor KB yang dilakukan sebagaimana contoh berikut : apabila ibu adalah akseptor KB pil, maka jelaskan tentang pengertian, dan keuntungan KB pil, anjurkan menggunakan KB pil secara teratur dan anjurkan untuk periksa secara dini bila ada keluhan.

6. Melaksanakan perencanaan

Pada tahap ini dilakukan rencana asuhan kebidanan menyeluruh yang dibatasi oleh standar asuhan kebidanan pada ibu/akseptor KB

7. Evaluasi

Evaluasi pada ibu/akseptor KB dapat menggunakan bentuk SOAP

(Sudarti dan Arofah.2010:83)

