

BAB II

TINJAUAN TEORI

I. TINJAUAN TEORI

A. KEHAMILAN

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah rangkaian peristiwa yang baru terjadi bila ovum dibuahi dan pembuahan ovum akhirnya berkembang sampai menjadi fetus yang aterm (Icemi, 2013 h; 63).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi (Wiknjosastro, 2009 h; 213).

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu (Prawirohardjo S, 2008; h.213).

Dari beberapa definisi di atas, kehamilan adalah suatu peristiwa penyatuan sperma dan ovum berkembang menjadi fetus hingga aterm (cukup bulan) yang lamanya tidak kurang dari 280 hari (40 minggu) dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu).

2. Proses terjadinya kehamilan

a. Pembuahan

Pembuahan (fertilisasi) adalah penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampulla tuba. Fertilisasi meliputi penetrasi spermatozoa ke dalam ovum, fusi

spermatozoa dan ovum, diakhiri dengan fusi materi genetik. Hanya satu spermatozoa yang telah mengalami proses kapasitasi mampu melakukan penetrasi membran sel ovum.

Dalam beberapa jam setelah pembuatan terjadi, mulailah pembelahan zigot. Hal ini dapat berlangsung oleh karena sitoplasma ovum mengandung banyak zat asam amino dan enzim. Segera setelah pembelahan ini terjadi, pembelahan-pembelahan selanjutnya berjalan dengan lancar, dan dalam 3 hari terbentuk suatu kelompok sel yang sama besarnya. Hasil konsepsi berada dalam stadium morula.

b. Nidasi

Selanjutnya pada hari ke 4 hasil konsepsi mencapai stadium blastula disebut biasa trofoblasta (blastocyst), suatu bentuk yang di bagian luarnya adalah trofoblas dan di bagian dalamnya disebut masa inner cell. Massa inner cell ini berkembang menjadi janin dan trofoblas akan berkembang menjadi plasenta.

c. Plasentasi

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio ke dalam endometrium, plasenta dimulai. Pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12 – 18 minggu setelah fertilisasi.

3. Tahapan dalam Kehamilan

a. Trimester 1 (TM 1)

Trimester pertama dimulai dari konsepsi sampai umur kehamilan 3 bulan (0-12 minggu) . Dimulai dari masa konsepsi spermatozoa menembus dinding corona radiata dengan enzim hyaluronidase

.Pernyawaan tersebut biasanya terjadi di daerah ampulla tubae, sel telur yang sudah dibuahi tersebut zygote, inti sel telur inti sel spermatozoa kromosom dari kedua inti bercampur hingga mempunyai 46 kromosom dan selanjutnya masing – masing kromosom membelah dari hingga terjadi 2 pasang .Ovum yang telah dibuahi mengalami proses segmentasi sehingga terjadi blastomer . Umur janin yang sebenarnya harus dihitung mundur dari saat fertilisasi atau karena fertilisasi selalu berdekatan dengan ovulasi sekurang kurangnya dari saat ovulasi. Akhir 1 bulan badan bayi sangat melengkung ,panjangnya 7,5 – 10 mm ,kepalanya 1/3 dari seluruh mudigah . dari embrio, bagian tubuh pertama muncul adalah tulang belakang, otak dan saraf, jantung, sirkulasi darah dan pencernaan terbentuk. Akhir 2 bulan mukanya sudah mulai jelas terbentuknya muka manusia dan sudah mempunyai lengan dan tungkai dengan jari-jari tangan dan kaki ,alat kelamin sudah nampak ,walaupun belum jelas dapat ditentukan jenisnya . Pada bulan ke 3 embrio berubah menjadi janin. Denyut jantung janin dapat dilihat dengan pemeriksaan Ultrasonografi (USG), berbentuk manusi, gerakan pertama dimulai, jenis kelamin sudah bias ditentukan, dan ginjal sudah memproduksi urine (Asuhan Kebidanan Kehamilan , Lilik susilawati . 2009).

- b. Trimester kedua di mulai umur kehamilan 12 minggu sampai 28 minggu .Pada bulan ke empat panjang janin mencapai 10-17 cm ,beratnya 100gram ,alat kelamin sudah dapat di tentukan jenisnya ,kulit ditumbuhi rambut yang halus (lanugo). Akhir bulan 5 panjang janin 18-27cm beratnya 300gram bunyi jantung janin sudah terdengar

. Akhir bulan ke 6 panjang janin sudah 28-36 cm beratnya 600gr kulit keriput dan lemak mulai ditimbun dibawah kulit tertutup oleh vernick caseosa yang bermaksud untuk melindungi kulit (Rukiyah,dkk, 2009; h.35)

c. Trimester III (TM 3)

Trimester ketiga dimulai umur kehamilan 28 sampai 40 minggu . Pada bulan ke 7 janin mencapai 35 – 38 cm ,kalau lahir dapat hidup di dunia luar kemungkinan hidup sangat kecil. Pertumbuhan dan perkembangan janin pada usia ini janin dapat mengatur suhunya, surfactant mulai terbentuk di paru paru dan mata mulai membuka dan menutup. Akhir bulan 8 panjangnya mencapai 42,5 cm beratnya mencapai 1700gr permukaan kulit masih merah dan keriput seperti orang tua. Pada masa ini lemak coklat berkembang dibawah kulit, janin mulai menyimpan zat besi, kalsium dan fosfor. Akhir bulan 9 panjangnya mencapai 46 cm beratnya 2500gr kulit sudah berisi . Akhir bulan 10 janin sudah cukup bulan (matur/aterm) panjangnya mencapai 50 cm beratnya 3000gr .Kulit halus tidak terdapat lanugo ,tetapi masih terdapat vernic seosa ialah campuran selsel epitel kulit ,skret kelenjar lemak. Kepala sudah ditumbuhi rambut kuku melebihi ujung jari ,pada janin laki laki testis sudag ada dalam scrotum dan pada wanita labia mayora menutupi labia minora (Asuhan Kebidanan Kehamilan , Lilik susilawati . 2009).

4. Tanda Tanda kehamilan

a. Tanda yang tidak pasti (probable sign) / tanda mungkin kehamilan

1) Amenorhea

Apabila seorang wanita dalam masa mampu hamil dan sudah kawin, mengeluh terlambat haid meskipun keadaan stress, obat-obatan, penyakit kronis dapat pula menyebabkan terlambat haid.

2) Mual dan muntah

Mual dan muntah merupakan gejala umum dari kehamilan. Mual dan muntah juga dapat terjadi karena bau makanan yang menusuk dan juga dapat oleh emosi penderita tidak stabil.

3) Mastodinia

Yaitu rasa kencang dan sakit pada bagian payudara karena payudara yang membesar.

4) Quickening

Adalah persepsi gerakan janin pertama

5) Keluhan kencing

Frekuensi kencing bertambah yang disebabkan oleh desakan uterus yang semakin membesar dan tarikan uterus ke arah cranial.

6) Konstipasi

Terjadi karena adanya relaksasi progesteron dan dapat juga terjadi karena perubahan pola makan.

7) Perubahan berat badan

Pada usia kehamilan 2-3 bulan terjadi penurunan berat badan karena nafsu makan yang menurun, namun

pada bulan selanjutnya berat badan akan stabil sampai dengan menjelang aterm.

8) Kenaikan temperatur

Terjadi dari minggu ke 3 dan ini merupakan tanda telah terjadinya kehamilan

9) Perubahan warna kulit

Warna kulit berubah menjadi kehitaman khususnya pada dahi, hidung dan kuli daerah tulang pipi karena pengaruh dari stimulasi MSH.

10) Perubahan payudara

Payudara mensekresi kolostrum setelah usia kehamilan lebih dari 16 minggu.

11) Perubahan uterus

Mengalami perubahan ukuran, bentuk, dan konsistensi. Uterus menjadi lebih lunak dan bentuknya globular. Teraba balotemen pada usia kehamilan 16-20 minggu.

12) Tanda Piskacek's

Pertumbuhan simetris pada bagian uterus yang dekat dengan implatasi plasenta

13) Perubahan serviks

a) Tanda hegar

Terlihat pada minggu ke-6 yaitu berupa pelunakan pada daerah isthmus uteri sehingga daerah tersebut memiliki kesan lebih tipis.

b) Tanda Goodells's

Serviks terasa lebih lunak yang dilakukan dengan pemeriksaan bimanual.

c) Tanda chadwick

Perubahan pada warna vulva ang menjadi kebiruan karena mengalami kongesti.

d) Tanda Mc Donald

Fundus dan serviks dapat mudah difleksikan tergantung lunaknya jaringan isthmus.

e) Pembesaran abdomen

Terjadi pada minggu ke 16 karena uterus sudah mulai keluar dari rongga panggul

f) Kontraksi uterus

Muncul belakangan dan pasien tidak mengeluh perutnya sakit.

g) Tes biologi kehamilan

Pemeriksaan ini hasilnya positif, dimana kemungkinan positif palsu

b. Tanda Pasti Kehamilan

Indikator pasti hamil adalah penemua-penemuan keberadaan janin secara jelas dan hal ini tidak dapat dijelaskan dengan kondisi kesehatan yang lain.

1) Denyut Jantung Janin (DJJ)

Denyut jantung janin menjadi salah satu tanda pasti kehamilan. Dengan adanya denyut jantung janin berarti ada suatu

kehidupan di dalam perut ibu. Denyut jantung janin dapat di ukur kurang lebih pada usia kehamilan 16 minggu. Dengan penghitungan selama satu menit penuh yang hasilnya tidak kurang dari 120 dan dan tidak lebih dari 160 kali per menit.

2) Palpasi

Palpasi merupakan salah satu cara untuk mengetahui seseorang hamil atau tidak . pada usia kehamilan kira kira 28 minggu dapat teraba bagian janian yang bulat, keras, dan melenting yang berarti kepala janin, bagian yang panjang seperti papan merupakan punggung, bagian yang teraba putus putus merupakan ekstremitas janin dan bagian yang bulat dan tidak melenting merupakan bokong janin.

5. Perubahan Anatomi dan Fisiologi Pada Ibu Hamil

Kehamilan menyebabkan terjadinya perubahan perubahan baik anatomis maupun fisiologis pada ibu. Dalam kehamilan terdapat adaptasi ibu dalam bentuk fisik dan psikologis. Menurut Manuaba (2010; h.167) Dengan adanya penurunan hormone progesteron menjelang persalinan dapat terjadi kontraksi, kontraksi otot rahim ini menyebabkan

- a) Turunnya kepala masuk kedalam pintu atas panggul terutama pada primigravida minggu ke – 36 dapat menimbulkan sesak di bagian bawah, diatas simpisis pubis dan sering ingin berkemih atau sulit kencing karena kandung kemih tertekan kepala
- b) Perut lebih melebar karena fundus uteri turun

- c) Muncul saat nyeri di daerah pinggang karena kontraksi ringan otot rahim dan tertekannya pleksus Frankenhauser yang tertekan sekitar serviks (tanda persalinan palsu)

Menurut Varney (2006; h. 504) sejumlah ketakutan muncul pada trimester ke III dimana wanita mungkin merasa cemas dengan kehidupan bayi dan kehidupannya sendiri seperti : kondisi bayinya saat lahir nanti dalam keadaan normal atau sebaliknya, terkait persalinan dan pelahiran (yaitu merasakan nyeri, kehilangan kendali atau hal-hal lain yang tidak diketahui. Menurut Varney (2006; h. 542) nyeri punggung bawah merupakan nyeri punggung yang terjadi pada area lumbosakral, nyeri punggung akan meningkat intensitasnya seiring dengan penambahan usia kehamilan karena nyeri merupakan akibat adanya pergeseran gravitasi wanita tersebut dan postur tubuhnya, perubahan – perubahan tersebut juga diakibatkan oleh pembesaran uterus

a. Sistem Reproduksi

1) Vagina dan Vulva

Akibat pengaruh hormone estrogen, vagina dan vulva mengalami perubahan pula. Sampai minggu ke 8 terjadi hipervaskularisasi yang mengakibatkan vagina dan vulva Nampak lebih merah, agak kebiruan. Tanda ini disebut chatwick. Selama masa hamil pH sekresi vagina menjadi lebih asam, yaitu dari 4 menjadi 6,5. Peningkatan pH ini mengakibatkan wanita hamil lebih mudah terkena infeksi vagina khususnya jamur.

2) Servik Uteri

Akibat kadar estrogen meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi serta meningkatnya suplai darah maka konsistensi servik menjadi lunak. Hal ini di sebut tanda goodell.

3) Uterus

Uterus akan membesar pada bulan bulan pertama dibawah penaruh estrogen progesterone. Pembesaran ini pada dasarnya disebabkan karena adanya peningkatan vaskularisasi dan dilatasi pembuluh darah, hyperplasia (produksi serabut otot dan jaringan fibroelastis) dan hipertropi (pembesaran serabut oto dan serabut fibroelastis yang sudah ada) serta perkembangan desidua. Hipertropi otot polos uterus dan serabut serabut kolagen menyebabkan uterus dapat mengikuti pertumbuhan janin. Selain bertumbuh besar, uterus juga bertambah berat, mengalami perubahan bentuk dan posisi. Dinding dinding otot menjadi kuat dan elastic, fundus pada servik mudah fleksi yang di sebut Mc. Donald.

4) Ovarium

Pada permulaan kehamilan masih terdapat korpus luteum graviditatum dengan diameter kira kira 3 cm, kemudian mengecil setelah plasenta terbentuk. Korpus ini mengeluarkan hormone estrogen dan progesterone.

5) Payudara

Mamae akan membesar dan tegang akibat hormone somatomamotropin, estrogen dan progesterone, akan tetapi belum mengeluarkan ASI. Estrogen menimbulkan hipertropi system saluran, sedangkan progesterone menambah sel sel asinus pada mamae. Rasa penuh, peningkatan sensitivitas, rasa gelid an rasa berat di payudara mulai timbul sejak minggu keenam gestasi. Perubahan payudara ini adalah tanda mungkin hamil.

Peningkatan suplai darah membuat pembuluh darah dibawah kulit berdilatasi. Pembuluh darah yang sebelumnya tidak terlihat, mulai terlihat seperti jalinan jaringan biru dibawah permukaan kulit.

b. System endokrin

Perubahan perubahan hormonal selama kehamilan (dari trimester I sampai trimester III)

1) Estrogen

Produksi estrogen plasenta terus naik selama kehamilan dan pada akhir kehamilan yang kadarnya kira kira 100 kali sebelum hamil.

2) Progesterone

Produksi progesterone meningkat yang menyebabkan lemak disimpan dalam jaringan sub kutandi abdomen, punggung dan paha atas. Lemak ini berfungsi sebagai cadangan energy baik pada masa hamil maupun menyusui.

3) Human Chorionic Gonadotropin (HCG)

Hormone ini dapat dideteksi setelah beberapa hari pembuahan dan merupakan dasar tes kehamilan. Puncak sekresinya terjadi kurang lebih 60 hari setelah konsepsi.

4) Huma Placental Lactogn

Hormone ini diproduksi terus naik dan pada saat aterm mencapai 2 gram/hari.

5) Pituitary Gonadotropin

FSH dan LH berada dalam keadaan sangat rendah selama kehamilan, karena ditekan oleh estrogen dan progesterone.

6) Prolaktin

Hormone ini meningkat, sebagai akibat kenarikan estrogen.

c. System Kekebalan

System pertahanan tubuh ibu selama kehamilan tidak berubah.

d. Perkemihan

Pada bulan bulan pertama kehamilan kandung kemih tertekan sehingga sering timbul kencing. Keadaan ini hilang dengan tuanya kahmilan bila uterus gravidus keluar dari rongga panggul.

e. Pencernaan

Perubahan rasa tidak enak diulu hati disebabkan karena perubahan posisi lambung dan aliran balik asam lambung ke esophagus bagian bawah.

f. System Kardiovaskular

Pada minggu ke-5 cardiac output akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi resistensi vascular sistemik. Selain itu, juga terjadi peningkatan denyut jantung. Antara minggu ke-10 dan 20 terjadi peningkatan volume plasma sehingga juga terjadi peningkatan preload.

Volume darah akan meningkat secara progresif mulai minggu ke-6 – 8 kehamilan dan mencapai puncaknya pada minggu ke-32 – 34 dengan perubahan kecil setelah minggu tersebut. (Wiknjosastro, 2009 h; 185)

g. Sirkulasi darah

Sirkulasi dadar ibu hamil dipengaruhi karena adanya sirkulasi darah ke plasenta, uterus yang membesar dengan pembuluh pembuluh darah yang membesar pula.

6. Penentuan Umur Kehamilan

a. Berdasarkan HCMT

Rumus ini berlaku terutama untuk wanita dengan siklus menstruasi 28 hari.

b. Berdasarkan TFU (tinggi fundus uteri)

1) Rumus Bartholomew

Antara simfisis pubis dan pucaat dibagi 4 bagian yang sama, tiap bagian menunjukkan kenaikan 1 bulan. Saat TFU tepat di simfisis pubis = 2 bulan (8 minggu).

2) Rumus Mc Donald

TFU diukur dengan pita pengukur, kemudian dimasukkan rumus :

Umur kehamilan (bulan) = $(2x \text{ TFU}) : 7$

Umur kehamilan (minggu) = $(8x \text{ TFU}) : 7$

3) Quickening (persepsi gerakan janin pertama)

Perkiraan ini dilakukan bila lupa hari pertama haid terakhir.

4) Ultrasonografi

Ada 3 cara :

a) Dengan mengukur GS (untuk kehamilan 6-12 minggu)

b) Dengan mengukur CRL (untuk kehamilan 7-14 minggu)

c) Dengan mengukur BPD (untuk kehamilan >12 minggu)

7. Penentuan taksiran berat janin

Berdasarkan TFU (Tinggi Fundus Uteri)

TFU(cm) diukur dengan pita pengukur, kemudian dimasukkan kedalam rumus Johnson (hanya jika presentasi kepala)

a. Jika kepala sudah masuk panggul (di bawah spina isciadika)

$$\text{TBJ (gram)} = (\text{TFU}-11) \times 155$$

b. Jika kepala masih diatas spina isciadika

$$\text{TBJ (gram)} = (\text{TFU}-12) \times 155$$

8. Antenatal Care

Pengawasan antenatal sangat penting untuk upaya menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu maupun perinatal. Pengawasan antenatal memberikan manfaat dengan ditemukannya berbagai kelainan yang menyertai kehamilan secara dini, sehingga dapat diperhitungkan dan dipersiapkan langkah-langkah pertolongan dalam persalinannya.

Secara khusus, pengawasan antenatal bertujuan untuk:

- a. Mengenal dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat pada saat kehamilan.
- b. Mengenal dan menangani penyakit penyertai kehamilan.
- c. Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan.
- d. Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal.

Menurut Varney (2006; h. 525) riwayat kehamilan saat ini dirancang untuk mendeteksi komplikasi, beberapa ketidaknyamanan, dan setiap keluhan seputar kehamilan yang dialami wanita sejak hari pertama haid terakhirnya. Jadwal pemeriksaan kehamilan menurut Rustam, Mochtar (2011; h. 38)

- 1) Pemeriksaan pertama kali yang ideal adalah sedini mungkin ketika haid terlambat satu bulan
- 2) Periksa ulang 1 x sebulan sampai kehamilan 7 bulan
- 3) Periksa ulang 2 x sebulan sampai kehamilan 9 bulan
- 4) Periksa ulang setiap minggu sesudah kehamilan 9 bulan

Periksa khusus jika ada keluhan
 Konsep pemeriksaan atau pengawasan antenatal:

- a. Anamnesis
 - 1) Data biologos
 - 2) Keluhan hamil
 - 3) Fisiologi
 - 4) Patologis(abnormal)
- b. Pemeriksaan fisik
 - 1) Pemeriksaan fisik umum.

2) Pemeriksaan fisik khusus, seperti: obstetric, pemeriksaan dalam atau rectal, pemeriksaan ultrasonografi

3) Pemeriksaan psikologis

c. Pemeriksaan laboratorium

a. Pemeriksaan haemoglobin (Hb)

b. Protein urin

c. Urin reduksi

9. Kebutuhan dasar ibu hamil

a. Kebutuhan fisik ibu hamil

1) Pola Nutrisi

Menurut varney (2006; h. 91-92) Mengatakan bahwa nutrisi dibagi menjadi beberapa kelompok yang terdiri dari karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan juga mineral. Menurut Manuaba (2010; h. 117) Nilai gizi dapat ditentukan dengan bertambahnya berat badan sekitar 6,5 kg sampai 15 kg selama masa kehamilan. Menurut Manuaba (2010;h. 94) ibu hamil memerlukan makanan yang mempunyai nilai gizi yang tinggi sehingga harus dipenuhi standar makanan empat sehat lima sempurna.

2) Eliminasi

Peningkatan frekuensi berkemih sebagai ketidaknyamanan nonpatologis pada kehamilan sering terjadi pada dua kesempatan yang berbeda yaitu pada trimester pertama karena pembesaran uterus dan pada trimester ketiga dialami oleh ibu hamil karena presentasi akan turun dan masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. (Varney,2006; h. 538)

3) Istirahat

Wanita hamil dianjurkan untuk merencanakan istirahat yang teratur khususnya seiring kemajuan kehamilannya. Jadwal istirahat dan tidur perlu diperhatikan dengan baik, karena istirahat dan tidur yang teratur dapat meningkatkan kesehatan jasmani dan rohani untuk kepentingan perkembangan dan pertumbuhan janin. Tidur pada malam hari selama 8 jam dan istirahat rileks pada siang hari 1 jam. (Kusmiyati, 2010; h. 124).

4) Aktivitas

Menurut Manuaba (2010; h. 121) mengatakan bahwa aktivitas yang banyak dianjurkan adalah jalan – jalan waktu pagi hari yang berguna untuk mendapatkan ketenangan dan udara segar. Menurut Kusmiyati (2010; h. 107) mengatakan Ibu hamil boleh melakukan kegiatan atau aktivitas fisik biasa selama tidak terlalu melelahkan. Ibu hamil dapat melakukan pekerjaan seperti menyapu, mengepel masak ataupun mengajar dengan tetap memperhatikan keseimbangan untuk beristirahat.

5) Personal hygiene

Kebersihan harus dijaga pada masa hamil, mandi dianjurkan sedikitnya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat, menjaga kebersihan diri terutama lipatan kulit (ketiak, bawah buah dada, daerah genitalia) dengan cara dibersihkan dengan air dan dikeringkan. Kebersihan gigi dan mulut, perlu mendapat perhatian karena seringkali mudah terjadi gigi

berlubang, terutama pada ibu yang kekurangan kalsium. (Kusmiyati. 2011; h. 105)

6) Hubungan Seksual

Hamil bukan merupakan halangan untuk melakukan hubungan seksual, Menghentikan hubungan seksual apabila : terdapat tanda infeksi dengan pengeluaran cairan disertai rasa nyeri atau panas, terjadi perdarahan saat hubungan seksual, terdapat pengeluaran cairan yang mendadak, pada pasien yang mengalami keguguran, persalinan sebelum waktunya dan pengalaman kematian janin dalam kandungan sekitar 2 minggu sebelum persalinan. (Manuaba; h.120)

Wanita dan pasangannya terbantu dengan mengetahui bahwa penurunan gairah seksual, terutama pada trimester pertama dan trimester ketiga merupakan suatu hal yang wajar selama masa kehamilan. (Wheehleer,2004; h. 141).

7) Perawatan payudara

Wanita mempelajari bahwa putting susu dibersihkan dengan air hangat agar saluran tidak tersumbat oleh kolustrum kering dan sabun tidak digunakan karena menghilangkan minyak pelindung yang mempertahankan putting tetap fleksibel. Beberapa wanita menggunakan mangkuk putting susu yang dirancang secara khusus untuk mengoreksi putting yang invertil. Mangkuk plastic berbentuk donat dapat digunakan untuk memperbaiki putting yang invertil atau retraktil. Pemberian tekanan yang lembut dan berlanjut disekitar areola mendorong putting susu keluar melalui

muara sentral dilapiskan bagian depan. Mangkok puting susu harus dipakai selama 2 bulan terakhir selama kehamilan selama 1-2 jam sehari. Waktu pemakaiannya harus ditingkatkan secara bertahap. Hal ini dilakukan untuk persiapan pada saat kelahiran bayi untuk segera disusui dan untuk menghindari kesulitan saat menyusui pada puting invertil ataupun retraktil agar tidak terjadi sumbatan atau bendungan ASI yang dapat menyebabkan mastitis.

10. Komplikasi (penyulit) pada kehamilan

a. Kehamilan ektopik terganggu

1) Pengertian

Kehamilan ektopik adalah kehamilan bila zigot berimplantasi di lokasi lokasi selain cavum uteri, seperti di ovum, tub, servik, bahkan rongga abdomen. Istilah kehamilan ektopik terganggu (KET) merujuk pada keadaan jika timbul gangguan pada kehamilan tersebut sehingga terjadi abortus maupun rupture yang menyebabkan penurunan keadaan pasien. (Icesmi Sukarni K, Kehamilan, Persalinan dan Nifas,2013)

2) Etiologi

Kehamilan ektopik pada dasarnya disebabkan karena segala hal yang menghambat perjalanan zigot menuju cavum uteri.

- a) Factor factor mekanis yang menyebabkan kehamilan ektopik antara lain : riwayat operasi tuba, salpingitis isthmica nodosum (penonjolan penonjolan kecil didalam tuba yang menyerupai divertikula), dan alat kontrasepsi

dalam rahim (AKDR). Hal hal tersebut secara umum menyebabkan perlekatan intra maupun ekstraluminal pada tuba, sehingga menghambat perjalanan zigot menuju kavum uteri. (Icesmi Sukarni K, Kehamilan, Persalinan dan Nifas, 2013)

- b) Selain itu ada factor factor fungsional, yaitu perubahan motilitas tuba yang berhubungan dengan factor hormonal dan defek fase luteal. Dalam hal ini gerakan peristaltic tuba menjadi lamban sehingga implantasi zigot terjadi sebelum sampai di cavum uteri)
- c) Meningkatnya usia ibu akan diiringi dengan penurunan aktivitas mioelektrik tuba.
- d) Dalam penggunaan AKDR jika terjadi kehamilan, kemungkinan besar adalah kehamilan ektopi. Untuk factor resiko KET adalah : infeksi saluran telur, riwayat operasi tuba, cacat bawaan pada tuba seperti tuba sangat panjang, kehamilan ektopik sebelumnya, aborsi tuba dan pemakaian IUD, kelainan zigot yaitu kelainan kromosom, bekas radang pada tuba, operasi plastic pada tuba, abortus buatan.

3) Tanda dan Gejala

- a) Tanpa gejala 5%
- b) Nyeri abdomen 90-100%
- c) Amenorea 75-90%
- d) Perdarahan pervagina 50-80%

- e) Riwayat infertilitas
- f) Nyeri tekan abdomen 75-95%
- g) Teraba massa 50%
- h) Demam 5-10%

4) Penatalaksanaan

Pada kehamilan ektopik terganggu harus segera dilakukan pembedahan.

b. Plasenta previa

1) Pengertian

Plasenta previa adalah plasenta yang ada didepan jalan lahir (prae = di depan ; vias = jalan). Jadi yang dimaksud ialah plasenta yang implantasinya tidak normal, rendah sekali hingga menutupi seluruh atau sebagian ostium internum. Normalnya plasenta terletak dibagian fundus (bagian puncak/atas rahim), biasanya agak kekiri atau kekanan sedikit, tetapi tidak sampai meluas kebagian bawah apalagi menutupi jalan lahir.

2) Etiologi

- (a) Multipara, terutama jika jarak antara kehamilannya pendek.
- (b) Mioma uteri.
- (c) Kuretasi yang berulang.
- (d) Umur lanjut.
- (e) Bekas seksio sesarea.
- (f) Perubahan inflamasi atau atrofi, misalnya pada wanita perokok atau pemakai kokain. Hipoksemi yang terjadi akibat karbon monoksida akan dikompensasi dengan hipertrofi

plasenta. Hal ini terjadi terutama pada perokok berat (lebih dari 20 batang perhari).

3) Tanda dan gejala

- a) Perdarahan pada vagina dengan nyeri
- b) Perdarahan berulang
- c) Warna perdarahan merah segar
- d) Adanya anemia dan renjatan yang sesuai dengan keluarnya darah
- e) Timbulnya perlahan-lahan
- f) Waktunya terjadi saat hamil
- g) His biasanya tidak ada
- h) Rasa tidak tegang (biasa) saat palpasi
- i) Denyut jantung janin ada
- j) Teraba jaringan plasenta pada periksa dalam vagina
- k) Penurunan kepala tidak masuk pintu atas panggul
- l) Presentasi mungkin abnormal
- m) Wanita berumur lebih dari 35 tahun, kali lebih berisiko
- n) Multiparitas, bila jaraknya singkat. Secara teori plasenta yang baru berusaha mencari tempat selain bekas plasenta sebelumnya

4) Penatalaksanaan

Konservatif bila : Kehamilan kurang 37 minggu, Perdarahan tidak ada atau tidak banyak (Hb masih dalam batas normal), tempat tinggal pasien dekat dengan R.S (dapat menempuh perjalanan dalam waktu 1 menit)

Perawatan konservatif berupa

- (a) Istirahat
- (b) Memberikan hematinik dan spasmolitik untuk mengatasi anemia
- (c) Memberikan antibiotic bila ada indikasi
- (d) Pemeriksaan USG, Hb, dan hematocrit

Bila selama 3 hari tidak terjadi perdarahan setelah melakukan perawatan konservatif maka lakukan mobilisasi bertahap. Pasien dipulangkan bila tetap tidak ada perdarahan. Bila timbul perdarahan segera bawa ke R.S dan tidak boleh melakukan senggama.

- (e) Penanganan aktif bila : Perdarahan banyak tanpa memandang usia kehamilan, Umur kehamilan 37 minggu atau lebih, anak mati

Penanganan aktif berupa :

- i. Persalinan per vagina
- ii. Persalinan per abdominal
- iii. Penderita dipersiapkan untuk pemeriksaan dalam diatas meja operasi (double set up) yakni dalam keadaan siap operasi.

Pengobatan plasenta previa dibagi dalam 2 golongan yaitu:

Terminasi : kehamilan segera diakhiri sebelum terjadi perdarahan yang membawa maut, misalnya : kehamilan cukup bulan, perdarahan banyak, parturien, dan anak mati (tidak selalu).

c. Preeklamsia

Preeklamsia adalah sekumpulan gejala yang timbul pada wanita hamil, bersalin dan nifas yang terdiri dari hipertensi, edema dan protein uric tetapi tidak menunjukkan tanda-tanda kelainan vaskuler atau hipertensi sebelumnya, sedangkan gejalanya biasanya muncul setelah kehamilan berumur 28 minggu atau lebih.

1) Klasifikasi

Dibagi menjadi 2 golongan, yaitu sebagai berikut

a) Preeklamsia Ringan, bila disertai keadaan sebagai berikut:

Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang diukur pada posisi berbaring terlentang atau kenaikan diastolik 15 mmHg atau lebih: atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih. Cara pengukuran sekurang-kurangnya pada 2 kali pemeriksaan dengan jarak periksa 1 jam, sebaiknya 6 jam. Edema umum, kaki, jari tangan, dan muka, atau kenaikan berat 1 kg atau lebih per minggu. Proteinuria kwantitatif 0,3 gr atau lebih per liter; kwalitatif 1 + atau 2 + pada urin kateter atau midstream.

b) Preeklpamsia Berat

Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih. Proteinuria 5 gr atau lebih per liter. Oliguria, yaitu jumlah urin kurang dari 500 cc per 24 jam. Adanya gangguan serebral, gangguan visus, dan rasa nyeri pada epigastrium. Terdapat edema paru dan sianosis.

d. Mola hidatidosa

1) Pengertian

Hamil anggur atau secara medis disebut mola hidatidosa adalah suatu bentuk tumor jinak dari sel-sel trofoblas (yaitu bagian dari tepi sel telur yang kelak terbentuk menjadi ari-ari janin) atau merupakan suatu hasil pembuahan yang gagal. Jadi dalam proses kehamilannya mengalami hal yang berbeda dengan kehamilan normal, dimana hasil pembuahan sel sperma dan sel telur gagal terbentuk dan berubah menjadi gelembung-gelembung yang bergerombol berbentuk menyerupai buah anggur. Semakin hari pertumbuhan gelembung semakin banyak bahkan bisa berkembang secara cepat. Hal ini yang membuat perut seorang ibu hamil dengan mola hidatidosa tampak cepat membesar. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan kadar HCG (dengan pemeriksaan GM titrasi) atau dapat dilihat dari hasil laboratorium beta sub unit HGG pada ibu hamil tinggi. Pemeriksaan USG kandungan akan terlihat keadaan kehamilan yang kosong tanpa ada janin dan tampak gambaran seperti badai salju.

2) Gejala Hamil Anggur

Adapun gejala pada hamil anggur adalah :

- a) Pendarahan terus-menerus pada minggu ke 12 kehamilan (bervariasi, bisa hanya bercak-bercak sampai pendarahan dalam jumlah banyak, seringkali berwarna kecoklatan). Biasanya menyebabkan anemia dan kekurangan zat besi.
- b) Pembesaran perut (pertumbuhan ukuran rahim) tidak sesuai dengan usia kehamilan atau lebih cepat dari biasanya (misalnya hamil 1 bulan terlihat seperti hamil 3 bulan).

- c) Mual-mual dan muntah lebih sering terjadi dan durasinya lebih lama.
- d) Timbul tekanan darah tinggi yang terkait kehamilan (jika terjadi sebelum minggu ke 24 mengarah pada hamil anggur).
- e) Tidak ada tanda-tanda adanya janin (tidak ada bunyi detak jantung anak, rangka janin tidak nampak pada hasil rontgen).
- f) Kadar hormon korionik gonadotropin (HCG) tinggi dalam darah dan air kencing ibu.
- g) Denyut nadi cepat, dan jantung berdebar-debar.

3) Penanganan

Penanganan terhadap hamil anggur meliputi 2 tahap, yaitu pengguguran sesegera mungkin, dan melakukan pengawasan terhadap kemungkinan timbulnya gejala-gejala kanker korion (choriocarcinoma). Tindakan pengguguran harus dilakukan segera supaya kehamilan yang tidak normal itu tidak bertambah besardan merusak kondisi ibu. Pada wanita usia subur yang masih menginginkan anak dilakukan dengan cara kuret, sedangkan pada wanita usia lanjut atau yang sudah tidak menginginkan anak dapat dilakukan pengangkatan rahim (histerektomi).

e. Abortus

1) Berdasarkan kejadiannya

- a) Abortus spontan terjadi tanpa ada unsur tindakan dari luar dan dengan kekuatan sendiri
- b) Abortus buatan sengaja dilakukan sehingga kehamilan diakhiri.

Upaya menghilangkan konsepsi dapat dilakukan berdasarkan :

2) Berdasarkan gambaran klinis

Keguguran lengkap (abortus kompletus), semua hasil konsepsi dikeluarkan seluruhnya. Keguguran tidak lengkap (abortus inkompletus), sebagian hasil konsepsi masih tersisa dalam rahim yang dapat menimbulkan penyulit. Keguguran mengancam (abortus imminen), abortus ini barudan masih ada harapan untuk dipertahankan. Keguguran tak terhalangi (abortus insipien), abortus ini sudah berlangsung dan tidak dapat dicegah atau dihalangi lagi. Keguguran habitualis, abortus yang telah berulang dan berturut-turut terjadi sekurang-ku rangnya 3 kali. Keguguran dengan infeksi (abortus infeksius), keguguran yang disertai infeksi sebagian besar dalam bentuk tidak lengkap dan dilakukan dengan cara kurang legeartis. Missed abortion, keadaan dimana janin telah mati sebelum minggu ke 22, tetapi tertahan dalam rahim selama 2 bulan atau lebih setelah janin mati.

3) Tanda dan Gejala

a) Tanda dan gejala pada abortus Imminen :

- (1) Terdapat keterlambatan datang bulan,
- (2) Terdapat perdarahan, disertai sakit perut atau mules,
- (3) Pada pemeriksaan dijumpai besarnya rahim same dengan umur kehamilan dan terjadi kontraksi otot rahim,
- (4) Hasil periksa dalam terdapat perdarahan dari kanalis servikalis, dan kanalis servikalis masih tertutup,
- (5) Dapat dirasakan kontraksi otot rahim, hasil pemeriksaan tes kehamilan masih positif.

b) Tanda dan gejala pada abortus Insipten

- (1) Perdarahan lebih banyak,
- (2) Perut mules atau sakit lebih hebat,
- (3) Pada pemeriksaan dijumpai perdarahan lebih banyak,
- (4) Kanalis servikalis terbuka dan jaringan atau hasil konsepsi dapat diraba.

c) Tanda dan gejala abortus Inkompli

- (1) Perdarahan memanjang, sampai terjadi keadaan anemis,
- (2) Perdarahan menclaclak banyak menimbulkan keadaan gawat,
- (3) Terjadi infeksi ditandai dengan suhu tinggi,
- (4) Dapat terjadi clegenerasi ganggs (kario karsinoma).

d) Tanda dan gejala abortus Kompletus

- (1) Uterus telah mengecil,
- (2) Perdarahan sedikit,
- (3) Canalis servikalis telah tertutup.

e) Tanda dan gejala Missed Abortion :

- (1) Rahim tidak membesar, justru mengecil karena absorpsi
- (2) air ketuban dan maserasi janin,
- (3) Buah dada mengecil kembali.

11. Asuhan Kehamilan (Kunjungan Kehamilan)

a. Kunjungan awal kehamilan (Antenatal Care)

Kunjungan awal dilakukan untuk mengetahui kondisi ibu dan mendeteksi permasalahan secara dini pada ibu hamil, antara lain meliputi (Yuni Kusmiyati, SST., Dkk, 2008: 136):

1) Anamnesis

Yang selalu ditanyakan adalah umur, hamil keberapa, kapan menstruasi, bagaimana riwayat menstruasi yang terdahulu, riwayat persalinan yang lalu, jenis persalinan, riwayat penyakit, masalah yang dialami.

2) Pemeriksaan fisik, antara lain :

a) Tinggi badan, berat badan dan tekanan darah meliputi 7T yaitu timbang berat badan, tekanan darah, tinggi fundus uteri, iminisasi TT lengkap (5X), tablet Fe (90 tablet selama kehamilan), tes penyakit menular seksual, temu wicara dalam persiapan apabila akan dilakukan rujukan. (yayasan bina pustaka sarwono prawirohardo jakarta, 2009).

b) Suara jantung

c) Payudara

d) Pemeriksaan dalam

3) Pemerikaan laboratorium

a) Pemeriksaan darah

b) Pemeriksaan urin unruk melihat kadar gula,protein dan kelainan pada sedimen

c) Tes serologi

d) Dan bila perlu dilakukan tes antibodi toksoplasmosis, rubella, dll

b. Kunjungan ulang kehamilan

Menurut Varney dalam Buku Perawatan ibu hamil, 2008 dikatakan bahwa kunjungan ulang kehamilan dilakukan setelah kunjungan yang pertama. Pemeriksaan yang dilakukan antara lain :

1) Riwayat kehamilan sekarang

Ditanyakan untuk mendeteksi setiap gejala atau indikasi yang mungkin dialami ibu sejak kunjungan terakhirnya. Dan hal hal yang perlu diperiksa kembali saat kunjungan ulang adalah :

- a) Gerakan janin
- b) Tanda bahaya kehamilan seperti :
 - i. Perdarahan
 - ii. Nyeri pada kepala
 - iii. Gangguan penglihatan
 - iv. Bengkak pada ekstremitas
 - v. Gerakan janin yang berkurang
 - vi. Nyeri perut yang hebat
- c) Keluhan keluhan dalam kehamilan
- d) Kekhawatiran seperti cemas menghadapi persalinan dan khawatir tentang kondisi janin yang dikandung.

2) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik harus selalu dilakukan setiap pemeriksaan untuk dapat mendeteksi jika ada masalah

masalah yang terjadi, pemeriksaan yang dilakukan antara lain :

a) Pemeriksaan janin, antara lain :

i. Denyut jantung janin

Normal DJJ adalah 120-160x/menit. Perlu diwaspadai gawat janin apabila DJJ bertambah atau berkurang

ii. Ukuran janin

iii. Mengetahui tinggi fundus uteri dan perhitungan perkiraan berat janin

iv. Menentukan letak atau presentasi janin

b) Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan saat kunjungan ukang adalah, antara lain :

Pemeriksaan Hb dan pemeriksaan protein dan glukosa pada urine.

B. PERSALINAN

1. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses yang alami yang akan berlangsung dengan sendirinya, mulai awal pembukaan serviks hingga 2 jam setelah lahirnya plasenta. Tetapi persalinan pada manusia setiap saat terancam penyulit yang membahayakan ibu maupun janinnya sehingga memerlukan pengawasan, pertolongan dan pelayanan dengan fasilitas

yang memadai. (Siti Bandiyah, Kehamilan, Persalinan & Gangguan Kehamilan, 2009)

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan ari) yang telah cukup bulan atau dapat diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). (Manuaba, 1998 h; 157)

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin mulai turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong melalui jalan lahir (Sarwono, 2008 h; 100).

Dari beberapa pengertian mengenai persalinan, dapat disimpulkan jika kehamilan merupakan serangkaian proses pengeluaran hasil konsepsi dari intra uteri ke ekstra uteri.

2. Factor Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

a. Power

Power merupakan tenaga yang dikeluarkan untuk melahirkan janin, yaitu kontraksi uterus atau his dari tenaga mengejan ibu. Untuk menghasilkan suatu persalinan yang normal maka tenaga yang dikeluarkan ibu juga harus normal. Sementara definisi his adalah kontraksi otot rahim pada persalinan. Tenaga yang dimiliki ibu tidak digunakan untuk berteriak karena kesakitan. Tenaga mengejan merupakan tenaga yang terjadi dalam proses persalinan setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah. Tanpa tenaga mengejan, bayi tidak akan lahir. Selain itu, tenaga mengejan juga

melahirkan plasenta setelah lepas dari dinding rahim. (Jenny J.S Sondakh, Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir,2013)

b. Passage

Factor pesasage atau biasa disebut dengan jalan lahir dibagi menjadi 2 yaitu jalan lahir lunak dan jalan lahir keras. Jalan lahir lunak terdiri dari servik, vagina dan otot rahim. Mendekati persalinan servik akan mengalami penipisan yang nantinya akan terjadi pembukaan. Sedangkan vagina bersifat elastic dan berfungsi sebagai jalan lahir dalam persalinan. Dan otot rahim segera setelah persalinan, otot rahim tersebut sedemikian rupa akan mengondisikan pembuluh darah menutup untuk menghindari terjadinya perdarahan dari tempat implantasi plasenta. (Jenny J.S Sondakh, Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir,2013)

Jalan lahir keras merupakan panggul yang berperan sebagai jalan lahir. Oleh karena itu, bayi harus berhasil menyesuaikan diri terhadap jalan lahir yang relative kaku.

c. Pessenger/fetus

Hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari factor pesseger adalah :

- 1) Presentasi janin dan bagian janian yang terletak pada bagian depan jalan lahir, seperti :
 - a) Presentasi kepala (vertex, muka, dahi)
 - b) Presentasi bokong(bokong murni, bokong kaki, letak lutut atau letak kaki)
 - c) Presentasi bahu (letak lintang)

- 2) Sikap janin, hubungan bagian janin (kepala) dengan bagian janin lainnya(badan) misalnya fleksi dan defleksi.
- 3) Posisi janin, hubungan bagian penentu terendah janin dengan panggul ibu, dibagi menjadi 3 unsur :
 - a) Sisi panggul ibu : kiri, kanan dan melintang
 - b) Bagian terendah janin : oksiput, sacrum, dagu dan scapula
 - c) Bagian panggul ibu : depan, belakang
- 4) Bentuk dan ukuran kepala janin menentukan kemampuan kepala untuk melewati jalan lahir (Ilesmi Kukarni K, Kehamilan, Persalinan, dan Nifas, 2013)

3. Tahapan Persalinan

a. Kala I

Pada Kala I persalinan dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat, dan menyebabkan perubahan pada servik hingga mencapai pembukaan lengkap. Fase Kala I persalinan terdiri dari fase laten yaitu dimulai dari awal kontraksi hingga pembukaan mendekati 4 cm, kontraksi mulai teratur lamanya masih diantara 20-30 detik, tidak terlalu mules, fase aktif dengan tanda-tanda kontraksi diatas 3 kali dalam 10 menit lamanya 40 detik atau lebih dan mules, pembukaan 4 hingga lengkap, penurunan bagian terbawah janin, waktu pembukaan servik sampai pembukaan lengkap 10 cm, fase pembukaan dibagi menjadi 2 fase yaitu fase laten : berlangsung selama 8 jam, pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai pembukaan ke 3 cm. Fase aktif :

dibagi menjadi 3 fase yaitu fase akselerasi dalam waktu 2 jam pembukaan 3 menjadi 4 cm menjadi 9 cm , fase deselerasi pembukaan menjadi lambat kembali dalam 2 jam pembukaan dari 9 menjadi lengkap . Lama kala I untuk primigravida berlangsung 2 jam dengan pembukaan 1 cm perjam dalam pada multigravida 8 jam dengan pembukan 2 cm perjam. Komplikasi yang dapat timbul pada kala I yaitu : ketuban pecah dini ,tali pusat menumbung ,gawat janin ,inersia uteri .

b. Kala II

- 1) His semakin kuat dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik.
- 2) Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- 3) Ketuban pecah pada mendekati pembukaan lengkap diikuti keinginan mengejan akibat tertekannya pleksus frankenhauser.
- 4) Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi kepala membuka pintu, subocciput bertindak sebagai hipomoglion, kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.
- 5) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar.
- 6) Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan cara : kepala di pegang pada os occiput dan dibawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunakan cunam kebawah untuk melahirkan bahu depan dan ke atas untuk melahirkan bahu belakang. Setelah kedua bahu lahir, ketiak dikait

untuk melahitkan sisa badan bayi. Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.

7) Lamanya kala II untuk primigravida 1,5-2 jam dan multigravida 1,5-1 jam.

Komplikasi yang terjadi pada kala II ini yaitu : eklamsi ,kegawatdaruratan janin ,tali pusat menumbung ,penurunan kepala terhenti ,kelelahan ibu ,persalinan lama ,ruptur uteri , distosia karena kelainan letak ,infeksi intra partum ,inersia uteri ,tanda-tanda lilitan tali pusat .

c. Kala III

Batasan kala III , masa setelah lahirnya bayi dan berlangsungnya proses pengeluaran plasenta. Tanda-tanda lepasnya plasenta : terjadi perubahan bentuk uerus dan tinggi fundus uteri ,tali pusat memanjang atau terjulur keluar melalui vagina / vulva , adanya semburan darah secara tiba –tiba .Kala III berlangsung tidak lebih dari 30 menit .Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya .Biasanya plasenta lepas dalam 6 menit-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri . Pengeluaran plasenta ,disertai dengan pengeluaran darah . Komplikasi yang terjadi pada kala III ini yaitu : perdarahan akibat atonia uteri ,retensio plasenta ,perlukaan jalan lahir , tanda gejala tali pusat

d. Kala IV

Dimulainya dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum . Komplikasi yang dapat timbul pada kala IV adalah : sub involusi dikarenakan oleh uterus tidak berkontraksi ,perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri ,laserasi jalan lahir ,sisa plasenta . (Asuhan Kebidanan Persalinan , Ai yeyen rukiyah ,Lia yulianti ,hj Maemunah ,hj Lilik susilawati . 2009). Lamanya persalinan tentu berlainan bagi primigravida dan multigravida .Untuk primigravida Kala I : 12,5 jam , Kala II : 80 menit , Kala III : 10 menit sedangkan Kala IV : 14 jam . Multigravida Kala I : 7 jam ,Kala II : 30 menit , Kala III : 10 menit , Kala IV : 8 jam . Pembukaan servik terbagi 2 fase : fase laten pada fase ini pembukaan sangat lambat dari 0-3 cm ,fase aktif : pada fase aktif ini pembukaan lebih cepat . (Asuhan Kebidanan Persalinan , Ai yeyen rukiyah ,Lia yulianti ,hj Maemunah ,hj Lilik susilawati . 2009)

4. Komplikasi Persalinan

a. Atonia Uteri

1) Definisi

Atonia uteri didefinisikan sebagai suatu kondisi kegagalan uterus dalam berkontraksi dengan baik setelah persalinan, sedangkan atonia uteri juga di definisikan sebagai tidak adanya kontraksi uterus segera setelah plasenta lahir. Sebagian besar perdarahan pada masa nifas (75-80%) adalah akibat adanya atonia uteri.

2) Etiologi

Atonia uteri dapat terjadi pada ibu hamil dan melahirkan dengan factor predisposisi (penunjang) seperti:

- a) Overdistention uterus seperti: gemeli makrosomia, polihidroamnion, atau paritas tinggi,
- b) Umur yang terlalu muda atau terlalu tua
- c) Multipara dengan jarak kelahiran pendek
- d) Partus lama / Partus terlantar
- e) Malnutrisi
- f) Penanganan salah dalam usaha melahirkan plasenta, misalnya plasenta belum terlepas dari dinding uterus

3) Tanda dan Gejala

a) Perdarahan pervagina

Perdarahan yang terjadi pada kasus atonia uteri sangat banyak dan darah tidak merembes. Yang sering terjadi adalah darah keluar disertai gumpalan, hal ini terjadi karena tromboplastin sudah tidak lagi sebagai anti pembeku darah.

b) Konsistensi rahim lunak

Gejala ini merupakan gejala terpenting / khas atonia dan yang membedakan atonia dengan penyebab perdarahan yang lainnya.

c) Fundus uteri naik

Disebabkan adanya darah yang terperangkap dalam cavum uteri dan menggumpal

d) Terdapat tanda-tanda syok

Tekanan darah rendah, denyut nadi cepat dan kecil, ekstremitas dingin, gelisah, mual dan lain-lain

4) Penatalaksanaan

a) Masase dan Kompresi bimanual

Masase dan kompresi bimanual akan menstimulasi kontraksi uterus yang akan menghentikan perdarahan.

Pemijatan fundus uteri segera setelah lahirnya plasenta (maksimal 15 detik)

Dengan cara :

- (1) Gunakan sarung tangan DTT panjang
- (2) Bersihkan vulva dan perineum dengan cairan antiseptik
- (3) Kosongkan kandung kemih
- (4) Mengeluarkan semua bekuan darah atau selaput yang mungkin masih tertinggal
- (5) Segera memulai kompresi bimanual internal
- (6) Masukkan tangan yang memakai sarung tangan ke dalam vagina secara obstetrik
- (7) Kepalkan tangan pada forniks anterior
- (8) Tekankan tangan yang ada dalam vagina dengan mantap
- (9) Tekankan tangan luar pada perut dan gunakan tekanan melawan kepalan tangan yang berada di dalam vagina secara bersamaan
- (10) Tahan dengan mantap

(11) Kontraksi pertahankan tekanan selama 2 menit, lalu dengan perlahan tariklah tangan keluar. Jika uterus berkontraksi, teruskan pemantauan.

(12) Jika uterus tidak berkontraksi setelah 5 menit, suruhlah anggota keluarganya untuk melakukan kompresi bimanual eksternal. (KBE) sementara kita member injeksi methergin 0,2 mg IM dan memulai infuse IV (RL dengan 20 IU oksitosin / 500 cc terbuka lebar / guyur).

(13) Jika uterus tetap tidak berkontraksi lanjutkan kembali KBIsegera setelah kita memberikan injeksi methergin dan memulai infuse IV.

(14) Jika uterus belum juga mulai berkontraksi setelah 5-7 menit, segeralah perujukan dengan IV tetap terpasang dengan laju 500cc/ jam hingga tiba di tempat perujukan atau jumlah seluruhnya 1,5 liter diinfuskan. Lalu teruskan dengan laju infuse 125 cc / jam

b. Kehamilan ganda

1) Pengertian

Kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Angka perbandingan kehamilan kembar dan tunggal (Hukum Heliin) adalah 1:89, untuk triplet 1:892, untuk kuadruplet 1:893, dst.

2) Etiologi

a) Faktor Prodisposisi

Kehamilan dizigotik: bangsa, herediter, umur, paritas, obat klomid dan hormon gonadotropin yang merangsang ovulasi. Semakin tinggi umur makin tinggi frekuensinya. Frekuensi kehamilan kembar juga meningkat dengan paritas ibu.

Kehamilan monozigotik: faktor penghambat yang mempengaruhi segmentasi sebelum blastula terbentuk.

3) Diagnosis

b) Tanda tidak pasti: besarnya uterus melebihi besar yang sesuai dengan lamanya amenore, uterus tumbuh lebih cepat daripada biasanya pada pemeriksaan berulang, penambahan berat badan ibu secara mencolok yang tidak disebabkan oleh edema atau obesitas, banyak bagian kecil teraba, teraba 3 bagian besar janin, teraba 2 balotemen.

c) Tanda pasti: teraba 2 kepala, 2 bokong, dan sate/dua punggung; terdengar dua denyut jantung yang letaknya berjauhan dengan beda kecepatan paling sedikit 10 denyut permenit, USG, foto polos abdomen.

4) Diagnosis Banding

Hidramion atau kehamilan dengan mioma uteri atau kistoma ovarii

5) Penatalaksanaan

a) Semua persiapan untuk resusitasi dan perawatan bayi prematur disediakan. Golongan darah ibu sudah

ditentukan dan persediaan darah diadakan mengingat kemungkinan perdarahan pascapersalinan lebih besar

- c) Rujuk pasien ke rumah sakit bila janin pertama letak lintang, terjadi prolaps funikuli, plasenta previa, dan interlocking. Perlakukan kala I seperti biasa bila letak anak pertama memanjang. Batasi pemakaian sedatif karena pada sebagian besar persalinan kembar, janin lahir prematur. Episiotomi mediolateral dikerjakan untuk memperpendek kala pengeluaran dan mengurangi tekanan pada kepala bayi.
- d) Setelah bayi pertama lahir, segera lakukan pemeriksaan luar dan dalam untuk mengetahui letak dan keadaan janin kedua. Bila janin dalam letak memanjang, pecahkan selaput ketuban dan air ketuban dialirkan perlahan-lahan untuk menghindari prolapsus funikuli. Penderita dianjurkan meneran atau di tekanan terkendali pada fundus uterus agar bagian bawah janin masuk dalam panggul.
- e) Bila janin kedua dalam letak lintang, denyut jantung janin tidak teratur, terjadi prolapsus funikuli, atau solusio plasenta, atau bila persalinan spontan tidak terjadi dalam 15 menit, lahirkan janin dengan tindakan obstetrik. Dicoba untuk melakukan versi luar. Bila tidak berhasil, segera lakukan versi ekstraksi tanpa narkosis.

Bila letak janin memanjang, dapat dilakukan ekstraksi cunam. Pada letak sungsang, lakukan ekstaksi kaki

f) Seksio sesarea pada kehamilan kembar atas indikasi janin pertama letak lintang, prolapsus funikuli, plasenta previa, dll. Bila dua bagian besar kedua janin masuk pada panggul lugs, kepala atau bokong janin yang belum masuk benar dalam rongga panggul dapat didorong ke atas untuk memungkinkan janin yang lain lahir lebih dahulu.

g) Bila terjadi interlocking janin pertama letak sungsang dan janin kedua presentasi kepala, dengan dahu janin pertama tersangkut pada leher dan dagu janin kedua, setelah bokong lahir, lepaskan sangkutan dagu janin. Bila tidak berhasil, lakukan dekapitasi atau seksio sesarea menurut keadaan janin.

h) Segera setelah anak kedua lahir, penderita disuntik 10 unit oksitosin dan tinggi fundus uteri diawasi. Bila tampak tandatanda plasenta lepas, lahirkan plasenta dan suntikkan 0,2 mg metergin intravena. Kala IV diawasi dengan cermat dan cukup lama.

c. Prolaps Tali Pusat

1) Definisi

Prolaps tali pusat (tali pusat terkemuka/menumbung) adalah tali pusat berada di samping atau melewati bagian terendah janin di dalam jalan lahir setelah ketuban pecah.

2) Etiologi

Letak lintang, letak sungsang yang terutama presentasi bokong kaki, disproporsi sefalopelvik, prematuritas.

3) Komplikasi

Hipoksia janin.

4) Penatalaksanaan

Bila tali pusat masih berdenyut, tetapi pembukaan belum lengkap dapat dilakukan reposisi tali pusat atau mengakhiri persalinan dengan seksio sesarea. Tindakan reposisi tali pusat hanya dilakukan bila seksio sesarea tidak mungkin dilakukan karena sulit. Reposisi tali pusat. Masukkan gumpalan kain kasa tebal ke dalam jalan lahir, lilitkan dengan hati-hati ke tali pusat, kemudian dorong seluruhnya perlahan-lahan ke kavum uteri di atas bagian terendah janin. Tindakan lebih mudah dilakukan bila ibu dalam posisi Trendelenburg. Seksio sesarea. Jaga tali pusat agar tidak mengalami tekanan dan terjepit oleh bagian terendah janin. Untuk hal ini, dengan pasien dalam posisi Trendelenburg, masukkan satu tangan ke dalam vagina untuk mencegah turunnya bagian terendah di dalam rongga panggul.

d. Bayi Letak Sungsang

1) Definisi

Letak sungsang adalah janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong di bagian bawah kavum uteri. Pada letak sungsang, berturut-turut lahir bagian-bagian

yang makin lama makin besar dimulai dari lahirnya bokong, bahu, kemudian kepala.

2) Etiologi

Multiparitas, prematuritas, kehamilan ganda, hidramnion, hidrosefalus, anensefalus, plasenta previa, panggul sempit, kelainan uterus dan kelainan bentuk uterus, implantasi plasenta di kornu fundus uteri.

3) Diagnosis

a) Anamnesis: kehamilan terasa penuh di bagian atas dan gerakan terasa lebih banyak di bagian bawah.

b) Pemeriksaan luar: di bagian bawah uterus tidak teraba kepala, balotemen negatif, teraba kepala di fundus uteri, denyut jantung janin ditemukan setinggi atau ,sedikit lebih tinggi daripada umbilikus.

c) Pemeriksaan dalam: setelah ketuban pecah teraba sacrum

4) Penatalaksanaan

Lakukan versi luar pada kehamilan 34-38 minggu bila syarat versi luar terpenuhi. Bila pada persalinan masih letak sungsang singkirkan indikasi untuk seksio sesarea. Lahirkan janin dengan perasat Bracht. Bila bahu dan kepala tidak dapat dilahirkan dengan perasat Bracht, lakukan manual aid atau dibantu cunam.

e. Solusio Plasenta

1) Definisi

Solusio plasenta merupakan lepasnya plasenta (organ yang memberi nutrisi kepada janin) dari tempat perlekatannya di Binding uterus (shim) sebelum bayi dilahirkan.

2) Etiologi

Penyebab primer belum diketahui pasti, namun ada beberapa faktor yang menjadi predisposisi

a) Faktor kardio-reno-vaskuler

Glomerulonefritis kronik, hipertensi essensial, sindroma preeklamsia dan eklamsia. Pada penelitian di Parkland, ditemukan bahwa terdapat hipertensi pada separuh kasus solusio plasenta berat, dan separuh dari wanita yang hipertensi tersebut mempunyai penyakit hipertensi kronik, sisanya hipertensi yang disebabkan oleh kehamilan.

b) Faktor trauma - Dekompresi uterus pada hidroamnion dan gemeli.

(1) Tarikan pada tali pusat yang pendek akibat pergerakan janin, yang banyak/bebas, versi luar atau tindakan pertolongan persalinan

(2) Trauma langsung, seperti jatuh, kena tendang, dan lainlain.

c) Faktor paritas ibu

Lebih banyak dijumpai pada multipara dari pada primipara. Beberapa penelitian menerangkan bahwa makin tinggi paritas ibu makin kurang balk keadaan endometrium

d) Faktor usia ibu

Makin tua umur ibu, makin tinggi frekuensi hipertensi menahun.

e) Leiomioma uteri (uterine leiomyoma) pada kehamilan dapat menyebabkan solusio plasenta apabila plasenta berimplantasi di atas bagian yang mengandung leiomyoma

f) Faktor penggunaan kokain

Penggunaan kokain mengakibatkan peninggian tekanan darah dan peningkatan pelepasan katekolamin yang bertanggung jawab atas terjadinya vasospasme pembuluh darah uterus dan berakibat terlepasnya plasenta. Namun, hipotesis ini belum terbukti secara definitif

g) Faktor kebiasaan merokok

Ibu yang perokok juga merupakan penyebab peningkatan kasus solusio plasenta sampai dengan 25% pada ibu yang merokok - 1 (satu) bungkus per hari. ini dapat diterangkan pada ibu yang perokok plasenta menjadi tipis, diameter lebih luas dan beberapa abnormalitas pada mikrosirkulasinya

h) Riwayat solusio plasenta sebelumnya

Hal yang sangat penting dan menentukan prognosis ibu dengan riwayat solusio plasenta adalah bahwa resiko berulangnya kejadian ini pada kehamilan berikutnya jauh lebih tinggi dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak memiliki riwayat solusio plasenta

- i) Pengaruh lain, seperti anemia, malnutrisi/clefisiensi gizi, tekanan uterus pada vena cava inferior dikarenakan pembesaran ukuran uterus oleh adanya kehamilan, dan lain-lain

3) Diagnosis

a) Anamnesis

- (1) Perasaan sakit yang tiba-tiba di perut
- (2) Perdarahan pervaginam yang sifatnya dapat hebat dan sekonyong-konyong(non-recurrent) terdiri dari darah segar dan bekuan-bekuan darah yang berwarna kehitaman
- (3) Pergerakan anak mulai hebat kemudian terasa pelan dan akhirnya berhenti
- (4) Kepala terasa pusing, lemas, muntah, pucat, mata berkunang-kunang.
- (5) Kadang ibu dapat menceritakan trauma dan faktor kausal yang lain.

b) Inspeksi

- (1) Pasien gelisah, sering mengerang karena kesakitan.
- (2) Pucat, sianosis dan berkeringat dingin.
- (3) Terlihat darah keluar pervaginam (tidak selalu).

c) Palpasi

- (1) Tinggi fundus uteri (TFU) tidak sesuai dengan tuanya kehamilan.

(2) Uterus tegang dan keras seperti papan yang disebut uterus in bois (wooden uterus) baik waktu his maupun di luar his.

(3) Nyeri tekan di tempat plasenta terlepas.

(4) Bagian-bagian janin sulit dikenali, karena perut (uterus) tegang.

d) Auskultasi

Sulit dilakukan karena uterus tegang, bila DJJ terdengar biasanya di atas 140, kemudian turun di bawah 100 dan akhirnya hilang bila plasenta yang terlepas lebih dari 1/3 bagian.

e) Pemeriksaan dalam

(1) Serviks dapat telah terbuka atau masih tertutup.

(2) Kalau sudah terbuka maka plasenta dapat teraba menonjol dan tegang

(3) Apabila plasenta sudah pecah dan sudah terlepas seluruhnya, plasenta ini akan turun ke bawah dan teraba pada pemeriksaan, disebut *prolapsus placenta*.

f. Luka Jalan Lahir

1) Definisi

Perdarahan dalam keadaan dimana plasenta telah lahir lengkap dan kontraksi rahim baik, dapat dipastikan bahwa pendarahan tersebut berasal dari perlukaan jalan lahir.

Perlukaan jalan lahir terdiri dari :

a) Robekan Perinium

Luka perinium adalah perlukaan yang terjadi akibat persalinan pada bagian perinium dimana muka janin menghadap (Prawirohardjo S,1999). Luka perinium, dibagi atas 4 tingkatan :

- (1) Tingkat I : Robekan hanya pada selaput lender vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perinium
- (2) Tingkat II : Robekan mengenai selaput lender vagina dan otot perinea transversalis, tetapi tidak mengenai sphincter ani
- (3) Tingkat III : Robekan mengenai seluruh perinium dan otot sphincter ani
- (4) Tingkat IV : Robekan sampai mukosa rektum (Icesmi Sukarni K, Kehamilan, Persalinan, dan Nifas,2013)

5. Asuhan Persalinan

a. Kala I

- 1) Anamnesa pada ibu bersalin
- 2) Mengidentifikasi perubahan fisiologi dan psikologi ibu bersalin kala I
- 3) Pemeriksaan fisik dan obstetric pada ibu bersalin
- 4) Observasi kala I dengan partograf
- 5) Mengajarkan tehnik pengurangan nyeri persalinan
- 6) Pemenuhan dasar ibu bersalin kala I
- 7) Deteksi dini patologis kala I

b. Kala II

- 1) Persiapan kala II normal

- 2) Amniotoni
- 3) Maneuver tangan kala II normal
- 4) Episiotomy
- 5) Pelaksanaan APN pada persalinan normal
- 6) Manuver Mc. Robert pada kasus distosia bahu
- 7) Maneuver spontan brachth pada persalinan sungsang
- 8) Maneuver muller-mouriso pada persalinan sungsang
- 9) Maneuver lovset-mouriso pada persalinan sungsang
- 10) Melakukan tindakan ekstraksi vakum pada kasus partus macet

c. Kala III

- 1) Manajemen aktif kala III
- 2) Manual plasenta

d. Kala IV

- 1) Melakukan observasi dan memenuhi kebutuhan ibu bersalin kala IV
- 2) Heacting perineum laserasi derajat II
- 3) Memfasilitasi bonding and attachment
- 4) Melaksanakan manajemen atonia uteri dengan KBI dan KBE
- 5) Melaksanakan resusitasi pada kasus kegawatdaruratan Obstetri

C . NIFAS

1. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Wanita yang melalui periode puerperium disebut puerpura. Puerperium berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan yang normal. (Diah Wulandari, 2008 h; 1)

Waktu masa nifas yang paling lama pada wanita umumnya adalah 40 hari ,dimulai sejak melahirkan atau sebelum melahirkan. Jika sudah selesai masa 40 hari akan tetapi darah tidak terhenti –henti atau tetap keluar darah ,maka perhatikanlah bila keluarnya di saat kebiasaan haid,maka itu darah haid .akan tetapi darah yang keluar terus tidak pada masa kebiasaan haidnya dan darah itu terus dan tidak berhenti mengalir ,perlu diperiksa bidan atau dokter. (Asuhan Kebidanan Masa Nifas ,Yetti Anggraini ,2010)

2. Tahapan masa nifas

Nifas dibagi menjadi 3 tahap :

a. Puerperium dini.

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

b. Puerperium intermedial

Kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.

c. Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanab, tahunan (Diah Wulandari, 2008 h; 1)

3. Perubahan Perubahan Masa Nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi

Dalam masa nifas ada istilah involusi, yaitu alat alat genitalia interna maupun eksterna akan berangsur angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan perubahan system reproduksi dalam masa nifas :

1) Involusi Uteri

Involusi uteri atau pengerutan uterus merupakan suatu proses uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot 60 gram.

2) Involuci tempat plasenta

Setelah persalinan, tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira kira sebesar telapak tangan. Luka bekas tempat plasenta akan lepas dan dengan diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu.

3) Perubahan ligament

Ligament ligament dan diafragma pelvis serta fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah bayi lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi.

4) Perubahan pada serviks

Bentuk serviks yang akan menganga seperti corong disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah.

5) Lochia

Lochia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisms berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochia mempunyai bau yang amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Secret mikroskopik Lochia terdiri dari eritrosit, peluruhan deciduas, sel epitel dan bakteri. Lochia mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran Lochia dapat dibagi berdasar waktu dan warnanya diantaranya

a) Lochia Rubra/ merah (kruenta)

Lochia ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum. Sesuai dengan namanya, warnanya

biasanya merah dan mengandung darah dari perobekan/ luka pada plasenta dan erabut dari decidua dan chorion. Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum dan sisa darah.

b) Lochia Serosa

Lochia ini muncul pada hari kelima sampai kesembilan postpartum. Warnanya biasanya kekuningan atau kecoklatan. Lochia ini terdiri dari lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta.

c) Lochia Alba

Lochia ini muncul lebih dari hari kesepuluh postpartum. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan dan lebih banyak

6) Perubahan vulva, vagina dan perineum

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

b. Perubahan system pencernaan

Pada bulan-bulan terakhir, nyeri ulu hati dan regurgitasi (pencernaan asam) merupakan ketidaknyamanan yang disebabkan tekanan keatas dari perbesaran uterus. Pelebaran pembuluh darah rektum

(haemoroid dapat terjadi). Pada persalinan, rektum dan otototot yang memberikan sokongan sangat teregang.

c. Perubahan system perkemihan

Perubahan hormonal pada masa hamil (kadar steroid yang tinggi) turut menyebabkan peningkatan fungsi ginjal, sedangkan penurunan kadar steroid setelah wanita melahirkan sebagian menjelaskan sebab penurunan fungsi ginjal selama masa pasca partum. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. diperlukan kira-kira dua sampai 8 minggu supaya hipotonia pada kehamilan dan dilatasi ureter serta pelvis ginjal kembali ke keadaan sebelum hamil (Cunningham, dkk ; 1993). Pada sebagian kecil wanita, dilatasi traktus urinarius bisa menetap selama tiga bulan.

d. Perubahan musculoskeletal

1) Dinding perut dan peritoneum

Setelah persalinan, dinding perut longgar karena diregang begitu lama, tetapi biasanya pulih kembali dalam 6 minggu. Kadang-kadang pada wanita yang asthenia terjadi diastasis dari otot-otot rictus abdominis sehingga sebagian dari dinding perut di garis tengah hanya terdiri dari peritoneum, fascia tipis dan kulit. Tempat yang lemah ini menonjol kalau berdiri atau mengejan.

2) Kulit abdomen

Kulit abdomen yang melebar selama masa kehamilan tampak melonggar dan mengendur sampai berminggu-minggu atau bahkan berbulan-bulan yang dinamakan striae. Melalui latihan

postnatal, otot-otot dari dinding abdomen seharusnya clapat normal kembali dalam beberapa minggu.

3) Striae

Striae pada dinding abdomen ticalak clapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar. Ibu postpartum memiliki tingkat diastasis sehingga terjadi pemisahan muskulus rektus abdominishal tersebut clapat dilihat dari pengkajian keaclaan umum, aktivitas, paritas, jarak kehamilan yang clapat menentukan berapa lama tones otot kembali normal.

4) Perubahan Ligamen

Ligamen-ligamen clan diafragma pelvis serta fasia yang meregang sewaktu kehamilan clan partus, setelah janin lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala.

5) Simpisis pubis

Meskipun relatif jarang, tetapi simpisis pubis yang terpisahini merupakan penyebab utama morbiditas maternal dan kadang-kadang penyebab keticalakmampuan jangka panjang.Hal ini biasanya ditandai oleh nyeri tekan signifikan pada pubis disertai peningkatan nyeri saat bergerak clitempat ticlur atau saat berjalan.Pemisahan simpisis clapat clipalpasi.Sering kali klien tidak mampu berjalan tanpa bantuan. Sementara pada kebanyakan wanita gejala menghilang setelah beberapa minggu atau bulan, pada beberapa wanita lain gejala dapaL menetap sehingga cliperlukan kursi roda. (icesmi Sukarni K, Kehamilan, Persalinan, dan Nifas, 2013)

4. Asuhan Kunjungan Masa Nifas Normal

Paling sedikit 4 kali kunjungan masa nifas dilakukan untuk menilai status ibu dan BBL, dan untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi dalam masa nifas.

KUNJUNGAN	WAKTU	ASUHAN
I	6-8 Jam PP	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri b. Pemantauan keadaan umum ibu c. Melakukan hubungan antara bayi dan ibu d. ASI eksklusif
II	6 hari PP	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus dan tidak ada tanda perdarahan abnormal. b. Menilai adanya tanda demam, infeksi dan perdarahan abnormal. c. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup. d. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi. e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda penyulit
III	2 Minggu PP	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus dan tidak ada tanda perdarahan abnormal.

- b. Menilai adanya tanda demam, infeksi dan perdarahan abnormal.
- c. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
- d. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi.
- e. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda penyulit

IV	6 Minggu PP	Minggu	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit yang ia alami b. Memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, senam, nifas dan tanda bahaya yang dialami ibu dan bayi.
----	-------------------	--------	--

5. Patologis Nifas

Tidak sedikit para ibu yang kerap kali mengalami beberapa dampak dari Masa Nifas tersebut, yang biasanya akan berdampak seperti dibawah ini:

- a. Anemia, hal ini biasanya terjadi dikarenakan penclarahan yang hebat sehingga sang ibu mengalami kekurangan darah. Bagi anda yang mengalami hal ini ada baiknya anda segera datang ke Rumah Sakit dan meminta untuk transfuse darah.
- b. Depresi Masa Nifas, gejala ini timbul seperti hal nyawanita mengalami proses menstruasi, dimana perubahan hormon mempengaruhi perilaku sang ibu. Biasanya hal ini terjadi pada kurun waktu 1 minggu setelah melahirkan yang biasanya sang ibu akan merasakan resah,
- c. Keadaan Abnormal Pada Payudara.

Beberapa keadaan abnormal yang mungkin terjadi:

1) Bendungan ASI

a) Pengertian Bendungan ASI

Bendungan ASI adalah salah satu permasalahan dalam menyusui. Bendungan ASI sendiri merupakan keadaan payudara yang ASI nya sulit untuk keluar karena adanya bendungan atau sumbatan pada puting susu ibu. Tanda ASI tersumbat adalah adanya pengerasan di beberapa bagian payudara karena ASI tidak dapat mengalir dengan baik. Gejalanya adalah adanya gumpalan lembek, dan sering kali terdapat kemerahan pada kulit payudara di daerah yang bengkak. Namun pada bendungan ASI, ibu tidak demam dan merasa sehat.

b) Etiologi

Saluran ASI tersumbat terjadi saat ASI tidak dikosongkan dari salah satu bagian payudara. Terkadang hal ini terjadi karena saluran menuju bagian payudara tersumbat oleh ASI yang menebal. Jika tidak juga dikeluarkan, dapat menyebabkan peradangan payudara yang disebut mastitis tanpa infeksi.

Menurut Depkes RI (2007), terdapat beberapa penyebab terjadinya saluran payudara tersumbat dan mastitis.

Diantaranya adalah :

- (1) Ibu jarang menyusui atau singkat karena ia sangat sibuk dan stress, serta bayi tidur semalaman.
- (2) Aliran ASI pada sebagian atau seluruh payudara kurang baik yang disebabkan karena menyusui yang tidak

efektif, dan payudara besar, namun aliran ASI kurang baik.

(3) Jaringan payudara rusak karena trauma pada payudara.

(4) Payudara kemasukan bakteri karena puting retak

Kondisi tersumbatnya saluran payudara maupun mastitis kadang bisa atau tidak disertai rasa sakit. Bagian terpenting dari perawatan ASI tersumbat dan mastitis adalah memperbaiki aliran ASI dari bagian payudara yang tersumbat. Dalam hal ini, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan ibu, diantaranya :

(a) Mencari penyebab aliran tersumbat, kemudian memperbaiki penyebabnya seperti pelekatan yang kurang baik, tekanan dari pakaian yang biasanya BH yang ketat terutama jika dipakai di malam hari atau tekanan saat berbaring atau tengkurap, posisi jari ibu saat menyusui yang memegang areola sehingga dapat menyumbat aliran ASI, sumbatan kadang terjadi pada ibu yang mempunyai payudara besar dan menggantung sehingga sumbatan ada di bagian bawah payudara yang sebaiknya lebih mengangkat payudaranya saat menyusui agar bagian bawah payudara saat menyusui dapat mengalirkan ASI lebih baik.

(b) Ibu menyusui bayi sesering mungkin sesuai kebutuhan bayi, jika nyeri ibu dapat meminum obat analgesic, dan pijat perlahan payudara saat bayi menyusu dengan cara memijat di atas bagian yang tersumbat dan urut menuju

kearah puting sehingga membantu mengeluarkan sumbatan ASI.

- (c) Mulai menyusui pada bagian payudara yang tidak sakit.
- (d) Menyusui dengan posisi berbeda pada setiap kali menyusui yang bisa membantu mengosongkan ASI dari semua bagian yang berbeda pada payudara secara merata
- (e) Jika bayi tidak mau menyusui pada payudara yang sakit maka ibu perlu memerah ASI agar pembengkakan tidak berlanjut.

2) Radang payudara

Radang payudara dapat terjadi karena adanya infeksi pada payudara. Tandanya yaitu payudara berwarna kemerahan, meradang dan panas bila diraba. Untuk mengatasinya, ibu perlu merujuk ke pelayanan kesehatan terdekat.

3) Abses payudara

Abses payudara merupakan kelanjutan dari radang payudara yang tidak diobati sehingga timbul nanah pada bagian payudara. Biasanya ibu mengalami demam.

d. Upaya menurunkan infeksi kala nifas

- 1) Pencegahan pada waktu hamil
 - a) Meningkatkan keadaan umum penderita
 - b) Mengurangi faktor predisposisi infeksi kala nifas
- 2) Saat persalinan
 - a) Perlukaan dikurangi sebanyak mungkin
 - b) Perlukaan yang terjadi dirawat sebaik- baiknya

- c) Mencegah terjadi perdarahan postpartum
- d) Kurang melakukan pemeriksaan dalam
- e) Hindari persalinan yang berlangsung lama

3) Kala nifas

- a) Lakukan mobilisasi dini
- b) Perlukaan dirawat dengan baik
- c) Rawat gabung dengan isolasi untuk mengurangi infeksi nosokomial. (icesmi Sukarni K, Kehamilan, Persalinan, dan Nifas, 2013)

6. Kebutuhan Dasar ibu nifas

Pada mereka yang melahirkan secara normal ,tidak ada pantangan diet,dua jam setelah melahirkan perempuan boleh minum dan makan seperti biasa bila ingin . Namun perlu di perhatikan jumlah kalori dan protein ibu menyusui harus lebih besar dari pada ibu hamil kecuali apabila ibu menyusui bayinya .Kebutuhan nutrisi pada masa menyusui meningkat 25% yaitu untuk produksi ASI dan memenuhi kebutuhan cairan yang meningkat tiga kali dari biasanya .Penambahan kalori pada ibu menyusui sebanyak 500 kkal tiap hari ,makanan yang dikonsumsi ibu berguna untuk melakukan aktifitas ,metabolisme ,cadangan dalam tubuh,proses produksi ASI serta sebagai ASI itu sendiri yang dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkebanganya .Makanan yang dikonsumsi juga perlu memenuhi syarat seperti susunanya harus seimbang ,porsinya cukup dan teratur ,tidak terlalu asin ,pedas atau berlemak ,tidak mengandung alkohol ,nikotin serta pengawet dan pewarna .Menu makanan yang seimbang mengandung unsur-unsur ,seperti sumber tenaga ,pembangun ,pengatur

dan pelindung . (Asuhan kebidanan Masa Nifas ,Yetti Anggraeni S,ST.SKM ,2010)

7. Proses Laktasi dan menyusui

a. Pengertian Laktasi

Laktasi adalah keseluruhan proses menyusui mulai dari ASI diproduksi sampai proses bayi menghisap dan menelan ASI. Laktasi merupakan bagian integral dari siklus reproduksi mamalia termasuk manusia. Laktasi memiliki tujuan meningkatkan pemberian ASI eksklusif dan meneruskan pemebrian ASI sampai anak berumur 2 tahun secara baik dan benar serta anak mendapatkan kekebalan tubuh secara alami.(Rizki Natia Widi, ASI dan Panduan Ibu Menuysui,2013)

Proses laktasi dipengaruhi oleh beberapa hormone. Hormone hormone yang berperan adalah :

- 1) Progesterone, berfungsi mempengaruhi pertumbuhan dan ukuran alveoli.
- 2) Estrogen, berfungsi menstimulasi system saluran ASI agar membesar sehingga dapat menampung ASI lebih banyak. Kadar estrogen menurun saat melahirkan dan tetap rendah untuk beberapa bulan selama tetap menyusui.
- 3) Follicle stimulating hormone (FSH)
- 4) Luteinizing hormone (LH)
- 5) Prolaktin, berfungsi mengencangkan otot halus disekitar alveoli untuk memeras ASI menuju saluran susu. Oksitosin berperan dalam proses turunnya susu.

- 6) Human Placental lactogen (HPL), sejak bulan kedua kehamilan, plasenta mengeluarkan banyak HPL yang berperan dalam pertumbuhan payudara, puting dan areola sebelum melahirkan. Pada bulan kelima dan ke enam kehamilan, payudara siap memproduksi ASI.

Dalam proses laktasi ada pembagian periode kehamilan adalah sebagai berikut :

a) Periode prenatal

- 1) Pendidikan penyuluhan kepada pasien dan keluarga tentang manfaat menyusui dan pelaksanaan rawat gabung.
- 2) Adanya dukungan keluarga
- 3) Adanya dukungan dan kemampuan petugas kesehatan
- 4) Pemeriksaan payudara
- 5) Persiapan payudara dan puting susu, membersihkan puting dengan air, pemeliharaan dan mempersiapkan puting susu dan pemakaian BH yang memadai.
- 6) Gizi yang bermutu, ekstra 300 kalori per hari terutama protein, pemberian asam folik, tidak melakukan diet untuk mengurangi berat badan, dan penambahan berat badan yang memadai adalah 11-13 kg
- 7) Cara hidup sehat

b) Periode Nifas Dini

- (1) Ibu dan bayi harus siap menyusui

- (2) Segera menyusui setelah bayi lahir
- (3) Tehnik menyusui yang benar
- (4) Menyusui harus sering dan berdasarkan kebutuhan
- (5) Tidak memberikan susu formula
- (6) Tidak memakai puting buatan
- (7) Mempergunakan kedua payudara secara bergantian
- (8) Perawatan payudara, membersihkan puting susu sebelum dan sesudah menyusui dengan air, setelah menyusui payudara dikeringkan dan memakai BH yang memadai.
- (9) Memelihara psikis dan fisik
- (10) Makanan yang bermutu, ekstra 500 kalori per hari, kalsium 1200 mg per hari, minum air putih yang banyak, mengonsumsi vitamin, tidak ada batasan makan dan penurunan berat badan tidak lebih dari 500 gram per minggu
- (11) Istirahat yang cukup

c) Periode Nifas Lanjut-sistem penunjang

- (1) Kunjungan ulang 7 hari setelah ibu bersalin
- (2) Adanya sarana pelayanan atau konsultasi bila secara mendadak si ibu mengalami persoalan dengan laktasi dan menyusui
- (3) Adanya teman atau keluarga yang membantu di rumah.

(Rizki Natia Widi, ASI dan Panduan Ibu Menyusui, 2013)

b. ASI dan Manfaatnya

1) Pengertian ASI

ASI adalah cairan putih yang dikeluarkan oleh kelenjar payudara ibu melalui proses menyusui. ASI merupakan makanan yang telah disiapkan untuk calon bayi saat ibu mengalami kehamilan. ASI merupakan makanan terbaik ciptaan Tuhan yang diperuntukan bagi bayi yang baru dilahirkan. Semakin berkembangnya teknologi, ASI tetap merupakan makanan yang terbaik untuk bayi. (Nur Khasanah, ASI atau Susu Formula ya, 2011)

2) Manfaat ASI

a) Bagi bayi

- (1) Sebagai antibody bayi
- (2) Merangsang lima indera manusia
- (3) Memberikan kenyamanan dan kehangatan bayi
- (4) Mudah dicerna
- (5) Meningkatkan berat badan bayi
- (6) Benar benar memberikan gizi lengkap untuk tahun pertama kehidupan
- (7) Perkembangan otak dan meningkatkan IQ

b) Bagi Ibu

- (1) Bisa dipakai sebagai KB alami
- (2) Mempercepat involusi
- (3) Mempercepat proses pembentukan tubuh ke ukuran semula
- (4) Murah, lebih mudah, lebih ramah lingkungan
- (5) Mengurangi kemungkinan mengembangkan kanker payudara

(6) Memberikan kesenangan dan kepuasan bagi ibu

c. ASI eksklusif

ASI eksklusif merupakan pemberian ASI kepada bayi tanpa makanan atau cairan lain selama 6 bulan. Pemberian ASI eksklusif dianjurkan diberikan selama 4 bulan dan akan lebih baik apabila diberikan hingga 6 bulan. Setelah bayi berusia 6 bulan, bayi harus diperkenalkan dengan makan padat karena ASI tidak dapat lagi memenuhi keseluruhan kebutuhan gizi sesudah umur 6 bulan. Akan tetapi ASI dapat diberikan hingga usi anak 2 tahun, yang disertai dengan makanan padat lainnya. (Nur Khasanah, ASI atau Susu Formula ya, 2011)

WHO dan UNICEF merekomendasikan kepada para ibu, bila memungkinkan member ASI eksklusif sampai usia 6 bulan dengan menerapkan :

- 1) Inisiasi Menyusui Dini (IMD) selama lebih kurang 1 jam setelah kelahiran bayi.
- 2) ASI eksklusif diberikan kepada bayi hanya ASI saja atau tanpa makan tambahan atau minuman.
- 3) ASI diberikan secara on demand atau sesuai kebutuhan bayi, setiap hari selama 24 jam
- 4) ASI sebaiknya diberikan tidak menggunakan botol, cangkir ataupun dot. (Rizki Natia Wiji, ASI dan Panduan Ibu Menyusui,2013)

d. Cara merawat payudara

- 1) Kompres kedua puting dengan kapas yang dibasahi minyak kelapa/baby oil selama 2-3 menit
- 2) Mengangkat kapas sambil membersihkan puting dengan melakkan gerakan memutar dari dalam keluar
- 3) Dengan kapas yang baru, bersihkan bagian tengah puting dari sentral keluar
- 4) Basahi kedua telapak tangan dengan minyak dan lakukan pengurutan dengan telapak tangan
- 5) Meletakkan Waskom dibawah payudara dan menggunakan waslap yang dibasahi air hangat. Mengguyur payudara kemudian dilap dengan waslap bergantian dengan air dingin dan di akhiri dengan air hangat
- 6) Keringkan payudara dengan handuk dan gunakan bra yang menopang payudara (Atikah Proverawati, Kapita Selektasi ASI & Menyusui,2010)

e. Masalah Menyusui

- 1) Adanya mitos tentang menyusui
 - a) ASI hari pertama harus dibuang
 - b) ASI pada hari pertama belum banyak keluar sehingga ditambah dengan cairan atau makanan lain
 - c) Setiap kali hendak menyusui harus pagi
 - d) ASI semburan pertama harus dibuang setelah bepergian rumah
 - e) Banyak istirahat bias menambah produksi ASI

f) ASI membuat bayi obesitas

g) ASI bias merusak kulit bayi

D . BAYI BARU LAHIR

1. Pengertian Bayu baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina, tanpa alat, pada usia genap 37minggu sampai 42minggu, dengan berat 2500-4000 gram, nilai Apgar >7 dan tanpa cacat bawaan. (lia yulianti , 2013). Kriteria bayi baru lahir normal :

- a. Berat badan lahir bayi antara 2500 – 4000 gram.
- b. Panjang badan bayi 48 – 50 cm.
- c. Lingkar dada bayi 32 – 34 cm.
- d. Lingkar kepala bayi 33 – 35 cm.
- e. Bunyi jantung dalam menit pertama \pm 180 kali/menit, kemudian turun sampai 140-120 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
- f. Pernafasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan intercostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
- g. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa.
- h. Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik.
- i. Kuku telah agak panjang dan lemas.
- j. Genetalia : testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
- k. Refleks isap, menelan, dan moro telah terbentuk.
- l. Refleks isap, menelan, dan moro telah terbentuk.

- m. Eliminasi, urin, dan meconium normalnya keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

(jenny, 2013 h; 150)

2. Konsep adaptasi bayi baru lahir

Konsep mengenai adaptasi bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

- a. Memulai segera pernafasan dan perubahan dalam pola sirkulasi. Konsep ini merupakan hal yang esensial pada kehidupan ekstauterin.
- b. Dalam 24 jam setelah lahir, sistem ginjal, gastrointestinal, hematologi, metabolik, dan sistem neurologis bayi baru lahir harus berfungsi secara memadai untuk mempertahankan kehidupan ekstrauterin.

3. Periode transisi bayi baru lahir

Setiap bayi baru lahir akan mengalami periode transisi, yaitu:

- a. Periode ini merupakan fase tidak stabil selama 6-8 jam pertama kehidupan, yang akan dilalui oleh seluruh bayi dengan mengabaikan usia gestasi atau sifat persalinan atau melahirkan.
- b. Pada periode pertama reaktivitas (segera setelah lahir), akan terjadi pernapasan cepat (dapat mencapai 80 kali/menit) dan pernapasan cuping hidung yang berlangsung sementara, retraksi, serta suara seperti mendengkur dapat terjadi. Denyut jantung dapat mencapai 180 kali/menit selama beberapa menit kehidupan.

- c. Setelah respon awal ini, bayi baru lahir ini akan menjadi tenang, relaks, dan jatuh tertidur. Tidur pertama ini (dikenal sebagai fase tidur) terjadi dalam 2 jam setelah kelahiran dan berlangsung beberapa menit sampai beberapa jam.
- d. Periode kedua reaktivitas, dimulai ketika bayi bangun, ditandai dengan respons berlebihan terhadap stimulus, perubahan warna kulit dari merah muda menjadi agak sianosis, dan denyut jantung cepat.
- e. Lendir mulut dapat menyebabkan masalah yang bermakna, misalnya tersedak/aspirasi, tercekik, dan batuk.

4. Adaptasi fisiologis BBL terhadap kehidupan di luar uterus

a. Adaptasi pernapasan

- 1) Pernapasan awal dipicu oleh faktor fisik, sensorik, dan kimia.
- 2) frekuensi pernapasan bayi baru lahir berkisar 30-60 kali/menit.
- 3) sekresi lendir mulut dapat menyebabkan bayi batuk dan muntah, terutama selama 12-18 jam pertama.
- 4) bayi baru lahir lazimnya bernapas melalui hidung. Respons refleks terhadap obstruksi nasal dan membuka mulut untuk mempertahankan jalan napas tidak ada pada sebagian besar bayi sampai 3 minggu setelah kelahiran.

b. Adaptasi kardiovaskular.

- 1) Sirkulasi perifer lambat, yang menyebabkan akrosianosis (pada tangan, kaki dan sekitar mulut).

2) Denyut nadi berkisar 120-160 kali/menit saat bangun 100 kali/menit saat tidur.

3) Rata-rata tekanan darah adalah 80/46 mmHg dan bervariasi sesuai dengan ukuran dan tingkat aktivitas bayi.

c. Perubahan termoregulasi dan metabolik

1) Suhu bayi baru lahir dapat turun beberapa derajat karena lingkungan eksternal lebih dingin daripada lingkungan uterus.

2) Suplai lemak subkutan yang terbatas dan area permukaan kulit yang besar dibandingkan dengan berat badan menyebabkan bayi mudah menghantarkan panas pada lingkungan.

3) Kehilangan panas yang cepat dalam lingkungan yang dingin terjadi melalui konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi.

d. Adaptasi neurologis

1) Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna.

2) Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas.

3) Perkembangan neonatus terjadi cepat. Refleks bayi baru lahir merupakan indikator penting perkembangan normal.

e. Adaptasi gastrointestinal

1) Enzim-enzim digestif aktif saat lahir dan dapat menyokong kehidupan ekstrauterin pada kehanilan 36-38 minggu.

- 2) Perkembangan otot dan refleks yang penting untuk menghantarkan makanan sudah terbentuk saat lahir.
- 3) Pencernaan protein dan karbohidrat telah tercapai. pencernaan dan absorpsi lemak kurang baik karena tidak adekuatnya enzim-enzim pankreas dan lipase.
- 4) Kelenjar saliva imatur saat lahir; sedikit saliva diolah sampai bayi berusia 3 bulan.
- 5) Pengeluaran mekonium, yaitu fases berwarna hitam kehijauan, lengket, dan mengandung darah samar, diekskresikan dalam 24 jam pada 90 % bayi baru lahir yang normal.
- 6) Variasi besar terjadi di antara bayi baru lahir tentang minat terhadap makanan, gejala-gejala lapar, dan jumlah makanan yang ditelan pada setiap kali pemberian makanan.
- 7) Beberapa bayi baru lahir menyusu segera bila diletakkan pada payudara; sebagian lainnya memerlukan 48 jam untuk menyusu secara efektif.
- 8) Gerakan acak tangan ke mulut dan menghisap jari telah diamati di dalam uterus; tindakan-tindakan ini berkembang baik pada saat lahir dan diperkuat dengan rasa lapar.

f. Adaptasi ginjal

- 1) Laju filtrasi glomerulus relatif rendah pada saat lahir disebabkan oleh tidak adekuatnya area permukaan kapiler glomerulus.

- 2) Meskipun keterbatasan ini tidak mengancam bayi baru lahir yang normal, tetapi menghambat kapasitas bayi untuk berespons terhadap stesor.
- 3) Sebagian besar bayi baru lahir berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir dan 2-6 kali sehari pada 1-2 hari pertama; setelah itu mereka berkemih 5-20 kali dalam 24 jam.
- 4) Urin dapat keruh karena lendir dan garam asam urat; noda kemerahan (debu batu bata) dapat diamati pada popok karena kristal asam urat.

g. Adaptasi hati

- 1) Selam kehidupan janin dan sampai tingkat tertentu setelah lahir, hati terus membantu pembentukan darah.
- 2) Selama periode neonatus, hati memproduksi zat esensial untuk pembekuan darah.
- 3) Penyimpanan zat besi ibu cukup memadai bagi bayi sampai 5 bulan kehidupan ektrauterin; pada saat ini, bayi baru lahir menjadi rentan terhadap defisiensi zat besi.
- 4) Hati juga mengontrol jumlah bilirubin tak terkonjugasi yang bersirkulasi, pigmen berasal dari hemoglobin dan di lepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah.

h. Adaptasi imun

- 1) Bayi baru lahir tidak dapat membatasi organisme penyerang di pintu masuk.
- 2) Imaturitas jumlah sistem pelindung secara signifikan meningkatkan resiko infeksi pada periode bayi baru lahir.

3) Infeksi merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas selama periode neonatus.

5. Tindakan segera setelah Bayi Baru Lahir

a. Perlindungan termal (termoregulasi)

- 1) Memastikan bayi tersebut tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu.
- 2) Mengganti handuk/kain yang basah dan bungkus bayi tersebut dengan selimut, serta jangan lupa memastikan bahwa kepala telah terlindung dengan baik untuk mencegah keluarnya panas tubuh. Pastikan bayi tetap hangat.
- 3) Mempertahankan lingkungan termal netral..

b. Pemeliharaan pernapasan

Mempertahankan terbukanya jalan napas. Sediakan balon penghisap dari karet di tempat tidur bayi untuk menghisap lendir atau ASI dari mulut dengan cepat dalam upaya mempertahankan jalan napas yang bersih.

c. Pemotongan tali pusat

Pemotongan dan pengikatan tali pusat merupakan pemisahan fisik terakhir antar ibu dan bayi. Pemotongan sampai denyut nadi tali pusat berhenti dapat dilakukan pada bayi normal, sedangkan pada bayi gawat (high risk baby) dapat dilakukan pemotongan tali pusat secepat mungkin agar dapat dilakukan resusitasi sebaik-baiknya.

6. Perawatan bayi baru lahir

a. Pertolongan pada saat bayi lahir

1) Sambil menilai pernapasan secara cepat, letakkan bayi dengan handuk di atas perut ibu.

2) Dengan kain yang bersih dan kering atau kasa, bersihkan darah atau lendir dari wajah bayi agar jalan udara tidak terhalang. Periksa ulang pernapasan bayi, sebagian besar bayi akan menangis atau bernapas secara spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir.

b. Perawatan lain-lain

1) Lakukan perawatan tali pusat.

2) Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi dipulangkan ke rumah, diberikan imunisasi BCG, polio, dan hepatitis B.

3) Orangtua diajarkan tanda-tanda bahaya bayi dan mereka diberitahu agar merujuk bayi dengan segera untuk perawatan lebih lanjut.

* 4) Orangtua diajarkan cara merawat bayi dan melakukan perawatan harian untuk bayi baru lahir.

7. Inisiasi Menyusui Dini

a. Pengertian IMD

Bayi yang baru keluar dari rahim ibunya, kemudian merangkak ke dada sang ibu dengan susah payah untuk mencari air susu dari puting ibu yang merupakan inisiasi menyusui dini.

b. Manfaat IMD

1) Tahap pertama Inisiasi Menyusui Dini

30 menit pertama masa IMD merupakan tahap istirahat bayi di perut ibu atau dada ibu karena segera setelah lahir, id belum

siap untuk minum. Pada tahap awal ini memberikan waktu pada bayi untuk menetralsir keadaannya setelah proses kelahiran dan bayi mulai beradaptasi dan menyamakan susu dirinya dengan perut ibu.

2) Tahap kedua Inisiasi Menyusui Dini

Pada tahap kedua, bayi akan mulai mengeluarkan suara dan melakukan gerakan menghisap dan memasukkan tangan ke mulutnya

3) Tahap ketiga Inisiasi Menyusui Dini

Pada tahap ini, bayi akan mengeluarkan air liur terlebih dahulu

4) Tahap keempat Inisiasi Menyusui Dini

Bayi akan mulai merangkak dan kakinya akan menekan perut ibu untuk beregerak ke arah payudara ibu tidak tanpa alasan, karena gerakan tersebut membantu menghentikan perdarahan ibu.

5) Tahap Kelima Inisiasi Menyusui Dini

Pada tahap kelima, bayi mulai menghentak kepala ke dada ibu, menemukan puting, menyentuh dengan tangannya, kemudian mengulum puting ibu. Dengan gerakan bayi pada tahap ini membantu melancarkan ASI dari payudara ibunya.

(Nur Khasanah, ASI atau Susu Formula Ya ?, 2011)

8. Asuhan Pada Bayi Baru Lahir

- a. Melakukan observasi kesehatan bayi baru lahir
- b. Pencegahan hipotermi dan asfiksia bayi baru lahir

- c. Pemeriksaan antropometri bayi baru lahir
- d. Memberikan suntikan vit K img IM dan salep mata
- e. Memberikan imunisasi hepatitis B
- f. Melakukan resusuitasi pada asfiksia bayi baru lahir

E. PROGRAM KELUARGA BERENCANA

1. Pengertian KB

Beberapa Definisi tentang KB

- a. Upaya peningkatan kepedulian masyarakat dalam mewujudkan keluarga kecil yang bahagia sejahtera (undang-undang No. 10/1992)
- b. Keluarga Berencana (family planning/planned parenthood) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi.
- c. Menurut WHO (Expert Commite,1997), tindakan yang membantu individu/pasutri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga.
- d. Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dari dan jarak yang diinginkan ,agar dapat mencapai hal tersebut ,maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. (Pelayanan Keluarga Berencana ,Selemba Medika ,2011)

Metode kontrasepsi bekerja dengan dasar mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi sel telur wanita (fertilisasi), atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplentasi (melekat) dan berkembang didalam rahim. Kontrasepsi dapat bersifat reversibel (kembali) atau permanen (tetap). Kontrasepsi yang reversibel adalah metode kontrasepsi yang dapat dihentikan setiap saat tanpa efek lama dalam mengembalikan kesuburan atau kemampuan untuk memiliki anak. Metode kontrasepsi permanen atau yang kita sebut sterilisasi adalah metode kontrasepsi yang tidak dapat mengembalikan kesuburan karena melibatkan tindakan operasi. (Pelayanan Keluarga Berencana ,Selemba Medika ,2011)

2. Faktor yang mempengaruhi pemilihan kontrasepsi

Dalam pemilihan kontrasepsi ada beberapa factor yang mempengaruhi, adalah efektifitas, keamanan, frekuensi pemakaian, efek samping, serta kemampuan dan kemauan untuk melakukan kontrasepsi secara teratur dan benar. Selain hal tersebut, pertimbangan kontrasepsi juga didasarkan atas biaya serta peran dari agama dan kultur budaya mengenai kontrasepsi tersebut, faktor lainnya adalah frekuensi melakukan hubungan seksual.

3. Sasaran Program KB

Sasaran program KB tertuang dalam RPJMN 2004-2009 sebagai berikut.

- a. Menurunnya rata-rata laju pertumbuhan penduduk menjadi 1,14% per tahun.

- b. Menurunnya angka kelahiran total (TFR) menjadi sekitar 2,2 per perempuan.
- c. Menurunnya PUS yang tidak ingin punya anak lagi dan ingin menjarangkan kelahiran berikutnya, tetapi tidak memakai alat/cara kontrasepsi (unmet need) menjadi 6%.
- d. Meningkatkan peserta KB laki-laki menjadi 4,5%.
- e. Meningkatnya penggunaan metode kontrasepsi yang rasional, efektif, dan efisien.

4. Macam macam KB

a. Macam-macam KB alamiah

1) KB Kalender

a) Pengertian

Metode kalender adalah metode yang digunakan berdasarkan masa subur dimana harus menghindari hubungan seksual tanpa perlindungan kontrasepsi pada hari ke 8-19 siklus menstruasinya (Sri H, 2010 h; 57).

b) Keuntungan

(1) Dapat digunakan untuk mencegah atau mendapatkan kehamilan.

(2) Tanpa resiko kesehatan yang berkaitan dengan metodenya.

(3) Tanpa efek samping sistemik

(4) Murah

(5) Pengetahuan meningkat tentang system reproduksi

(6) Kemungkinan hubungan yang lebih dekat diantara pasangan.

(7) Keterlibatan pihak laki-laki meningkat dalam perencanaan keluarga.

c) Kekurangan

(2) Diperlukan banyak pelatihan untuk bias menggunakannya dengan benar.

(3) Memerlukan pemberi asuhan (non-medis) yang sudah terlatih.

(4) Memerlukan penahanan nafsu selama fase kesuburan untuk menghindari kehamilan.

(Sri H, 2010 h; 58)

d) Efektifitas

Efektifitasnya bergantung pada keikhlasan mengikuti petunjuk, angka kegagalan 1-25 kehamilan per 100 wanita selama setahun pertama penggunaan (Sri H, 2010 h; 58)

e) Cara penggunaan metode kalender

(1) Mengurangi 18 hari dari siklus haid terpendek, untuk menentukan awal dari masa suburnya.

(2) Mengurangi 11 hari dari siklus haid terpanjang untuk menentukan akhir dari masa suburnya.

(Sri H, 2010 h; 58)

2) Metode Suhu Basal

a) Pengertian

Suhu basal adalah suhu tubuh sebelum ada aktifitas apapun, biasanya diambil pada saat bangun tidur dan belum meninggalkan tempat tidur (Yetty A, 2011 h; 82).

b) Keuntungan

- (1) Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran pasangan terhadap masa subur.
- (2) Membantu wanita yang mengalami siklus tidak teratur dengan cara mendeteksi ovulasi.
- (3) Dapat membantu menunjukkan perubahan tubuh lain selain lender serviks.
- (4) Berada dalam kendali wanita.
- (5) Dapat digunakan untuk mencegah atau meningkatkan kehamilan.

(Sri H, 2010 h; 62)

c) Kerugian

- (1) Membutuhkan motivasi
- (2) Perlu diajarkan oleh spesialis keluarga berencana alami.
- (3) Suhu tubuh basal dipengaruhi oleh penyakit, kurang tidur, stress / tekanan emosional, alcohol, penggunaan sedatifa, imunisasi, iklim, dan gangguan saluran cerna.
- (4) Tidak mendeteksi permulaan masa subur sehingga mempersulit untuk mencapai kehamilan.

(Sri H, 2010 h; 62)

3) Metode Lendir Serviks

a) Pengertian

Metode lender serviks adalah suatu upaya merencanakan keluarga dalam menentukan ingin hamil atau ingin tidak hamil melalui pengamatan lender serviks.

b) Tujuan

- (1) Menjarangkan kehamilan
- (2) Mendapatkan kehamilan (sulit hamil)
- (3) Merencanakan jenis kehamilan anak.

c) Keuntungan

- (1) Memungkinkan setiap kehamilan direncanakan
- (2) Dapat membantu pasangan yang ingin hamil
- (3) Tidak membahayakan karena menggunakan cara yang alamiah.
- (4) Praktis dan mendidik kemandirian
- (5) Murah, mudah dan tidak bertentangan dengan agama perkawinan.

d) Kerugian

- (1) Perlu konsultasi dan konseling sebelum dan selama menggunakan metode ini.
- (2) Dapat menghambat spontanitas seksual.
- (3) Diperlukan kesepakatan dan kerja sama oleh kedua pasangan.
- (4) Keefektifan tergantung dari kemauan dan disiplin pasangan untuk mengikuti instruksi.

(Yetty, A, 2011 h; 85)

4) Metode Amenorhea Laktasi

a) Pengertian

Metode Amenorhea Laktasi adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu secara eksklusif.

b) Keefektifan

Efektifitas metode amenorhea laktasi tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan 1 pasca persalinan) (Sri H, 2010 h; 68)

c) Keuntungan bagi Ibu

- (1) Tidak mengganggu senggama
- (2) Tidak ada efek samping secara sistemik
- (3) Tidak perlu pengawasan medis
- (4) Tidak perlu obat atau alat
- (5) Tanpa biaya
- (6) Mengurangi perdarahan pascapersalinan
- (7) Mengurangi resiko anemia
- (8) Meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi

d) Keuntungan untuk Bayi

- (1) mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibody 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 dipake.

(Sri H, 2010 h; 68)

e) Indikasi MAL

- (1) Ibu yang menyusui secara eksklusif
- (2) Bayi berumur kurang dari 6 bulan
- (3) Ibu belum mendapatkan haid sejak melahirkan

f) Kontraindikasi MAL

- (1) Sudah mendapat haid sejak setelah bersalin
- (2) Tidak menyusui secara eksklusif
- (3) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan
- (4) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam

(Sri H, 2010 h; 69)

5) Coitus interruptus

a) Pengertian

Coitus interruptus adalah metode kontrasepsi dimana senggama diakhiri sebelum terjadi ejakulasi intra-vagina. Ejakulasi terjadi jauh dari genetalia eksterna (Sri H, 2010 h; 70).

b) Keuntungan

- (1) Tidak mengganggu produksi ASI
- (2) Tidak ada efek samping
- (3) Dapat digunakan setiap waktu
- (4) Tidak membutuhkan biaya
- (5) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana
- (6) Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam

(Sri H, 2010 h; 70)

c) Kerugian

Kerugian metode ini adalah memutus kenikmatan berhubungan seksual. (Sri H, 2010 h; 70)

d) Indikasi

- (1) Dapat dipakai pada suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana
- (2) Pasangan yang memerlukan metode kontrasepsi dengan segera
- (3) Pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur
- (4) Pasangan yang membutuhkan metode pendukung lain.

e) Kontraindikasi

- (1) Ejakulasi premature pada pria
- (2) Suami yang sulit melakukan senggama terputus
- (3) Suami sulit untuk bekerjasama
- (4) Suami yang memiliki kelainan fisik dan psikologi
- (5) Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus

(Sri H, 2010 h; 71)

b. Yang termasuk kontrasepsi alamiah dengan alat :

1) Kondom

a) Pengertian

Kondom adalah suatu kantong karet yang tipis, berwarna atau tak berwarna, dipakai untuk menutupi penis yang ereksi sebelum dimasukkan kedalam vagina sehingga

mani tertampung didalamnya dan tidak masuk vagina

(Yetty A, 2011 h; 103)

b) Macam-macam kondom

(1) Lateks

(2) Plastik

c) Keuntungan

(1) Mencegah kehamilan

(2) Dapat diandalkan

(3) Reversible

(4) Pria ikut secara aktif dalam program KB

(5) Relative murah

(6) Sederhana, ringan, disposable

d) Kerugian kondom

(1) Angka kegagalan relative tinggi

(2) Perlu menentukan sementara aktivitas dan spontanitas hubungan seks guna memasang kondom

(3) Perlu dipakai secara konsisten, hati-hati dan terus menerus pada setiap senggama (Yetty A, 2011 h; 107)

2) Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang dimasukkan kedalam vagina sebelum melakukan hubungan seksual dan menutupi serviks. (Sri H, 2010 h; 82)

3) Kontrasepsi mekanis (AKDR/IUD)

a) Pengertian

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim adalah suatu alat atau benda yang dimasukkan kedalam Rahim yang sangat efektif, reversible dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduktif (Sri H, 2010 h; 139).

b) Jenis-jenis IUD di Indonesia

- (1) Copper-T
- (2) Copper-7
- (3) Multi Load
- (4) Lippes Loop

c) Mekanisme Kerja

- (1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi
- (2) Mempengaruhi fertisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
- (3) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus

d) Keuntungan

- (1) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
- (2) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- (3) Membantu mencegah kehamilan ektopik
- (4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- (5) Tidak ada interaksi dengan obat-obat

(6) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil

e) Kerugian

Efek samping yang mungkin terjadi:

- (1) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
- (2) Haid lebih lama dan lebih banyak
- (3) Saat haid lebih sakit
- (4) Perdarahan (spotting) antar menstruasi

c. Kontrasepsi hormonal

1) Pil

a) Pil kombinasi

Tiap pil mengandung dua hormone sintesis, yaitu hormone estrogen dan progestin. Kelalaian minum 1 atau 2 pil berturut-turut pada awal siklus akan dapat mengakibatkan terjadinya pelepasan telur sehingga terjadi kehamilan.

b) Pil mini

Tiap pil mengandung dosis kecil bahan progestin sintesis dan memiliki sifat pencegah kehamilan.

Efek samping pemakaian pil dapat menimbulkan efek samping berupa perdarahan diluar siklus menstruasi, rasa mual, jerawat, penyakit jamur pada liang vagina, penambahan berat badan, nyeri kepala.

2) Suntik

Adalah cara untuk mencegah terjadinya kehamilan dengan cara melalui suntikan hormonal.

a) Suntikan kombinasi

(1) Pengertian

Suntik kombinasi merupakan kontrasepsi suntik yang berisi hormone sintesis estrogen dan progesterone (Sri H, 2010 h; 107).

(2) Jenis-jenis

(a) 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estradiol

(b) 50 mg noretindron enantat dan 5 mg estradiol valerat.

(3) Mekanisme Kerja

(a) Menekan ovulasi

(b) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

(c) Mempertebal mucus serviks (mencegah penetrasi sperma)

(d) Mengganggu pertumbuhan endometrium, sehingga menyulitkan proses implantasi.

b) Suntikan Progestin

(1) Pengertian

Suntik kombinasi merupakan kontrasepsi suntikan yang berisi hormone progesteron.

(2) Jenis-jenis

(a) Depo Medroxyprogesterone Asetat, Depo Provera (DMPA)

(b) Noristerat

3) Implant

a) Pengertian

Implant merupakan salah satu metode kontrasepsi yang efektif berjangka waktu 2-5 tahun.

b) Jenis-jenis

- (1) Norplant
- (2) Implanon
- (3) Jadena dan indoplant
- (4) Sinoplan

c) Efek Samping

Spotting ringan dan perdarahan diantara masa haid

5. Jenis dan waktu yang tepat untuk ber-KB

a. Postpartum :

- 1) KB Suntik
- 2) Norplant/KB susuk/ Implant
- 3) AKDR
- 4) Pil KB hanya progesterone
- 5) Kontap
- 6) Metode Sederhana

b. Posmenstrual Regulation : KB Suntik

c. Pasca Abortus : KB susuk atau implant

d. Saat Menstruasi :

- 1) AKDR
- 2) Kontap
- 3) Metode Sedrhana

e. Masa Interval :

- 1) KB Suntik
- 2) KB Implan
- 3) AKDR
- 4) Metode Sederhana

f. Post-Koitus : KB Darurat

(Manuaba, 2010 h; 592)

g. Kontrasepsi selama menyusui

- 1) Metode amenorea laktasi

Metode ini dapat menyediakan proteksi sebesar 95-99% dalam waktu 6 bulan setelah melahirkan apabila persyaratannya dipenuhi.

- 2) Metode nonhormonal

Dapat menggunakan kondom, spiral atau sterilisasi

- 3) Kontrasepi progestin (mini pil, suntik, susuk)

Kontrasepti progestin tidak mengganggu produksi ASI dan kualitas ASI dan bahkan dapat meningkatkan produksi ASI.

II. TINJAUAN ASUHAN KEBIDANAN

1. Teori Manajemen Kebidanan Varney

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian/ tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien (Estiwadani,dkk, 2008; h.124).

Langkah-langkah Manajemen Kebidanan Varney :

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang.

Kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi yang akan menentukan proses interpretasi yang benar. Sehingga dalam tahap ini harus komprehensif meliputi data subyektif, obyektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi pasien yang sebenarnya dan valid (Estiwadani,dkk, 2008; h. 134).

Langkah II : Interpretasi data dasar

Langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat diidentifikasi seperti

diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan (Estiwadani,dkk, 2008;h. 135).

Langkah III : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosa atau masalah potensial ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman. Bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosa potensial tidak terjadi (Estiwadani,dkk, 2008;h. 135).

Langkah IV : Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Dalam kondisi tertentu seorang wanita mungkin akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja sosial, ahli gizi, atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini bidan harus mampu

mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa konsultasi dan kolaborasi yang paling tepat dalam manajemen asuhan kebidanan. Bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah atau kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa atau masalah potensial pada step sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan segera yang harus dirumuskan untuk menyelamatkan ibu dan bayi (Estiwadani,dkk, 2008;h. 136-137).

Langkah V : Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologis. Setiap rencana asuhan harus disetujui oleh kedua belah pihak yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut (Estiwadani,dkk, 2008;h. 137-138).

Langkah VI : Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Dalam situasi dimana bidan

berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Kaji ulang apakah semua rencana asuhan telah dilaksanakan (Estiwadani,dkk, 2008;h. 138).

Langkah VII : Mengevaluasi

Pada langkah ketujuh dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya (Estiwadani,dkk, 2008;h. 139).

2. Catatan perkembangan menggunakan pendekatan SOAP

Dokumentasi dalam bentuk SOAP sebagai berikut:

a. Subyektif (S)

Data subyektif berisi tentang menggambarkan pendokumentasiannya hanya pengumpulan data klien melalui anamnesa tanda gejala subyektif yang diperoleh dan hasil bertanya pada pasien, suami dan keluarga (identitas umum, keluhan, riwayat haid, kehamilan, persalinan, KB, penyakit, riwayat penyakit keluarga, penyakit keturunan, riwayat psikososial, dan pola hidup).

b. Obyektif (O)

Menggambarkan tentang pendokumentasian hasil analisa dan pemeriksaan fisik pasien, hasil laboratorium, dan tes diagnostik lain yang merumuskan dalam data fokus untuk mendukung assesment. Tanda gejala

obyektif yang diperoleh dan hasil pemeriksaan. Cara pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi.

c. Assesment (A)

Diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subyektif maupun obyektif yang dikumpulkan atau disimpulkan. Karena keadaan pasien terus berubah dan selalu ada informasi baru baik subyektif maupun obyektif, dan sering juga digunakan secara terpisah, maka proses pengkajian adalah suatu proses yang dinamik.

d. Planning (P)

Menggambarkan pendokumentasian dan perencanaan evaluasi berdasarkan assesment SOAP untuk perencanaan, implementasi dan evaluasi dimasukkan dalam Planning.

III . ASPEK HUKUM

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya di masyarakat, seorang bidan mempunyai kewenangan yang diatur dalam peraturan dan perundang-undangan kesehatan. Hal ini dimaksudkan untuk melindungi secara hukum baik untuk bidan maupun untuk masyarakat terhadap malpraktik yang mungkin dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan.

Kewenangan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan ibu hamil dengan kehamilan lewat waktu, dalam memberikan asuhan kebidanan pada :

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1464/MENKES/PER/X/2010. Tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan.

BAB III tentang Penyelenggaraan Praktek

Pasal 9

Yaitu : Bidan dalam menjalankan praktek, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi :

- a. Pelayanan kesehatan ibu
- b. Pelayanan kesehatan anak, dan
- c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana

Pasal 10 ayat 1

Yaitu : Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf a diberikan pada masa pra hamil, kehamilan, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan.

Pasal 12

Yaitu : Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf c, berwenang untuk :

- a. Memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana

Pasal 18 ayat 1 huruf d

Yaitu : meminta persetujuan tindakan yang dilakukan.

Bab IV tentang Pencatatan dan Pelaporan

Pasal 20

- a. Dalam melakukan tugasnya bidan wajib melakukan pencatatan dan pelaporan sesuai dengan pelayanan yang diberikan.

- b. Pelaporan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditunjukkan ke puskesmas wilayah tempat praktek.
- c. Dikecualikan dari ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk bidan yang bekerja difasilitas pelayanan kesehatan.

2. Kompetensi Bidan

Kompetensi kedua : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh di masyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua.

a. Pengetahuan dasar

- 1) Pertumbuhan dan perkembangan seksualitas dan aktivitas seksual
- 2) Anatomi dan fisiologi pria dan wanita yang berhubungan dengan konsepsi dan reproduksi
- 3) Norma dan praktek budaya dalam kehidupan seksualitas dan kemampuan bereproduksi.
- 4) Komponen riwayat kesehatan, riwayat keluarga, dan riwayat genetik yang relevan.
- 5) Pemeriksaan fisik dan laboratorium untuk mengevaluasi potensi kehamilan yang sehat.
- 6) Berbagi metode alamiah untuk menjarangkan kehamilan dan metode lain yang bersifat tradisional yang lazim digunakan.
- 7) Penyeluhunan kesehatan mengenai PMS, HIV/AIDS, dan kelangsungan hidup anak.

8) Tanda dan gejala infeksi saluran kemih dan penyakit menular seksual yang lazim terjadi.

b. Pengetahuan tambahan

- 1) Faktor-faktor yang menentukan dalam pengambilan keputusan yang berhubungan dengan kehamilan.
- 2) Indikator penyakit akut dan kronis yang dipengaruhi oleh kondisi geografis dan proses rujukan untuk pemeriksaan/pengobatan lebih lanjut.
- 3) Indikator dan metode konseling/rujukan terhadap gangguan hubungan intrapersonal, termasuk kekerasan dan pelecehan dalam keluarga (seks, fisik, dan emosi).

c. Ketrampilan dasar

- 1) Mengumpulkan data tentang riwayat kesehatan yang lengkap.
- 2) Melakukan pemeriksaan fisik yang terfokus sesuai dengan kondisi wanita.
- 3) Menetapkan data atau melaksanakan dan menyimpulkan hasil pemeriksaan laboratorium seperti hematokrit dan analise urine.
- 4) Melaksanakan pendidikan kesehatan dan ketrampilan konseling dasar dengan tepat.
- 5) Mendokumentasikan temuan-temuan dan intervensi yang ditemukan.