

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Kehamilan

a. Pengertian

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi, spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (*implantasi*) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil *konsepsi* sampai aterm (Manuaba, 2010;h.75).

Periode kehamilan dibagi menjadi 3 trimester, yang masing-masing terdiri dari 13 minggu atau tiga bulan menurut hitungan kalender. Pembagian waktu ini diambil dari ketentuan yang mempertimbangkan bahwa lama kehamilan diperkirakan kurang lebih 280 hari, 40 minggu, 10 bulan.

b. Tanda-tanda kehamilan (tanda presumtif)

Menurut Mochtar (2012), untuk dapat menegakkan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan, yaitu sebagai berikut :

1). *Amenore* (terhentinya menstruasi)

konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya pembentukan folikel de graaf dan ovulasi. Dengan mengetahui hari pertama haid terakhir dengan perhitungan rumus neagle, dapat ditentukan perkiraan persalinan.

2). *Morning sicknes* (mual dan muntah di pagi hari)

Mual dan muntah (emesis). Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual dan muntah terutama pada pagi hari disebut *Morning sicknes* dalam batas fisiologis, keadaan ini dapat diatasi. Akibat mual dan muntah, nafsu makan berkurang.

3) Ngidam

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan-keinginan yang demikian disebut ngidam.

4) *Sinkop* atau pingsan

Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkope atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.

5) Perubahan payudara (tegang)

Pengaruh estrogen-progsteron dan somtomamotrofin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang. Ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

4). Sering kencing

Desakan rahim ke depan menyebabkan kandung kandung kemih cepat tarasa penuh dan sering miksi. Pada triwulan kedua, gejala ini sudah menghilang.

5). Obstipasi

Pengaruh progsteron dapat menghambat peristaltik usus, menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.

6).Pigmentasi kulit. Keluarnya *melanophore stimulating hormone hipofisis anterior* menyebabkan pigmentasi kulit di sekitar pipi (kloasma gravidarum), pada dinding perut (*striae lividae, striae nigra, linea alba* makin hitam), di sekitar payudara (hiperpigmentasi areola mammae, puting susu makin menonjol, kelenjar montgomery menonjol, pembuluh darah manifes sekitar payudara), di sekitar pipi (kloasma gravidarum).

9). *Epulis*

Hipertrofi gusi yang disebut *epulis*, dapat terjadi saat hamil.

11). *Varises*

Dijumpai pada triwulan terakhir. Didapat pada daerah genitalia eksterna, *fossa poplitea*, kaki dan betis. Pada multigravida kadang-kadang *varises* ditemukan pada kehamilan yang terdahulu, timbul kembali pada triwulan pertama. Kadang-kadang timbulnya *varises* merupakan gejala pertama kehamilan muda.

c. Standar pelayanan kesehatan pada ibu hamil

Pelayanan kesehatan ibu hamil diberikan kepada ibu hamil yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Proses ini dilakukan selama rentang usia kehamilan ibu yang dikelompokkan sesuai usia kehamilan menjadi trimester pertama, trimester kedua, dan trimester ketiga. Pelayanan kesehatan ibu hamil yang diberikan harus memenuhi elemen pelayanan sebagai berikut :

1. Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan;
2. Pengukuran tekanan darah;
3. Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA);
4. Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);
5. Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi;
6. Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan
7. Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ);
8. Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana);
9. Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya); dan
10. Tatalaksana kasus (Kemenkes RI, 2015;h.105-106).

d. Perubahan fisiologis ibu hamil

1. Perubahan pada Sistem Reproduksi (Manuaba, 2010).

1) *Uterus*

Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau 30 gram akan mengalami *hipertrofi* dan *hiperplasia*, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Otot rahim mengalami *hipertrofi* dan *hiperplasia* menjadi lebih besar, lunak, dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin. Perubahan pada isthmus uteri (rahim) menyebabkan isthmus menjadi lebih panjang dan lunak sehingga pada pemeriksaan dalam seolah-olah kedua jari dapat saling sentuh. Pelunakan isthmus disebut tanda

Hegar. Hubungan antara besarnya rahim dan usia kehamilan penting untuk diketahui karena kemungkinan penyimpangan kehamilan seperti hamil kembar, hamil mola hidatidosa, hamil dengan hidramnion yang akan teraba lebih besar. Sebagai gambaran dapat dikemukakan sebagai berikut :

- a) Pada usia kehamilan 16 minggu, kavum uteri seluruhnya diisi oleh amnion, dimana *desidua kapsularis* dan *desidua parietalis* telah menjadi satu. Tinggi rahim adalah setengah dari jarak simfisis dan pusat. Plasenta telah terbentuk seluruhnya.
- b) Pada usia kehamilan 20 minggu, fundus rahim terletak dua jari dibawah pusat sedangkan pada usia 24 minggu tepat di tepi atas pusat.
- c) Pada usia kehamilan 28 minggu, tinggi fundus uteri sekitar 3 jari di atas pusat atau sepertiga jarak antara sekitar 3 jari di atas pusat atau sepertiga jarak antara pusat dan prosesus xifoideus.
- d) Pada usia 32 minggu, tinggi fundus uteri adalah setengah jarak prosesus xifoideus dan pusat.
- e) Pada usia 36 minggu, tinggi fundus uteri sekitar satu jari dibawah prosesus xifoideus, dan kepala bayi belum masuk pintu atas panggul.
- f) Pada usia kehamilan 40 minggu fundus uteri turun setinggi tiga jari dibawah prosesus xifoideus, oleh karena saat ini kepala janin telah masuk pintu atas panggul.

Panjang fundus uteri pada usia kehamilan 28 minggu adalah 25 cm, pada usia kehamilan 32 minggu panjangnya, 27 cm, dan

umur kehamilan 36 minggu panjangnya 30 cm. Regangan dinding rahim karena besarnya pertumbuhan dan perkembangan janin menyebabkan isthmus uteri makin ke atas dan menipis disegmen bawah rahim (SBR).

2) *Vagina*

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak semakin berwarna merah dan kebiru-biruan (*tanda chadwick*).

3) Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu. Kejadian ini tidak dapat lepas dari kemampuan *vili korealis* yang mengeluarkan hormon korionik gonadotropin yang mirip dengan hormon luteotropik hipofisis anterior.

4) Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormon saat kehamilan, yaitu estrogen, progesteron, dan somatomamotrofi.

Fungsi hormon mempersiapkan payudara untuk pemberian ASI dijelaskan sebagai berikut :

a) Estrogen berfungsi

- (1) Menimbulkan hipertrofi sistem saluran payudara

(2) Menimbulkan penimbunan lemak dan air serta garam sehingga payudara tampak makin membesar

(3) Tekanan serat saraf akibat penimbunan lemak, air, dan garam menyebabkan rasa sakit pada payudara.

b) Progesteron berfungsi

(1) Mempersiapkan asinus sehingga dapat berfungsi

(2) Meningkatkan jumlah sel asinus

c) Somatomamotrofin berfungsi

(1) Mempengaruhi sel asinus untuk membuat kasein, *laktalbumin* dan *laktoglobulin*.

(2) Penimbunan lemak di sekitar alveolus payudara

(3) Merangsang pengeluaran *kolostrum* pada kehamilan (Manuaba, 2012;hal. 85).

2. Perubahan pada organ dan sistem lainnya (Mochtar, 2012;h.30-31).

a) Sistem sirkulasi darah

1) Volume darah : volume darah total dan volume plasma darah naik pesat sejak akhir trimester pertama. Volume darah akan bertambah banyak, kira-kira 25% dengan puncaknya pada kehamilan 32 minggu, diikuti pertumbuhan curah jantung (*cardiac output*), yang meningkat sebanyak $\pm 30\%$. Akibat hemodilusi yang mulai jelas kelihatan pada kehamilan 4 bulan, ibu yang menderita penyakit jantung dapat jatuh dalam keadaan kompensasi kardis. Kenaikan plasma darah dapat mencapai 40% saat mendekati cukup bulan.

- 2) Protein darah : gambaran protein dalam serum berubah, jumlah protein, *albumin*, dan *gamaglobin* menurun dalam triwulan pertama dan meningkat secara bertahap pada akhir kehamilan. *Beta-globulin* dan *fibrinogen* terus meningkat.
- 3) Hitung jenis dan hemaglobin: hematokrit cenderung menurun karena kenaikan relatif volume plasma darah. Jumlah eritrosit cenderung meningkat untuk memenuhi kebutuhan transpor oksigen yang sangat diperlukan selama kehamilan.
- 4) Nadi dan tekanan darah : tekanan darah arteri cenderung menurun, terutama selama trimester kedua, kemudian akan naik lagi seperti pada pra-hamil. Tekanan vena dalam batas-batas normal pada ekstremitas atas dan bawah, cenderung naik setelah akhir trimester pertama. Nadi biasanya naik, nilai rata-ratanya 84 per menit.
- 5) Jantung : pompa jantung mulai naik kira-kira 30% setelah kehamilan 3 bulan, dan menurun lagi pada minggu-minggu terakhir kehamilan. *Elektrokardiogram* kadang kala memperlihatkan deviasi aksis ke kiri.

b) Sistem pernapasan

Wanita hamil kadang-kadang mengeluh sesak dan pendek napas. Hal itu disebabkan oleh usus yang tertekan ke arah diafragma akibat pembesaran rahim. Kapasitas vital paru sedikit meningkat selama hamil. Seorang wanita hamil selalu bernapas lebih dalam. Yang lebih menonjol adalah pernapasan dada (*thoracic breathing*).

c) Saluran pencernaan

Salivasi meningkat dan pada trimester pertama timbul keluhan mual dan muntah. Tonus otot-otot saluran pencernaan melemah sehingga motilitas dan makanan akan lebih lama berada dalam saluran makanan. *Resorpsi* makanan baik, tetapi akan timbul obstipasi. Gejala muntah (emesis gravidarum) seperti terjadi, biasanya pada pagi hari, disebut sakit pagi (*morning sickness*).

d) Tulang dan gigi

Persendian panggul akan terasa lebih longgar karena ligamen-ligamen melunak (*softening*). Juga terjadi pelebaran pada ruang persendian. Apabila pemberian makanan tidak dapat memenuhi kebutuhan kalsium janin, kalsium pada tulang-tulang panjang akan diambil untuk memenuhi kebutuhan tadi. Apabila konsumsi kalsium cukup, gigi tidak akan kekurangan kalsium. Gingivitis kehamilan adalah gangguan yang disebabkan oleh berbagai faktor, misalnya higiene yang buruk pada rongga mulut.

e) Pada daerah kulit tertentu, terjadi hiperpigmentasi, yaitu pada

- 1) Muka : disebut masker kehamilan (*cloasma gravidarum*)
- 2) Payudara : puting susu dan areola payudara
- 3) Perut : *linea nigra striae*
- 4) *Vulva*

f) Kelenjar *endokrin*

- 1) Kelenjar *thyroid* : dapat membesar sedikit
- 2) Kelenjar *hipofisis* : dapat membesar terutama *lobus anterior*

3) Kelenjar *adrenal* : tidak begitu terpengaruh

g) *Metabolisme*

1) Tingkat metabolik basal (*basal metabolic rate*, BMR) pada wanita hamil meningkat hingga 12-20%, terutama pada trimester akhir.

2) Keseimbangan asam-alkali (*acid-base balance*) sedikit mengalami perubahan konsentrasi alkali :

(a) Wanita tidak hamil : 155 mEq/liter

(b) Wanita hamil : 145 mEq/liter

(c) Natrium serum : turun dari 142 menjadi 135
mEq/liter

(d) Bikarbonat plasma : turun dari 25 menjadi 22
mEq/liter

3) Dibutuhkan protein yang banyak untuk perkembangan fetus, alat kandungan, payudara dan badan ibu, serta untuk persiapan laktasi.

4) Hidrat arang : seorang wanita hamil merasa haus, nafsu makan bertambah, sering buang air kecil, dan kadang kala dijumpai glukosuria yang mengingatkan kita pada diabetes melitus. Dalam kehamilan, pengaruh kelenjar endokrin agak terasa, seperti *somatotropin*, insulin plasma, dan hormon-hormon adrenal 17-ketosteroid. Harus diperhatikan sungguh-sungguh hasil GTT oral dan GTT intravena.

5) Metabolisme lemak juga terjadi. Kadar kolesterol meningkat sampai 350 mg atau lebih 100 cc. Hormon *somatotropin* berperan

dalam pembentukan lemak pada payudara. Deposit lemak lainnya terdapat di badan, perut dan lengan.

6) Metabolisme mineral

(a) Kalsium : dibutuhkan rata-rata 1,5 gram sehari, sedangkan untuk pembentukan tulang-tulang, terutama dalam trimester terakhir dibutuhkan 30-40 gram.

(b) Fosfor : dibutuhkan rata-rata 2g/hari

(c) Zat besi : dibutuhkan tambahan zat besi \pm 800 mg, atau 30-50 mg sehari.

(d) Air : wanita hamil cenderung mengalami retensi air.

7) Berat badan wanita hamil akan naik sekitar 6.5-16,5 kg. Kenaikan berat badan yang terlalu banyak ditemukan pada keracunan hamil (*preeklampsia dan eklampsia*). Kenaikan berat badan wanita hamil disebabkan oleh :

(a) Janin, uri, air ketuban, uterus

(b) Payudara, kenaikan volume darah, lemak, protein, dan retensi air.

8) Kebutuhan kalori meningkat selama kehamilan dan laktasi. Kalori terutama diperoleh dari pembakaran zat arang, khususnya sesudah kehamilan 5 bulan ke atas. Namun, jika dibutuhkan, dipakai lemak ibu untuk mendapatkan tambahan kalori.

9) Wanita hamil memerlukan yang bergizi dan harus mengandung banyak protein. Di Indonesia, masih banyak dijumpai penderita defisiensi zat besi dan vitamin B. Karena itu, wanita hamil harus

diberikan zat besi dan roboransia yang berisi mineral dan viamin (Mochtar, 2012;hal.30-32).

e. Tanda kemungkinan hamil (yang dapat diobservasi pemeriksa)

Tanda-tanda kemungkinan hamil menurut Mochtar (2012; hal.35) bahwa :

1. Perut membesar
2. *Uterus* membesar terjadi perubahan bentuk, besar, dan konsistensi rahim
3. *Tanda hegar* ditemukan nya serviks dan isthmus uteri yang lunak pada pemerirksaan manual sat kehamilan uia 4 ampai 6 minggu.
4. *Tanda chadwick* perubahan warna menjadi kebiruan yang terlihat di porsio, vagina, dan labia. Tanda tersebut imbul akibat pelebaran vena karena peningkatan kadar estrogen.
5. *Tanda piskacek* pembesaran dan pelunakan rahim ke salah satu sisi rahim yang berdekatan dengn tuba uterine. Biasanya tanda ini ditemukan diusia 7-8 minggu.
6. Kontraksi-kontraksi kecil uterus jika dirangsang (*Braxton Hick*).
7. Teraba *ballotment*
8. Reaksi kehamilan positif

f. Tanda pasti kehamilan

Menurut Manuaba (2010; h.109) bahwa tanda pasti kehamilan adalah sebagai berikut :

1. Gerakan janin dalam rahim
2. Terlihat atau teraba gerakan janin dan teraba bagian-bagian janin

3. Denyut jantung janin. Didengar dengan *stetoskop leanec*, alat kardeografi. Alat *doppler*, dilihat dengan *ultrasonografi*. Pemeriksaan dengan alat canggih yaitu *rontgen* untuk melihat kerangka janin, *ultraonografi*.

g. Pertumbuhan dan Perkembangan Janin

Menurut Varney (2007,hal.504) yaitu :

a. Trimester Pertama

Pertumbuhan dan perkembangan dimulai dengan fertilisasi dan proses *fusi pronokleus* pada wanita dan pria masing-masing ovum dan sperma. Proses fusi ini menghasilkan sel tunggal yang disebut zigot. Segera setelah *fertilisasi zigot* yang dihasilkan mulai mengalami pembelahan sel mitosis yang disebut pembelahan.

1) Minggu ke-3

Ditandai dengan mulainya *morfogenesis*, yakni perkembangan bentuk tubuh(embrio)

2) Minggu ke-4

Jantung mulai berdetak pasca fertilisasi (enam minggu berdasarkan menstruasi terakhir). Selama minggu ke-4 terjadi perkembangan lapisan *longitudinal* meliputi lapisan kepala dan lapisan ekor yang mengubah embrio dari bentuk yang lurus menjadi bentuk yang memiliki lekuk. Pada akhir minggu ke-4, embrio diperkirakan memiliki gambaran seperti kadal dan mempunyai bakal telinga (lubang otis), lengan (bakal lengan), tungkai (bakal tungkai), dan struktur leher serta wajah (empat lekuk brakial pertama).

3) Minggu ke-5

Perkembangan pesat pada otak menghasilkan perkembangan kepala yang membesar dan membuatnya menjadi bagian yang lebih besar dari pada anggota tubuh yang lain. Perkembangan berlangsung dari kepala hingga bokong dan tungkai berkembang, mata terbentuk bakal lensa, cangkir optic dan pigmen retina.

4) Minggu ke-6

Perkembangan pada minggu ini terbentuk mulut hidung, dan mata mulai terlihat.

5) Minggu ke-7

Perkembangan janin pada minggu ini yaitu berkembang lempeng kaki, kelopak mata dapat terlihat, usus halus mengalami herniasi kebagian belakang tali pusat yang memiliki ruan untuk usus tersebut.

6) Minggu ke-8

Periode ini menandai akhir dari periode embriok. Semua struktur internal dan eksternal telah terbentuk dan mengalami perkembangan.

b. Trimester kedua dan ketiga

1) Minggu ke 13-16

Kelopak mata mengalami fusi sedangkan kepala berkembang lambat, sementara telinga bergerak ke posisi yang lebih tinggi pada kepala dan dagu, kedua lengan telah mencapai panjang sesungguhnya, kuku jari tangan mulai berkembang, respon reflek sudah terjadi meski ibu belum merasakan. Minggu ke 14 jenis kelamin mulai jelas terlihat, pada minggu ke 16 terjadi perkembangan tulang.

2) Minggu ke 17-20

Kaki telah mencapai panjang total, kuku jari kaki mulai tumbuh, kelopak mata masih menyatu, pada akhir bulan vernik caseosa mulai menutupi seluruh tubuh. Vernik Caseosa adalah campuran sebum (sekresi dari kelenjar sebacea) dan sel epitel permukaan yang tebal, suatu substansi seperti keju yang melindungi kulit janin yang rapuh. Detak jantung dapat terdengar dengan menggunakan fetoskop.

3) Minggu ke 21-24

Seluruh tubuh janin dilapisi lanugo, yakni rambut halus yang menurun, bakal gigi permanen telah muncul, tangan mulai membentuk kepalan dan pegangan, lemak coklat yang merupakan sumber energi, produksi panas dan pengaturan panas pada bayi baru lahir juga mulai terbentuk.

4) Minggu ke 25-28

Sufaktan mulai dihasilkan paru-paru pada usia 26 minggu, gerakan menghisap semakin kuat, mata mulai menutup dan membuka, kuku pada jari mulai terlihat.

5) Minggu ke 29-32

Tubuh janin sudah berisi lemak, janin telah memiliki kendali terhadap gerak pernapasan yang berirama dan temperature tubuh, mata telah terbuka, reflek cahaya terhadap pupil muncul.

6) Minggu ke 33-36

Kulit mulai halus, tubuh menjadi semakin bulat, rambut memanjang, kuku sudah sempurna, testis sebelah kiri biasanya telah turun ke skrotum.

7) Minggu ke 37-40

Pertumbuhan dan perkembangan janin telah mencapai sempurna dengan dada dan kelenjar payudara menonjol pada kedua jenis kelamin, kedua testis sudah masuk ke skrotum, lanugo semakin menghilang.

h. Tanda bahaya dalam kehamilan

1. Trimester 1

1) . Abortus (keguguran)

Keguguran adalah pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan 16 minggu atau sebelum plasenta selesai (Mochtar, 2012;h.69). Dapat dibagi 5 yaitu;

a) Abortus spontan

adalah keadaan terjadinya pengeluaran sebagian atau pun seluruh bagian hasil konsepsi secara alami, bukan tindakan pengeluaran secara sengaja. Abortus spontan ditandai dengan terjadinya perdarahan dari jalan lahir dengan adanya jaringan dan disertai dengan rasa mulas pada perut bagian bawah. Keadaan ini disebut sebagai keadaan keguguran yang sebenarnya (Irianti, 2014:h.74).

b) Abortus mengancam/ *imminens*

adalah keadaan terjadinya perdarahan berupa bercak dengan atau tanpa mulas pada bagian perut bawah. Pada pemeriksaan inspeksi genetalia interna, keadaan ostium uteri tertutup. 80% ibu yang mengalami abortus mengancam jika ditangani dengan tepat maka kehamilannya akan dapat dipertahankan. Jika

perdarahan tetap berlangsung disertai dengan mulas, maka prognosa kehamilan menjadi lebih buruk, hal ini menjadi tanda terjadinya abortus spontan.

c) Abortus *insipiens*

adalah pengeluaran hasil konsepsi yang tidak dapat dicegah lagi, dimana peristaiwa tersebut sedang berlangsung, disertai dengan mulas yang meningkat dan perdarahan yang bertambah. Pada pemeriksaan *inspekulo* terlihat *ostium uteri* terbuka dan kantung kehamilan menonjol atau pun terlihat aliran darah.

d) Abortus *inkomplet*

adalah pengeluaran sebagian hasil konsepsi dengan meninggalkan sisa konsepsi dalam rahim sehingga menimbulkan keluhan perdarahan dan nyeri pada bagian perut bawah. Pada pemeriksaan *inspekulo* didapati *ostium uteri* membuka. Darah yang dikeluarkan disertai dengan jaringan dan tidak akan berhenti hingga sisa konsepsi dikeluarkan. Jika sisa konsepsi tidak dikeluarkan dapat menimbulkan infeksi pada ibu.

e) Abortus *komplet*

adalah keadaan dimana hasil konsepsi keluar dari *cavum uteri* secara keseluruhan, biasa terjadi pada kehamilan awal, pada saat plasenta belum terbentuk sehingga memungkinkan hasil konsepsi keluar seluruhnya. Perdarahan yang terjadi meningkat seiring dengan mulas yang terjadi, sehingga hasil konsepsi terkeluarkan seluruhnya dan *ostium uteri* akan tertutup serta perdarahan akan berangsur-angsur berhenti.

f) *Missed abortion*

Pada *missed abortion* janin telah meninggal tetapi hasil konsepsi masih ada didalam rahim selama beberapa jangka waktu yang lebih panjang (2 minggu atau lebih). Gejala klinis yang muncul yaitu perdarahan bercak, terdapat nyeri abdomen/ punggung (bisa ada/bisa tidak), *ostium uteri* tertutup, kondisi pada awal kehamilan normal tanpa disertai tanda kemungkinan dan dugaan kehamilan.

g) *Abortus habitualis*

adalah istilah yang diberikan pada seorang ibu yang mengalami abortus spontan sebanyak 3x atau lebih secara berurutan. Apabila wanita tersebut sudah berulang kali mengalami *abortus* pemeriksaan endokrinologi (Irianti, 2014).

2) Molahidatidosa

Molahidatidosa adalah jonjot-jonjot korion (*chorionic villi*) yang tumbuh berganda berupa gelembung-gelembung kecil yang mengandung banyak cairan sehingga menyerupai buah anggur, atau mata ikan (Mochtar, 2012;h.167).

2. Trimester II

a) *Hyperemesis Gravidarum*

Hyperemesis Gravidarum adalah mual dan muntah berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena keadaan umumnya menjadi buruk karena terjadi dehidrasi (Mochtar, 2011;h.141).

b) Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)

Adalah kehamilan dengan hasil konsepsi berimplantasi diluar endometrium rahim (Mochtar, 2012;h.159).

3. Trimester III

Pembagian hipertensi kehamilan menurut *working group on hypertension in pregnancy Nasional Institutes Of Health (NIH)*, meliputi: (Pribadi Adhi,2015 ;h.166-178).

1. Hipertensi kronis
2. Hipertensi gestasional
3. Preeklamsi-eklamsi
4. Preklamsi *superimposed* hipertensi kronis

1). Definisi

a. Hipertensi kronis

Didefinisikan sebagai tekanan darah yang menetap lebih tinggi dari 140/90 dan didiagnosis sebelum kehamilan atau sebelum usia kehamilan dibawah 20 minggu. Diagnosis dapat pula berdasarkan observasi hipertensi yng tidak menghilang setelah 12 minggu pascasalin.

b. Hipertensi gestasional

Adalah peningkatan tekanan darah tanpa disertai proteinuria. Keadaan khusus ini dapat saja meliputi ibu hamil dengan preeklamsi yang belum timbul proteinuria atau memang bukan yang termasuk preeklamsi.

Diagnosis :

- a) Tekanan darah $\geq 140/90$ mmHg
- b) Tidak ada riwayat hipertensi sebelum hamil, tekanan darah normal di usia kehamilan < 12 minggu
- c) Tidak ada proteinuria (diperiksa dengan tes celup urin)
- d) Dapat disertai tanda dan gejala preeklamsia, seperti nyeri ulu hati dan trombositopenia
- e) Diagnosis pasti ditegakkan pascapersalinan

Tatalaksana :

1. Tatalaksana umum

- a) Pantau tekanan darah, urin dan kondisi janin setiap minggu
- b) Jika tekanan darah meningkat, tangani sebagai preeklamsi ringan
- c) Jika kondisi janin memburuk atau terjadi pertumbuhan janin terhambat, rawat untuk penilaian kesehatan janin
- d) Beri tahu pasien dan keluarga tanda bahaya dan gejala preeklamsi dan eklamsi
- e) Jika tekanan darah stabil, janin dapat dilahirkan secara normal (Buku Saku, 2013; h. 111).

c. Preeklamsi, Eklamsi dan Sindrom Hellp

Preeklamsi didefinisikan sebagai terjadinya peningkatan tekanan darah yang disertai dengan proteinuria dalam kehamilan. Diagnosis ditegakkan setidaknya dilakukan 2 kali pengukuran dengan hasil terjadi peningkatan tekanan darah sistolik lebih besar atau sama dengan 140 mmHg, atau diastolik lebih besar atau sama dengan 90 mmHg. Peningkatan sistolik diatas 30 mmHg dan

diastolik diatas 15 mmHg tidak lagi termasuk dalam kriteria karena berdasarkan penelitian kohort berbasis bukti tidak meningkatkan peningkatan risiko perburukan luaran kehamilan.

(1) *Preeklamsi* ringan

- (a) Tekanan darah sistolik 140 mmHg atau kenaikan 30 mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam.
- (b) Tekanan darah distolic 90 mmHg atau kenaikan 15 mmHg dengan interval pemeriksaan 6 jam
- (c) Kenaikan berat badan 1 kg atau lebih dalam 1 minggu
- (d) Proteinuria 0,3 gram atau lebih dengan kualitatif plus 1-2 pada urine kateter atau urine aliran tengah.

(2) *Preeklamsia* berat

Tanda dan gejala preeklamsia berat.

- (a) Tekanan darah 160/10 mmHg
- (b) Oliguria kurang dari 500 cc/4 jam
- (c) Potinuria lebih dari 5 gram/liter
- (d) Keluhan subyektif, meliputi;
 - a. Nyeri epigastrium
 - b. Gangguan penglihatan
 - c. Nyeri kepala
 - d. Edema paru dan sianosis

(3) *Eklamsia*

Adalah *preeklamsia* berat, timbul konvulsi yang dapat diikuti oleh koma. Kejadian *eklamsia* menurut timbulnya dibagi menjadi tiga.

(a) *Eklampsia gravidarum* (50%)

(b) *Eklampsia parturien* (40%)

(c) *Eklampsia puerperium* (10%)

d. Preklamsi *superimposed* hipertensi kronis

Preklamsi dapat terjadi pada hipertensi kronis sebagai penyakit yang mendasarinya. Prognosis pada keadaan ini lebih buruk dibandingkan pada keadaan dengan preklamsi saja atau hipertensi kronik saja. Diagnosis ditgakkan adalah bila terdapat proteinuria ≥ 20 minggu pada penderita hipertensi kronis.

2). Faktor risiko preklamsi-eklamsi

Meskipun terdapat kesulitan dalam menegakkan diagnosis pada preklamsi, terdapat kesepakatan para ahli pada saat ini bahwa kelainan mayor dari preklamsi adalah terdapatnya kegagalan invasi trofoblas pada arteri spiralis sehingga tidak mengalami remodeling dan terjadi persistensi lapisan tunika intima. Akibat kegagalan invasi tersebut mengalami perburukan perfusi darah secarasistemik pada ibu dan pengobatan primernya adalah dengan melahirkan plasenta (janin). Penatalaksanaan preklamsi memerlukan pemahaman tentang perubahan patofisiologi dan pengenalan perburukan gejala klinis karena preklamsi bukan penyakit biasa.

3). Gejala dan tanda klinis

Gejala klinis preklamsi sangat bervariasi dari yang ringan sampai yang mengancam kematian pada ibu. Efek yang sama terjadi pula pada janin, mulai dari yang ringan, PJT dengan komplikasi pascasalin sampai kematian intrauterin.

4) persalinan sebagai terapi definitif preeklamsi

a. persalinan preterm

perawatan ekspektif dipertimbangkan bila usia kehamilan < 34 minggu, meskipun termasuk kedalam preeklamsi berat. Persalinan dipercepat berdasarkan indikasi janin meliputi: kelainan pada hasil NST, terjadi PJT, oligohidramnion *amniotic fluid index* (AFI) kurang dari 5 cm atau *single deepest pocket* kurang dari 2 cm. Terdapat *absent of end diastolic flow* atau terjadi *reverse distolik*. Persalinan tergantung pula pada kemampuan sarana perinatologi untuk perawatan bayi preterm. Pertimbangkan persalinan diharapkan dapat dilakukan pada kehamilan lebih dari 34 minggu bila sarana perinatologi memungkinkan.

b. persalinan mendekati atau pada aterm

pertimbangkan persalinan > 34 minggu adalah salah satunya kemampuan paru-paru secara penetiian berbasis bukti telah matang, sedangkan keuntungan perawatan ekpektatif telah berkurang karena risiko terjadinya perburukan berjalan terus bila kehamilan tidak segera diakhiri. Pada usia 34-37 minggu keputusan pengakhiran kehamilan harus mempertimbangkan prognosis perinatal, perburukan penyakit pada ibu serta permintaan pasien. Penelitian memperlihatkan persalinan mendekati atau mencapai 37 minggu menurunkan progresivitas perburukan pada morbiditas maternal dan janin.

5). Rute persalinan

Induksi persalinan masih memiliki tempat pada preeklamsi dengan terlebih dahulu dilakukan pematangan serviks sebelum dilakukan induksi persalinan. Tetapi pada kondisi terdapatnya PJT dan oligohidramnion rute persalinan dengan seksio sesarea adalah lebih baik terutama untuk janin.

6). Perawatan ekspektatif pada preeklamsi berat < 34 minggu

Perawatan ekspektatif jangka lama tidak praktis dan membahayakan ibu pada pusat pelayanan yang dapat merawat bayi preterm dengan usia dibawah 34 minggu. Sehingga persalinan merupakan pilihan pertama bila tercpai usia tersebut.

7). Kontraindikasi perawatan ekspektatif

Persalinan harus dilakukan terutamapada kasus-kasus sebagai berikut:

- a. Instabilitas hemodinamik maternal (syok)
- b. Janin yang tidak sejahtera
- c. Tekanan darah yang persisten (tidak tuun dalam 24-48 jam)
- d. Tanda –tanda impending eklamsi, sakit kepala hebat, sakit epigastium dan pandangan kabur
- e. Eklamsia
- f. Gagal ginjal
- g. Sindrom hellp

8) . cara pemberian MgSO4

a). Syarat

(1) tersedia Ca glukonas 10%

(2) refleks patella (+)

(3) urin output $\geq 0,5$ ml/kgBB/jam

(4) respirasi > 16 x/m

b). Cara pemberian dosis awal

Larutkan mgSO₄ 4 gr (10ml larutan mgSO₄ 40%) dalam 10 ml akuades. Larutan diberikan secara IV selama 20 menit. Jika akses intravena sulit, berikan masing-masing mgSO₄ 5gr (12,5 ml larutan mgSO₄ 40%) secara IM pada bokong kanan-kiri.

c) Cara pemberian dosis rumatan

Larutkan mgSO₄ 6 gr (15 ml larutan mgSO₄ 40%) dalam 500 RL. Berikan secara IV, 28 tpm, selama 6 jam. Ulangi hingga 24 jam. Bila kejang berulang berikan mgso₄ 2 gr secara IV selama 15 menit. Bila terdapat tanda intoksikasi mgso₄, berikan ca glukonas 1 gr secara IV selama 10 menit. Bila masih terdapat kejang, pertimbangkan pemberian dizepam 10 mg secara IV selama 2 menit.

Antihipertensi :

- a. Ibu dengan hipertensi berat selama kehamilan perlu mendapat terapi antihipertensi.
- b. Pilihan antihipertensi didasarkan terutama pada pengalaman dokter dokter dan ketersediaan obat. Beberapa jenis antihipertensi yang dapat digunakan misalnya :

Tabel 2.1 antihipertensi

Nama obat	dosis	Keterangan
Nifedipin	4x 10-30 mg per oral 1x 20-30 mg per oral	Dapat menyebabkan hipoperfusi pada ibu dan janin bila diberikan sublingual

Nikardipin	5 mg/jam, dapat dititrasi 2,5 mg/jam tiap 5 menit hingga maksimum 10 mg/jam
metildopa	2x 250-500 mg per oral (dosis maksimum 2000 mg/hari)

(Buku Saku,2013;h.113).

- c. Ibu yang mendapat terapi antihipertensi dimasa antenatal dianjurkan untuk melanjutkan terapi antihipertensi hingga persalinan
- d. Terapi antihipertensi dianjurkan untuk hipertensi pascasalin berat.

(4) *Plasenta previa*

Adalah keadaan dimana plasenta ternidasi secara tidak normal sehingga menghalangi jalan lahir. Angka kejadian *plasenta previa* berkisar 5-20% dri letak plasenta normal dan 1% merupakan *plasenta previa totalis* (Irianti, 2014;h.144).

Berdasarkan letak implantasinya, *plasenta previa* dibedakan menjadi 4 yaitu :

- a. *Plasenta previa totalis*, dimana bagian plasenta menutup *ostium* secara menyeluruh
- b. *Plasenta previa parsialis*, dimana plasenta tertanam menutup sebagian dari *ostium uteri internum*
- c. *Plasenta previa marginalis*, dimana plasenta tertanam tepat di atas *ostium uteri internum*
- d. Plasenta letak rendah, dimana plasenta tertanam agak rendah dan mendekati *ostium uteri internum*

(5) *Solusio plasenta*

Adalah terlepasnya implantasi plasenta sebagian atau komplit dari normal implantasi dinding uterus sebelum melahirkan setelah 20 minggu usia kehamilan (Irianti, 2014;h.147).

Penyebab utama solusio plasenta tidak diketahui, tetapi beberapa kondisi terkait sebagai berikut :

- a. Bertambahnya usia dan paritas
- b. Preeklampsia
- c. Hipertensi kronis
- d. Ketuban pecah kurang bulan
- e. Kehamilan ganda
- f. Berat lahir rendah
- g. Hidramnion
- h. Merokok
- i. Trombofilia
- j. Riwayat solusio

(6) Ketuban pecah dini (KPD)

Adalah keadaan dimana membran ketuban janin secara spontan sebelum usia 37 minggu atau sebelum persalinan dimulai (Irianti, 2014;h.150)

i. Kunjungan antenatal

setiap wanita hamil menghadapi resiko komplikasi yang bisa mengancam jiwanya. Wanita hamil memerlukan sedikitnya empat kali kunjungan selama periode antenatal yang terdiri dari :

(1) Minimal satu kali kunjungan pertama (K1) selama trimester satu (< 14 minggu)

Tujuannya :

- a. Penapisan dan pengobatan anemia
- b. Perencanaan persalinan
- c. Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya

(2) Minimal satu kali kunjungan selama trimester kedua (K2) antara minggu 14-28.

Tujuannya :

- a. Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya
- b. Penapisan preekamsia, gemeli, infeksi alat reproduksi dan saluran kemih
- c. Mengulang perencanaan persalinan

(3) Minimal dua kali kunjungan selama trimester ketiga (K3 dan K4) antara minggu 28-36 dan sesudah minggu ke 36 sampai lahir.

Tujuannya:

- a. Sama seperti kunjungan II dan III
- b. Mengenali adanya kelainan letak dan presentasi
- c. Menetapkan rencana persalinan
- d. Mengenali tanda persalinan

Pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah terlambat haid dan pemeriksaan khusus dilakukan jika terdapat keluhan-keluhan tertentu (Depkes, 2009).

B. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Mohhtar, 2012;h.69).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Sondakh, 2013;h.2).

b. Induksi persalinan

adalah upaya untuk melahirkan janin menjelang aterm, dalam keadaan belum terdapat tanda-tanda persalinan atau belum in partu, dengan kemungkinan janin dapat hidup diluar kandungan (kehamilan >28 minggu).

Indikasi :

Indikasi ibu

1. Berdasarkan penyakit yang diderita
 - a. Penyakit ginjal
 - b. Penyakit jantung
 - c. Penyakit hipertensi
 - d. Diabetes melitus
2. Komplikasi kehamilan
 - a. Preeklamsi
 - b. Eklamsi
3. Berdasarkan kondisi fisik
 - a. Kesempitan panggul

- b. Kelainan bentuk panggul
- c. Kelainan bentuk tulang belakang

Indikasi janin :

1. Kehamilan lewat waktu
 2. Plasenta previa
 3. Solusio plasenta
 4. Kehamilan intrauterin
 5. Kematian berulang dalam rahim
 6. Kelainan kongenital
 7. Ketuban pecah dini (Manuaba,2010;h.451).
- c. Tanda dan gejala persalinan (Sondakh, 2013;h.3).

Beberapa tanda-tanda dimulainya proses persalinan adalah sebagai berikut :

- 1) Terjadinya His persalinan
 - * Sifat his persalinan :
 - a) Pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan
 - b) Sifatnya teratur, interval makin pendek, dan kekuatan makin besar.
 - c) Makin beraktifitas (jalan) , kekuatan akan makin bertambah
- 2) Pengeluaran lendir dengan darah

Terjadinya his persalinan megakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan :

- a) Pendataran dan pembukaan
- b) Pembukaan menyebabkan lendir yang pada kanalis servikalis lepas

c) Terjadi perdarahan karena kapile pembuluh darah pecah

3) Pengeluaran cairan

Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam.

4) Hasil-hasil yang didapatkan pada pemeriksaan dalam

a) *Perlunakan serviks*

b) *Pendataran serviks*

c) *Pembukaan serviks*

Secara umum, persalinan berlangsung alamiah, tetapi tetap diperlukan pemantauan khusus karena setiap ibu memiliki kondisi kesehatan yang berbeda-beda, sehingga dapat mengurangi risiko kematian ibu dan janin saat persalinan.

d. Tahapan persalinan (Sondakh, 2013;h.5-7).

1) Kala I (pembukaan)

Kala I dimulai dari saat persalinan mulai (pembukaan nol) sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini terbagi dalam fase yaitu :

a) *Fase laten* : berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm

b) *Fase aktif* : berlangsung selama 7 jam, serviksa membuk dari 4 cm sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering, dibagi menjadi 3 fase :

(1) *Fase akselerasi* : dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm

(2) *Fase dilatasi maksimal* : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9cm

(3) *Fase deselerasi* : pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

Proses diatas terjadi pada primigravida atau pun multigravida, tetapi pada multigravida memiliki jangka waktu yang lebih pendek. Pada primigravida kala I berlangsung 9 cm menjadi lengkap.

2) Kala II (pengeluaran bayi) (Sondakh, 2013;h.5-7).

Gejala utama kala II

a) *His* semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 sampai 100 detik

b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak

c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan akibat tertekannya *pleksus Frankenhauser*.

d) Kedua kekuatan his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi :

(1) Kepala membuka pintu

(2) *Subocciput* bertindak sebagai *hipoglion*, kemudian secara berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, serta kepala seluruhnya.

e) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala pada punggung.

f) Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan cara :

1) Kepala dipegang pada os occiput dan dibawah dagu, kemudian ditarik dengan menggunakan cunam ke bawah untuk melahirkan bahu depan dan ke atas untuk melahirkan bahu belakang.

2) Setelah kedua bahu lahir, ketiak diikat untuk melahirkan sisa badan bayi

3) Bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban

g) Lamanya kala II untuk primigravida 1,5-2 jam dan multigravida 1,6-1 jam.

3) Kala III (pengeluaran bayi) (Sondakh, 2013;h.5-7).

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda dibawah ini :

a) Uterus menjadi bundar

b) Uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim

c) Tali pusat bertambah panjang

d) Terjadi semburan darah tiba-tiba

4) Kala IV (observasi) (Sondakh, 2013;h.5-7).

Kala IV dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum. Kala ini terutama bertujuan untuk melakukan

observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama.

e. Rencana Asuhan Kala I, II, III, IV

a) Asuhan kala I

Menurut (Sondakh, 2013;h.114) ada beberapa rencana tindakan dalam asuhan kala I dapat dilihat pada penjelasan dibawah ini :

1. Mempersiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi
2. Persiapan perlengkapan, bahan-bahan, dan obat-obatan yang diperlukan
3. Persiapan rujukan
4. Memberikan asuhan sayang ibu
5. Pengurangan rasa sakit

Menurut varney, pendekatan untuk mengurangi rasa sakit dapat dilakukan dengan cara-cara sebagai berikut:

1. Menghadirkan seseorang yang dapat memberikan dukungan selama persalinan (suami, orangtua).
2. Pengaturan posisi: duduk atau setengah duduk, merangkak, berjongkok, berdiri, atau berbaring miring kekiri.
3. Relaksasi pernafasan
4. Istirahat dan privasi
5. Penjelasan mengenai proses/kemajuan persalinan/prosedur yang akan dilakukan
6. Asuhan diri
7. Sentuhan

b) Asuhan kala II

1. Pemantauan ibu

Tanda-tanda dan gejala kala II adalah sebagai berikut:

- 1) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- 2) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan atau vagina.
- 3) Perineum terlihat menonjol
- 4) Vulva vagina dan sfingter ani terlihat membuka
- 5) Peningkatan pengeluaran lendir darah.

Tindakan yang dilakukan untuk mengevaluasi kesejahteraan ibu adalah sebagai berikut:

- (a) Tanda-tanda vital: tekanan darah (setiap 30 menit), suhu, nadi (setiap 30 menit), pernafasan
- (b) Kandung kemih
- (c) Urin: protein dan keton
- (d) Hidrasi: cairan, mual, muntah.
- (e) Kondisi umum: kelemahan dan kelelahan fisik, tingkah laku, dan respons terhadap persalinan, serta nyeri dan kemampuan koping.
- (f) Upaya ibu meneran.
- (g) Kontraksi setiap 30 menit.

2. Kemajuan persalinan

Jika terjadi penurunan janin selama kala I fase aktif dan memasuki fase pengeluaran, maka dapat dikatakan kemajuan

persalinan cukup baik. Menurut friedmann, durasi waktu untuk kala II rata-rata adalah 1 jam untuk primigravida dan 15 menit untuk multipara. Pada kala II yang berlangsung lebih dari 2 jam bagi primigravida atau 1 jam bagi multipara. Dianggap sudah abnormal, tetapi saat ini hal tersebut tidak mengindikasikan perlunya melahirkan bayi dengan forcep atau vakum ekstraksi.

3. Pemantauan janin

Beberapa hal dari janin yang harus selalu diperhatikan adalah:

(1) Denyut jantung janin DJJ

- a. Denyut normal 120-160 kali/menit
- b. Perubahan DJJ, pantau setiap 15 menit.
- c. Variasi DJJ dari DJJ dasar
- d. Pemeriksaan auskultasi DJJ setiap 30 menit.

(2) Adanya air ketuban dan karakteristiknya (jenis, keruh, kehijauan/tercampur mekonium)

(3) Penyusupan kepala janin

4. Asuhan Dukungan

Beberapa asuhan dan dukungan yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

- (a) Pemberian rasa aman, dukungan, dan keyakinan kepala ibu bahwa ibu mampu bersalin.
- (b) Membantu pernafasan
- (c) Membantu teknik meneran
- (d) Ikut sertakan dan hormati keluarga yang menemani
- (e) Berikan tindakan yang menyenangkan

- (f) Penuhi kebutuhan hidrasi
- (g) Penerapan pencegahan infeksi
- (h) Pastikan kandung kemih kosong.

c) Asuhan kala III

1. Perubahan fisiologis pada kala III

(a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus

Menurut (Sondakh, 2013;h.136) Setelah bayi lahir dan sebelum miometrium mulai berkontraksi, uterus berbentuk bulat penuh, dan tinggi fundus biasanya terletak dibawah pusat. Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus berbentuk segitiga atau berbentuk menyerupai buah pir atau alpukat, dan fundus berada diatas pusat (sering kali mengarah ke sisi kanan).

(b) Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat menjulur keluar melalui vulva (tanda ahfeld)

(c) Semburuan darah mendadak dan singkat

Darah yang terkumpul di belakang plasenta akan membantu mendorong plasenta keluar dan dibantu oleh gaya gravitasi. Apabila kumpulan darah (retroplacental pooling) dalam ruang di antara dinding uterus dan permukaan dalam plasenta melebihi kapasitas tampungnya, maka darah akan tersembur keluar dari tepi plasenta yang terlepas.

Manajemen aktif kala III

Tujuan manajemen kala III adalah untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat mempersingkat waktu,

mencegah perdarahan, dan mengurangi kehilangan kala III persalinan jika di bandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis.(Sondakh, 2013;h. 136).

Manajemen aktif kala III terdiri dari tiga langkah utama, yaitu:

- (1) Memberikan suntikan oksitosin dalam satu menit pertama setelah bayi lahir.
- (2) Melakukan penegangan tali pusat terkendali
- (3) Masase fundus uteri
 - a. Penegangan tali pusat terkendali

Prosedur penegangan tali pusat secara terkendali adalah:

- (a) Berdiri di samping ibu.
- (b) Memindah klem (penjepit untuk memotong tali pusat saat kala II) pada tali pusat sekitar 5-20 cm dari vulva, memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah avulsi.
- (c) Meletakkan tangan yang satunya pada abdomen ibu (beralaskan kain) tepat di atas symphysis pubis. Tangan ini digunakan untuk meraba kontraksi uterus dan menahan uterus pada saat melakukan penegangan pada tali pusat.
- d) Asuhan kala IV

Kala IV merupakan tahap pemulihan yaitu periode, yaitu periode yang kritis untuk ibu dan bayi baru lahir. Mereka bukan saja pulih dari proses fisik persalinan, tetapi juga memulai suatu hubungan baru.

a. Penatalaksanaan Kala IV

Beberapa tindakan penatalaksanaan pada kala IV antara lain:

- (1) Memonitor konsistensi uterus. Uterus harus berkontraksi secara efektif, teraba padat, dan keras.

Memperhatikan adanya uterus berelaksasi, terutama pada ibu yang memiliki:

- a) Riwayat atoni uterus pada kehamilan sebelumnya
 - b) Status ibu sebagai grandmultipara
 - c) Distensi berlebihan pada uterus, misalnya pada kehamilan kembar, polihidramnion, atau makrosomia.
 - d) Induksin atau augmentasi persalinan
 - e) Persalinan presipitatus
 - f) Persalinan memanjang.
- (2) Mengecek kelengkapan plasenta dan membran psds saat inspeksi.
- (3) Mengecek status kandung kemih
- (4) Meminta ketersediaan orang kedua untuk memantau konsistensi uterus dan aliran lokia, serta membantu masase uterus.
- (5) Menilai kemampuan pasangan ibu-bayi untuk memulai pemberian ASI (Sondakh, 2013;h. 145)

e. Posisi Ibu Dalam Bersalin (Mochtar, 2012;h.76-77).

1) Posisi *litotomi*

Adalah posisi yang paling umum, wanita berbaring terlentang dengan lutut ditekuk, kedua paha diangkat ke samping kanan dan kiri.

2) Posisi duduk

Sekarang posisi bersalin duduk telah dikembangkan di negara-negara Amerika Latin. Untuk itu, dibuat meja bersalin khusus agar wanita dapat duduk sambil melahirkan.

3) Cara berbaring

- (a) Menurut Walcher ditepi tempat tidur
- (b) Menurut Tjeenk Willink memakai bantal
- (c) Menurut Jonges untuk memperlebar pintu bawah panggul
- (d) Menurut posisi sims posisi miring

f. Faktor-faktor persalinan (Sondakh, 2013;h.54-103).

1) Faktor *passenger*

Adalah salah satu faktor yang mempengaruhi proses persalinan yang biasa disebut dengan faktor penumpang. Bagian yang termasuk dalam faktor ini adalah janin dan plasenta.

2) Faktor *passage*

Atau disebut dengan jalan lahir diklasifikasikan menjadi dua jenis, yaitu jalan lahir lunak (serviks, vagina, otot rahim) dan jalan lahir keras (*os coxae, os sacrum, os coccygis*).

3) Faktor *power*

Merupakan tenaga yang dikeluarkan untuk melahirkan janin, yaitu kontraksi uterus atau his dari tenaga mengejan ibu. Untuk menghasilkan suatu persalinan normal, maka tenaga yang dikeluarkan ibu juga harus normal.

4) Faktor psikologis

Rasa takut dan cemas yang dialami ibu akan berpengaruh pada lamanya persalinan, his kurang baik, dan pembukaan yang kurang lancar. Menurut Pitchard, dkk., perasaan takut dan cemas merupakan faktor utama yang menyebabkan rasa sakit dalam persalinan dan berpengaruh terhadap kontraksi rahim dan dilatasi serviks sehingga persalinannya lama. Apabila perasaan takut dan cemas yang dialami ibu berlebihan, maka akan berujung pada stres.

5) Faktor penolong

Sebagian besar ibu hamil berbicara mengenai pentingnya bagi mereka untuk merasa mengendalikan proses persalinannya. Bagaimana juga, pada prosesnya terdapat bagian-bagian dimana ibu merasa lepas kendali, yaitu saat ibu mengalami kontraksi yang sangat kuat dan keras. Disitulah dukungan dari keluarga/ suami sangat penting karena akan mengurangi lamanya proses kelahiran. Kecenderungan pemakaian obat-obatan penghilang rasa nyeri akan berkurang, dan menurunkan kejadian kelahiran operatif per vagina, walaupun tanpa menghiraukan apakah penolong tersebut merupakan pilihan ibu tau bidan.

g. 58 LANGKAH ASUHAN PERSALINAN NORMAL

Menurut Buku Saku pelayanan kesehatan ibu di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan, (2013;h.36-49) :

Melihat tanda dan gejala kala dua

1. Mengamati tanda dan gejala persalinan

- a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
- b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum dan atau vaginanya.
- c) Perineum menonjol.
- d) Vulva vagina dan sfingter ani membuka.

Menyiapkan pertolongan persalinan

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

Memastikan pembukaan lengkap dengan janin baik

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu,

membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi).

8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.
10. Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal(100-180 kali/menit).
 - a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dalam semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

Menyiapkan ibu dan keluarga untuk Membantu Proses Meneran

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

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

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

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

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

a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.

c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak maminta ibu berbaring terlentang).

d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.

e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.

f) Menganjurkan asupan cairan per oral.

g) Menilai DJJ setiap 5 menit.

h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu

primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan meneran.

- i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi.
- j) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

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

Persiapan pertolongan kelahiran bayi

- 15. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 16. Letakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong bayi.
- 17. Membuka partus set.
- 18. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

Menolong kelahiran bayi

Lahirnya Kepala

- 19. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, biarkan

kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.

20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:

- a) Jika tali pusat melilit janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
- b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.

21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahirnya bahu

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

Membantu lahirkan badan dan tungkai

23. Setelah kedua bahu di lahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bawah untuk menyangga tubuh bayi

saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

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

Penanganan Bayi Baru Lahir

25. Menilai bayi selintas dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.
26. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi.
27. Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus (hamil tunggal).

Manajemen aktif kala III

28. Beritahu kepada ibu bahwa penolong akan menyuntikan oksitosin untuk membantu uterus berkontraksi baik.
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayilahir, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral
30. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).

31. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di Antara dua klem tersebut.
32. Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi. letakan bayi dengan posisi tengkurap didada ibu.
33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain dan kering dan pasang topi pada kepala bayi

Penegangan Tali Pusat Terkendali

34. Memindahkan klem pada tali pusat.
35. Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.
 - a) Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

Mengeluarkan Plasenta

37. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas,

mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva.

b) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit.

1) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit I.M.

2) Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.

3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

4) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.

5) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

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

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

Pemijatan Uterus

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

Menilai Perdarahan

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

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

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

Melakukan prosedur pascapersalinan

42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan.

43. Mulai IMD dengan memberi cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi selama 1 jam

44. Setelah kontak kulit ibu-bayi dan IMD

- a. Timbang dan ukur bayi
- b. Beri bayi salep tau tetes mata antibiotika profilksis
- c. Suntikan vitamin K1 1 mg (0,5 mluntuk sediaan 2 mg/ml) IM dipaha kiri anteriolateral bayi.
- d. Pastikan suhu ubuh bayi normal

- e. Lakukan pemeriksaan untuk melihat adanya cacat bawaan.
45. Satu jam setelah pemberian vitamin K1, berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan anteriolateral bayi.
46. Lanjutkan pemantauan kontraksi dan pencegahan perdarahan pervaginam
- 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan.
 - Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan.
 - Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan.
 - Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
 - Jika ditemukan lacerasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesi lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
47. Mengajarkan pada ibu atau keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
48. Mengevaluasi kehilangan darah.
49. Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.
- Memeriksa temperature tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.
 - Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

Kebersihan dan Keamanan

50. Periksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik dan suhu tubuh normal
51. Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
52. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi kedalam tempat sampah yang sesuai.
53. Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
54. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang di inginkan.
55. Mendekontaminasi daerah yang di gunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5 % dan membilas dengan air bersih.
56. Mencilupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 %, membalikkan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
57. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

58. Melengkapi patrograf (halaman depan dan belakang).

C. Bayi Baru Lahir

1. Pengertian

Bayi lahir normal adalah bayi yang lahir cukup bulan, 38-42 minggu dengan berat badan sekitar 2500-3000 gm dan panjang badan sekitar 50-55 cm (Sondakh, 2013;h.151).

Penanganan bayi baru lahir

- 1) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 menit), kemudian meletakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi ditempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.
- 2) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan membiarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksiosin 10 IU.
- 3) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem pusat ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu)
- 4) Memegang tali pusat satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- 5) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering. Menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka, jika bayi mengalami kesulitan bernafas, ambil tindakan yang seesui.

- 6) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.

2. Penilaian bayi baru lahir APGAR

Pada saat ini, satu-satunya penggunaan nilai Apgar adalah untuk mengevaluasi bayi baru lahir dengan cara yang telah distandardisasi guna mengkaji kebutuhan akan resusitasi. Nilai Apgar mengevaluasi frekuensi jantung, usaha nafas, warna, tonus keseluruhan, dan reflek yang mudah terjadi pada neonatus. Nilai Apgar pertama dihitung setelah satu menit bayi lahir. Beberapa bayi baru lahir memiliki nilai sempurna 10 pada saat tersebut. Setelah satu menit, kebanyakan bayi baru lahir tidak sepenuhnya warna merah muda. Namun, bidan tidak boleh menunda tindakan resusitasi pada bayi baru lahir sampai pemeriksaan nilai Apgar pada menit pertama terlaksana (Varney, 2007;h.890).

Table 2.2 Sistem penilaian Apgar

Tanda	Nilai		
	0	1	2
Frekuensi jantung	Tidak ada	Lambat di bawah 100	Di atas 100
Usaha nafas	Tidak ada	Lambat tidak teratur	Menangis dengan baik
Tonus otot	Flaksid	Beberapa fleksi ekstremitas	Gerakan aktif
Reflek mudah terjadi	Tidak ada	Menyeringai	Menangis kuat
Warna	Biru pucat	Tubuh merah muda, ekstremitas biru	Merah muda seluruhnya

(Varney, 2007;h.891)

Keterangan :

- a. *Asfiksia* berat : 0-3
 b. *Asfiksia* sedang : 4-6
 c. Bayi normal atau sedikit *asfiksia* : 7-9

d. Bayi normal : 10

3. Tanda- tanda Bayi Normal (Sondakh, 2013).

- 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 33-36 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) Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernapasan cuping hidung, retraksi *suprasternal* dan *interkostal*, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit
- g) Kulit kemerah-merhan 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) Genitalia: testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan *labia mayora* telah menutupi *labiya minora* (pada bayi perempuan)
- k) Reflek isap, menelan, dan *moro* telah terbentuk
- l) *Eliminasi, urin, dan mekonium* normalnya keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

4. Asuhan Bayi Baru Lahir

Pelaksanaan asuhan bayi baru lahir mengacu pada pedoman Asuhan Persalinan Normal yang tersedia di Puskesmas, pemberi layanan asuhan bayi baru lahir dapat dilaksanakan oleh dokter, bidan

atau perawat. Pelaksanaan asuhan bayi baru lahir dilaksanakan dalam ruangan yang sama dengan ibunya atau rawat gabung (ibu dan bayi dirawat dalam satu kamar, bayi berada dalam jangkauan ibu selama 24 jam).

Komponen Asuhan Bayi Baru Lahir :

- a) Pencegahan infeksi
- b) Penilaian segera setelah lahir
- c) Pencegahan kehilangan panas
- d) Asuhan tali pusat
- e) Inisiasi menyusui dini
- f) Manajemen laktasi
- g) Pencegahan infeksi mata
- h) Pemberian vitamin K1
- i) Pemberian imunisasi
- j) Pemeriksaan BBL (APN, 2014).

5. Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

Kunjungan neonatus (KN) menurut profil kesehatan Indonesia 2014;h.110) dilakukan sejak bayi usia satu hari sampai usia 28 hari yaitu:

- a) KN 1 dilakukan pada umur 6-48 jam

Tindakan yang dilakukan antara lain jaga kehangatan bayi, memberikn ASI eksklusif, pencegahan infeksi, merawat tali pusat, berikan imunisasi Hb 0

b) KN 2 dilakukan pada umur 3-7 hari

Tindakan yang dilakukan antara lain menjaga tali pusat dalam keadaan kering dan bersih, memberikan ASI eksklusif, menjaga suhu tubuh bayi, pemeriksaan tanda bahaya, konseling ASI eksklusif dan pencegahan hipotermi.

c) KN 3 dilakukan pada umur 8-28 hari

Tindakan yang dilakukan yaitu sama dgn kunjungan pada umur 3-7 hari hanya ditambahkan pemberian imunisasi BCG

Jenis-jenis pemeriksaan *reflek* pada bayi

Table 2.3 Reflek pada bayi baru lahir

Reflek	Respon normal	Respon abnormal
<i>Rooting</i> dan menghisap	Bayi baru lahir menolehkan kepala ke arah stimulus, membuka mulut, dan mulai menghisap bila pipi, bibir atau sudut mulut bayi disentuh dengan jari atau puting.	Respon yang lemah atau tidak ada respon terjadi pada <i>prematuritas</i> penurunan atau cedera <i>neurologi</i> atau depresi sistem saraf pusat (SSP)
Menelan	Bayi baru lahir menelan berkoordinasi dengan mengisap bila cairan ditaruh dibelakang lidah.	Muntah, batuk atau <i>regurgitasi</i> cairan dapat terjadi; kemungkinan berhubungan dengan <i>sianosis</i> sekunder karena <i>prematuritas</i> defisit <i>neurologis</i> atau cedera; terutama terlihat setelah <i>laringgoskopi</i> .
<i>Ekstrusi</i>	Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting.	<i>Ekstrusi</i> lidah secara kontinu atau menjulurkan lidah yang berulang-ulang terjadi pada kelainan SSP dan kejang.
<i>Moro</i>	<i>Ekstensi simetris bilateral</i> dan abduksi seluruh <i>ekstremitas</i> dengan ibu jari telunjuk membentuk huruf c diikuti dengan adduksi	Respon asimetris terlihat pada cedera saraf perifer (pleksus brakialis) atau <i>fraktur klavikula</i> atau <i>fraktur tulang</i> panjang lengan

	<p><i>ekstremitas</i> dan kebalikan ke <i>fleksi</i> relaks jika posisi bayi berubah tiba-tiba atau jika bayi diletakkan telentang pada permukaan yang datar.</p>	atau kaki.
Melangkah	<p>Bayi akan melangkah dengan satu kaki dan kemudian kaki lainnya dengan gerakan berjalan bila satu kaki disentuh pada permukaan rata.</p>	<p>Respon <i>asimetris</i> terlihat pada cedera saraf SSP atau perifer atau fraktur tulang panjang kaki.</p>
Merangkak	<p>Bayi akan berusaha untuk merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar.</p>	<p>Respons <i>asimetris</i> terlihat pada cedera saraf SSP dan gangguan neurologis.</p>
<i>Tonik</i> leher atau <i>fencing</i>	<p>Ekstremitas pada satu sisi dimana saat kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi beristirahat.</p>	<p>Respons persisten setelah bulan keempat dapat menandakan cedera neurologis. Respons menetap tampak pada cedera SSP dan gangguan neurologis.</p>
Terkejut	<p>Bayi meletakkan abduksi dan fleksi seluruh ekstremitas dan dapat mulai menangis bila mendapat gerakan mendadak atau suara keras.</p>	<p>Tidak adanya respons dapat menandakan defisit neurologis atau cedera.</p>
<i>Ekstensi</i> silang	<p>Kaki bayi yang berlawanan akan fleksi dan kemudian ekstensi dengan cepat seolah-olah berusaha untuk memindahkan stimulus ke kaki yang lain bila diletakkan terlentang; bayi akan ngekstensikan satu kaki sebagai respons terhadap stimulus pada telapak kaki.</p>	<p>Respons yang lemah atau tidak ada respons yang terlihat pada cedera saraf perifer atau fraktur tulang panjang.</p>

<i>Glabellar</i>	Bayi akan berkedip bila dilakukan 4 atau 5 ketuk pertama pada batang hidung saat mata terbuka.	Terus berkedip dan gagal untuk berkedip menandakan kemungkinan gangguan <i>neurologis</i> .
<i>Palmar grasp</i>	Jari bayi akan meleku disekeliling benda dan menggengamnya seketika bila jari diletakan di tangan jari	Respons ini berkurang pada <i>prematurias asimetricis</i> terjadi pada kerusakan saraf perifer (<i>pleksus brakialis</i>) atau <i>fraktur humerus</i> . Tidak ada respons yang terjadi pada defisit <i>neurologis</i> yang berat
Plantar grasp	Jari bayi akan menekuk di sekeliling benda seketika bila jari diletakan di telapak kaki bayi.	Respons yang berkurang terjadi pada <i>prematunitas</i> . Tidak ada respons yang terjadi pada defisit <i>neurologis</i> yang berat.
Tanda babinski	Jari-jari kaki bayi akan hiperekstensi dan terpisah seperti ibu jari kaki bila satu sisi kaki digosok dari tumit ke atas melintasi bantalan kaki	Tidak ada respons yang terjadi pada defisit SSP.

(Sondakh, 2013;154-155).

6. Tanda Bahaya Pada Bayi

Prawirohardjo (2011;h.139) menjelaskan bahwa sesak nafas, frekuensi pernafasan 60 kali/menit, gerak retraksi di dinding dada, malas menyusu, panas atau suhu tubuh badan bayi rendah, sianosis sentral (lidah biru), perut kembung, periode apnu, kejang/periode kejang-kejang kecil, merintih, perdrahan tali pusat, sangat kuning.

D. Nifas

1. Pengertian

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kanungan kembali seperti prahamil (Mochtar, 2012).

2. Tujuan asuhan masa nifas

- 1) Meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis bagi ibu dan bayi
- 2) Pencegahan, diagnosa dini, dan pengobatan komplikasi pada ibu
- 3) Merujuk ibu ke asuhan tenaga ahli bilamana perlu
- 4) Mendukung dan memperkuat keyakinan ibu untuk mampu melaksanakan perannya dalam situasi keluarga dan budaya yang khusus
- 5) Imunisasi ibu terhadap tetanus
- 6) Mendorong pelaksanaan metode yang sehat tentang pemberian makan anak, serta peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak (Sulistiyawati, 2011).

3. Tahapan masa nifas (Mochtar, 2012)

Nifas terbagi menjadi 3 periode :

(a) *Puerperium Dini*

Adalah kepulihan saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

(b) *Puerperium intermediat*

Adalah kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.

(c) *Puerperium lanjut*

Adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan kembali sehat sempurna, terutama jika selama hamil atau sewaktu persalinan timbul komplikasi. Waktu untuk mencapai kondisi sehat sempurna dapat berminggu-minggu, bulanan, atau tahunan.

4. *Involusi alat-alat kandungan* ((Mochtar, 2012) .

- a) *Uterus* secara berangsur-angsur menjadi kecil (berinvolusi) hingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil

Tabel 2.4 fundus uteri dan berat uterus menurut masa involusi

Involusi	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750 grm
1 minggu	Pertengahan pusat	500 grm
2 minggu	simfisis	350 gram
6 minggu	Tidak teraba diatas simfiis	50 gram
8 minggu	Bertambah kecil	30 gram
	Sebesar normal	

(Mochtar, 2012)

- b) Bekas implantasi uri: plasenta *bed* mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5. Sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu keenam 4 cm, dan akhirnya pulih.
- c) Luka-luka pada jalan lahir jika tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari
- d) Rasa nyeri yang disebut *after pins*, (meriang atau mulas-mulas) disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pascapersalinan. Perlu diberikan pengertian pada ibu mengenai hal tersebut dan jika terlalu mengganggu, dapat diberikan obat-obatan anti nyeri dan antimulas.
- e) *Lokia* adalah cairan ekret yang bersal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

- (1) *Lokia rubra (cruenta)*: berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari pascaersalinan.
 - (2) *Lokia sanguinolenta*: berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir hari 3-7 pascapersalinan.
 - (3) *Lokia serosa*: berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pascapersalinan.
 - (4) *Lokia alba*: cairan putih, setelah 2 minggu.
 - (5) *Lokia purulenta*: terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
 - (6) *Lokiostasis*: lokia tidak lancar keluarinya.
- f) Serviks. Setelah persalinan bentuk serviks agak menganga seperti corong berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa dimasukan ke rongga rahim, setelah 2 jam dpat dilalui oleh 2-3 jari dan setelah 7 hari hanya dapat di lalui 1 jari.
- g) Ligamen-ligamen. (ligamen, fascia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Akibatnya, tidak jarang uterus jatuh ke belakang dan menjadi retrofleksi karena *ligamentum rotundum* menjadi kendor.

5. Kunjungan masa nifas

Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang dilakukan sekurang-kurangnya tiga kali sesuai jadwal yang dianjurkan, yaitu pada enam jam sampai

dengan tiga hari pasca persalinan, pada hari ke empat sampai dengan hari ke-28 pasca persalinan, dan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan. Masa nifas dimulai dari enam jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan.

Jenis pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan terdiri dari :

- a) Pemeriksaan tanda vital (tekanan darah, nadi, nafas, dan suhu);
- b) Pemeriksaan tinggi puncak rahim (fundus uteri);
- c) Pemeriksaan lochia dan cairan *per vaginam* lain;
- d) Pemeriksaan payudara dan pemberian anjuran ASI eksklusif;
- e) Pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) kesehatan ibu nifas dan bayi baru lahir, termasuk keluarga berencana;
- f) Pelayanan keluarga berencana pasca persalinan (Kemenkes RI, 2015;h.144).

E. Masa Antara (KB)

1. Pengertian

Masa Antara (KB) merupakan upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUS), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Handayani, 2010).

2. Tujuan umum keluarga berencana

Untuk lima tahun kedepan mewujudkan visi dan misi program KB yaitu membangun kembali dan melestarikan pondasi yang kokoh bagi pelaksana program KB dimasa mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas tahun 2015.

3. Penapisan Calon Akseptor KB

Tabel 2.5 Penapisan metode Kontrasepsi Hormonal

Metode Hormonal (Pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk)	YA	TIDAK
Apakah hari haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan		
Apakah mengalami perdarahan / perdarahan bercak antara haid setelah senggama		
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata.		
Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual.		
Apakah pernah nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema)		
Apakah pernah tekanan darah diatas 160 mmHg(sistolik) atau 90 mmHg (diastolic)		
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara		
Apakah anda sering minum obat-obatan anti kejang (epilepsy)		
AKDR (semua jenis pelepas tembaga atau progestin)		
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu.		
Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain.		
Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)		
Apakah pernah mengalami radang panggul atau kehamilan ektopik		
Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4 jam)		
Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		
Apakah pernah mengalami dismenorea berat yang membutuhkan analgetika dan / atau istirahat baring.		
Apakah pernah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid atau setelah senggama.		
Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung vascular atau congenital		

(Sumber : Handayani, 2010. H 37)

Tabel 2.6 Penapisan KB Tubektomi

Keadaan Klien	Dapat dilakukan pada fasilitas rawat jalan	Dilakukan di fasilitas rujukan
Keadaan Umum (anamnesis dan pemeriksaan fisik)	Keadaan umum baik, tidak ada tanda – tanda penyakit jantung, paru, atau ginjal.	Diabetes tidak terkontrol, riwayat gangguan pembekuan darah, ada tanda – tanda penyakit jantung, paru, atau ginjal.
Keadaan emosional	Tenang	Cemas, takut
Tekanan darah	< 160/100 mmHg	>160/100 mmHg
Berat Badan	35-85 kg	>85 kg ; < 35 kg
Riwayat operasi abdomen/ panggul	Bekas seksio sesarea (tanpa perlekatan)	Operasi abdomen lainnya, perlekatan atau terdapat kelahiran pada pemeriksaan panggul
Riwayat radang panggul,	Pemeriksaan dalam	Pemeriksaan dalam ada

hamil ektopik, Anemia	normal Hb > 8 g%	kelainan Hb < 8 g%
--------------------------	---------------------	-----------------------

Sumber : Handayani, 2010. Hal. 38

Tabel 2.7 Penapisan Metode KB Vasektomi

Keadaan Klien	Dapat dilakukan pada pasien rawat jalan	Dilakukan pada fasilitas rujukan
Keadaan umum (anamnesis pemeriksaan fisik)	Keadaan umum baik, tidak ada tanda – tanda penyakit jantung, paru, atau ginjal.	Diabetes tidak terkontrol, riwayat gangguan pembekuan darah, tand – tanda penyakit jantung, paru atau ginjal.
Keadaan emosional	Tenang	Cemas, takut
Tekanan darah	< 160/100mmHg	>160/100 mmHg
Infeksi atau kelainan skrotum/ inguinal	Normal	Tanda – tanda infeksi atau ada kelainan
Anemia	Hb >8 g%	Hb<8 g%

Sumber : Handayani, 2010. H. 39

4. Cara kontrasepsi

1) Kontrasepsi sederhana

(a) Kontrasepsi sederhana tanpa alat

Kontrasepsi sederhana tanpa alat dapat dikelompokkan menjadi beberapa yaitu; Metode alamiah (metode kalender, metode suhu basal badan, metode lendir serviks, metode sympto thermal), metode amenorhea laktasi, coitus interruptus.

(b) Kontrasepsi sederhana dengan alat

Kontrasepsi sederhana dengan alat dapat dikelompokkan menjadi beberapa yaitu; kondom, spermisida, diafragma, kap serviks.

2) Kontrasepsi modern

Meliputi: kontrasepsi hormonal (pil, suntik, implant/AKBK), IUD/AKDR, kontrasepsi mantap; tubektomi (pada wanita), vasektomi (pada laki-laki).

5. Macam-macam alat kontrasepsi

1) Kontrasepsi Non-Hormonal

a) Senggama terputus (*coitus interruptus*)

(a) Pengertian

Metode kontrasepsi dimana senggama diakhiri sebelum terjadi ejakulasi intra vagina. Ejakulasi terjadi jauh dari genetalia eksterna (Handayani, 2010).

(b) Keuntungan

- (i) Tidak mengganggu produksi ASI
- (ii) Tidak ada efek samping
- (iii) Dapat digunakan setiap waktu
- (iv) Tidak membutuhkan biaya

(c) Kerugian

Mengganggu kepuasan kedua belah pihak

b) Kondom

(a) Pengertian

Adalah suatu selubung atau srung karet yang terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis (kondom pria), atau vagina (kondom wanita) pada saat berhubungan seksual (Handayani, 2010).

(b) Keuntungan

- (i) Memberi perlindungan terhadap PMS
- (ii) Tidak mengganggu kesehatan klien
- (iii) Murah dan dapat dibeli secara umum

- (iv) Tidak perlu pemeriksaan medis
- (v) Tidak mengganggu produksi ASI
- (c) Kerugian
 - (i) Angka kegagalan relati tinggi
 - (ii) Perlu dipakai secara konsistn
 - (iii) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seks.

c) *Spermiside*

(a) Pengertian

Adalah zat-zat kimia yang bekerja melumpuhkan spermatozoa didalam vagina sebelum spermatozoa bergerak kedalam traktus genetalia interna (Handayani, 2010).

(b) Keuntungan

- (i) Aman
- (ii) Sebagai kontrasepsi pengganti untuk wanita dengan kontraindikasi pemakaian pil oral, iud dan lain-lain.
- (iii) Efek pelumasan pada wanita yang mendekati menopause disamping efek proteksi terhadap kemungkinan hamil.

(c) Kerugian

- (i) Angka kegagalan relatif tinggi
- (ii) Harus digunakan ebelum senggama
- (iii) Ada wanita yang segan untuk melakukannya karena harus diletakan dalam-dalam atau tingi dalam vagina.

d) *Diafragma*

(a) Pengertian

Adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet), yang dimasukkan ke dalam vagina sebelum melakukan hubungan seksual dan menutupi serviks (Handayani, 2010).

(b) Keterbatasan

- (i) Tergantung pengguna (membutuhkan motivasi terus menerus dan digunakan setiap melakukan seksual).
- (ii) Pemeriksaan pelvik oleh tenaga pelayan yang yang terlatih (mungkin bukan dokter) dibutuhkan untuk pemasangan awal serta pemasangan kembali postpartum.
- (iii) Berkaitan dengan infeksi saluran kencing pada beberapa pengguna.

2) *Kontrasepsi Hormonal*

a) Pil oral kombinasi adalah pil kontrasepsi yang berisi hormon intesis estrogen dan progesteron (Handayani, 2010).

a. Keuntungan

- (a) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (b) Siklus haid menjadi teratur
- (c) Dapat digunakan pada masa remaja hingga menopause
- (d) Dapat digunakan sebagai metode jangka panjang
- (e) Mudah dihentikan setiap saat

b. Kerugian

- (a) Mahal
- (b) Mual, 3 bulan pertama

- (c) Perdarahan bercak atau perdarahan
 - (d) Pusing
 - (e) Nyeri payudara
- b) Pil progestin adalah pil kontrasepsi yang berisi hormon sintesis progesteron.
- a. Keuntungan
 - (a) Sangat efektif bila digunakan secara benar
 - (b) Tidak mengganggu hubungan seksual
 - (c) Tidak berpengaruh terhadap pemberian ASI
 - (d) Tidak mengandung *estrogen*
 - b. Kerugian
 - (a) Menyebabkan perubahan dalam pola perdarahan haid
 - (b) Sedikit penambahan atau pengurangan berat badan bisa terjadi
 - (c) Bergantung pada pemakai
 - (d) Harus dimakan pd waktu yang sama setiap hari
- c) *Suntik kombinasi* adalah kontrasepsi suntik yang berisi hormon sintesis estrogen dan progesteron (Handayani, 2010).
- a. Keuntungan
 - (a) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
 - (b) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
 - (c) Klien tidak perlu menyimpan dalam
 - (d) Resiko terhadap kesehatan kecil

b. Kerugian

- (a) Perubahan dalam pola perdarahan haid, pendarahan bercak tak beraturan awal pada sebagian besar wanita.
- (b) Meskipun kehamilan tidak mungkin, namun jika terjadi, lebih besar kemungkinannya berupa esktopik dibanding pada wanita bukan pemakai.
- (c) Pasokan ulang harus tersedia
- d) *Implan* adalah alat kontrasepsi yang berupa susuk yng terbuat dari sejenis karet silastik yang berisi hormon, dipasang pada lengan atas (Handayani, 2010).

a. Keuntungan

- (a) Cocok untuk wanita yang tidak boleh menggunakan obat yang mengandung estrogen.
- (b) Dapat digunakan untuk jangka panjang 5 tahun dan bersifat reversibel
- (c) Efek kontraseptik segera berakhir setelah implannya dikeluarkan
- (d) Perdarahan terjadi lebih ringan,tidak menaikkan darah.

b. Kerugian

- (a) Susuk implant harus dipasang dan diangkat oleh petugas kesehatan yang terlatih
- (b) Lebih mahal
- (c) Sering timbul perubahan pola haid
- (d) Akseptor tidak dapat menghentikan implant sekehendak sendiri

c. Indikasi

- (a) Wanita-wanita yang ingin memakai kontrasepsi untuk jangka panjang
- (b) Wanita yang tidak boleh menggunakan pil KB yang mengandung estrogen

d. Kontraindikasi

- (a) Kehamilan /disangka hamil
- (b) Kanker payudara
- (c) Kelainan jiwa
- (d) Penyakit jantung
- e) AKDR (alat kontrasepsi dalam rahim) adalah suatu alat atau benda yang dimasukkan ke dalam rahim yang sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduktif (Handayani, 2010).

a. Keuntungan

- (a) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
- (b) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dan CuT-380A dan tidak perlu diganti)
- (c) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat
- (d) Tidak mempengaruhi hubungan seksual

b. Kerugian

- (a) Perubahan siklus haid
- (b) Haid lebih lama dan banyak
- (c) Perdrahan (spotting)
- (d) Saat haid lebih sakit

(e) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS

c. Indikasi

(a) Usia reproduksi

(b) Keadaan nulipara

(c) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang

d. Kontraindikasi

(a) Sedang hamil

(b) Perdarahan vagina

(c) Sedang menderita infeksi alat genital

(d) Kelainan bawaan uterus

3) Kontrasepsi mantap

a) *Vasektomi* (pada pria) adalah suatu metode kontrasepsi operatif minor pada pria yang sangat aman, sederhana dan sangat efektif, memakan waktu operasi yang singkat dan tidak memerlukan anestesi umum (Handayani, 2010).

a. Keuntungan

(a) Efektif, kemungkinan gagal tidak ada karena dapat di check kepastian di laboratorium

(b) Aman, morbiditas rendah dan tidak ada mortalitas

(c) Tidak mengganggu hubungan seksual selanjutnya

b. Kerugian

(a) Harus dengan tindakan operatif

(b) Kemungkinan ada komplikasi seperti perdarahan dan infeksi

- (c) Tidak seperti sterilisasi wanita yang harus menghasikan steril permanen, pada vasektomi masih harus menunggu beberapa hari, minggu dan bulan sampai sel mani menjadi negatif.

c. Kontraindikasi

- (a) Infeksi kulit lokal, misalnya Scabies
- (b) Infeksi traktus genetaia
- (c) Kelainan skrotum
- (d) Penyakit sistemik

- b) *Tubektomi* (pada wanita) adalah setiap tindakan pada kedua saluran telur yang mengakibatkan orang atau pasangan yang bersangkutan tidak akan mendapat keturunan lagi. Kontrasepsi ini untuk jangka panjang (Handayani, 2010).

a. Keuntungan

Mudah mengerjakannya, dapat rawat jalan.

b. Kerugiannya

Kebanyakan zat kimia kurang efektif, ada zat kimia yang sangat toksik kadang dapat merusak jaringan ireversibel.

c. Indikasi

- (a) Wanita pada usia >26 tahun
- (b) Wanita dengan paritas >2
- (c) Wanita pasca persalinan
- (d) Wanita pasca keguguran

d. Kontraindikasi

- (a) Wanita yang hamil

- (b) Wanita dengan perdarahan pervaginam
- (c) Wanita dengan infeksi sistemik atau pelvik yang akut
- (d) Wanita yang tidak boleh menjalani pembedahan

B. Tinjauan Asuhan Kebidanan

A. Manajemen kebidanan menurut Helen Varney (Mengkuji, 2013.

Hal 5-6) yaitu:

1. *Langkah 1:* Pengumpulan data dasar

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, data yang dikumpulkan antara lain :

- a) Keluhan utama
- b) Riwayat Kesehatan klien
- c) Pemeriksaan fisik secara lengkap sesuai dengan kebutuhan
- d) Meninjau catatan terbaru dan catatan sebelumnya
- e) Meninjau data laboratorium

Pada langkah ini, dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, pada langkah ini bidan mengumpulkan data dasar secara lengkap.

2. *Langkah 2:* Interpretasi data dasar

Pada langkah ini, kegiatan yang dilakukan adalah menginterpretasikan semua data dasar yang telah dikumpulkan sehingga ditemukan diagnosis atau masalah, dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah di

interpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnose yang spesifik.

3. *Langkah 3:* Identifikasi diagnose / masalah potensial

Pada langkah ini, mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian diagnosis dan masalah yang sudah teridentifikasi.

4. *Langkah 4 :* Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Langkah ini bertujuan untuk mengidentifikasi perlunya tindakan yang dilakukan oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien

5. *Langkah 5 :* Perencanaan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang dilakukan secara menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah - langkah sebelumnya, tidak hanya meliputi hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi dilihat juga dari apa yang akan diperkirakan terjadi selanjutnya

6. *Langkah 6:* Pelaksanaan

Pada langkah ini kegiatan yang dilakukan adalah melaksanakan rencana asuhan yang sudah dibuat pada langkah 5 secara aman dan efisien. dalam situasi ini, bidan harus berkolaborasi dengan tim kesehatan lain atau dokter, dengan demikian bidan hanya bertanggungjawab atas terlaksananya rencana asuhan yang menyeluruh yang telah dibuat bersama tersebut.

7. Langkah 7: Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi efektifitas dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnosa.

B. Dokumentasi SOAP

1. Dokumentasi SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, Planning)

- a) Pembuatan grafik metode SOAP merupakan pengelolaan informasi yang sistematis yang mengatur penemuan dan konklusi kita menjadi suatu rencana asuhan.
- b) Metode ini merupakan inti sari dari proses penatalaksanaan kebidanan guna menyusun dokumentasi asuhan,
- c) SOAP merupakan urutan langkah yang dapat membantu kita mengatur pola pikir kita dan memberikan asuhan yang menyeluruh.

2. SOAP

a) Subjektif

Pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis Berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien (ekspresi mengenai kekhawatiran dan keluhannya) Pada orang yang bisu, dibelakang data diberi tanda "o" atau "x"

b) Objektif

(1) Pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien,

Hasil pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan diagnostik lain

(2) Informasi dari keluarga atau orang lain

c) Assesment

Pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) data subjektif dan objektif

(1) Diagnosis atau masalah

(2) Antisipasi diagnosis/ masalah potensial / tindakan segera

d) Planning

Pendokumentasian tindakan (I) dan evaluasi (E), meliputi asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnostik/laboratorium, konseling, dan tindak lanjut (Follow up) (Mengkuji. 2013. Hal. 8).

C. Aspek Hukum

a) Landasan hukum kewenangan bidan

Berdasarkan PEMENKES RI nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 tentang penyelenggaraan praktik bidan pada:

1. Pasal 9 dijelaskan bahwa bidan dalam menjalankan praktiknya, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak dan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
2. Pasal 10 menjelaskan bahwa dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu meliputi konseling pada masa pra kehamilan, kehamilan normal, persalinan normal , ibu nifas normal, ibu menyusui dan konseling pada masa antara dua kehamilan.

3. Dalam pasal 11 dijelaskan bahwa dalam memberikan pelayanan kesehatan anak, bidan berwenang untuk memberikan asuhan bayi baru lahir normal, dan dalam memberikan penyuluhan.

4. Pasal 12 koseling tentang kesehatan reproduksi perempuan dan KB tercantum.

b) Wewenang bidan Berdasarkan PEMENKES RI nomor 1464/MENKES/PER/X/2010 tentang penyelenggaraan praktik bidan menyebutkan bahwa dalam pasal 14 bidan yang menjalankan praktik di daerah yang tidak memiliki dokter, dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 9.

c) Standar Kompetensi Bidan
Diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor:369/MENKES/SK/III/2007

Kompetensi ke 1 Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dan ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya.

Kompetensi ke 2 Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh dimasyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua.

Kompetensi ke 3 Bidan memberi asuhan *antenatal* bermutu tinggi untuk

mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.

Kompetensi ke 4 Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin selama persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.

Kompetensi ke 5 Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.

Kompetensi ke 6 Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, *komprehensif* pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.

Kompetensi ke 7 Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, *komprehensif* pada bayi dan balita sehat (1 bulan–5 bulan).

Kompetensi ke 8 Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan *komprehensif* pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.

Kompetensi ke 9 Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita atau ibu dengan gangguan sistem reproduksi.

(KEPMENKES RI,2010;h.5).