

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. KEHAMILAN

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan adalah bertemunya sel spermatozoa dan ovum yang akan dilanjutkan dengan proses nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi sampai dengan lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu (10 bulan atau 9 bulan) menurut kalender internasional. Kehamilan dibagi dalam 3 trimester, dimana trimester kasatu berlangsung dalam 12 minggu (minggu ke-0 hingga minggu ke-12), trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga minggu ke-27), trimster ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga minggu ke-40) (Prawihardjo,2016).

Menurut (Manuaba, 2012) 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.

Jadi kehamilan merupakan proses yang normal, alamiah yang diawali dengan pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterin dan dimulai sejak konsepsi sampai persalinan. Lamanya kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan) dihitung dari hari pertama haid terakhir.

2. Perubahan Anatomi dan Fisiologis Kehamilan

Perubahan Anatomi dan adaptasi fisiologis pada kehamilan terdiri dari:

a) Perubahan pada payudara dan sistem reproduksi

1) Payudara (mammas)

Selama kehamilan payudara akan bertambah besar, tegang, dan berat. Dapat teraba nodul-nodul akibat hipertrofi kelenjar alveoli; bayangan vena lebih membiru. Hiperpigmentasi terjadi pada puting susu dan aerola payudara. Jika diperiksa akan keluar kolostrum (Mochtar, 2012).

2) Uterus

* Pada bulan-bulan pertama kehamilan, bentuk uterus seperti buah alpukat, pada kehamilan 4 bulan uterus berbentuk bulat dan pada akhir kehamilan seperti bujur telur. Uterus wanita yang tidak hamil kira-kira sebesar telur ayam, pada kehamilan 2 bulan sebesar telur bebek, dan pada kehamilan 3 bulan sebesar telur angsa. Pada minggu pertama, isthimus uterus mengadakan hipertrofi dan bertambah panjang sehingga jika diraba terasa lebih lunak (tanda hegar). Pada kehamilan 5 bulan, uterus teraba seperti berisi cairan ketuban, dinding rahim teraba tipis, oleh karena itu bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding

uterus. Berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (Mochtar, 2012).

Tabel 2.1 Pembesaran uterus pada tinggi fundus uteri

Tinggi fundus uteri kehamilan	Umur
1/3 diatas simfisis atau 3 jari diatas simfisis	12 minggu
1/2 simfisis-pusat	16 minggu
2/3 diatas simfisis atau 3 jari dibawah pusat	20 minggu
Setinggi pusat	24 minggu
1/3 diatas pusat atau 3 jari diatas pusat	28 minggu
1/2 pusat-procesus xipoides	32 minggu
Setinggi procesus xipoides	36 minggu

3) Ovarium

(a) Ovulasi terhenti

(b) Masih terdapat korpus luteum graviditas sampai terbentuknya uri yang mengambil alih pengeluaran estrogen dan progesteron.

4) Vagina dan vulva

Karena pengaruh ekstrogen, terjadi perubahan pada vagina dan vulva. Akibatnya hipervaskularisasi pada vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan.

5) Dinding perut (*Abdominal wall*)

Pembesaran dinding rahim menimbulkan peregangan dan menyebabkan robeknya serabut elastik di bawah kulit sehingga timbul striae gravidarum. Jika terjadi peregangan yang hebat misalnya pada hidramnion dan kehamilan ganda, dapat terjadi dilatasi rekti, bahkan hernia. Kulit

perut pada linea alba bertambah pigmentasinya dan disebut linea nigra.

b) Perubahan pada organ dan sistem reproduksi lainnya

(1) Sistem kardiovaskuler

Adaptasi kardiovaskuler melindungi fungsi fisiologis normal wanita, dan menyediakan perkembangan dan pertumbuhan janin.

(2) Sistem pernafasan

Terjadinya sesak nafas pada wanita hamil disebabkan karena usus yang tertekan kearah diafragma akibat pembesaran uterus.

(3) Saluran pencernaan

Salivasi meningkat pada trimester pertama, yang akan menimbulkan mual dan muntah. Tonus otot-otot pencernaan melemah sehingga motilitas dan makanan akan lebih lama dalam saluran pencernaan. Resorpsi baik namun akan terjadi obstipasi.

(4) Tulang dan gigi

Apabila pemberian makanan tidak dapat memenuhi kebutuhan kalsium janin, maka kalsium pada tulang ibu akan diambil untuk memenuhi kebutuhan kalsium janin. Apabila asupan kalsium cukup maka gigi tidak akan kekurangan kalsium.

(5) Kulit

Kulit akan terjadi hiperpigmentasi yaitu pada muka, payudara, perut dan vulva.

(6) Kelenjar endrokin

(a) Kelenjar tiroid: dapat membesar sedikit.

(b) Kelenjar hipofisis: dapat membesar terutama lobus anterior.

(c) Kelenjar adrenal: tidak begitu terpengaruh (Mochtar, 2012).

c) Perubahan Metabolik

Sebagian besar penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg.

Tabel 2.2 Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan Berdasarkan Indeks Massa Tubuh.

Kategori	IMT	Penambahan (kg)
Rendah	< 19,8	12,5 – 18
Normal	19,8 - 26	11,5 – 16
Tinggi	26 - 29	7 – 11,5
Obesitas	>29	≥7
Gemeli		16 – 20,5

Sumber: Ilmu Kebidanan SarwonoPrawirohardjo. 2016

3. Tanda-tanda Kehamilan

Menurut (Mochtar, 2012) tanda-tanda kehamilan dibagi menjadi 3 yaitu:

a) Tanda-tanda presumtif

(1) Amenorea (tidak mendapat haid)

Wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir (HPHT) supaya dapat ditaksir untuk kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP), yang dihitung dengan menggunakan rumus dari Neagle: $TTP = (\text{hari HT} + 7)$ dan $(\text{bulan HT} - 3)$ dan $(\text{tahun HT} + 1)$.

(2) Mual dan muntah (nausea and vomiting)

Biasanya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Apabila timbul mual dan muntah berlebihan karena kehamilan, disebut hiperemesis gravidarum. Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual dan muntah terutama pada pagi hari disebut *morning sickness*. Dalam batas yang fisiologis, keadaan ini dapat di batasi. Akibat mual muntah, nafsu makan berkurang.

(3) Mengidam (ingin makanan khusus).

Ibu hamil sering meminta makanan atau minuman tertentu terutama pada bulan-bulan triwulan pertama. Keinginan yang demikian disebut ngidam.

(4) *Syncope* atau pingsan

Jika berada pada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat, seorang wanita yang sedang hamil dapat pingsan. Terjadinya gangguan sirkulasi kedaerah kepala (sentral)

menyebabkan iskemia susunan syaraf pusat dan menimbulkan syncope atau pingsan keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.

(5) Payudara tegang

Membesar, tegang dan sedikit nyeri, disebabkan pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara, kelenjar montgomery terlihat lebih membesar. Ujung syaraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

(6) Sering miksi atau Buang Air Kecil (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.

(7) Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus, menyebabkan kesulitan untuk Buang Air Besar (BAB).

(8) Pigmentasi kulit

keluarnya Melanophone Stimulating Hormone (MSH) hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi kulit di sekitar pipi (kloasma gravidarum), pada dinding perut (strie livid, strie albikan linea alba dan linea nigra) oleh pengaruh

hormon kortikosteroid plasenta, dijumpai di muka (*chloasma gravidarum*), aerola payudara, leher, dan dinding perut (*linea nigra*).

b) Tanda-tanda kemungkinan hamil

- (1) Perut membesar
- (2) Uterus membesar : terjadi perubahan dalam bentuk, besar dan konsistensi Rahim
- (3) Tanda *Hegar*: ditemukannya serviks dan isthmus uteri yang lunak pada pemeriksaan bimanual saat usia kehamilan 4 sampai 6 minggu.
- (4) Tanda *Chadwick*: perubahan warna menjadi kebiruan yang terlihat di porsio, vagina dan labia. Tanda tersebut timbul akibat pelebaran vena karena peningkatan kadar estrogen.

c) 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 stetoskop-monoaural Laennec,
 - (2) Dicatat dan didengar dengan alat Doppler,
 - (3) Dicatat dengan fetoelektrokardiogram,
 - (4) Dilihat pada ultrasonografi
- (c) Terlihat tulang-tulang janin dalam foto rontgen (Mochtar, 2012).

4. Perubahan psikologis dalam kehamilan

Semua emosi yang dirasakan oleh wanita hamil cukup labil dan kerap berubah lebih cepat mengenai kehidupan. Dapat menjadi sangat sensitif dan cenderung bereaksi berlebihan, merasa sangat takut akan kematian baik pada dirinya sendiri dan pada bayinya, tidak dapat mengendalikan dirinya sendiri dan cenderung menuntut (Varney, 2007).

Trimester pertama adalah waktu dimana terjadi penurunan libido tapi tidak menentukan bahwa wanita hamil trimester pertama tidak ada hasrat hubungan seksual (Varney, 2007).

Trimester kedua dikenal sebagai periode kesehatan yang baik, merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan. Lebih banyak bersosialisasi dengan wanita hamil lainnya, sudah dapat menerima kehamilan, mempersiapkan peran baru. Mengalami kemajuan untuk berhubungan seksual. Hilang rasa menuntut kasih sayang namun mencari kasih sayang dari orang terdekatnya (Varney, 2007).

Trimester ketiga disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Wanita mulai menyadari bayi sebagai makhluk terpisah sehingga ia tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Fokusnya hanya tentang kelahiran dan bayinya dengan rasa waspada. Merasakan ketidaknyamanan fisik (Varney, 2007).

5. Komplikasi dalam Kehamilan

1) Hiperemesis Gravidarum (HEG)

Hiperemesis gravidarum adalah kondisi *morning sickness* yang ekstrem pada masa kehamilan dan ditandai dengan mual dan muntah yang parah. Kondisi ini menyebabkan dehidrasi, gangguan elektrolit dan keton dalam darah, serta penurunan berat badan yang signifikan.

2) Abortus (keguguran)

Keguguran merupakan kondisi di mana janin tidak berkembang pada 20 minggu pertama usia kehamilan. Kebanyakan keguguran pada trimester pertama diyakini terjadi karena kondisi kromosom abnormal pada sel telur yang telah dibuahi sehingga embrio tidak bisa berkembang.

3) Mola hidatidosa

Mola hidatidosa (atau hamil anggur) adalah kehamilan abnormal berupa tumor jinak yang terbentuk akibat kegagalan pembentukan janin. Bakal janin tersebut dikenal dengan istilah mola hidatidosa. Istilah hamil anggur digunakan karena bentuk bakal janin tersebut mirip dengan gerombolan buah anggur.

4) Kehamilan ektopik terganggu (KET)

Kehamilan ektopik adalah keadaan hamil dengan hasil pembuahan melekat pada jaringan selain rongga rahim. Hasil pembuahan dapat melekat di ovarium, tuba falopi, rongga perut, dan lain-lain.

5) Plasenta previa

Plasenta previa adalah komplikasi umum pada kehamilan yang berisiko tinggi, di mana plasenta melekat dekat atau menutupi leher rahim (pembukaan rahim).

Kondisi dapat mengakibatkan pendarahan yang berlebihan atau perdarahan di bagian bawah rahim atau area plasenta yang menutupi leher rahim. Faktor risiko lain yang terlibat adalah abnormal implantasi dari plasenta, memperlambat pertumbuhan janin, kelahiran prematur, cacat lahir dan infeksi selama kehamilan.

6) Solusio plasenta

Solusio plasenta adalah pelepasan plasenta dari tempat implantasi normalnya di rahim sebelum kelahiran dan merupakan salah satu penyebab perdarahan ibu hamil pada trimester ketiga yang terkait dengan kematian ibu dan janin.

7) Hipertensi dalam kehamilan

Suatu bentuk tekanan darah tinggi selama kehamilan yang lebih sering terjadi pada wanita muda dengan kehamilan pertama, kehamilan kembar, atau pada seorang wanita yang menderita masalah kesehatan lainnya seperti diabetes, hipertensi kronis, dan lainnya.

Dalam kondisi ekstrim, seorang wanita dapat menderita eklampsia (bentuk yang parah akibat kehamilan hipertensi) yang

terjadi di akhir kehamilan dan dapat menyebabkan kejang pada ibu hamil (DepKes RI,2013).

8) Anemia

Anemia yang tidak ditangani bisa menyebabkan berat bayi lahir rendah, kelahiran premature, hingga cacat lahir. Nilai normal Hb ibu hamil lebih rendah dari wanita dewasa yang sedang tidak hamil. Berikut ini adalah nilai Hb pada ibu hamil:

- a. ≥ 11 : normal
- b. 10- 10,9 : anemia ringan
- c. 7- 9,9 : anemia sedang
- d. <7 : anemia berat

6. Antenatal Care

Asuhan antenatal atau antenatal care adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetric untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo,2016). Menurut (Mochtar, 2012) tujuan pemeriksaan dan pengawasan ibu hamil yaitu:

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

- 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) Menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan anak, dan
- d) Memberikan nasihat-nasihat tentang cara hidup sehari-hari dan keluarga berencana, kehamilan, persalinan, nifas, dan laktasi.

Bila kehamilan termasuk resiko tinggi perhatian dan jadwal kunjungan harus lebih ketat. Namun, bila kehamilan normal, jadwal asuhan cukup 4 kali. Dalam bahas program kesehatan ibu dan anak, kunjungan antenatal diberi kode angka K yang merupakan singkatan dari kunjungan. Pemeriksaan antenatal yang lengkap adalah K1, K2, K3, dan K4. Hal ini berarti, minimal dilakukan sekali saat kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28 minggu, sekali kunjungan antenatal selama kehamilan 28-36 minggu dan sebanyak dua kali kunjungan antenatal pada usia kehamilan diatas 36 minggu (Prawirohardjo, 2016).

Tabel 2.3 Jadwal kunjungan antenatal care

Kunjungan ke-	Umur kehamilan	Tujuan
I	16 Minggu	1 Penapisan dan pengobatan anemia 2 Perencanaan persalinan 3 Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan penanganannya

II dan III	24-28 minggu dan 32 minggu	1 Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan penanganannya 2 Penapisan preeklamsia, gemelli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan 3 Mengulang perencanaan persalinan
IV	36 minggu sampai lahir	1 kegiatan yang dilakukan sama dengan kunjungan II dan III 2 mengenali adanya kelainan letak dan presentasi 3 memantapkan rencana persalinan 4 mengenali tanda-tanda persalinan

Sumber :Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, 2010.

Dalam melaksanakan pelayanan antenatal care ada 10 standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau, tenaga kesehatan. Yang dikenal dengan 10T, pelayanan atau asuhan standar minimal 10T adalah sebagai berikut (Sulistiyawati, 2012):

1. Timbang berat badan dan ukuran tinggi badan
2. Pemeriksaan tekanan darah
3. Nilai status gizi (nilai lengan atas)
4. Pemeriksaan puncak Rahim (tinggi fundus uteri)
5. Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
6. Skrining status imunisasi tetanus dan diberikan imunisasi tetanus toksoid (TT)
7. Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
8. Tes laboratorium (rutin dan khusus)
9. Tata laksana kasus

10. Temu wicara (konseling) termasuk perencanaan persalinan, pencegahan, komplikasi (P4K) serta KB pasca persalinan.

Tabel 2.4 Jadwal Pemberian Imunisasi TT

Antigen	Interval	Lama Perlindungan	% perlindungan
TT1	Pada kunjungan antenatal pertama	-	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 tahun	80
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun	95
TT4	1 tahun setelah TT3	10 tahun	99
TT5	1 tahun setelah TT4	25 tahun/seumur hidup	99

Sumber: *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, 2010.*

B. PERSALINAN

1. Definisi persalinan

Menurut varney persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, dan diakhiri dengan pelahiran plasenta.

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

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 2012).

Dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu.

2. Etiologi persalinan

Sebab-sebab yang menimbulkan persalinan yaitu:

a) Teori penurunan hormon

1-2 minggu sebelum partus, mulai terjadi penurunan hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim. Karena itu, akan terjadi kejang pembuluh darah yang menimbulkan his jika kadar progesteron turun.

b) Teori plasenta menjadi tua

Penuaan plasenta akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga terjadi kekejangan pembuluh darah. Hal tersebut akan menimbulkan kontraksi rahim.

c) Teori distensi rahim

Rahim menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero plasenta.

d) Teori iritasi mekanik

Dibelakang serviks, terletak ganglion servikale(pleksus frankenhauser). Apabila ganglion tersebut digeser dan ditekan misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.

e) Induksi partus

Partus dapat pula ditimbulkan dengan:

- (1) Gagang laminaria: beberapa laminaria dimasukan kedalam kanalis servisis dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser
- (2) Amniotomi: pemecahan ketuban
- (3) Tetesan oksitosin: pemberian oksitosin melalui tetesan per infus (Mochtar, 2011).

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

Menurut (Rustam Mochtar, 2011) faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan adalah:

a) Kekuatan mendorong janin keluar (power)

- (1) His (kontraksi uterus)
- (2) Kontraksi otot-otot dinding perut
- (3) Kontraksi diafragma

b) Faktor jalan lahir (Passage)

Faktor jalan lahir di bagi atas:

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

c) Faktor janin (Passenger)

Faktor janin di bagi ata:

- (1) Kepala janin

Bagian yang paling besar dan keras pada janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalannya persalinan.

(2) Postur janin dalam rahim

Postur janin sangat mempengaruhi dalam proses persalinan diantaranya:

- (a) Sikap yaitu menunjukkan hubungan bagian – bagian janin dengan sumbu janin, biasanya terhadap tulang punggungnya. Janin umumnya berada dalam sikap fleksi, yaitu kepala, tulang punggung, dan kaki dalam keadaan fleksi, serta lengan bersilang di dada.
- (b) Letak janin adalah bagaimana posisi sumbu janin terhadap sumbu ibu. Sebagai contoh, pada letak lintang, sumbu janin tegak lurus terhadap sumbu ibu; dan pada letak membujur, sumbu janin sejajar dengan sumbu ibu. Pada letak membujur, terdapat dua kemungkinan, yaitu bagian terbawah janin adalah kepala, atau mungkin juga letak sungsang.
- (c) Presentasi digunakan untuk menentukan bagian janin yang terdapat di bagian bawah rahim.
- (d) Posisi merupakan indikator untuk menyatakan arah bagian terbawah janin: apakah sebelah kanan, kiri, depan, atau belakang terhadap sumbu ibu (maternal-

pelvis). Misalnya Letak Belakang Kepala (LBK), Ubun -
ubun Kecil (UUK) kiri depan, uuk kanan belakang.

4. Tanda-tanda persalinan

a) Tanda-tanda permulaan persalinan yaitu:

(1) Lightening atau settling atau dropping yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul, terutama pada primigravida. Pada multipara hal tersebut tidak begitu jelas.

(2) Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.

(3) Sering buang air kecil atau sulit berkemih (polakisuria) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah 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, dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah (*bloody show*) (Mochtar, 2012).

b) Tanda-tanda inpartu

(1) Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur.

(2) Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks

(3) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.

(4) Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan (Mochtar, 2012).

5. Mekanisme persalinan

Terdapat tiga faktor penting dalam persalinan yaitu kekuatan kekuatan yang ada pada ibu seperti kekuatan his dan kekuatan mengejan, keadaan jalan lahir, dan janinnya sendiri.

Masuknya kepala melintasi pintu atas panggul dapat dalam keadaan sinklintismus, ialah bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atas panggul. Akibat sumbu kepala janin yang eksentrik atau tidak simetris, dengan sumbu lebih mendekati suboksiput, maka tahanan jaringan di bawahnya terhadap kepala yang akan menurun, menyebabkan kepala mengadakan fleksi di dalam rongga panggul. Kepala yang sedang turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas kebawah depan. Akibat kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin disebabkan oleh his yang berulang-ulang, maka kepala mengadakan rotasi yang disebut putaran paksi dalam.dengan suboksiput sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan. Pada setiap his vulva lebih membuka dan kepala janin semakin terlihat.perinium menjadi semakin lebar dan tipis, anus membuka dinding rektum. Dengan kekuatan his bersama dengan kekuatan mengejan, berturut-turut tampak bregma, dahi, muka, dan akhirnya dagu terlahir. Setelah kepala lahir maka kepala melakukan rotasi yang disebut putaran paksi

luar untuk menyesuaikan kedudukan kepala dan punggung bayi (Prawirohardjo, 2016).

6. Asuhan kebidanan pada ibu bersalin normal

Asuhan kebidanan pada ibu bersalin normal (Prawirohardjo, 2010)

a) Kala I

- (1) Pemeriksaan detak denyut jantung janin
- (2) Pemeriksaan kontraksi uterus
- (3) Pemeriksaan nadi
- (4) Pemeriksaan dalam
- (5) Pemeriksaan penurunan terbawah janin
- (6) Pemeriksaan tekanan darah dan temperatur tubuh

b) Kala II sampai kala IV

Melihat tanda gejala kala dua

- (1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua
 - (a) Ibu mempunyai keinginan unruk meneran.
 - (b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum atau vaginanya
 - (c) Perineum menonjol
 - (d) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka

Menyiapkan Pertolongan persalinan

1. Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap di gunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan

menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

2. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
3. Melepaskan semua perhiasan yang di pakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai atau pribadi yang bersih.
4. Memakai satu sarung tangan dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
5. Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik(dengan memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/ wadah desinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik.

Memastikan pembukaan lengkap dengan janin baik

1. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati
2. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan servik sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
3. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%

4. Memeriksa DJJ setelah kontraksi berakhir.

Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran

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

2. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran.

3. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.

Persiapan pertolongan kelahiran bayi

1. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.

2. Meletakkan kain yang bersih di lipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu .

3. Membuka partus set.

4. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

Menolong kelahiran bayi

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

1. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kassa yang bersih.
2. Memeriksa lilitan tali pusat.
3. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
4. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi (biparietal). Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus p (Prawirohardjo, Ilmu Kebidanan, 2009) ubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
5. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut.
6. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas dan punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir.

Penanganan bayi baru lahir

1. Menilai bayi dengan cepat

2. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu- bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin/IM
3. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3cm dari pusat bayi.
4. Memegang tali pusat dengan satu tangan dan memotongna.
5. Mengeringkan bayikani, mengganti handuk yangng basah dan menyelimuti bayi dengan slimut yang bersih dan kering.
6. Memberikan bayi kepada ibunya untuk memulai pemberian ASI.

Oksitosin

1. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melaukan palpasi abdomen untuk mengecek untuk memungkinkan adanya bayi yang kedua.
2. Memberitahu pada ibu bahwa ia akan di suntik.
3. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit/IM.

Penegangan tali pusat terkendali

1. Memindahkan klem pada tali pusat.
2. Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

3. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut.

Mengeluarkan plasenta

1. Setelah plasenta lepas lakukan PTT
2. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang kedua plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta sehingga selaput ketuban terpinil.

Pemijatan uterus

1. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus.

Menilai perdarahan

1. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh.
2. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum.

Melakukan prosedur pascapersalinan

1. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
2. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%.

3. Menempatkan klem tali pusat di desinveksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali desinveksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1cm dari pusat.
4. Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
5. Melepaskan klem bedah dan meletakkanya kedalam larutan klorin 0,5%.
6. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya.
7. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
8. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam:
 9. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan.
 10. Setiap 15 menit pada 1jam pertama pascapersalinan.
 11. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan
 12. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan peralatan yang sesuai untuk panatalaksanaan atonia uteri.
 13. Jika ditemukan laserasi yang memerlukan jahitan, lakukan penjahitan dengan anastesi lokal.
 14. Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
 15. Mengevaluasi kehilangan darah.
 16. Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit

selama jam kedua pascapersalinan. Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan

Kebersihan dan keamanan

1. Menempatkan semua peralatan didalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi(10 menit).
2. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi kedalam tempat sampah yang sesuai.
3. Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
4. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI.
5. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
6. Mencelupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%.
7. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

1. Melengkapi partograf (Prawirohardjo, 2009).

7. Partograf

a. Pengertian

Beberapa pengertian dari partograf adalah sebagai berikut:

- 1) Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (JNPK-KR, 2008).
- 2) Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan (Prawirohrdjo, 2009).

b. Tujuan

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam.
- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian dapat pula mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
- 3) Data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimanajemen semuanya itu dicatatkan secara rinci pada status atau rekam medik ibu bersalin dan bayi baru lahir (JNPK-KR, 2008).

c. Gambar Partograf

Gambar 2.1: Gambar partograf

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu/Bapak : _____/_____ Umur : ____/____ G... P... A... Hamil minggu
 RS/Puskesmas/RB Masuk Tanggal : _____ Pukul : _____ WIB
 Ketuban Pecah sejak pukul _____ WIB Mules sejak pukul _____ WIB Alamat :

Denyut Jantung Janin (x/menit)	
air ketuban penyusupan	
Kontraksi tiap 10 menit <input type="checkbox"/> < 20 <input type="checkbox"/> 20-40 <input type="checkbox"/> > 40 (detik)	
Oksitosin U/I tetes/menit	
Obat dan cairan IV	
Tekanan darah	
Temperatur °C	
Urine <input type="checkbox"/> Protein <input type="checkbox"/> Aseton <input type="checkbox"/> Volume	

Penolong

Makan terakhir : Pukul Jenis : Porsi :
 Minum terakhir : Pukul Jenis : Porsi :
 (.....)

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
 Ya, Indikasi
14. Pendamping pada saat persalinan
 Suami Teman Tidak ada
 Keluarga Dukun
15. Gawat Janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
16. Distosia bahu :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III :menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 Ya,
 Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1							
2							

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
 Ya.
 Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
27. Laserasi :
 Ya, dimana
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
 Ya, tindakan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badangram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang taktil
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan :
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang taktil menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan
39. Cacat bawaan, sebutkan :
 Hipotermi, tindakan :
 a.
 b.
 c.
39. Pemberian ASI
 Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

C. NIFAS

1. Pengertian masa nifas

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

2. Tahapan masa nifas

Tahapan masa nifas yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut:

- a) Periode immediate postpartum
- b) Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Bidan melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah dan suhu.
- c) Periode early postpartum (24 jam-1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahanlochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

- d) Periode late postpartum (1 minggu- 5 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

3. Perubahan anatomi fisiologis masa nifas

a) Vagina dan Ostium Vagina

Pada masa awal masa nifas, vagina dan ostiumnya membentuk saluran yang ber dinding halus dan lebar yang ukurannya berkurang secara perlahan namun jarang kembali ke ukuran saat nulipara (William, 2012).

b) Uterus

Uterus secara berangsur – angsur menjadi kecil (berinvolusi) hingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil (Mochtar, 2012).

c) Bekas Implantasi Uri

Placental bed mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. Sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu keenam 2,4 cm, dan akhirnya pulih.

Tabel 2.5 Tinggi fundus uteri dan berat uterus menurut masa involusi

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 di atas sympisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar Normal	30 gram

Sumber : buku sinopsis *Obstetri 2012*

d) Luka-luka

Pada jalan Lahir jika tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6- 7 hari.

e) Rasa nyeri

Yang disebut *after pains*, (merian atau mulas – mulas) disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2 – 4 hari pasca persalinan. Perlu diberikan pengertian pada ibu mengenai hal tersebut dan jika terlalu mengganggu, dapat di berikan obat – obat anti nyeri dan anti mulas.

f) Lochea

Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

(1)Lochea rubra (*cruenta*): berisi darah segar dan sisa – sisa selaput ketuban, sel – sel desdua, vernic caseosa, Lanugo, dan mekonium, selama 2 hari pascapersalinan.

(2)Lochea sanguinolenta: berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir, hari ke 3 – 7 pascapersalinan.

(3)Lochea Serosa: berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7 – 14 pascapersalinan.

(4)Lochea alba: cairan putih, setelah 2 minggu.

(5)Lochea purulenta: terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

(6)Lokiostasis: Lokia tidak lancar keluaranya.

g) 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, dapat dilalui oleh 2-3 jari, dan setelah 7 hari, hanya dapat dilalui 1 jari.

h) Ligamen – ligamen. Ligamen, fasica, 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 kendur. Setelah melahirkan, wanita indonesia memiliki kebiasaan “berkusuk” atau “berurut”. Sewaktu dikusuk, tekanan intraabdominal bertambah tinggi. Karena ligamentum, fascia, dari jaringan penunjang menjadi kendur setelah melahirkan, jika dilakukan kusuk/urut, banyak wanita akan mengeluh “kandungannya turun” atau “terbalik”. Untuk memulihkan kembali, sebaiknya dengan latihan – latihan dan senam pascapersalinan. (Mochtar, 2011).

4. Adaptasi psikologis masa nifas

Fase-fase dalam masa nifas pasca persalinan menurut (Sulistyawati, 2009 :

- a. Taking in (hari ke 1-2 setelah melahirkan)
 - 1) Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain
 - 2) Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya
 - 3) Ibu akan mengulangi pengalaman-pengalaman waktu melahirkan

- 4) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal
- 5) Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi. Kurangnya nafsu makan menandakan proses pengembalian kondisi tubuh tidak berlangsung normal.

b. Taking hold (hari ke 2-4 setelah melahirkan)

- 1) Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya
- 2) Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAK dan daya tahan tubuh.
- 3) Ibu berusaha untuk menguasai ketrampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan dan mengganti popok.
- 4) Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan dan kritikan pribadi.
- 5) Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya.

c. Letting go

- 1) Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukungan dan perhatian keluarga.
- 2) Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan sosial.

3) Depresi postpartum sering terjadi pada masa ini.

5. Komplikasi masa nifas

a) Perdarahan Pasca Persalinan (PPP)

Definisi PPP adalah perdarahan yang melebihi 500 ml setelah bayi lahir. Berdasarkan saat terjadinya PPP dapat dibagi menjadi PPP primer, yang terjadi dalam 24 jam pertama dan biasanya disebabkan oleh atonia uteri, berbagai robekan jalan lahir dan sisa sebagian plasenta. Dalam kasus yang jarang, bisa karena inversio uteri. PPP sekunde yang terjadi setelah 24 jam persalinan, biasanya oleh karena sisa plasenta. Jumlah perdarahan yang diperkirakan terjadi sering hanya 50% dari jumlah darah yang hilang. Perdarahan yang aktif dan merembes terus dalam waktu lama saat melakukan prosedur tindakan juga bisa menyebabkan PPP. Oleh karena itu, perlu dilakukan pemeriksaan Hb dan hematokrit untuk memperkirakan jumlah perdarahan yang terjadi saat persalinan dibandingkan dengan keadaan persalinan (Prawirohardjo,dkk. 2010)

(1) Atonia uteri

Atonia uteri adalah keadaan lemahnya tonus/kontraksi rahim yang menyebabkan uterus tidak mampu menutup perdarahan terbuka dari tempat implantasi plasenta setelah bayi dan plasenta lahir. Faktor predisposisi atonia uteri yaitu regangan rahim berlebihan karena kehamilan gemeli,

polihidramnion, atau anak hidramnion, kelelahan karena persalinan lama atau persalinan kasep, kehamilan grande-multipara, ibu dengan keadaan umum yang jelek, anemis, atau menderita penyakit menahun, mioma uteri yang mengganggu kontraksi rahim, infeksi intrauterin (kariomnionitis), ada riwayat pernah atonia sebelumnya.

Penanganan Atonia uteri yaitu Masase fundus uteri dan merangsang puting susu, pemberian oksitosin melalui suntikan secara i.m, i.v, memberikan derivat prostaglandin $f_2\alpha$ (*carboprost tromethamine*) yang kadang memberikan efek samping berupa diare, hipertensi, mual muntah, febris, dan takikardia, pemberian misoprostol 800 – 1.000 μ g per – rektal, kompersi bimanual eksternal dan/atau internal. Bila semua tindakan itu gagal, maka dipersiapkan untuk dilakukan tindakan operasi laparatomi atau histerektomi.

(2) Robekan Jalan Lahir

Pada umumnya robekan jalan lahir terjadi pada persalinan dengan trauma. Pertolongan persalinan yang semakin manipulatif dan traumatik akan mrmudahkan robekan jalan lahir dan karena itu dihindarkan memimpin persalinan pada saat pembukaan serviks belum lengkap. Robekan jalan lahir biasanya akibat episiotomi, robekan spontan perineum, trauma forsep atau vakum ekstraksi, atau karena versi

ekstraksi. Oleh karena itu pada setiap persalinan hendaklah dilakukan inspeksi yang teliti untuk mencari kemungkinan robekan dengan cara melakukan inspeksi pada vulva, vagina, dan serviks dengan memakai spekulum untuk mencari sumber perdarahan dengan ciri warna darah yang merah segar dan pulsatif sesuai denyut nadi.

(3) Retensio plasenta

Bila plasenta tetap tertinggal dalam uterus setengah jam setelah anak lahir disebut sebagai retensio plasenta. Pada retensio plasenta, sepanjang plasenta belum terlepas, maka tidak akan menimbulkan perdarahan. Sebagian plasenta yang sudah lepas dapat menimbulkan perdarahan yang cukup banyak (perdarahan kala III) dan harus diantisipasi dengan segera melakukan *placenta manual*, meskipun kala uri belum lewat setengah jam.

(4) Inversi Uterus

Kegawatdaruratan pada kala III yang dapat menimbulkan perdarahan adalah terjadinya inversi uterus. Inversi uterus adalah keadaan dimana lapisan dalam uterus (endometrium) turun dan keluar lewat ostium uteri eksternum, yang dapat bersifat inkomplit sampai komplit. Faktor – faktor yang memungkinkan hal itu terjadi adalah adanya atonia uteri, serviks yang masih terbuka lebar, dan adanya kekuatan yang menarik

fundus ke bawah (misalnya karena plasenta akreta, inkreta dan prekreta, yang tali pusatnya ditarik keras dari bawah) atau ada tekanan pada fundus uteri dari atas (manuver Crade) atau tekanan intra abdominal yang keras dan tiba – tiba (misalnya batuk keras atau bersin).

(5) Perdarahan karena Gangguan Pembekuan Darah

Kausal PPP karena gangguan pembekuan darah baru dicurigai bila penyebab yang lain dapat disingkirkan apalagi disertai ada riwayat pernah mengalami hal yang sama pada persalinan sebelumnya. Akan ada tendensi mudah terjadi perdarahan setiap dilakukan penjahitan dan perdarahan akan merembes atau timbul hematoma pada bekas jahitan, suntikan, perdarahan dari gusi, rongga hidung, dan lain-lain. Pencegahannya yaitu persiapan sebelum hamil untuk memperbaiki keadaan umum dan mengatasi setiap penyakit kronis, anemia, dan lain – lain sehingga pada saat hamil dan persalinan pasien tersebut ada dalam keadaan optimal, mengenal faktor predisposisi PPP seperti multiparitas, anak besar, hamil kembar, Indramnion, bekas seksio, ada riwayat PPP sebelumnya dan kehamilan resiko tertinggi lainnya yang risikonya akan muncul saat persalinan, persalinan harus selesai dalam waktu 24 jam dan pencegahan partus lama, kehamilan resiko tinggi agar melahirkan di fasilitas rumah sakit rujukan,

kehamilan resiko rendah agar melahirkan di tenaga kesehatan terlatih dan menghindari persalinan dukun, menguasai langkah-langkah pertolongan pertama menghadapi PPP dan mengadakan rujukan sebagaimana mestinya.

6. Infeksi masa nifas

Infeksi pada dan melalui traktus genitalis setelah persalinan disebut infeksi nifas. Infeksi nifas merupakan morbiditas dan mortalitas bagi ibu pasca bersalin. Drajat komplikasi bervariasi sangat tajam, mulai dari mastitis hingga adanya koagulasi intravaskular diseminata. Beberapa faktor predisposisi masa nifas yaitu kurang gizi atau malnutrisi, anemia, higiene, kelelahan, proses persalinan yang bermasalah yaitu partus lama/macet, karioamnionitis, persalinan traumatik, kurang baiknya proses pencegahan infeksi, manipulasi yang berlebihan. Berikut macam – macam infeksi masa nifas (Prawirohardjo, 2009).

a) Metritis

Metritis adalah infeksi uterus setelah persalinan yang merupakan salah satu penyebab terbesar kematian ibu. Cara penanganannya yaitu berikan transfusi bila diperlukan, berikan antibiotika broadspektrum dalam dosis yang tinggi yaitu ampicilin 2 g IV, kemudian 1 g setiap 6 jam ditambah gentamisin 5 mg/kg berat badan IV dosis tunggal/hari dan metronidazol 500 mg IV setiap 8 jam. Lanjutkan antibiotika ini sampai ibu tidak panas

selama 24 jam, pertimbangkan pemberian antitetanus profilaksis, bila dicurigai adanya sisa plasenta lakukan pengeluaran (digital atau dengan kuret yang lebar).

- b) Bendungan payudara adalah peningkatan aliran vena dan limfe pada payudara dalam rangka mempersiapkan diri untuk laktasi. Cara menanganinya yaitu susukan sesering mungkin, kedua payudara disusukan, kompres hangat payudara sebelum disusukan, bantu dengan memijat payudara untuk permulaan menyusui, sangga payudara, kompres dingin pada payudara diantara waktu menyusui, bila diperlukan berikan paracetamol 500 mg per oral setiap 4 jam, lakukan evaluasi setelah 3 hari untuk mengevaluasi hasilnya.

- c) Infeksi payudara sesudah persalinan

Mastitis yaitu payudara tegang/indurasi dan kemerahan. Penanganannya dengan memberikan kloksilin 500 mg setiap 6 jam selama 10 hari. Bila diberikan sebelum terbentuk abses biasanya keluhan akan berkurang, sangga payudara, kompres dingin, bila diperlukan berikan paracetamol 500 mg per oral setiap 4 jam, ibu harus didorong menyusui bayainya walau ada pus, ikuti perkembangan 3 hari setelah pemberian pengobatan.

Abses payudara yaitu terdapat masa padat, mengeras di bawah kulit yang kemerahan.

- d) Infeksi luka perineal dan luka abdominal

Disebabkan oleh keadaan yang kurang bersih dan tindakan pencegahan infeksi yang kurang baik.

e) Tromboflebitis

Perluasan infeksi nifas yang paling ering ialah perluasan atau invasi mikroorganisme patogen yang mengikuti aliran darah di sepanjang vena dan cabang – cabangnya sehingga terjadi tromboflebitis.

f) Pelviotromboflebitis

Nyeri, yang terdapat pada perut bagian bawah dan/ atau perut bagian samping, timbul pada hari ke 2-3 masa nifas dengan atau tanpa panas. Penderita tampak sakit dengan gambaran karakteristik sebagai berikut

- 1) menggigil berulang kali, menggigil inisial terjadi sangat berat (30-40 menit) dengan interval hanya beberapa jam saja dan kadang-kadang 3 hari. Pada waktu menggigil penderita hampir tidak panas.
- 2) Suhu badan naik turun secara tajam (36°C menjadi 40°C), yang diikuti dengan penurunan suhu dalam 1 jam (biasanya subfebris seperti pada endometritis)
- 3) Penyakit dapat berlangsung selama 1-3 bulan. Cenderung terbentuk pus, yang menjalar ke mana-mana, terutama ke paru-paru.

Penanganan *Pelviotromboflebitis* dengan rawat inap penderita tirah baring untuk pemantauan gejala penyakitnya dan mencegah terjadinya emboli pulmonum.

g) Tromboflebitis femoralis

Penilaian kliniknya yaitu keadaan umum tetap baik, suhu badan subfebris selama 7-10 hari, kemudian suhu mendadak naik kira-kira pada hari ke 10-20, yang disertai dengan menggigil dan nyeri sekali. Pada salah satu kaki yang terkena biasanya kaki kiri, akan memberikan tanda-tanda sebagai berikut:

- 1) Kaki sedikit dalam keadaan fleksi dan rotasi keluar serta sukar bergerak, lebih panas dibanding dengan kaki lainnya.
- 2) Seluruh bagian dari salah satu vena pada kaki terasa tegang dan keras pada paha bagian atas.
- 3) Nyeri hebat pada lipat paha dan daerah paha
- 4) Edema kadang-kadang terjadi sebelum atau setelah nyeri dan pada umumnya terdapat pada paha bagian atas, tetapi lebih sering dimulai dari jari-jari kaki dan pergelangan kaki, kemudian mulas dari bawah keatas. Nyeri pada betis, yang terjadi spontan atau dengan memijit betis atau dengan meregangkan tendo akhiles (tanda Homan).

Penangan odema pada ibu nifas

1. Perawatan

Kaki di tinggikan untuk mengurangi edema, lakukan kompresi pada kaki. Setelah mobilisasi kaki hendaknya tetap dibalut elastik atau memakai kaos kaki panjang yang elastik selama mungkin.

2. Mengingat kondisi ibu yang sangat jelek, sebaiknya jangan menyusui.

3. Terapi medik: pemberian antibiotika dan analgetika.

7. Tujuan asuhan pada ibu masa nifas

- a) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- b) Mendeteksi masalah, mengobati, dan merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- c) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, imunisasi, serta perawatan bayi sehari-hari.
- d) Memberikan pelayanan KB (Manuaba (RI K. K., 2016), 2010)

8. Kunjungan pada masa nifas asuhan

Paling sedikit 3 kali kunjungan (Table 2. 6) masa nifas dilakukan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah – masalah yang terjadi (Buku KIA, 2016).

Tabel 2.6 Frekuensi kunjungan masa nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6 jam – 3 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan; rujuk jika perdarahan berlanjut. 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. 4. Pemberian ASI awal. 5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir. 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.
2	Hari ke 4- 28 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. 2. Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal. 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda – tanda penyulit. 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari – hari.
4	Hari ke 29- 42 setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1 Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit yang ia atau bayi alami. 2 Memberikan konseling untuk KB secara dini

Sumber : buku Kesehatan Ibu dan Anak, 2016.

D. BAYI BARU LAHIR

1. Pengertian bayi baru lahir

Bayi Baru Lahir (BBL) merupakan bayi segera setelah lahir yang berusaha untuk melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauteri ke kehidupan ektrauteri (Bobak,2004).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram (Sondakh, 2013).

2. Adaptasi fisiologis bayi baru lahir

a) Setiap bayi baru lahir akan mengalami periode transisi, yaitu:

- (1) Periode ini merupakan fase tidak stabil selama 6-8 jam pertama kehidupan, yang akan dilalui oleh seluruh bayi dengan mengabaikan usia gestasi atau sifat persalinan atau melahirkan.
- (2) Pada periode pertama reaktivitas (segera setelah lahir), akan terjadi pernapasan cepat (dapat mencapai 80 kali/menit) dan pernapasan cuping hidung yang berlangsung sementara, retraksi, serta suara seperti mendengkur dapat terjadi. Denyut jantung dapat mencapai 180x/menit selama beberapa menit kehidupan.
- (3) Setelah respon awal ini, bayi baru lahir ini akan menjadi tenang, relaks, dan jatuh tertidur. Tidur pertama ini (dikenal sebagai fase tidur) terjadi dalam 2 jam setelah kelahiran dan berlangsung beberapa menit sampai beberapa jam.

(4) Periode kedua reaktivitas, dimulai ketika bayi bangun, ditandai dengan respons berlebihan terhadap stimulus, perubahan warna kulit dari merah muda menjadi agak sianosis, dan denyut jantung cepat.

(5) Lendir mulut dapat menyebabkan masalah yang bermakna, misalnya tersedak atau aspirasi, tercekik, dan batuk

b) Adaptasi pernapasan

Pernapasan awal dipicu oleh faktor fisik, sensorik, dan kimia.

(1) Faktor-faktor fisik, meliputi usaha yang diperlukan untuk mengembangkan paru-paru dan mengisi alveolus yang kolaps (misalnya perubahan dalam gradient tekanan).

(2) Faktor-faktor sensorik, meliputi suhu, bunyi, cahaya, suara, dan penurunan suhu).

(3) Faktor-faktor kimia, meliputi perubahan dalam darah (misalnya penurunan kadar oksigen, peningkatan kadar karbon dioksida, dan penurunan pH).

Bayi baru lahir lazimnya bernapas melalui hidung. Respons reflex terhadap obstruksi nasal dan membuka mulut untuk mempertahankan jalan napas tidak ada pada sebagian besar bayi sampai 3 minggu setelah kelahiran.

Pernapasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 detik sesudah kelahiran. Pernapasan timbul sebagai akibat

aktivitas normal system saraf pusat dan perifer yang dibantu oleh beberapa rangsangan lainnya (sondakh, 2013).

c) Adaptasi kardiovaskuler

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

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

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

(4) Nilai hematologi normal pada bayi.

Berkembangnya paru-paru pada alveoli akan terjadi peningkatan tekanan oksigen. Sebaliknya, tekanan karbon dioksida akan mengalami penurunan. Hal ini mengakibatkan terjadinya penurunan resistansi pembuluh darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan ductus arteriosus tertutup. Setelah tali pusat dipotong, aliran darah dari plasenta terhenti dan foramen ovale tertutup (sondakh, 2013).

d) Adaptasi neurologis

(1) System neurologis bayi secara anatomic atau fisiologis belum berkembang sempurna.

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

- (3) Perkembangan neonatus terjadi cepat. Saat bayi tumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalnya control kepala, tersenyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang.
 - (4) Refleks bayi baru lahir merupakan indicator penting perkembangan normal.
- e) Adaptasi gastrointestinal
- (1) Enzim-enzim digestif aktif saat lahir dan dapat menyokong kehidupan ektrauterin pada kehamilan 36-38 minggu.
 - (2) Perkembangan otot-otot dan refleks yang penting untuk menghantarkan makanan sudah terbentuk saat lahir.
 - (3) Pencernaan protein dan karbohidrat telah tercapai, pencernaan dan absorpsi lemak kurang baik karena tidak adekuatnya enzim-enzim pancreas dan lipase.
 - (4) Kelenjar saliva imatur saat lahir, sedikit saliva diolah sampai bayi berusia 3 bulan.
 - (5) Pengeluaran mekonium, yaitu feses berwarna hitam kehijauan, lengket, dan mengandung darah samar, diekskresikan dalam 24 jam pada 90% bayi baru lahir yang normal.
 - (6) Beberapa bayi baru lahir menyusui segera bila diletakkan pada payudara, sebagian lainnya memerlukan 48 jam untuk menyusui secara efektif.

f) Adaptasi ginjal

Laju filtrasi glomerulus relative rendah pada saat lahir disebabkan oleh tidak adekuatnya area permukaan kapiler glomerulus. Meskipun keterbatasan ini tidak mengancam bayi baru lahir yang normal, tetapi menghambat kapasitas bayi untuk berespon terhadap stressor. Penurunan kemampuan untuk mengekskresikan obat-obatan dan kehilangan cairan yang berlebihan mengakibatkan asidosis dan ketidakseimbangan cairan. Sebagian besar bayi baru lahir berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir dan 2-6 kali sehari pada hari 1-2 hari pertama, setelah itu akan berkemih 5-20 kali dalam 24 jam.

g) Adaptasi hati

Selama kehidupan janin dan sampai tingkat tertentu setelah lahir, hati terus membantu pembentukan darah. Selama periode neonatus, hati memproduksi zat yang esensial untuk pembekuan darah. Penyimpanan zat besi ibu cukup memadai bagi bayi sampai 5 bulan kehidupan ektrauterin, pada saat ini bayi baru lahir menjadi rentan terhadap defisiensi zat besi. Hati juga mengontrol jumlah bilirubin tak terkonjugasi yang bersirkulasi, pigmen berasal dari hemoglobin dan dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah. Bilirubin tak terkonjugasi dapat meninggalkan system vascular dan menembus jaringan ektravaskular lainnya (misalnya kulit, sclera, dan membrane mukosa oral) mengakibatkan warna kuning yang disebut jaundice atau ikterus.

h) Adaptasi imun

(1) Bayi baru lahir tidak dapat membatasi organisme penyerang dipintu masuk.

(2) Imaturitas jumlah system pelindung secara signifikan meningkatkan resiko infeksi pada periode bayi baru lahir.

(a) Respons inflamasi berkurang, baik secara kualitatif maupun kuantitatif.

(b) Fagotosis lambat.

(c) Keasaman lambung dan produksi pepsin dan tripsin belum berkembang sempurna sampai usia 3-4 minggu.

(d) Immunoglobulin akan hilang dari saluran pernapasan dan perkemihan, kecuali jika bayi tersebut menyusu asi (Varney, 2007).

3. Perubahan termoregulasi dan metabolik

(1) Suhu bayi baru lahir dapat turun beberapa derajat celcius karena lingkungan eksternal lebih dingin dan dari pada suhu pada rahim.

(2) Suplai lemak subkutan yang terbatas dan area permukaan kulit yang besar dibandingkan dengan berat badan, menyebabkan bayi mud (Varney, Buku Ajar Ashan Kebidanan Volume 2, 2008)ah untuk menghantarkan panas pada lingkungan.

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

(4) Trauma dingin (hipotermi) pada bayi baru lahir dalam hubungan dengan asidosis metabik dapat bersifat mematikan, bahkan bayi cukup bulan yang sehat (Varney, 2008).

e) Tanda-tanda bayi baru lahir normal

Tanda-tanda bayi lahir normal menurut Sondakh. 2013, yakni:

- a) Lahir aterm antara 37-42 minggu
- b) Berat badan 2500 gram-4000 gram
- c) Panjang badan 48-52 cm
- d) Lingkar dada 30-38 cm
- e) Lingkar kepala 33-35 cm
- f) Lingkar lengan 11-12 cm
- g) Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit
- h) Pernapasan 40-60 x/menit
- i) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup
- j) Rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna
- k) Kuku agak panjang dan lemas
- l) Nilai apgar >7
- m) Gerak aktif
- n) Bayi lahir langsung menangis kuat
- o) Genetalia: testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan).

- p) Reflek isap, menelan, dan morro telah terbentuk
- q) Eliminasi, urin, dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket
- f) Reflek pada bayi normal
 - (a) Reflek rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik
 - (b) Reflek sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik
 - (c) Reflek morro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik
 - (d) Reflek grasping (menggenggam) sudah baik

5. Tanda bahaya pada bayi baru lahir

Menurut Sarwono Prawirohardjo, 2010 tanda-tanda bahaya bayi yang harus diwaspadai pada bayi baru lahir, yaitu:

- a. Pernafasan: sulit atau lebih dari 60 kali per menit
- b. Kehangatan: terlalu panas ($> 38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $< 36^{\circ}\text{C}$)
- c. Warna: kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru atau pucat, memar
- d. Pemberian makan: hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah
- e. Tali pusat: merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah

- f. Infeksi: suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah). Bau busuk, pernafasan sulit
- g. Tinja/kemih: tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lendir atau darah pada tinja
- h. Aktivitas: menggigi, atau tangis tidak bisa, sangat mudah tersinggung, lemah, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak bisa tenang, menangis terus menerus (Saifuddin, dkk, 2010).

6. Asuhan pada bayi

- a. Menjaga kehangatan tubuh bayi dan mencegah hipotermia
- b. Memberikan kontak dini dengan ibu (IMD)
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang ASI dan perawatan tali pusat
- d. Menunda memandikan bayi baru lahir sampai tubuh bayi stabil
- e. Menghindari kehilangan panas pada bayi baru lahir (Varney, 2008).

7. Kunjungan Neonatus

Tabel 2.7 Frekuensi kunjungan neonatus

Kunjungan	Waktu	Penatalaksanaan
1	6 – 48 jam setelah persalinan	1) Mempertahankan suhu tubuh bayi 2) Pemeriksaan fisik bayi 3) Memberikan Imunisasi HB-0
2	Hari ke 6-7	1) Pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan Masalah pemberian ASI 2) Memberikan ASI Bayi harus disusukan minimal 10-15 kali dalam 24 jam) dalam 2 minggu pasca persalinan 3) Konseling terhadap ibu dan

- keluarga untuk memberikan ASI eksklusif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA
- 3 Hari ke 8-28
- 4) Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan
 - 1) Konseling terhadap ibu dan keluarga untuk memberikan ASI eksklusif pencegahan hipotermi dan melaksanakan perawatan bayi baru lahir dirumah dengan menggunakan Buku KIA
 - 2) Memberitahu ibu tentang Imunisasi BCG
 - 3) Penanganan dan rujukan kasus bila diperlukan

Sumber : Depkes, RI. 2009.

E. KELUARGA BERENCANA

1. Pengertian keluarga berencana

Keluarga berencana adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi. Kontrasepsi adalah cara, alat-alat atau obat-obatan untuk mencegah terjadinya konsepsi. (Mochtar, 2012).

Menurut WHO, keluarga berencana merupakan tindakan yang membantu individu untuk mendapatkan objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval di antara kehamilan, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga.

2. Syarat kontrasepsi

Kontrasepsi hendaknya memenuhi syarat sebagai berikut:

- a) Aman pemakaiannya dan dapat dipercaya

- b) Tidak ada efek samping yang merugikan
- c) Tidak mengganggu hubungan seksual
- d) Cara penggunaannya sederhana
- e) Tidak memerlukan bantuan medik atau kontrol yang ketat selama pemakaiannya
- f) Harganya murah supaya dapat dijangkau masyarakat luas
- g) Dapat diterima oleh pasangan suami istri (Mochtar, 2012).

3. Tujuan keluarga berencana

Tujuan umumnya adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan social ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Tujuan lainnya meliputi pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga.

4. Penapisan Calon Akseptor KB

Tabel 2.7: Penapisan calon akseptor KB

Prosedur	Kontrasepsi pil kombinasi	Suntik kombinasi bulanan	Pil progesteron	Suntik progesterone	Implan	AKDR
Pemeriksaan payudara	C	C	C	C	C	C
Pemeriksaan dalam	C	C	C	C	C	A
Pemeriksaan penampisan kanker leher rahim	C	C	C	C	C	C
Pemeriksaan laboratorium rutin	C	C	C	C	C	C
Pemeriksaan hemoglobin	C	C	C	C	C	C

Seleksi ISR/IMS: Anamnesis dan pemeriksaan fisik	C	C	C	C	C	A
Penampisan ISR/HIV: Pemeriksaan laboratorium	C	C	C	C	C	B
Penampisan tekanan darah	C	C	C	C	C	C

Sumber : Kemenkes, 2013.

Keterangan:

Kelas A : HARUS DIKERJAKAN, karena prosedur ini esensial dan berdampak pada keamanan dan efektivitas kontrasepsi dalam pemakaian metode ini.

Kelas B : BISA DIKERJAKAN, karena prosedur ini mempunyai dampak pada keamanan dan efektivitas kontrasepsi ini. Bila pemeriksaan tidak dapat dilakukan harus diperhitungkan keuntungan-keuntungan dibandingkan metode kontrasepsi yang tersedia.

Kelas C : TIDAK PERLU DIKERJAKAN, karena prosedur tidak mempunyai dampak terhadap keamanan dan efektifitas kontrasepsi metode ini.

5. Macam-macam alat kontrasepsi

a) Alat kontrasepsi non hormonal:

(1) Metode amenorea laktasi (MAL)

(a) Pengertian

Metode amenorea laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya.

(b) Keuntungan kontrasepsi

(i) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan)

(ii) Segera efektif

(iii) Tidak mengganggu senggama

(iv) Tidak ada efek samping secara sistemik

(v) Tidak perlu pengawasan medis

(vi) Tidak perlu obat atau alat

(vii) Tanpa biaya

(c) Keuntungan non kontrasepsi

(i) Untuk bayi

(a) Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibody perlindungan lewat ASI)

(b) Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal

(c) Terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air susu atau formula, atau alat minum yang dipakai

(ii) Untuk ibu

(a) Mengurangi perdarahan pasca persalinan

(b) Mengurangi resiko anemia

(c) Meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi

(d) Keterbatasan

(i) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan

(ii) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi social

(iii) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan

(iv) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/ HBV dan HIV/AIDS.

(2) Senggama terputus

(i) Definisi senggama terputus

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi.

(ii) Manfaat kontrasepsi

(a) Efektif bila dilaksanakan dengan benar

(b) Tidak mengganggu produksi ASI

(c) Dapat digunakan sebagai pendukung metode Kb lainnya

(d) Tidak ada efek samping

(e) Dapat digunakan setiap waktu

(f) Tidak membutuhkan biaya

(iii) Manfaat non kontrasepsi

- (a) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana
- (b) Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam

(iv) Keterbatasan

- (a) Efektivitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4-27 kehamilan per 100 perempuan per tahun)
- (b) Efektivitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis
- (c) Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual

(3) Kondom

(a) Definisi kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan di antaranya lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual.

(b) Manfaat kontrasepsi

- (i) Efektif bila digunakan dengan benar
- (ii) Tidak mengganggu produksi ASI
- (iii) Tidak mengganggu kesehatan klien
- (iv) Tidak mempunyai pengaruh sistemik

(v) Murah dan dapat dibeli secara umum

(vi) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus

(vii) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda

(c) Manfaat nonkontrasepsi

(i) Member dorongan kepada suami untuk ikut ber-Kb

(ii) Dapat mencegah penularan IMS

(iii) Mencegah ejakulasi dini

(iv) Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks)

(v) Saling berinteraksi sesama pasangan

(vi) Mencegah imuno infertilitas

(d) Keterbatasan

(i) Efektivitas tidak terlalu tinggi

(ii) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi

(iii) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung)

(iv) Pada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi

(v) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual

(vi) Beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum

(vii) Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah

b) Alat kontrasepsi hormonal

(1) Pil kombinasi

(a) Manfaat pil kombinasi

(i) Memiliki efektivitas yang tinggi (hampir menyerupai efektivitas tubektomi), bila digunakan setiap hari (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan).

(ii) Resiko terhadap kesehatan sangat kecil

(iii) Tidak mengganggu hubungan seksual

(iv) Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid

(v) Dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan

(b) Keterbatasan

1) Mahal dan membosankan karena harus menggunakannya setiap hari

2) Mual, terutama pada 3 bulan pertama

3) Pusing, nyeri payudara, berat badan naik sedikit

4) Tidak mencegah IMS

(2) Suntikan kombinasi

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi IM. Sebulan sekali (*Cyclofem*) dan 50 mg Noretindron Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali.

(a) Keuntungan kontrasepsi

- (a) Resiko terhadap kesehatan kecil
- (b) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- (c) Jangka panjang
- (d) Efek samping sangat kecil

(b) Keuntungan non kontrasepsi

- (i) Mengurangi jumlah perdarahan
- (ii) Mengurangi nyeri saat haid
- (iii) Mencegah anemia
- (iv) Mencegah kehamilan ektopik

(c) Kerugian

- 1) Terjadi perubahan pada pola haid
- 2) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan
- 3) Penambahan berat badan
- 4) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan

(3) Implant

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun.

(4) AKDR dengan progestin

Jenis AKDR yang mengandung hormone steroid adalah prigestase yang mengandung progesterone dari mirena yang mengandung levonogestrel.

(a) Keuntungan kontrasepsi

- 1) Efektif dengan proteksi jangka panjang (satu tangan)
- 2) Tidak mengganggu hubungan suami istri
- 3) Tidak berpengaruh terhadap ASI
- 4) Kesuburan segera kembali sesudah AKDR diangkat
- 5) Efek sampingnya sangat kecil

(b) Keuntungan non kontrasepsi

- (i) Mengurangi nyeri haid
- (ii) Dapat diberikan pada usia perimenopause
- (iii) Mengurangi jumlah darah haid
- (iv) Sebagai pengobatan alternative pengganti operasi pada perdarahan uterus

(c) Keterbatasan

- (i) Diperlukan pemeriksaan dalam dan penyaringan infeksi genetalia sebelum pemasangan AKDR

(ii) Mahal

(iii) Pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi amenorea

(Manuaba, 2010)

F. TINJAUAN TEORI ASUHAN KEBIDANAN

1. Pendokumentasian asuhan kebidanan dengan cara 7 langkah Varney

Asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan.

Manajemen asuhan kebidanan adalah pendekatan dan kerangka pikir yang digunakan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan secara sistematis, mulai dari mengumpulkan data, menganalisis data, menegakkan diagnosis kebidanan, menyusun rencana asuhan, melaksanakan rencana asuhan, mengevaluasi keefektifan pelaksanaan rencana asuhan, dan mendokumentasikan asuhan.

Langkah-langkah manajemen kebidanan merupakan suatu proses penyelesaian masalah yang menuntut bidan untuk lebih kritis di dalam mengantisipasi masalah. Manajemen kebidanan menurut varney ada 7 langkah, yaitu:

Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

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

- a) Keluhan klien
- b) Riwayat kesehatan klien
- c) Pemeriksaan fisik secara lengkap sesuai dengan kebutuhan
- d) Meninjau catatan terbaru atau 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 awal secara lengkap.

Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini, kegiatan yang dilakukan adalah menginterpretasikan semua data dasar yang telah dikumpulkan sehingga ditemukan diagnosis atau masalah. Diagnosis yang dirumuskan adalah diagnosis dalam lingkup praktik kebidanan yang tergolong pada nomenklatur standar diagnosis, sedangkan perihal yang berkaitan dengan pengalaman klien ditemukan dari hasil pengkajian. (Matondang, 2009)

Langkah III: Identifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

Pada langkah ini, kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian diagnosis dan masalah yang sudah teridentifikasi. Berdasarkan temuan tersebut, bidan dapat melakukan antisipasi agar diagnosis atau masalah tersenut tidak terjadi. Selain itu, bidan harus bersiap-siap apabila diagnosis atau masalah tersebut benar-benar terjadi.

Langkah IV: Identifikasi Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Pada langkah ini, yang dilakukan bidan adalah mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien. Ada kemungkinan, data yang kita peroleh memerlukan tindakan yang harus segera dilakukan oleh bidan, sementara kondisi yang lain masih bisa menunggu beberapa waktu lagi.

Langkah V: Perencanaan Asuhan yang Menyeluruh

Pada langkah ini, direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh 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, apakah dibutuhkan konseling dan apakah perlu merujuk klien. Setiap asuhan yang direncanakan harus disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu bidan dan pasien.

Langkah VI: Pelaksanaan

Pada langkah keenam ini, kegiatan yang dilakukan adalah melaksanakan rencana asuhan yang sudah dibuat pada langkah ke-5 secara aman dan efisien. Kegiatan ini bisa dilakukan oleh bidan atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukan sendiri, bidan tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam

situasi ini, bidan harus berkolaborasi dengan tim kesehatan lain atau dokter. Dengan demikian, bidan harus bertanggung jawab atas terlaksananya rencana asuhan yang menyeluruh yang telah dibuat bersama tersebut.

Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah terakhir ini, yang dilakukan oleh bidan adalah:

- a) Melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, yang mencakup pemenuhan kebutuhan, untuk menilai apakah sudah benar-benar terlaksana atau penuh sesuai dengan kebutuhan yang telah teridentifikasi dalam masalah dan diagnosis.
- b) Mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui mengapa proses manajemen ini tidak efektif (Manguji, Betty. 2012).

2. Pendokumentasian asuhan kebidanan dengan cara SOAP

Dokumentasi SOAP (Subjektif, Objektif, Assessment, 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.

SOAP

Subjektif

- a) Pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis
- b) Berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien (ekspresi mengenai kekhawatiran dan keluhannya)
- c) Pada orang yang bisu, dibelakang data diberi tanda “O” atau “X”

Objektif

- a) Pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien,
- b) Hasil pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostic lain
- c) Informasi dari keluarga atau orang

Assessment

- a) Pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan data) data subjektif dan objektif
- b) Diagnosis atau masalah
- c) Diagnosis atau masalah potensial
- d) Antisipasi diagnosis atau masalah potensial atau tindakan segera

Planning

Pendokumentasian tindakan (I) dan evaluasi (E), meliputi: asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnostic atau

laboratorium, konseling, dan tindak lanjut (follow up)
(Mangkuji, Betty. 2012).

G. LANDASAN HUKUM KEWENANGAN BIDAN DAN KOMPETENSI BIDAN

1. Landasan hukum kewenangan bidan

Berdasarkan PemenKes RI nomor 146/MENKES/PER/XI/2010 tentang penyelenggaraan praktik bidan pada 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. Sedangkan 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. Dalam pasal 11 dijelaskan bahwa dalam memberikan pelayanan kesehatan anak, bidan berwenang untuk memberikan asuhan bayi baru lahir normal, dan dalam memberikan penyuluhan dan konseling tentang kesehatan reproduksi perempuan dan KB tercantum pada pasal 12.

- 2. Wewenang bidan Berdasarkan PemenKes RI nomor 146/MENKES/PER/XI/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. (KepMenKes RI,2010).