

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Kasus.

1. KEHAMILAN

a. Pengertian

Kehamilan merupakan matrantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (impantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang, hasil konsepsi sampai aterm. (Manuaba, 2010).

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum, dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan atau 9 bulan menurut kalender Internasional (Prawirohardjo, 2013).

Maka dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah proses ovulasi, konsepsi dan nidasi yang proses perkembangannya berlangsung dalam waktu 40 minggu.

b. Tanda-tanda Kehamilan

Menurut Rustam Mochtar (2012) tanda – tanda kehamilan adalah sebagai berikut :

1) Tanda – Tanda presumtif

a) Amenorea (tidak mendapat haid)

Wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan tafsiran tanggal persalinan (TTP), yang dihitung menggunakan rumusnya *naegele*.

b) Mual dan Muntah (Nausea dan Vomiting)

Biasanya terjadi pada bulan bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Karena sering terjadi pagi hari, disebut *morning sickness* (sakit pagi). Apabila timbul mual dan muntah disebut *hipermensis gravidarum*.

c) Mengidam (ingin makanan khusus)

Ibu hamil sering meminta makanan atau minuman tertentu terutama pada bulan bulan triwulan pertama. Mereka juga tidak tahan suatu baubauan.

d) Pingsan

Jika berada pada tempat tempat ramai yang sesak dan padat, seorang wanita yang sedang hamil dapat pingsan.

e) Tidak ada selera makan (anoreksia) hanya berlangsung pada triwulan pertama kehamilan, kemudian nafsu makan timbul kembali.

f) Lelah (fatigue)

- g) Payudara membesar, tegang dan sedikit nyeri, disebabkan pengaruh estrogen dan progesterone yang merangsang duktus dan alveoli payudara. Kelenjar Montgomery terlihat lebih membesar.
 - h) Sering BAK, karena kandung kemih tertekan oleh rahim yang membesar. Gejala itu akan hilang pada triwulan kedua kehamilan. Pada akhir kehamilan, gejala tersebut muncul kembali karena kandung kemih ditekan oleh kepala janin.
 - i) Konstipasi/obstipasi karena tonus otot-otot usus menurun oleh pengaruh hormon steroid.
 - j) Pigmentasi kulit oleh pengaruh hormon kortikosteroid plasenta, dijumpai dimuka (chloasma gravidarum), areola payudara, leher dan dinding perut (linea nigra=grisea).
 - k) Epulis (hipertrofi papila gingivalis)
 - l) Pemekaran vena-vena (varises) dapat terjadi pada kaki, betis dan vulva, biasanya dijumpai pada triwulan akhir.
- 2) Tanda-tanda kemungkinan hamil :
- a) Perut membesar
 - b) Uterus membesar : terjadi perubahan dalam bentuk, besar dan konsistensi rahim.

- c) Tanda Hegar : ditemukannya serviks dan isthmus uteri yang lunak pada pemeriksaan bimanual saat usia kehamilan 4 sampai 6 minggu.
 - d) Tanda Chadwick : perubahan warna menjadi kebiruan yang terlihat di porsio, vagina dan labia. Tanda tersebut timbul akibat pelebaran vena karena peningkatan kadar estrogen.
 - e) Tanda Piskacek : pembesaran dari pelunakan rahim ke salah satu sisi rahim yang berdekatan dengan tuba uterine. Biasanya tanda ini ditemukan di usia kehamilan 7-8 minggu.
 - f) Braxton-Hicks : kontraksi uterus (perut terasa kencang) tetapi tidak disertai nyeri.
 - g) Teraba ballottement, biasanya teraba pada usia kehamilan 16-20 minggu.
 - h) Reaksi kehamilan positif.
- 3) Tanda pasti (tanda positif) :
- a) Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasa atau diraba, juga bagian-bagian janin.
 - b) Denyut jantung janin :
 - (1). Didengar dengan stetoskos-monoaural 1 Laennec,
 - (2). Dicatat dan didengar dengan alat Doppler,
 - (3). Dicatat dengan feto-elektrokardiogram,

(4). Dilihat pada ultrasonografi.

c) Terlihat tulang-tulang janin dalam foto rontgen.

d. Perubahan Fisiologis Pada Kehamilan

1) Perubahan pada sistem Reproduksi

a) Uterus

Pada ibu hamil uterus akan tumbuh membesar akibat pertumbuhan hasil konsepsi intrauterin. Hormon estrogen menyebabkan *hiperplasi* jaringan, hormone *progesteron* berperan untuk elastisitas kelenturan uterus. Taksiran pembesaran uterus pada perabaan tinggi fundus :

- (a) Tidak hamil/normal : sebesar telur ayam (+ 30 g)
- (b) Kehamilan 8 minggu : sebesar telur bebek
- (c) Kehamilan 12 minggu : sebesar telur angsa
- (d) Kehamilan 16 minggu : pertengahan simfisis-pusat
- (e) Kehamilan 20 minggu : pinggir bawah pusat
- (f) Kehamilan 24 minggu : pinggir atas pusat
- (g) Kehamilan 28 minggu : sepertiga pusat -ximpoid
- (h) Kehamilan 32 minggu : pertengahan pusat –ximpoid
- (i) Kehamilan 37 minggu : 3 sampai 1 jari bawah ximpoid

(Siti Tyastuti, 2016)

b) Vagina /vulva

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak makin berwarna merah dan kebiru-biruan (tanda chadwich) (Manuaba, 2010).

c) Ovarium tanda

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 (Manuaba, 2010).

d) Dinding perut

Pembesaran rahim menimbulkan peregangan dan robeknya serabut elastik dibawah kulit sehingga timbul striae gravidarum. Jika terjadi peregangan yang hebat, misalnya pada hidramnion dan kehamilan ganda, dapat terjadi diastasia rekti, bahkan hernia. Kulit perut pada linea alba bertambah pigmentasinya dan disebut linea nigra (Rustam Mochtar, 2012)

e) Perubahan pada payudara

Akibat pengaruh hormon estrogen maka dapat memacu perkembangan duktus (saluran) air susu pada payudara. Sedangkan hormon progesteron menambah sel-sel asinus pada payudara. Pada ibu hamil payudara membesar dan tegang, terjadi hiperpigmentasi kulit serta *hipertrofi* kelenjar *Montgomery*, terutama daerah aerola dan papilla akibat pengaruh *melanofor*, puting susu membesar dan menonjol. *Hypertrofi* kelenjar sebacea (lemak) muncul pada aerola mammae disebut *tuberkel montgomery* yang kelihatan disekitar puting susu. Kelenjar *sebacea* ini berfungsi sebagai pelumas puting susu, kelembutan puting susu tergantung apabila lemak pelindung ini dicuci dengan sabun. Puting susu akan mengeluarkan kolostrum yaitu cairan sebelum menjadi susu yang berwarna putih kekuningan pada trimester ketiga..

2) Perubahan pada kekebalan

Pada ibu hamil terjadi perubahan pH pada vagina, sekresi vagina berubah dari asam menjadi lebih bersifat basa sehingga pada ibu hamil lebih rentan terhadap infeksi pada bagian vagina. Mulai kehamilan 8 minggu sudah kelihatan gejala terjadinya kekebalan dengan adanya limfosit-limfosit. Semakin

bertambahnya umur kehamilan maka jumlah limfosit semakin meningkat.

3) Perubahan pada sistem pernafasan

Wanita hamil sering mengeluh sesak napas yang biasanya terjadi pada umur kehamilan 32 minggu lebih, hal ini disebabkan oleh karena uterus yang semakin membesar sehingga menekan usus dan mendorong keatas menyebabkan tinggi diafragma bergeser 4 cm sehingga kurang leluasa bergerak. Kebutuhan oksigen wanita hamil meningkat sampai 20 %, sehingga untuk memenuhi kebutuhan oksigen wanita hamil bernapas dalam.

4) Perubahan pada sistem perkemihan

Hormon *estrogen* dan *progesteron* dapat menyebabkan ureter membesar, tonus otot saluran kemih menurun. Kencing lebih sering (*poliuria*), laju *filtrasi glomerulus* meningkat sampai 69 %. Dinding saluran kemih dapat tertekan oleh pembesaran uterus yang terjadi pada trimester I dan II, menyebabkan *hidroureter* dan mungkin *hidronefrosis* sementara.

5) Perubahan pada sistem pencernaan

Estrogen dan HCG meningkat dengan efek samping mual dan muntah-muntah, apabila mual muntah terjadi pada pagi hari tersebut *Morning sickness*, (Siti Tyastuti, 2016).

c. Perubahan Psikologis dalam Kehamilan

Secara umum, semua emosi yang dirasakan oleh wanita hamil cukup labil. Seorang wanita hamil sangat sensitif dan cenderung beraksi berlebihan. Mereka sangat takut akan kematian baik pada dirinya maupun pada bayinya. Kemudian cemas akan hal-hal yang belum mereka pahami karena mereka merasa tidak dapat mengendalikan tubuhnya dan kehidupan yang mereka jalani sedang berada dalam suatu proses yang tidak dapat berubah kembali. Hal ini membuat sebagian besar wanita menjadi tergantung dan sebagian menuntut. Selama kehamilan berlangsung, terdapat rangkaian proses psikologis khusus yang jelas, terkadang berkaitan erat dengan perubahan biologis yang sedang terjadi (Varney, 2007).

1) Trimester Pertama

Adalah periode penyesuaian yang dilakukan seorang wanita terhadap kenyataan bahwa ia sedang mengandung. Fokus wanita adalah pada dirinya sendiri. Tanggung jawab yang baru atau tambahan tanggungjawabnya, kecemasan yang berhubungan dengan kemampuannya untuk menjadi seorang ibu.

2) Trimester Kedua

Dikenal sebagai periode kesehatan yang baik yakni ketika wanita merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan yang normal dialami saat hamil. Lebih banyak bersosialisasi dengan wanita hamil lainnya, aktivitasnya berfokus pada kehamilan, mulai belajar cara merawat anak, mempersiapkan peran baru, mengalami kemajuan dalam hubungan seksual, telah mengalami perubahan dari seseorang yang menuntut menjadi seseorang yang mencari kasih sayang dan faktor ini turut mempengaruhi peningkatan libido (Varney, 2007).

3) Trimester ketiga

Disebut perioda pergantian dengan penuh kewaspadaan. Pada perioda ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga wanita menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Perhatian utama wanita hanya berfokus pada bayi yang akan segera dilahirkan. Wanita kembali merasakan ketidaknyamanan fisik menjelang akhir kehamilan (Varney, 2007).

a. Asuhan antenatal

ANC yaitu upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetric untuk optimiliasi luaran maternal dan neonatal melalui

serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2014). Adapun tujuan dari ANC adalah :

1) Tujuan umum adalah menyampaikan seoptimal mungkin fisik dan mental ibu dan anak selama dalam masa kehamilan, persalinan, dengan demikian didapatkan ibu dan anak yang sehat.

2) Tujuan khusus

- a) Mengenali dan menangani penyulit-penyulit yang mungkin dijumpai dalam kehamilan, persalinan, dan nifas.
- b) Mengenali dan mengobati penyakit-penyakit yang mungkin diderita sedini mungkin.
- c) Menuurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan anak
- d) Memberikan nasihat-nasihat tentang cara hidup sehari hari dan keluarga berencana, kehamilan, persalinan, nifas, dan laktasi (Mochtar, 2012).

Bila kehamilan termasuk risiko tinggi perhatian dan jadwal kunjungan harus lebih ketat, dan bila kehamilan normal jadwal asuhan cukup 4 kali. Dalam bahasa program kesehatan ibu dan anak, kunjungan antenatal di beri kode K yang merupakan singkatan dari kunjungan. Pemeriksaan antenatal yang lengkap yaitu K1, K2, K3 dan K4. Hal ini berarti, minimal dilakukan sekali saat kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28

minggu, sekali kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28-36 minggu dan sebanyak dua kali kunjungan antenatal pada usia kehamilan diatas 36 minggu (Prawirohardjo, 2014).

Pada Kementrian Kesehatan Indonesia Tahun 2016 dijelaskan bahwa pelayanan antenatal yang dilakukan diupayakan memenuhi standar kualitas, yaitu :

- a) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan.
- b) Pengukuran tekanan darah
- c) Pengukuran lingkar lengan atas (LILA)
- d) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri)
- e) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi.
- f) Pemberian tablet tambah darah minial 90 tablet selama kehamilan.
- g) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- h) Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana)
- i) Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb). Pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya).
- j) Tata laksana kasus

g. Pemeriksaan Leopold

Menurut Manuaba (2010) tahapan pemeriksaan leopold adalah :

1. Tahapan persiapan pemeriksaan leopold

- a) Ibu tidur terlentang dengan kepala lebih tinggi
- b) Kedua tangan pada saat pemeriksaan dapat diatas kepala atau membujur kesamping badan
- c) Kaki di tekuk sedikit
- d) Bagian perut pasien dibuka seperlunya
- e) Pemeriksa menghadap ke muka pasien saat melakukan pemeriksaan leopol I sampai III, sedangkan saat melakukan pemeriksaan leopold IV pemeriksa menghadap ke kaki.

2. Tahap pemeriksaan leopold

a) Leopold I

Kedua telapak tangan pada fundus uteri untuk menentukan tinggi fundus uteri, menentuka bagian janin dalam fundus dan konsistensi fundus

b) Leopold II

Menentukan batas samping rahim kanan kiri, menentukan, letak punggung janin dan pada letak lintang tentukan dimana kepala janin.

c) Leopold III

Menentukan bagian terbawah janin

d) Leopold IV

Yaitu untuk menentukan bagian terbawah janin dan berapa jauh janin sudah masuk pintu atas panggul.

h. Komplikasi kehamilan

Komplikasi yang menyertai kehamilan, yaitu :

1) Hiperemesis Gravidarum

Adalah mual dan muntah yang berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena keadaan umumnya menjadi buruk, karena terjadi dehidrasi.

Tanda dan tingkatan:

a) Tingkat I ringan yaitu mual muntah terus menerus menyebabkan lemah, tidak mau makan, berat badan turun, dan rasa nyeri epigastrium, nadi cepat, tekanan darah turun, turgor kulit kurang, lidah kering dan mata cekung.

b) Tingkat II sedang yaitu mual dan muntah yang hebat menyebabkan keadaan umum penderita lemah sama seperti tingkat satu dan disertai dengan hemokonsentrasi, oliguria dan konstipasi. Dapat pula terjadi asetonuria, dan dari nafas keluar bau aseton.

c) Tingkat III berat yaitu keadaan umum jelek, keadaan umum samnolen sampai koma.

2) Toksemia gravidarum

Digunakan untuk kumpulan gejala-gejala dalam kehamilan yang merupakan trias HPE (hipertensi, protein urine dan oedema). Klasifikasi :

a) Hipertensi esensial

- (1) Tanpa ada komplikasi
- (2) Superimposed *pre-eklampsia*

b) Preeklamsi

- (1) Ringan jika disertai tekanan darah 140/90 mmHg diikuti protein urin +1.
- (2) Berat jika tekanan darah 160/110 mmHg dan diikuti protein urin lebih dari +2.
- (3) Eklamsi kelanjutan dari preeklamsi berat yang mengakibatkan pasien kejang (Mochtar, 2012).

3) Abortus

Abortus (keguguran) adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan. Umur kehamilan kurang dari 28 minggu.

Klasifikasi Abortus :

a) Abortus spontan

Adalah Abortus yang terjadi dengan sendirinya tanpa disengaja atau dengan tindakan didahului faktor-faktor mekanis atau medisinalis, semata-mata disebabkan oleh faktor-faktor alamiah. Dalam hal ini dibedakan sebagai berikut :

- (1) Abortus immines yaitu keguguran belum terjadi sehingga masih bisa dipertahankan.
- (2) Abortus insipiens adalah proses keguguran yang sedang berlangsung.
- (3) Abortus inkompletus (keguguran bersisa)
- (4) Abortus kompletus (keguguran lengkap)
- (5) Missed abortion (janin yang telah mati didalamnya)

b) Abortus provokatus

Merupakan abortus yang sengaja dibuat atau dilakukan. Pengelompokan abortus provokatus secara lebih spesifik :

- (1) Abortus provokatus medisinalis yaitu abortus yang dilakukan atas indikasi medik
- (2) Abortus provokatus kriminalis yaitu abortus yang sengaja dilakukan tanpa adanya indikasi medik (ilegal).

4) Kelainan letak kehamilan (Kehamilan Ektopik)

Kehamilan dengan hasil konsepsi berimplantasi diluar endometrium rahim.

5) Perdarahan antepartum

Adalah perdarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu atau lebih. Penanganan perdarahan antepartum memerlukan perhatian karena dapat saling mempengaruhi dan merugikan janin dan ibunya.

6) Ketuban Pecah Dini

Adalah pecahnya ketuban sebelum terdapat tanda persalinan, dan setelah ditunggu satu jam belum terdapat tanda persalinan. Sebagian dari ketuban pecah dini mempunyai periode laten lebih dari satu minggu. *Early rupture of membran* adalah ketuban pecah pada fase laten persalinan

7) Anemia pada Kehamilan

a) Definisi

Anemia pada kehamilan adalah anemia karena kekurangan zat besi. Anemia pada kehamilan disebut “Potential danger Mother and Child” (potensial membahayakan ibu dan anak). Karena itulah anemia memerlukan perhatian serius dari semua pihak yang terkait dalam pelayanan kesehatan.

Menurut WHO dikatakan anemia apabila Hb kurang dari 11g/dl (Manuaba, 2010).

b) Kebutuhan zat besi pada wanita hamil

Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami hemodilusi (pengenceran) dengan peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu.

Sebagai gambaran berapa banyak kebutuhan zat besi pada setiap kehamilan perhatikan bagan berikut :

Tabel 2.1 Kebutuhan Zat Besi Pada Setiap Kehamilan

Kebutuhan Zat Besi	Jumlah
Meningkatkan sel darah Ibu	500 mgFe
Terdapat dalam plasenta	300 mgFe
Untuk Janin	100 mgFe
Jumlah	900 mgFe

(Sumber : Manuaba, 2010)

c) Diagnosa anemia pada Kehamilan

Untuk menegakan diagnosis anemia pada kehamilan dapat dilakukan dengan anamnesa. Pada anamnesa akan didapatkan keluhan cepat lelah, sering pusing, mata berkunang-kunang, dan keluhan mual muntah hebat pada hamil muda. Pemeriksaan dan pengawasan Hb dilakukan dengan alat sahli yang dilakukan minimal dua kali selama kehamilan yaitu pada trimester I dan trimester III.

Klasifikasi anemia (Manuaba, 2010) yaitu :

- (1) Tidak Anemi : Hb 11g%
- (2) Anemia Ringan : Hb 9-10g%
- (3) Anemia sedang : Hb 7-8g%
- (4) Anemia berat : Hb <7g %

2. PERSALINAN

a. Pengertian

Menurut (Varney, 2008) persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses persalinaan dimulai dengan kontraksi, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. Penyebab awitan persalinan spontan belum diketahui, walaupun sejumlah teori menarik telah dikembangkan dan profesional perawatan kesehatan mengetahui cara menginduksi persalinan pada kondisi tertentu.

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin + uri) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Rustam Mochtar, 2012).

b. Macam macam persalinan

Ada beberapa macam persalinaan, yaitu :

- 1) Menurut cara persalinan :

- a) Partus biasa (normal), adalah proses lahirnya bayi dengan tenaga ibu sendiri yang berlangsung kurang dari 24 jam.
- b) Partus luar biasa (abnormal) adalah persalinan pervaginam dengan bantuan alat alat atau melalui operasi caesarea.

2) Menurut tua (umur) kehamilan :

- a) Abortus (keguguran) yaitu terjadinya kelahiran janin sebelum usia 28 minggu.
- b) Partus prematurus yaitu persalinan atau pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan 28-36 minggu, janin dapat hidup tetapi prematur, berat janin 1000-2500 gram.
- c) Partus maturus/aterm/cukup bulan, yaitu persalinan yang terjadi pada kehamilan 37-40 minggu, janin matur, berat badan diatas 2500gram.
- d) Partus post maturus (serotinus), yaitu persalinan yang terjadi 2 minggu atau lebih setelah waktu partus ditaksirkan, janin disebut postmatur.
- e) Partus presipitatus yaitu partus yang berlangsung sangat cepat.
- f) Partus percobaan adalah suatu percobaan guna menilai kemajuan persalinan untuk memperoleh bukti ada tidaknya *disproporsi sefalopelvik* (Mochtar, 2012).

c. Tahapan persalinan

Menurut (Mochtar, 2012) Proses persalinan terdiri dari 4 kala, yaitu kala 1 waktu pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap 10 cm, kala II yaitu pengeluaran janin, sewaktu uterus dengan kekuatan his bertambah kekuatan mendorong janin keluar hingga lahir, kala III yaitu waktu untuk pelepasan dan pengeluaran uri dan kala IV yaitu mulai dari lahirnya uri, selama 1-2 jam.

1) Kala I (kala pembukaan)

Inpartu (partus mulai) ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (Bloody show) karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (effacement).

Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler di sekitar servikalis akibat pergeseran seketika serviks mendatar dan membuka.

Kala pembukaan dibagi atas 2 fase yaitu:

a) Fase laten yaitu pembukaan serviks yang berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm, lamanya 7-8 jam

b) Fase aktif yaitu berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 sub fase

(1) Periode akselerasi berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4cm-5cm.

(2) Periode dilatasi maksimal (steady) selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 5-9 cm.

(3) Periode deselerasi yaitu lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 9-10 cm (lengkap)

Proses membukanya serviks disebut dengan berbagai istilah, melembek (*softening*), menipis (*thinned out*), terobliterasi (*obliterated*), mendatar dan tertarik ke atas (*effaced and taken up*), dan membuka (dilatation).

2) Kala II (Kala pengeluaran janin)

Pada kala pengeluaran janin, his terkoordinasi, kuat, cepat, dan lebih lama, kira-kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun dan masuk ke ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang melalui lengkung refleks menimbulkan rasa mencedas. Karena tekanan pada rektum, ibu merasa seperti ingin buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu His, kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum meregang. Dengan His dan mencedas yang terkoordinasi, akan lahir kepala diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primi berlangsung selama 1 ½ jam, pada multi ½ - 1 jam.

3) Kala III (Kala pengeluaran uri)

Setelah bayi lahir, kontraksi Rahim bersifat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi 2 kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam 5- 10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong ke dalam vagina, dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

4) Kala IV

Kala IV adalah dimulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Observasi yang dilakukan pada kala IV adalah pemeriksaan Tanda- tanda vital seperti tekanan darah, nadi, dan pernafasan, kontraksi uterus, keadaan kandung kemih dan perdarahan. Perdarahan masih dianggap dalam batas normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc (Sulistyowati, 2013).

Lamanya persalinan pada primi dan multi dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 2.2 Lamanya Persalinan Pada Primi Dan Multi

	Primi	Multi
Kala I	13 Jam	7 Jam
Kala II	1 jam	½ Jam
Kala III	½ jam	¼ jam
Lama persalinan	14 Jam	7/4 Jam

(Sumber : Johariyah, 2012)

d. Tanda-tanda persalinan

Tanda-tanda permulaan menurut Mochtar, 2012 yaitu :

- 1) Lightening atau settling atau dropping yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul.
- 2) Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.
- 3) Sering buang air kecil atau sulit berkemih (Polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian bawah janin.
- 4) Perasaan nyeri diperut dan di pinggang oleh adanya kontraksi - kontraksi lemah uterus, kadang- kadang disebut “ false labor pains”.
- 5) Serviks menjadi lembek, mulai mendatar, sekresinya bertambah dan kadang bercampur darah (bloody show) (Mochtar, 2012).

e. Mekanisma Persalinan

Mekanisme persalinan normal terbagi dalam beberapa tahap gerakan kepala janin didalam panggul yang diikuti dengan lahirnya seluruh anggota badan bayi :

1) Penurunan kepala

Terjadi selama proses persalinan karena daya dorong dari kontraksi uterus yang efektif posisi, serta kekuatan meneran dari pasien.

2) Penguncian (engagment)

Tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin telah melalui lubang masuk panggul pasien.

3) Fleksi

Dalam proses masuknya kepala janin ke dalam panggul, fleksi menjadi hal yang sangat penting karena dengan fleksi diameter kepala janin terkecil dapat bergerak melalui panggul dan terus menuju dasar panggul. Pada saat kepala bertemu dengan dasar panggul, tahanannya akan meningkatkan fleksi menjadi bertambah besar yang sangat diperlukan agar saat sampai dasar panggul kepala janin sudah dalam keadaan fleksi maksimal.

4) Putaran paksi dalam

Putaran internal dari kepala janin akan membuat diameter anteroposterior (yang lebih panjang) dari kepala menyesuaikan diri dengan diameter anteroposterior dari panggul pasien. Kepala akan berputar dari arah diameter kanan, miring ke arah diameter PAP dari panggul tetapi bahu tetap miring kiri,

dengan demikian hubungan normal antara panjang kepala janin dengan panjang dari bahu akan berubah dan leher akan berputar 45 derajat. Hubungan anatara kepala dan panggul ini akan terus berlanjut selama kepala janin masih berada didalam panggul.

Pada umumnya rotasi penuh dari kepala ini akan terjadi ketika kepala telah sampai didasar panggul atau segera setelah itu. Putaran kepala yang dini kadang-kadang terjadi pada multipara atau pasien yang mempunyai kontraksi efisien.

5) Lahirnya kepala dengan cara ekstensi.

Cara kelahiran ini untuk kepala dengan posisi oksiput posterior. Proses ini terjadi karena gaya tahanan dari dasar panggul, dimana gaya tersebut membentuk lengkungan carus, yang mengarahkan kepala ke atas menuju lorong vulva. Bagian leher belakang dibawah oksiput akan bergeser ke bawah simfisis pubis dan bekerja sebagai titik poros. Uterus yang berkontraksi kemudian memberikan tekanan tambahan di kepala yang menyebabkannya ekstensi lebih lanjut saat lubang vulva vagina membuka lebar.

6) Putaran paksi luar

Putaran ini terjadi secara bersamaan dengan putaran internal dan bahu. Pada saat kepala janin mencapai dasar panggul bahu akan mengalami perputaran dalam arah yang

sama dengan kepala janin terletak dalam diameter yang besar dari rongga panggul. Bahu anterior akan terlihat pada vulva vagina, dimana ia akan bergeser dibawah simfisis pubis.

7) Lahirnya bahu dan seluruh anggota badan bayi

Bahu posterior akan mengembungkan perineum dan kemudian dilahirkan dengan cara fleksi lateral. Setelah bahu dilahirkan, seluruh tubuh janin lainnya akan dilahirkan mengikuti sumbu carus (Sulistiyawati dan Esti Nugrahaeni 2010).

f. Asuhan Sayang Ibu

Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang aman, berdasarkan temuan (*evidence based*), dan turut meningkatkan angka kelangsungan hidup ibu. Asuhan ini membantu pasien merasa nyaman dan aman selama proses persalinan yaitu dengan menghargai kebiasaan budaya, praktik keagamaan dan sebagai pembuat kepercayaan (apabila kebiasaan tersebut aman), serta melibatkan pasien dan keluarga, sebagai pembuat keputusan, secara emosional, sifatnya mendukung. Asuhan sayang ibu melindungi hak-hak pasien untuk mendapatkan privasi dan menggunakan sentuhan seperlunya.

Asuhan sayang ibu menjamin bahwa pasien dan keluarganya diberitahu tentang apa yang sedang terjadi dan apa yang bisa diharapkan. Sama seperti kala I, selama kala II bidan harus menjelaskan apa yang akan dilakukan serta alasannya sebelum melakukan tindakan (Seperti sebelum melakukan pemeriksaan vagina, mengecek tekanan darah, DJJ, dsb), dan menjelaskan hasil pemeriksaan yang dilakukannya. Bidan bertugas membantu pasien untuk memahami apa yang sedang dan akan terjadi selama proses kelahiran, menghargai peran pasien, peran bidan, dokter atau pemberi asuhan lainnya dalam proses kelahiran tersebut.

Salah satu penerapan asuhan sayang ibu adalah pada kala IV yakni dalam proses hecing pada perineum. Pada saat menjahit rupture perineum asuhan sayang ibu yang diberikan adalah pemberian anastesi lokal Lidokain untuk mengatasi rasa sakit karena proses hecing menyakitkan pasien (Ari Sulistyawati, 2010).

g. 60 langkah Asuhan Persalinan Normal

Melihat Tanda dan Gejala Kala Dua

1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.

(a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

(b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya.

(c) Perineum menjol

(d) Vulva – vagina dan sfingter ani membuka.

Menyiapkan Pertolongan persalinan

2. Memastikan perlengkapan, bahan , obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai didalam partus set.
3. Mengenaka baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5. Memakai satu sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik.

Memastika 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 DTT.
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. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klori 0,5 % kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya didalam larutan klorin selama 10 menit.

10. Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120- 160 kali/menit).

- (a) Mengambil tindakan jika DJJ tidak normal
 - (b) Mendokumentasikan hasil hasil pemeriksaan dalam,DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Pimpinan Meneran

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

- (a) Menunggu ibu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

(b) Menjelaskan kepada keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberikan 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. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran :

- (a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara efektif
- (b) Mendukung dan memberikan semangat atas usaha ibu untuk meneran.
- (c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya.
- (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 lima menit.
- (h) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (Primigravida) atau 60 menit (1 jam) meneran (multigravida).

- (i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk meneran pada puncak kontraksi dan beristirahat diantara kontraksi.
- (j) Jika bayi belum lahir setelah 60 menit, segera rujuk ibu.

Periapan Pertolongan Kelahiran Bayi

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

Menolong kelahiran Bayi.

18. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kalin bersih dan kering. Tangan yang satu menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernafas cepat dan dangkal.
19. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.

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 leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi

(b) Jika tali pusat melilit leher dengan erat mengklempnya pada kedua tempat dan memotongnya.

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

22. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan Lahir bahu.

23. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

24. Setelah kedua bahu di lahirkan, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

25. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran 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

26. Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.
27. Segera mengeringkan kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi.
28. Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus (hamil tunggal).
29. 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.
30. Memegang tali pusat dengan sarung tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
31. 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 bernapas, ambil tindakan yang sesuai.

32. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya
33. Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
34. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit IM di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
35. Memindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
36. Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada diatas 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.
37. Menunggu uterus berkontraksi kemudia melakukan penegangan kearah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus kearah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir selama 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga berkontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.

(a) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat kearah bawah dan kemudian kearah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso- kranial)

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

(c) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit:

- 1) pemberian oksitosin 10 unit IM.
- 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 dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpin. 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.

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

40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakan plasenta didalam kantung plastik atau tempat kusus.

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

42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.

43. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain bersih dan kering.

44. Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati kelilin tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
45. Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
46. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %.
47. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
48. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
49. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam:
 - (a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan
 - (b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan
 - (c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan
 - (d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk penatalaksanaan atonia uteri
 - (e) Jika ditemukan lacerasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anastesi lokal dan menggunakan teknik yang sesuai
50. Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.

51. Mengevaluasi kehilangan darah
52. Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalianan.
 - (a) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap dua jam perrama pascapersalinan
 - (b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
53. Menempatkan semua pralatan di dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
54. Mebuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
55. Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tinggat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lender, dan darah. Membantu ibu memakaikan pakaian yang bersih dan kering.
56. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan minuman dan makanan yang diinginkan.
57. Mendekontaminasi daerah yang digunakan utuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5 % dan membilas dengan air bersih.

58. Mencilupkan sarung tangan kotor de dalam larutan klorin 0,5 %, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya daklam larutan klorin 0,5 % delama 10 menit.

59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

60. Melengkapi partograf (JNPKN, 2008).

h. Komplikasi pada persalinan

Komplikasi pada kala I dan II dalam persalinan menurut (Varney 2008) adalah sebagai berikut :

1) Riwayat Seksio Sesaria Sebelumnya

Risiko untuk wanita yang mengalami seksio sesaria berulang adalah peningkatan angka morbiditas dan mortalitas yang terkait dengan seksio sesaria sebagai operasi abdomen mayor. Penyebab morbiditas dan mortalitas mencakup risiko anestesi, cedera pada kandung kemih dan usus yang terjadi karena tidak hati hati, perdarahan, infeksi luka, peningkatan masalah pernapasan pada bayi baru lahir.

2) Persalinan /kelahiran prematur

Persalinan prematur adalah persalianan yang dimulai setiap saat setelah awal minggu gestasi ke-20 sampai akhir minggu gestasi ke-37.

Faktor resiko predisposisi yang dikaitkan dengan persalinan prematur yaitu :

- a) Status ekonomi rendah
- b) Status nutrisi yang buruk
- c) Riwayat persalinan atau kelahiran prematur
- d) Satu atau lebih aborsi spontan pada trimester kedua
- e) Jarak yang pendek antar kehamilan
- f) Kehamilan kembar
- g) Penyalahgunaan zat (sigaret, alkohol, obat-obatan jalanan terutama kokain)
- h) Asuhan pranatal yang tidak adekuat
- i) Anomali uterus
- j) Serviks tidak kompeten
- k) Infeksi saluran kemih
- l) Ketuban pecah dini
- m) Korioamnionitis
- n) Kekerasan fisik yang parah selama hamil
- o) Kematian janin
- p) Polihidramnion

3) Amnionitis dan karioamnionitis

Menurut (Varney, 2008) mengatakan amnionitis adalah inflamasi kantong amnion dan cairan amnion. Kondisi ini hampir selalu berdampingan.

4) Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini dapat secara teknis di definisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum masa persalinan, tanpa memperhatikan usia gestasi.

5) Prolaps Tali Pusat

Terdapat dua jenis prolaps Tali Pusat yaitu menumbung (*frank*) atau terkemuka (*occult*). Pada prolaps tali pusat menumbung, tali pusat masuk kedalam serviks.

Komplikasi pada Kala III Persalinan

a) Plasenta tertinggal

Plasenta tertinggal adalah plasenta yang belum terlepas dan mengakibatkan tidak terlihat. Manajemen untuk kasus ini adalah dengan manual plasenta (Varney, 2008).

b) Perdarahan kala tiga

Perdarahan kala tiga terjadi akibat pelepasan plasenta sebagian.

c) Plasenta akreta

Adalah perletakan plasenta sebagian atau total pada dinding uterus. Pada plasenta akreta, plasenta melekat langsung pada miometrium dengan desidua defektif atau tanpa desidua diantaranya.

d) Inversio Uterus

Adalah keadaan uterus yang membalik dari bagian dalam hingga keluar sehingga bagian dalam fundus menonjol keluar

melalui orifisum serviks turun untuk segera berada didalam introitus vagina, atau menonjol keluar melalui vulva.

Komplikasi pada Kala IV Persalinan

a) Perdarahan Post Partum

Adalah kehilangan darah secara abnormal pada saat setelah kelahiran pervaginam tanpa komplikasi lebih dari 500 ml.

b) Faktor predisposisi

- (1) Distensi berlebihan pada uterus (kehamilan kembar, polihidramnion, atau bayi besar).
- (2) Induksi oksitosin atau augmentasi
- (3) Persalinan dan perlahiran cepat atau presipitatus
- (4) Kala satu dan dua persalinan yang memanjang
- (5) Grand multiparitas
- (6) Riwayat atonia uterus/perdarahan pascapartum pada saat melahirkan anak sebelumnya
- (7) Penggunaan agen relaksan uterus, seperti magnesium sulfat dan tebutalin.

i. Penggunaan Partograf

World Health Organization (WHO) telah memodifikasi partograf agar lebih sederhana dan lebih mudah digunakan. Fase laten telah dihilangkan dan pencatatan pada partograf dimulai dari fase aktif pembukaan serviks 4 cm. Partograf harus digunakan untuk :

- a) Semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan sampai dengan kelahiran bayi, sebagai elemen penting asuhan persalinan.
- b) Semua tempat pelayanan persalinan (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dan lain-lain).
- c) Semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (Spesialis Obstetri dan Ginekologi, Bidan, Dokter umum, Residen, dan mahasiswa Kedokteran) (Sarwono, 2010).

3. BAYI BARU LAHIR

a. Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37- 42 minggu dengan berat badan lahir antara 2500-4000 gram, bayi lahir normal adalah bayi yang lahir cukup bulan 38-41 minggu dengan berat sekitar 2500 gram dan panjang badan sekitar 50-55 cm (Sondakh, 2013).

Menurut Sondakh (2013) bayi baru lahir dikatakan normal jika termasuk dalam kriteria sebagai berikut :

1. Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram.
2. Panjang badan bayi 48-50cm
3. Lingkar dada bayi 32-34 cm
4. Lingkar kepala bayi 33-35 cm

5. Bunyi jantung dalam menit pertama kurang lebih 180 kali/menit, kemudian turun sampai 140-120 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
6. Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernapasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkosta, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
7. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa.
8. Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik.
9. Kuku telah agak panjang dan lemas.
10. Genetalia : testis sudah turun (pada bayi laki- laki) dan labia mayora sudah menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
11. Reflek isap, menelan, dan moro telah terbentuk.
12. Eliminasi, urin, dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteritik hitam kehijauan dan lengket.

b. Penilaian Bayi Baru Lahir

Segera setelah lahir, letakan bayi diatas kain bersih dan kering yang disiapkan pada perut bawah ibu. Segera lakukan penilaian awal :

- a) Apakah bayi cukup bulan?

- b) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?
- c) Apakah bayi menangis atau bernafas?
- d) Apakah tonus otot bayi baik?
- c. Mekanisma Kehilangan Panas

Bayi baru lahir dapat kehilangan panas tubuhnya melalui cara-cara berikut :

1) Evaporasi

Adalah jalan pertama bayi kehilangan panas. Kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan. Kehilangan panas juga terjadi pada bayi yang terlalu cepat dimandikan dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

2) Konduksi

Adalah kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Meja, tempat tidur, atau timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi melalui mekanisme konduksi apabila bayi diletakkan di atas benda-benda tersebut.

3) Konveksi

Adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin. Bayi yang dilahirkan

atau ditempatkan didalam ruangan yang dingin akan cepat mengalami kehilangan panas. Kehilangan panas juga terjadi jika terjadi aliran udara dari kipas angin, hembusan udara melalui ventilasi atau pendingin ruangan.

4) Radiasi

Adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan didekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi. Bayi bisa kehilangan panas dengan cara ini karena benda-benda menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung) (JNPK-KR, 2014).

d. Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut Asuhan Persalinan Normal (2014), asuhan bayi baru lahir yaitu :

- 1) Menjaga Kehangatan
- 2) Membersihkan jalan nafas
- 3) Mengeringkan dan tetap jaga kehangatan
- 4) Memotong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir.
- 5) Melakukan inisiasi menyusui dini dengan cara kontak kulit bayi dengan kulit ibu
- 6) Memberi salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata

7) Memberi suntikan vitamin K1 1mg intramuskular, dipaha kiri anterolateral setelah inisiasi menyusui dini.

8) Memberikan imunisasi hepatitis B 0,5 ml intramuscular, dipaha kanan anterolateral di berikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1

e. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

- 1) Tidak dapat menyusui
- 2) Kejang
- 3) Mengantuk atau tidak sadar
- 4) Nafas cepat (>60x/menit)
- 5) Merintih
- 6) Retraksi dinding dada bawah
- 7) Sianosis sentral (APN, 2014)

f. Komplikasi pada Baayi Baru Lahir

Menurut Mochtar (2012), yaitu :

- 1) Asfiksia

Adalah keadaan bayi yang baru dilahirkan tidak segera bernafas secara spontan dan teratur setelah dilahirkan. Penanganan : jangan biarkan bayi kedinginan, lakukanan resusitasi

- 2) Penyakit trauma pada bayi baru lahir

- a) Respiratory distress syndrome
- b) Gangguan retina

- c) Sevalo hematomi
- d) Perdarahan sub-abneoritik

3) Kelainan kongenital

Adalah kelainan dalam pertumbuhan janin yang terjadi sejak konsepsi dan selama didalam kandungan.

4) Infeksi neonatus

5) BBLR

g. Asuhan Kunjungan Neonatus

Kunjungan neonatus (KN) menurut profil kesehatan indonesia (2014) dilakukan sejak bayi usia satu hari sampai 28 hari yaitu :

1) KN I dilakukan pada umur 6-48 jam

Tindakan yang dilakukan antara lain menjaga kehangatan bayi, memberikan ASI Eksklusif, pencegahan infeksi, merawat tali pusat dan memberikan imunisasi Hb 0

2) KN II dilakukan pada umur 3-7 hari

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

3) KN III dilakukan pada umur 8-28 hari

Tindakan yang dilakukan sama dengan kunjungan pada umur 3-7 hari, hanya ditambahkan pemberian imunisasi BCG.

4. NIFAS

a. Pengertian

Masa nifas atau puerperium adalah masa dimulai 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Prawirohardjo, 2010).

Periode pascapartum/ masa nifas adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil (Varney, 2007).

Masa nifas (puerperineum) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra hamil (Mochtar, 2012).

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Mengetahui kebutuhan ibu dan bayi pada periode pascapersalinan, mengenali komplikasi pascapersalinan pada ibu dan pada bayi, melakukan upaya pencegahan ASI eksklusif, konseling HIV/AIDS dan kontrasepsi, prosedur imunisasi. (Prawirohardjo, 2010).

c. Periode Masa Nifas

Terdapat 3 periode masa nifas (Mochtar, 2012)

- 1) Puerperium dini yaitu kepulihan saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.

- 2) Puerperium intermediate yaitu kepulihan menyeluruh alat alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.
- 3) Puerperineum lanjutan yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih kembali sehat sempurna, terutama jika selama hamil atau sewaktu persalinan timbul komplikasi.

d. Perubahan Fisiologis masa nifas

Pengeluaran rahim (involusi) menurut (Mochtar, 2012)

- 1) Uterus berangsur-angsur menjadi kecil atau berinvolusi hingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

Tabel 2.3 Involusi Uteri

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

as implantasi uri atau Placenta mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. Sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu ke-enam 2,4 cm dan akhirnya pulih.

- 3) Luka-luka pada jalan lahir jika tidak disertai dengan infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari.

4) Rasa nyeri yang disebut after pains, (meriang atau mules-mules) disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pascapersalinan.

5) Lochea dalam masa nifas

Adalah cairan skret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Jenis – jenis lochea :

a) Lochea rubra (cruenta) : berisi darah dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo dan mekonium selama 2 hari pascapersalinan.

b) Lochea sanguinolenta : berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir, hari ke 3-7 persalinan.

c) Lochea serosa : berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pascapersalinan.

d) Lochea alba : cairan putih, setelah 2 minggu

6) Serviks

Setelah persalinan bentuk serviks agak menganga seperti corong, berbentuk merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir tangan masih bisa dimasukan ke rongga rahim, setelah 2 jam, dapat dilalui oleh 2-3 jari dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui satu jari.

7) Ligamen- ligamen

Ligamen, fascoa dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir secara berangsur-angsur menjadi ciut dan putih kembali.

e. Ketidaknyamanan fisik dalam masa nifas

Ada beberapa ketidak nyamanan pada masa nifas yaitu :

(Varney, 2008)

1) Nyeri setelah lahir

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus yang berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri ini lebih umum terjadi pada paritas tinggi dan pada wanita menyusui. Alasan nyeri yang lebih berat pada wanita dengan paritas tinggi adalah penurunan otot uterus tetap berkontraksi tanpa relaksasi intermiten. Pada wanita menyusui, isapan bayi menstimulasi produksi oksitosin oleh hipofisis posterior. Posterior, pelepasan oksitosin tidak hanya memicu reflek let down (pengeluaran ASI) pada payudara, tetapi juga menyebabkan kontraksi uterus. Nyeri setelah melahirkan akan hilang jika uterus tetap berkontraksi dengan baik saat kandung kemih kosong. Kandung kemih yang penuh mengubah posisi uterus ke atas, menyebabkan relaksasi dan kontraksi uterus lebih nyeri.

2) Keringat berlebihan

Wanita post partum mengeluarkan keringat berlebih karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraseluler selama kehamilan. Cara mengurangnya sangat sederhana yaitu dengan membuat kulit tetap bersih dan kering.

3) Pembesaran payudara

Diperkirakan bahwa pembesaran payudara disebabkan oleh kombinasi akumulasi dan statis air susu serta peningkatan vaskularisasi dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena statis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ketiga post partum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui berakhir sekitar 24 hingga 48 jam.

4) Nyeri perineum

Beberapa tindakan dapat mengurangi ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau luka episiotomi dan jahitan laserasi. Sebelum tindakan dilakukan, penting untuk memeriksa perineum untuk menyingkirkan komplikasi serta hematoma. Pemeriksaan ini juga mengindikasikan tindakan lanjutan apa yang mungkin paling efektif.

5) Konstipasi

Rasa takut dapat menghambat fungsi bowel jika wanita takut bahwa hal tersebut dapat merobek jahitan atau akibat nyeri yang disebabkan oleh ingatannya tentang tekanan bowel pada saat persalinan. Konstipasi lebih lanjut mungkin diperberat dengan longgarnya abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga atau empat.

6) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid, mungkin mereka sangat merasakan nyeri selama beberapa hari. Hemoroid yang terjadi selama kehamilan dapat menimbulkan traumatis dan menjadi lebih oedema selama kala dua persalinan.

f. Proses adaptasi Psikologis Masa Nifas

1. Periode “Taking in”

Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekawatiran akan tubuhnya. peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif.

2. Periode “Taking hold”

Periode ini berlangsung pada hari ke2-4 post partum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi. Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya.

3. Periode “letting go”

Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang kerumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatiannya yang diberikan oleh keluarga. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayinya dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat bergantung padanya. Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini (Sulistyawati, 2013).

g. Komplikasi yang menyertai Masa Nifas

Abdomalitas yang terjadi pada masa nifas yaitu :

(Manuaba, 2010)

1) Abdomalitas Rahim

a) Subinvolusi uterus

Adalah terjadinya proses involusi rahim tidak berjalan sebagaimana mestinya, sehingga proses pengecilannya terlambat. Penyebabnya bisa disebabkan karena infeksi

endometrium, terdapat sisa plasenta dan selaputnya, terdapat bekuan darah atau mioma uteri.

b) Perdarahan kala nifas sekunder

Adalah perdarahan yang terjadi setelah 24 jam pertama. Penyebabnya adalah terdapat sisa plasenta atau selaput ketuban, infeksi pada endometrium dan inversion uteri.

c) Flegmasia alba dolens

Adalah infeksi puerperalis yang mengenai pembuluh darah vena femoralis yang menimbulkan :

- (1) Terjadinya pembengkakan pada tungkai
- (2) Vena tampak berwarna putih
- (3) Terasa sangat nyeri
- (4) Tampak bendungan pembuluh darah
- (5) Suhu tubuh dapat meningkat.

2) Abdomalitas Payudara

Untuk dapat melancarkan pengeluaran ASI dilakukan persiapan sejak awal hamil dengan melakukan masase, menghilangkan kerak pada susu sehingga duktusnya tidak tersumbat. Berbagai variasi puting susu dapat terjadi, diantaranya terlalu kecil puting susu mendatar, dan puting susu masuk kedalam. Pengeluaran ASI pun dapat bervariasi seperti tidak keluar sama sekali (Agalaksi). ASI sedikit (oligolaksi),

terlalu banyak (poligolaksi) dan pengeluaran berkepanjangan (galaktorea).

a) Bendungan ASI

Terjadi karena sumbatan pada saluran ASI, tidak dikosongkan seluruhnya. Keluhan yang muncul adalah mammae bengkak, keras dan terasa panas, sampai suhu badan meningkat. Penanganannya dengan mengosongkan ASI dengan masase dan pompa, memberikan estradiol sementara menghentikan pembuatan ASI, dan pengobatan simptomatis sehingga keluhan berkurang.

b) Mastitis dan abses payudara

Bendungan ASI merupakan permulaan dari kemungkinan infeksi payudara. Bakteri yang sering menyebabkan infeksi payudara adalah stafilokokus aureus yang masuk melalui luka pada puting susu. Infeksi menyebabkan demam, nyeri lokal pada payudara, terjadi pematatan payudara, dan terjadi perubahan warna kulit payudara. Penderita mastitis perlu mendapatkan pengobatan yang baik dengan antibiotika dan obat simptomatis..

h. Kunjungan masa Nifas

1) Kunjungan pertama (6-8 jam setelah persalinan)

a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri

- b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berkelanjutan.
 - c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - d) Pemberian ASI awal
 - e) Melakukan hubungan antara ibu dengan bayi yang baru lahir
 - f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
- 2) Kunjungan kedua (6 hari setelah persalinan)
- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, tidak ada perdarahan abnormal.
 - b) Menilai adanya tanda-tanda infeksi seperti demam
 - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
 - e) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.
- 3) Kunjungan ketiga (6 minggu setelah persalinan)

- a) Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang ia atau bayinya alami.
- b) Memberikan konseling KB secara dini (Ari Sulistyawati, 2013).

5. KELUARGA BERENCANA

1 Pengertian KB

Keluarga berencana memiliki konotasi yang sangat luas.

Pada istilah ini terkandung pertimbangan tambahan terhadap faktor fisik, sosial, psikologis, ekonomi, dan keagamaan yang mengatur sikap keluarga sekaligus mempengaruhi keputusan dalam menetapkan ukuran keluarga, jarak antar anak, dan pemilihan serta penggunaan metode pengendalian kehamilan (Varney, 2007).

Keluarga berencana (family planning, planned parenthood) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi. (Mochtar, 2010)

2 Tujuan

Tujuan umum keluarga berencana adalah membentuk keluarga kecil yang sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara mengatur kelahiran anak (Mochtar, 2012).

3 Syarat Kontrasepsi

Menurut Mochtar (2012) kontrasepsi hendaknya memenuhi syarat sebagai berikut :

- 1) Aman pemakaiannya dan dapat dipercaya
- 2) Tidak ada efek samping yang merugikan
- 3) Tidak mengganggu hubungan seksual
- 4) Cara penggunaanya sederhana
- 5) Tidak memerlukan bantuan medic atau control yang ketat selama pemakaiannya.
- 6) Harganya murah supaya bisa dijangkau masyarakat luas
- 7) Dapat diterima oleh pasangan suami istri.

4 Metode

a. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

1) Profil

MAL adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan ataupun minuman apa pun lainnya.

MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila:

- a) Menyusui secara penuh (full breast feeding), pemberiannya lebih dari 8 kali sehari, sebelum haid umur bayi kurang dari 6 bulan.
- b) Efektif selama 6 bulan

c) Harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya.

2) Cara kerja : penundaan atau penekanan ovulasi

3) Keuntungan/ manfaat : Efektifitasnya tinggi, segera efektif, tidak mengganggu senggama

4) Keterbatasan : perlu persiapan sejak perawatan kehamilan, sulit dilaksanakan karena kondisi sosial, efektifitas hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.

b. Keluarga Berencana Alamiah (KBA)

1) Profil: Efektif bila dipakai dengan tertib, Ibu harus belajar mengetahui masa suburnya berlangsung, pasangan secara sukarela menghindari senggama pada masa subur Ibu.

2) Keuntungan/Manfaat: Tidak ada efek samping sistemik dan tanpa biaya.

3) Keterbatasan: Keefektifan tergantung dari kemauan dan disiplin pasangan, perlu ada pelatihan (butuh pelatih/guru KBA, bukan tenaga medis), perlu pencatatan setiap hari.

c. Senggama Terputus

1) Profil: Metode KB tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelamin (penis) nya dari vagina sebelum mencapai ejakulasi

- 2) Cara kerja: Alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum dan kehamilan dapat dicegah
- 3) Keuntungan/Manfaat: Efektif bila dilaksanakan dengan benar, dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya dan dapat digunakan setiap waktu.
- 4) Keterbatasan: Efektivitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan sanggama terputus setiap melaksanakannya, memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual.

d. Metode barrier

Kondom

- 1) Profil: Merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik (vinil) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual; terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu.
- 2) Cara kerja:
 - a) Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel

telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan

b) Khusus untuk kondom yang terbuat dari lateks dan vinil dapat mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain.

3) Keuntungan/Manfaat: Murah dan dapat dibeli secara umum, tidak perlu pemeriksaan kesehatan khusus, double protection (selain mencegah kehamilan tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV-AIDS)

4) Keterbatasan: Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung), bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi, malu membelinya di tempat umum.

e. Kontrasepsi kombinasi (Hormon Estrogen dan Progesteron) Pil dan Suntik

Pil Kombinasi

1) Profil

a) Monofasik : 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin dalam dosis yang sama dan 7 tablet

tanpa hormone.

b) Bifasik : 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin dalam dua dosis yang berbeda dan 7 tablet tanpa hormon.

c) Trifasik : 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/proges tin dalam tiga dosis yang berbeda dan 7 tablet tanpa hormon.

2) Cara kerja : Menekan ovulasi; mencegah implantasi; mengentalkan lendir serviks sehingga sulit dilalui oleh sperma; pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu.

3) Waktu memulai : Setiap saat selagi haid; setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif; setelah 3 bulan bagi yang tidak menyusui; segera atau dalam 7 hari pasca keguguran.

4) Keuntungan/Manfaat : Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid, mudah dihentikan setiap saat, reversibel (kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan).

5) Keterbatasan : Mahal, harus diminum setiap hari, mengurangi ASI pada perempuan menyusui.

Suntik kombinasi

1) Profil

a) 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan estradiol sipionat (Cyclofem) disuntikkan IM dalam, sebulan sekali.

b) 50 mg noretindron anantat dan 5 mg estradiol disuntikkan IM dalam sebulan sekali.

2) Cara kerja: Menekan ovulasi; membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu; atrofi endometrium sehingga implantasi terganggu; menghambat transportasi gamet oleh tuba.

3) Waktu memulai:

a) Suntikan pertama diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid.

b) Pada ibu yang tidak haid, suntikan pertama diberikan setiap saat asal tidak hamil, namun selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan hubungan seksual.

c) Pada ibu pasca persalinan 6 bulan, menyusui dan belum haid, suntikan pertama diberikan setiap saat asal tidak hamil.

d) Pada ibu pascapersalinan > 6 bulan, menyusui dan sudah mendapat haid, suntikan pertama diberikan pada

siklus haid hari 1 - 7.

e) Pada ibu pasca persalinan 3 minggu dan tidak menyusui, suntikan pertama dapat segera diberikan.

f) Pada ibu pascakeguguran suntikan dapat segera diberikan atau dalam waktu 7 hari.

4) Keuntungan : Tidak diperlukan pemeriksaan dalam dan tidak perlu menyimpan obat suntik.

5) Keterbatasan : Harus kembali setiap 30 hari ke tenaga kesehatan, kemungkinan keterlambatan pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.

f. Kontrasepsi progestin : Pil, Suntik dan Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

Pil Progestin

1) Profil

a) Metode kontrasepsi dengan menggunakan progestin, yaitu bahan tiruan dari progesteron.

b) Ada 2 jenis kemasan pil progestin, yakni:

(1) Kemasan 28 pil berisi 75 µg norgestrel

(2) Kemasan 35 pil berisi 300 µg levonorgestrel atau 350 µg norethindrone.

2) Cara kerja : Mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks, menjadikan selaput lendir rahim tipis, atrofi, dan

menghambat transportasi gamet oleh tuba.

3) Waktu memulai:

- a) Hari 1-5 siklus haid.
- b) Bila diatas hari ke-5 atau tidak haid, dapat digunakan tiap saat asal tidak hamil dan tidak menggunakan kontrasepsi lain untuk waktu 2 hari.
- c) Pada ibu menyusui 6 minggu-6 bulan pasca persalinan, tidak haid, dapat dimulai setiap saat.
- d) Pada ibu menyusui 6 minggu-6 bulan pasca persalinan, dan sudah dapat haid, dapat dimulai pada hari 1-5 siklus haid.
- e) Pada ibu pasca keguguran dapat segera diberikan.

4) Keuntungan : Tidak mempengaruhi produksi ASI, dapat segera dipakai, mudah dan nyaman digunakan, dan dapat dihentikan sendiri penggunaannya.

5) Keterbatasan : Harus digunakan setiap hari dalam waktu yang sama, bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar.

Suntik Progestin

1) Profil

- a) Metode kontrasepsi dengan menggunakan progestin
- b) Tersedia dalam 2 jenis kemasan, yakni:

(1) Depo medroksiprogesteron asetat mengandung 150

mg DMPA, diberikan 3 bulan sekali secara IM;

(2) Depo noretisteron enantat mengandung 200 mg
noretindron enantat, diberikan 2 bulan sekali
secara IM

2) Waktu memulai:

a) Suntikan pertama diberikan dalam waktu 7 hari siklus
haid.

b) Pada ibu yang tidak haid, suntikan pertama
diberikan setiap saat asal ibu tidak hamil, namun
selama 7 hari setelah suntikan tidak boleh melakukan
hubungan seksual.

c) Pada ibu menyusui: setelah 6 minggu pasca persalinan,
sementara pada ibu tidak menyusui dapat
menggunakan segera setelah persalinan.

3) Cara kerja: Mencegah ovulasi, mengentalkan lendir
serviks dan menghambat transportasi gamet oleh tuba.

4) Keuntungan: Tidak menekan produksi ASI, dapat
digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun-perimenopause.

5) Keterbatasan: Klien harus disuntik ulang, tidak dapat
dihentikan sewaktu-waktu, kesuburan kembali lambat
setelah berhenti dipakai, rata-rata 4 bulan.

Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

1) Profil

a) AKBK mengandung progestin dibungkus dalam kapsul silastik silikon polidimetri.

b) Ada 3 jenis yang tersedia:

(1) Norplant, terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, diameter 2,4 mm yang diisi dengan 36 mg levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun;

(2) Implanon, terdiri dari satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm, diameter 2mm yang diisi dengan 68 mg 3 keto desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun;

(3) Jadelle dan Indoplant, terdiri dari dua batang berisi 75 mg

(4) Levonorgestrel dengan lama kerjanya 3 tahun.

c) Waktu memulai:

(1) Setiap saat selama siklus haid

(2) Setiap saat di luar siklus haid asal diyakini tidak hamil, namun tidak melakukan hubungan seksual dulu atau menggunakan kontrasepsi lain selama 7 hari.

- d) Cara kerja : Lendir serviks menjadi kental, mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi; mengurangi transportasi sperma; menekan ovulasi.
- e) Keuntungan : Perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun), pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, tidak mengganggu ASI
- f) Keterbatasan : Membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan, tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi, melainkan harus pergi ke faskes untuk tindakan pencabutan
- g. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)
 - 1) Profil : Suatu alat kontrasepsi yang terbuat dari plastik fleksibel, dipasang dalam rahim dengan menjepit kedua saluran yang menghasilkan indung telur sehingga tidak terjadi pembuahan.
 - 2) Waktu memulai:
 - a) Setiap waktu dalam siklus haid (klien pasti tidak hamil)
 - b) Pascaabortus: segera atau dalam waktu 7 hari
 - c) Pasca persalinan:

(1) Dalam 10 menit setelah plasenta lahir (insersi dini pascaplasenta).

(2) Sampai 48 jam pertama setelah melahirkan (insersi segera pasca persalinan).

(3) Pada 4 minggu setelah melahirkan (perpanjangan interval pasca persalinan).

d) Pada waktu operasi sesarea (trans secarea)

3) Pasca sanggama yang tidak terlindungi: 1-5 hari (kontrasepsi darurat) Terkait dengan jenis kontrasepsi ini termasuk dalam metode ontrasepsi jangka panjang (MKJP) dan waktu pemberiannya yang dapat segera mungkin setelah persalinan, maka pemilihan metode ini sangat efektif dan efisien dimana ibu pasca bersalin pulang ke rumah sudah langsung terlindungi dengan kontrasepsi dengan Couple Years Protection (CYP) yang panjang.

4) Cara kerja : Mencegah terjadinya fertilisasi, dimana tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril, toksik buat sperma sehingga tidak mampu untuk fertilisasi.

5) Keuntungan : Efektivitas tinggi, efektif segera setelah pemasangan, metode jangka panjang, tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI, dapat dipasang segera setelah melahirkan, dapat digunakan sampai menopause.

- 6) Keterbatasan : Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS, diperlukan prosedur medis, klien tidak dapat melepas AKDR sendiri.

h. Kontrasepsi Mantap

Metode Operasi Wanita (MOW)

- 1) Profil: Merupakan metode kontrasepsi mantap yang bersifat sukarela bagi seorang wanita bila tidak ingin hamil lagi.
- 2) Cara kerja: Mengoklusi tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.
- 3) Waktu menggunakan: Dapat dilakukan segera setelah persalinan atau setelah operasi sesar, sementara untuk non-operasi sesar, idealnya dilakukan dalam 48 jam pasca persalinan dengan minilaparotomi.
- 4) Keuntungan: Efektivitasnya tinggi, tidak mempengaruhi proses menyusui, tidak bergantung pada faktor senggama.
- 5) Keterbatasan: Tidak dapat dipulihkan kembali kecuali dengan operasi rekanalisasi, rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek, harus dilakukan oleh dokter yang terlatih.

Metode Operasi Pria (MOP)

1) Profil

a) Merupakan prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria.

b) Ada 2 jenis vasektomi yaitu:

(1) Insisi

(2) Vasektomi Tanpa Pisau (VTP).

2) Cara kerja : Mengoklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi.

3) Waktu pemberian : Bisa dilakukan kapan saja

4) Keuntungan : Efektivitasnya yang tinggi, sangat aman, morbiditas dan mortalitas jarang, tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi.

5) Keterbatasan : tidak efektif segera (WHO menyarankan kontrasepsi tambahan selama 3 bulan setelah prosedur, kurang lebih 20 kali ejakulasi), komplikasi minor seperti infeksi, perdarahan, nyeri pasca operasi. Untuk mengurangi perdarahan dan nyeri digunakan teknik pisau.

(BKKBN, 2010) .

B. Standar Asuhan Kebidanan

Berdasarkan Permenkes No. 938/Menkes/SK/VIII/2017

1. Standar I : Pengkajian

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien meliputi :

- a. Data tepat, akurat dan lengkap
- b. Terdiri dari data subyektif (Hasil anamnesa : biodata, keluhan, riwayat obstetri, riwayat kesehatan, dan latar belakang sosial budaya)
- c. Data Obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang)

2. Standar II : Perumusan Diagnosa atau Masalah Kebidanan

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegaskan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat meliputi :

- a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur Kebidanan
- b. Masalah dirumuskan dengan kondisi klien
- c. Dapat diselesaikan dengan Asuhan Kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

3. Standar III : Perencanaan

Bidan Merencanakan asuhan Kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakan.

Meliputi :

- a. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komperhensif.
 - b. Melibatkan klien/ pasien dan atau keluarga
 - c. Mempertimbangkan Kondisi psikolog, sosial budaya klien/keluarga.
 - d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
 - e. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.
4. Standar IV : Implementasi

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehesif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Meliputi :

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-spiritual-kultural
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent)

- c. Melaksanakan tindakan asuhan kebidanan berdasarkan evidence based
 - d. Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
 - e. Menjaga privacy klien/pasien
 - f. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
 - g. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
 - h. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
 - i. Melakukan tindakan sesuai standar
 - j. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.
5. Standar V : Evaluasi

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi pasien.

Meliputi :

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi pasien.
 - b. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan atau keluarga
 - c. Evaluasi dilakukan sesuai standar tindak lanjut
 - d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien
6. Standar VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, lengkap dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Meliputi :

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam Medis/KMS, Status pasien/buku KIA)
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
- c. S adalah data Subyektif, mencatat hasil anamnesa
- d. O adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
- e. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- f. P adalah penatalaksanaan , mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komperhensif, penyuluhan, kolaborasi, evaluasi/follow up, dan rujukan.

C. Aspek Hukum

1. Landasan Hukum Kewenangan Bidan

Berdasarkan PERMENKESRI28/MENKES/PER/V/2017 tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktek Bidanan

a) Kewenangan

Pasal 18 Dalam penyelenggaraan Praktek Kebidanan, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan :

(1)Pelayanan kesehatan ibu

(2) Pelayanan kesehatan anak, dan

(3) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Pasal 19

(1) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf a di berikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.

(2) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana yang dimaksud pada ayat

(1) meliputi pelayanan :

(a) Konseling pada masa sebelum hamil;

(b) Antenatal pada kehamilan normal;

(c) Persalinan normal;

(d) Ibu nifas normal;

(e) Ibu menyusui; dan

(f) Konseling pada masa antara dua kehamilan

(3) Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana

dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan :

(a) Episiotomi;

(b) Pertolongan persalinan normal;

(c) Penjahitan luka jala lahir tingkat 1 dan 2;

(d) Penanganan kegawatdaruratan dengan rujukan

- (e) Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil
- (f) Pemberian Vitamin A dosis tinggi pada ibu Nifas
- (g) Bimbingan IMD dan promosi ASI eksklusif
- (h) Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala 3 dan Postpartum
- (i) Penyuluhan dan konseling
- (j) Bimbingan pada kelompok ibu hamil
- (k) Pemberian surat keterangan hamil dan kelahiran

2. Standar kompetensi Bidan

Ditatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia
Nomor : 369/MENKES/SK/III/2007

- (a) Kompetensi ke 1 Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan ketrampilan dan ilmu ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etika yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, wanita, bayi baru lahir dan keluarga
- (b) 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

- (c) Kompetensi ke 3 Bidan memberikan asuhan Antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama Kehamilan meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.
- (d) 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.
- (e) Kompetensi ke 5 Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.
- (f) Kompetensi ke 6 Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, *komperhensif* pada bayi dan balita sehat (1 bulan- 5 bulan).
- (g) Kompetensi ke 7 Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, *komperhensif* pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.
- (i) Kompetensi ke 9 melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita atau ibu dengan gangguan sistem reproduksi.