

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN MEDIS

1. KEHAMILAN

a. Definisi.

Kehamilan merupakan waktu transisi, yakni suatu masa antara kehidupan sebelum memiliki anak yang sekarang berada dalam kandungan dan kehidupan nanti setelah anak tersebut lahir (Varney, 2007:hal 501). Menurut federasi obstetri ginekologi international, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender international. kehamilan terbagi dalam tiga trimester, Dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu, (minggu ke 13 hingga ke 27) dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke 28 hingga ke 40) (Prawirohardjo, 2010:hal 213).

Lama kehamilan yaitu 280 hari atau 40 pekan (minggu) atau 10 bulan (lunar months). Kehamilan dibagi atas triwulan (trimester): anatara lain trimester I antara minggu 0 – 12, trimester II antara minggu 12 – 28, dan trimester III antara minggu 28 – 40 (Roestam, 2012:hal 35).

b. Proses kehamilan

1) *Ovulasi*

Adalah proses pelepasan *ovum* yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks. Selama masa subur yang berlangsung 20 sampai 35 tahun, hanya 420 buah *ovum* yang dapat mengikuti proses pematangan dan terjadi *ovulasi*. Proses pertumbuhan *ovum* (*oogenesis*) awalnya *epitel germinal* → *oogonium* → *folikel primer* → proses pematangan pertama. Pengaruh *FSH*, *folikel primer* mengalami perubahan menjadi *folikel de Graaf* yang menuju ke permukaan *ovarium* disertai pembentukan cairan *folikel* menyebabkan penipisan, dan selama itu *ovarium* mengeluarkan hormon *esterogen* yang dapat mempengaruhi gerak dari *tuba* ke *ovarium*. Pengaruh *LH* yang semakin besar dan *fluktuasi* yang mendadak, terjadi proses pelepasan *ovum* yang disebut *ovulasi* (Manuaba, 2012:hal 90).

2) *Spermatozoa*

Pada setiap hubungan seksual dikeluarkan sekitar 3 cc sperma yang mengandung 40 sampai 60 juta *spermatozoa* setiap cc. Bentuknya seperti cebong yaitu memiliki kepala, leher dan ekor. Sebagian besar *spermatozoa* mengalami kematian dan hanya beberapa ratus yang dapat mencapai *tuba fallopi* yang dapat hidup selama tiga hari (Manuaba, 2012: hal 93).

3) *Konsepsi*

Pertemuan inti *ovum* dengan inti *spermatozoa* disebut *konsepsi* atau *fertilisasi* dan membentuk *zigot*. *Konsepsi* terjadi pada *pars ampularis*

tuba, tempat paling luas yang dindingnya penuh *jonjot* dan tertutup sel yang mempunyai *sillia* (Manuaba, 2012:hal 94).

4) *Nidasi* atau *Implantasi*

Setelah pertemuan kedua inti *ovum* dan *spermatozoa*, terbentuk *zigot* yang dalam beberapa jam mampu membelah dirinya menjadi dua dan seterusnya. Hasil *konsepsi* terus berjalan menuju *uterus*. Pembelahan berjalan terus dan di dalam *morula* terbentuk ruangan yang mengandung cairan disebut *blastula*. Perkembangan dan pertumbuhan berlangsung, *blastula* dengan *vili korealisnya* yang dilapisi sel *trofoblas* telah siap untuk mengadakan *Nidasi* (Manuaba, 2012:hal 98).

5) Pembentukan Plasenta

Nidasi atau *Implantasi* terjadi pada bagian *fundus uteri* di dinding depan atau belakang. Mendorong sel *blastula* mengadakan *diferensiasi*. Sel yang dekat dengan ruangan *eksoselom* membentuk "*entoderm*" dan *yolk sac* (kantong kuning telur) sedangkan sel lain membentuk "*ektoderm*" dan ruangan *amnion*. Awalnya *yolk sac* berfungsi sebagai pembentuk darah bersama dengan hati, limpa, dan sumsum tulang belakang. Pada minggu kedua dan ketiga terbentuk bakal jantung dengan pembuluh darahnya yang menuju *body stalk* (bakal tali pusat). *Vili korealis* menghancurkan *desidua* sampai pembuluh darah, sehingga sejak saat itu *embrio* mendapat nutrisi dari darah ibu secara langsung. Bagian *desidua* yang dihancurkan membagi *plasenta* menjadi sekitar 15 sampai 20 *kotiledon maternal* dan sekitar 200 *kotiledon fetus* (Manuaba, 2012:hal 102).

c. Tanda – Tanda Kehamilan

Menurut Mochtar (2012;hal 35) tanda–tanda kehamilan adalah sebagai berikut :

a. Tanda – tanda presumtif

a) Amenorea (tidak mendapat haid)

Wanita harus mengetahui tanggal hari pertama haid terakhir (HT) supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan (TTP), yang dihitung dengan menggunakan rumus dari naegele.

b) Mual dan muntah (nausea dan vomiting).

Biasanya terjadi pada bulan–bulan pertama kehamiilan. Karena sering di pagi hari, maka disebut *morning sickness* (sakit pagi). Apabila timbul mual dan muntah berlebihan karena kehamilan, disebut *hyperemesis gravidarum*.

c) Mengidam (ingin makan–makanan khusus)

Ibu hamil sering meminta makanan dan minuman teutama pada bulan–bulan triwulan pertama. Mereka juga tidak tahan suatu bau–bauan.

d) Pingsan

Jika berada di 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.

g) Payudara Membesar, Tegang, dan Sedikit Nyeri

Disebabkan karena pengaruh estrogen dan progesterone yang merangsang *duktus* dan *alveoli* payudara. Kelenjar *Montgomery* lebih membesar

h) Sering Miksi

Dikarenakan 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 tertekan oleh kepala janin.

i) Konstipasi/Obstipasi

Disebabkan karena tonus otot-otot usus menurun oleh kadar *hormone steroid*.

j) Pigmentasi Kulit.

Hal ini terjadi karena pengaruh *hormon kortikosteroid* plasenta, dijumpai di muka (*chloasma gravidarum*), areola payudara, leher, dan dinding perut (*line nigra*).

k) Pemekaran Vena – Vena (*varises*)

Dapat terjadi pada kaki, betis, dan vulva, hal ini umumnya dijumpai pada trimester akhir.

d. Tanda Kemungkinan Hamil

1) Perut Membesar.

2) Uterus Membesar

Karena terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi rahim.

3) Tanda *Hegar*

Ditemukan di 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.

5) Tanda *Piskacek*

Pembesaran dan pelunakkan rahim ke salah satu sisi rahim yang berdekatan dengan tuba uterine. Biasanya tanda ini ditemukan di usia kehamilan 7 sampai 8 minggu.

6) *Braxton Hicks*

Kontraksi – kontraksi kecil uterus jika dirangsang.

7) Teraba *Ballotement*

Fenomena bandul atau pantulan balik. Hal ini dapat dikenali dengan jalan menekan tubuh janin melalui dinding abdomen atau tangan pemeriksa. Fenomena bandul jenis ini disebut ballotment in toto. Jenis lain dari pantulan ini adalah ballotment kepala yaitu hanya kepala janin yang terdorong dan memantul kembali ke dinding uterus atau tangan pemeriksa setelah memindahkan dan menerima tekanan balik cairan ketuban di dalam kavum uteri.

e. Tanda Pasti Hamil

1) Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasa juga bagian - bagian janin

2) Denyut jantung janin yang dibuktikan dengan :

- a) Didengar dengan stetokop-monoaural Laennec
 - b) Dicatat dan didengar dengan alat Doppler
 - c) Dicatat dengan fetoelektrokardiogram
 - d) Dilihat dari ultrasonograf
- 3) Terlihat tulang - tulang janin dalam foto rontgen.
- d. Pertumbuhan dan perkembangan hasil konsepsi

Sejak konsepsi perkembangan konseptus terjadi sangat cepat yaitu zigot mengalami pembelahan menjadi morula (terdiri atas 16 sel blastomer), kemudian menjadi blastokis (terdapat cairan ditengah)yang mencapai uterus, dan kemudian sel-sel mengelompok, berkembang menjadi embrio (sampai minggu ke - 7). Setelah minggu ke-10 hasil konsepsi disebut janin (Sarwono, 2010;hal 157).

- e. Perubahan fisiologis kehamilan
- 1) Saluran reproduksi

- a) Uterus.

Selama beberapa minggu pertama, uterus mempertahankan bentuknya yang mirip buah pir, tetapi seiring dengan kemajuan kehamilan, korpus dan fundus mengambil bentuk lebih membulat, dan menjadi hampir sferis pada 12 minggu. Kemudian organ ini mengalami peningkatan pesat dalam ukuran panjangnya daripada lebarnya dan mengambil bentuk ovoid. Uterus yang terus membesar ini kemudian berkontak dengan dinding anterior abdomen, menggeser usus ke lateral dan superior, dan terus tumbuh sehingga akhirnya mencapai hati (William, 2012: hal 112).

Tabel 2.1 Ukuran tinggi fundus uteri menurut *spiegelberg*.

Umur kehamilan (minggu)	Ukuran (cm)
22 – 28	24 – 25
28	26,7
30	29,5 – 30
32	29,5 – 30
34	31
36	32
38	33
40	37,7

Sumber: Mochtar, 2012:hal 41

Dengan mengetahui tinggi fundus uteri dapat menentukan taksiran berat badan janin dengan menggunakan rumus Johnson – Tausak: $BB = (mD-12) \times 155$. Keterangan: mD adalah tinggi fundus uteri, BB adalah berat badan janin (Rustam, 2012:hal 41).

Tabel 2.2 Hubungan tua kehamilan, besar uterus dan tinggi fundus uteri

Akhir bulan	Besar uterus	Tinggi fundus uteri
1	Lebih besar dari biasa	Belum teraba (palpasi)
2	Telur bebek	Dibelakang simfisis
3	Telur angsa	1-2 jari diatas simfisis ,pertengahan simfisis
4	Kepala bayi	Pusat
5	Kepala dewasa	2-3 jari di bawah pusat
6	Kepala dewasa	Kira-kira setinggi pusat
7	Kepala dewasa	2-3 jari diatas pusat ,pertengahan pusat-
8	Kepala dewasa	Prosesus xiphoideus
9	Kepala dewasa	3 jari di bawah px atau sampai setinggi px
10	Kepala dewasa	Sama dengan kehamilan 8 bulan ,tetapi melebar ke samping

Sumber : Mochtar, 2012: hal.4

b) Serviks

Satu bulan setelah konsepsi, serviks sudah mulai mengalami perlunakan dan sianosis mencolok. Terjadi karena peningkatan vaskularitas dan edema serviks keseluruhan, disertai oleh

hipertrofi dan hiperplasia kelenjar serviks (Straach, dkk 2005 dalam William, 2012:hal 114).

c) Ovarium

Selama kehamilan, ovulasi berhenti dan pematangan folikel–folikel baru ditunda. Biasanya hanya satu korpus luteum yang ditemukan pada wanita hamil (William, 2012:hal 114).

d) *Tuba uterina*

Otot–otot tuba uterina hanya sedikit mengalami hipertrofi selama kehamilan. Namun, epitel vulva tuba menjadi agak mendatar (Batukan, dkk.,2007 dalam William, 2012:hal 115).

e) Vagina dan Perineum

Terjadi peningkatan vaskularitas dan hiperemia di kulit dan otot perineum dan vulva, disertai perlunakan jaringan ikat dibawahnya, menyebabkan warna vagina menjadi keunguan (tanda Chadwick). Ketebalan vulva, melonggarnya jaringan ikat, dan hipertrofi sel otot polos sehingga terbentuk gambaran berpaku–paku halus. Sekresi vagina meningkat berupa cairan putih agak kental. pH berkisar 3,5 sampai 6. Disebabkan oleh peningkatan produksi asam laktat dari glikogen di epitel vagina oleh kerja *Lactobacillus acidophilus* (William, 2012:hal 116).

f) Kulit

Meningkatnya aliran darah ke kulit selama kehamilan berfungsi untuk mengeluarkan kelebihan panas yang terbentuk karena meningkatnya metabolisme. Alur–alur kemerahan yang sedikit cekung di kulit abdomen, payudara dan paha. Disebut striae

gravidarum atau stretch marks. Osman, dkk (2007) melaporkan bahwa 48% mengalami striae gravidarum di perut, 25% di payudara dan 25% di paha. Otot dinding abdomen tidak dapat menahan tegangan yang mengenainya akibat dari itu otot rektus terpisah di garis tengah, menciptakan suatu diastasis rekti dengan derajat bervariasi. Hiperpigmentasi, garis tengah pada abdomen linea alba atau linea nigra (hitam kecoklatan). Muncul bercak-bercak kecoklatan dengan berbagai ukuran di wajah dan leher atau cloasma gravidarum. Pigmentasi di aerola dan kulit genital juga dapat bertambah. Perubahan-perubahan ini akan menghilang atau berkurang setelah persalinan (William, 2012:hal 116).

g) Payudara

Pada minggu-minggu awal kehamilan sering merasakan nyeri payudara. Setelah bulan kedua membesar dan memperlihatkan vena-vena halus di bawah kulit. Puting menjadi jauh lebih besar, bewarna lebih gelap dan lebih tegak. Beberapa bulan pertama pemijatan puting akan mengeluarkan cairan kuning kental kolostrum. Pada aerola lebih lebar dan lebih gelap, tersebar sejumlah tonjolan kecil kelenjar *montgomery*. Ukuran payudara yang berubah membesar tidak berkaitan dengan volume air susu yang dihasilkan (William, 2012:hal 116).

h) Perubahan Metabolik

1) Penambahan berat badan

Disebabkan oleh uterus dan isinya, payudara dan peningkatan volume darah serta cairan ekstrasel ekstrasvaskular. Hytten (1991) melaporkan bahwa penambahan berat badan selama kehamilan adalah sekitar 12,5 kg.

2) Metabolisme air

3) Metabolisme protein

4) Metabolisme karbohidrat

5) Metabolisme lemak

Metabolisme elektrolit dan mineral (William, 2012:hal 117 - 119).

i) Perubahan Hematologis

Setelah 32 sampai 34 minggu kehamilan, *hipervolemia* yang telah lama diketahui besarnya adalah 40 sampai 45% di atas volume darah tak hamil. Mulai meningkat pada trimester pertama minggu ke 12 (William, 2012:hal 119).

j) Sistem kardiovaskular

Perubahan pada fungsi jantung mulai tampak selama 8 minggu pertama kehamilan (McLaughlin dan Roberts, 1999 dalam William, 2012;hal.123). Berkurangnya resistensi vaskular sistemik dan meningkatnya kecepatan jantung. Dalam posisi terlentang, tekanan *vena femoralis* terus meningkat, dari sekitar 8 mmHg menjadi 24 mmHg menjelang aterm membuktikan mengalami hambatan kecuali pada posisi berbaring lateral (William, 2012:hal 123).

k) Saluran pernapasan

Diafragma terangkat sekitar 4 cm selama kehamilan. Pergerakannya pun lebih besar dibandingkan tak hamil. Jumlah oksigen yang diperlukan meningkat (William, 2012:hal 127).

l) Sistem kemih

Ukuran ginjal sedikit meningkat. *Clearance kreatinin* pada kehamilan rerata sekitar 30% lebih tinggi daripada nilai 100 sampai 115 ml/mnt pada wanita tak hamil (Lindheimer, dkk., 2000 dalam William, 2012: hal 129).

m) Saluran pencernaan

Lambung dan usus tergeser oleh uterus yang terus membesar. Pada wanita hamil tekanan intraesofagus berkurang dan tekanan intralambung meningkat. Peristaltik esofagus menurun. (Ulmsten dan Sundstrom, 1978). Gusi mengalami hiperemia dan melunak selama kehamilan dan dapat berdarah setelah trauma ringan. Haemoroid terjadi disebabkan konstipasi dan peningkatan tekanan di vena – vena dibawah uterus yang membesar (William, 2012:hal 131).

f. Perubahan Psikologis Kehamilan

Berdasarkan Varney 2007 ; Hal 501 – 503

Semua emosi yang dirasakan oleh wanita hamil cukup labil. Ia dapat memiliki reaksi yang ekstrem dan suasana hatinya kerap berubah dengan cepat. Reaksi emosional dan persepsi mengenai kehidupan juga dapat mengalami perubahan. 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.

Trimester pertama adalah periode penyesuaian atau penerimaan terhadap kenyataan. 80% mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan, depresi dan kesedihan. Waktu dimana terjadi penurunan libido tapi tidak menentukan bahwa wanita hamil trimester pertama tidak ada hasrat hubungan seksual.

Trimester kedua 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.

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.

g. Asuhan antenatal

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan.

Ada 6 alasan penting untuk mendapatkan asuhan antenatal yaitu:

- 1) Membangun rasa saling percaya Antara klien dan petugas kesehatan.
 - 2) Mengupayakan terwujudnya kondisi terbaik bagi ibu dan bayi yang dikandungnya.
 - 3) Memperoleh informasi dasar tentang kesehatan ibu dan kehamilannya.
 - 4) Mengidentifikasi dan penatalaksanaan kehamilan risiko tinggi.
 - 5) Memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan dalam menjaga kualitas kehamilan dan merawat bayi.
 - 6) Menghindarkan gangguan kesehatan selama kehamilan yang akan membahayakan keselamatan ibu hamil dan bayi yang dikandungnya (Prawirohardjo, 2010:hal 278).
- h. Asuhan Per Trimester

Menurut Saifuddin (2009; h,90) Kunjungan antenatal sebaiknya dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan.

- 1) Satu kali pada triwulan pertama
- 2) Satu kali pada triwulan kedua
- 3) Dua kali pada triwulan ketiga

Tabel 2.3 Ringkasan penilaian klinik dan penanganan kehamilan

Penilaian antenatal	Kunjungan I	Kunjungan II	Kunjungan III	Kunjungan IV
Riwayat Kehamilan	✓	✓	✓	✓
Riwayat Kebidanan	✓			
Riwayat Kesehatan	✓			
Riwayat Sosial	✓			
Pemeriksaan Keseluruhan (umum)	✓	Jika ada indikasi	Jika ada indikasi	Jika ada indikasi
Pemeriksaan Kebidanan (luar)	✓	✓	✓	✓

Penanganan

Pemeriksaan Kebidanan (dalam)	✓	Jika ada indikasi	Jika ada indikasi	Jika ada indikasi
Pemeriksaan laboratorium	✓	Jika ada indikasi	Jika ada indikasi	Cek kembali Hb dan pemeriksaan laboratorium lain jika ada indikasi
Pemberian Toksoid	TT1 (0,5 cc)	TT2 (0,5 cc)		
Pemberian tablet tambah darah	90 hari			
Konseling umum	✓	Memperkuat	Memperkuat	Memperkuat
Konseling khusus	Jika ada indikasi	Jika ada indikasi	Jika ada indikasi	Jika ada indikasi
Perencanaan persalinan			✓	✓
Perencanaan komplikasi kehamilan	✓	✓	✓	✓

Sumber : Saifuddin, 2009 : hal.97

Menurut Saifuddin (2009; h, 98) Jadwal kunjungan ulang

- 1) Kunjungan I 16 minggu dilakukan untuk :
 - a) Penapisan dan pengobatan anemia
 - b) Perencanaan persalinan
 - c) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya.
- 2) Kunjungan II (24 – 28 minggu) dan kunjungan III (32 minggu) dilakukan untuk :
 - a) Pengenalan komplikasi akibat kehamilan dan pengobatannya.
 - b) Penapisan preeklampsia, gemelli, infeksi alat reproduksi dan saluran perkemihan, MAP.
 - c) Mengulang perencanaan persalinan.
- 3) Kunjungan IV (36 minggu sampai lahir)
 - a) Sama seperti kegiatan kunjungan I dan II.

- b) Mengenali adanya kelainan letak dan presentasi.
- c) Memantapkan perencanaan persalinan.
- d) Mengenali tanda – tanda persalinan.

Tujuan asuhan antenatal (Prawirohardjo, 2009: Hal 90).

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi.
- 3) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian ASI Eksklusif.
- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal. Kebijakan program menurut (Prawirohardjo, 2009:hal 90).

i. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil

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

ibu hamil yang diberikan harus memenuhi elemen pelayanan sebagai berikut :

- 1) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan
- 2) Pengukuran tekanan darah
- 3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA)
- 4) Pengukuran tinggi puncak rahim (*fundus uteri*)
- 5) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi
- 6) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan
- 7) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- 8) Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana)
- 9) Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya); dan
- 10) Tatalaksana kasus. (Profil kesehatan Indonesia, 2015:hal 104).

2. PERSALINAN

a. Definisi

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan Kelahiran plasenta. Penyebab awitan persalinan spontan tidak diketahui, walaupun sejumlah teori menarik telah di kembangkan profesional perawatan kesehatan

mengetahui cara menginduksi proses persalinan pada kondisi tertentu (Varney, 2008:hal 672).

Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir, serta upaya pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir. Sementara itu, fokus utamanya adalah mencegah terjadinya komplikasi. Hal ini merupakan suatu pergeseran paradigma dari sikap menunggu dan menangani komplikasi menjadi mencegah komplikasi yang mungkin terjadi (Prawirohardjo, 2010:hal 234).

b. Tanda-tanda persalinan

1) Tanda-tanda persalinan sudah dekat

a) Lightening

Menjelang minggu ke-36, pada primigravida terjadi penurunan fundus uteri karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh kontraksi *Braxton Hicks*, ketegangan dinding perut, ketegangan ligamentum rotundum, gaya berat janin di mana kepala ke arah bawah. Masuknya kepala bayi ke pintu atas panggul dirasakan ibu hamil sebagai terasa ringan di bagian atas, rasa sesaknya berkurang, di bagian bawah terasa sesak, terjadi kesulitan saat berjalan, dan sering berkemih. Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P, yaitu power, passage dan passenger. Pada multipara gambarannya tidak jelas, karena kepala janin baru masuk pintu atas panggul menjelang persalinan.

b) His permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Kontraksi *Braxton Hicks* terjadi karena perubahan keseimbangan estrogen, progesterone, dan memberikan kesempatan rangsangan oksitosin. Dengan makin tua usia kehamilan, pengeluaran estrogen dan progesterone makin berkurang, sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi yang lebih sering, sebagai his palsu. Sifat his permulaan adalah rasa nyeri ringan di bagian bawah, datangnya tidak teratur, tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda, durasinya pendek, dan tidak bertambah bila beraktivitas (Manuaba, 2012).

2) Tanda persalinan

Tanda-tanda inpartu adalah sebagai berikut yaitu :

- a) Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur.
- b) Keluar lender bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
- c) Terkadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- d) Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah terjadi pembukaan (Muchtar, 2012:hal 70).

c. Mekanisme persalinan normal

Menurut Manuaba 2012 hal 283 bahwa proses persalinan normal, ditentukan oleh tiga faktor utama yaitu power adalah kekuatan his yang adekuat dan tambahkan kekuatan mengejan. Passage adalah jalan lahir tulang, jalan lahir otot. Passanger adalah janin, plasenta,

dan selaput ketuban. Ketiga faktor utama ini sangat menentukan jalannya persalinan sehingga akan terjadi proses persalinan, spontan belakang kepala, dan persalinan buatan dengan tambahan tenaga dari luar seperti induksi persalinan dan persalinan operatif.

Proses persalinan terdiri kala satu persalinan adalah waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap 10 cm. kala dua persalinan adalah kala pengeluaran janin, sewaktu uterus dengan kekuatan his ditambah dengan kekuatan untuk mengejan mendorong janin hingga keluar. Kala tiga persalinan adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran uri atau plasenta, dan kala empat persalinan adalah mulai dari lahirnya uri sampai 2 jam postpartum (Mughtar, 2012:hal 71).

1) Kala I (kala pembukaan)

a) Fase laten.

Pembukaan serviks yang berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm, yang lamanya sekitar 7-8 jam.

b) Fase aktif

Fase ini berlangsung selama 6 jam dan dibagi menjadi 3 sub fase yaitu :

(1) Periode akselerasi

Periode ini berlangsung selama 2 jam dan pembukaan menjadi 4 cm.

(2) Periode dilataksi maksimal

Periode ini berlangsung selama 2 jam dan pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.

(3) Periode deselerasi

Periode ini berlangsung lambat dan dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap) (Mughtar, 2012:hal 71).

2) Kala II (Kala pengeluaran janin)

kepala janin telah turun dan masuk ke ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang melalui lengkung refleks menimbulkan rasa mengejan. Karena terdapat tekanan pada rectum, ibu merasa seperti ingin buang air besar dengan ditandai anus membuka. Pada waktu his, kepala janin mulai terlihat, vulva membuka, dan perineum meregang. Dengan his dan mengedan yang terpimpin, akan lahir kepala, diikuti oleh seluruh tubuh janin, kala II pada primi berlangsung selama 1,5-2 jam dan pada multi berlangsung 30 menit – 1 jam (Mughtar, 2012:hal 71).

3) Kala III (kala pengeluaran uri)

Uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit seluruh pelepasan terlepas, terdorong kedalam vagina, dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses umumnya berlangsung 5-300 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (Mughtar, 2012:hal 73).

4) Kala IV

Kala IV adalah kala pengawasan selama 1 jam setelah bayi dan plasenta lahir untuk mengamati keadaan ibu, terutama pada bahaya perdarahan postpartum (Muchtart, 2012:hal 73)

Table 2.4 lamanya persalinan pada primigravida dan multigravida.

	Primi	Multi
Kala I	13 jam	7 jam
Kala II	1 jam	30 menit
Kala III	30 menit	15 menit
Lamanya persalinan	14,5 jam	7 jam 25 menit

Sumber : Rustam Mochtar sinopsis obsterti jilid 1.

d. 60 LANGKAH ASUHAN PERSALINAN NORMAL

Melihat tanda dan gejala kala dua

- 1) Mengamati tanda dan gejala persalinan
 - a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan atau vaginanya.
 - c) Perineum menonjol.
 - d) Vulva vagina dan spingter anal membuka.

Menyiapkan pertolongan persalinan

- 2) Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai atau pribadi yang bersih.

- 5) Memakai satu sarung DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- 6) Mengisap oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set atau wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik).

Memastikan pembukaan lengkap dengan janin baik

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kassa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi).
- 8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.

10) Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal(100-180 kali/menit).

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

Menyiapkan ibu dan keluarga untuk Membantu Proses Meneran

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

- a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
- b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.

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

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

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

- b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
- c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak maminta ibu berbaring terlentang).
- d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.
- e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
- f) Menganjurkan asupan cairan per oral.
- g) Menilai DJJ setiap 5 menit.
- h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan meneran.
- i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi.
- j) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

Persiapan pertolongan kelahiran bayi

- 14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 15) Letakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong bayi.
- 16) Membuka partus set.

17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.

Menolong kelahiran bayi

Lahirnya Kepala

18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, biarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.

19) Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kassa 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 janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
- b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.

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

Lahirnya bahu

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

bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.

23) Setelah kedua bahu di lahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

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

Penanganan Bayi Baru Lahir

25) Menilai bayi selintas dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.

26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin IM.

27) 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 kesua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).

28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di Antara dua klem tersebut.

29) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernafas, ambil tindakan yang sesuai.

30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.

Oksitosin

31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.

32) Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.

33) 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.

Penegangan Tali Pusat Terkendali

34) Memindahkan klem pada tali pusat.

35) Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat diatas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah

uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.

- a) Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.

Mengeluarkan Plasenta

37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

- a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva.
- b) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit.
 - 1) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit I.M.
 - 2) Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
 - 3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - 4) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
 - 5) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

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

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

Pemijatan Uterus

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

Menilai Perdarahan

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

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

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

Melakukan prosedur pascapersalinan

- 42) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
- 43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 % membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkan dengan kain yang bersih dan kering.
- 44) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikatkan disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- 45) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang bersebrangan dengan simpul mati yang pertama.
- 46) Melepaskan klem bedah dan dan meletakkanya kedalam larutan klorin 0,5 %.
- 47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- 48) Menganjurkan ibu untuk memualai pemberian ASI.
- 49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervagina.
 - 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 menatalaksana atonia uteri.

e) Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia local dan menggunakan teknik yang sesuai.

50) Mengajarkan pada ibu atau 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 pascapersalinan.

a) Memeriksa temperature tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.

b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

Kebersihan dan Keamanan

53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.

54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi kedalam tempat sampah yang sesuai.

55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang di inginkan.

57) Mendekontaminasi daerah yang di gunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5 % dan membilas dengan air bersih.

58) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 %, membalikkan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.

59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang) (Prawirohardjo, 2010:hal 341-347).

e. Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan. Tujuan utama penggunaan partograf adalah untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dan mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian, juga dapat dilaksanakan deteksi secara dini, setiap kemungkinan terjadinya partus lama. Jika digunakan secara tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk mencatat kemajuan persalinan, kondisi ibu dan janin, asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran, serta menggunakan informasi tercatat, sehingga secara dini mengidentifikasi adanya penyulit persalinaan, dan membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu. Penggunaan partograf secara rutin akan memastikan ibu dan janin telah mendapatkan asuhan persalinan secara aman dan tepat waktu. Selain itu, dapat mencegah terjadinya penyulit yang dapat mengancam kesehatan jiwa mereka (Prawirohardjo, 2010:Hal 315).

f. Penggunaan Partograf

World Health Organization (WHO, 2000) telah memodifikasi partograf agar lebih sederhana dan lebih mudah digunakan. Fase laten telah dihilangkan, dan pencatatan pada partograf dimulai dari fase aktif ketika pembukaan servik 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 suasta, rumah sakit, dll).
- c) Semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (spesialis obsteri dan ginekologi, bidan, dokter umum, residen, dan mahasiswa kedokteran) (Prawirohardjo, 2010:hal 316).

g. Asuhan Sayang Ibu

1. Kala I

Menurut Rohani (2011; h.40) perencanaan persalinan kala I :

- a) Berikan Asuhan tubuh fisik
- b) Anjurkan kehadiran seorang pendamping
- c) Berikan pengurangan rasa nyeri

2. Kala II

Menurut Rohani dkk (2011 h, 150) asuhan kala II persalinan merupakan kelanjutan tanggung jawab bidan pada waktu pelaksanaan asuhan kala I persalinan.

- a) Evaluasi kontinu kesejahteraan ibu

- b) Evaluasi kontinu kesejahteraan janin
- c) Evaluasi kontinu kemajuan persalinan
- d) Perawatan tubuh wanita
- e) Asuhan pendukung wanita dan orang terdekat beserta keluarganya
- f) Persiapan persalinan
- g) Penatalaksanaan kelahiran
- h) Pembuatan keputusan untuk penatalaksanaan kala II persalinan.

3. Kala III

- a) Memberikan pujian kepada pasien atas keberhasilannya
- b) Lakukan manajemen aktif kala III
- c) Pantau kontraksi uterus
- d) Berikan dukungan mental pada pasien
- e) Berikan informasi mengenai apa yang harus dilakukan oleh pasien dan pendamping agar proses kelahiran plasenta lancar
- f) Jaga kenyamanan pasien dengan menjaga kebersihan tubuh bagian bawah (perineum)

4. Kala IV

Menurut Rohani dkk (2011, h,234)

- a) Pemeriksaan fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam ke 2. Jika kontraksi uterus tidak kuat, massase uterus sampai menjadi keras.
- b) Periksa tekanan darah, nadi, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua.
- c) Anjurkan ibu untuk minum untuk mencegah dehidrasi.

- d) Bersihkan perineum dan kenakan pakaian yang bersih dan kering.
- e) Biarkan ibu beristirahat karena telah bekerja keras melahirkan bayinya, bantu ibu untuk membuat posisi yang nyaman.
- f) Bayi diberikan ASI.
- g) Pastikan ibu sudah buang air kecil tiga jam pascapersalinan.
- h) Anjurkan ibu dan keluarga mengenal bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi serta tanda-tanda bahaya ibu dan bayi.

3. NIFAS

a. Definisi

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 h hari) setelah itu. Pelayanan pascapersalinan harus terselenggara pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu (Prawirohardjo, 2010:hal 356).

Masa nifas adalah suatu periode dalam minggu-minggu pertama setelah kelahiran. Lamanya periode ini tidak pasti sebagian besar menganggapnya Antara 4 sampai 6 minggu. Walaupun merupakan masa yang relatif tidak kompleks di bandingkan dengan kehamilan, nifas ditandai oleh banyak perubahan fisiologis. Beberapa dari perubahan tersebut mungkin hanya sedikit mengganggu ibu baru, walaupun komplikasi serius juga dapat terjadi (Wiliam, 2013:hal 674).

b. Perubahan Fisiologis Nifas

- 1) Uterus reorganisasi dan mengeluarkan desidua / endometrium dan eksfoliasi tempat perlekatan plasenta yang ditandai dengan penurunan ukuran dan berat serta perubahan pada lokasi uterus juga ditandai dengan warna dan jumlah lokia. Menyusui akan mempercepat proses involusi. Regenerasi endometrium lengkap pada tempat perlekatan plasenta memakan waktu hampir enam minggu. Pertumbuhan endometrium ini membuat pembuluh darah yang mengalami pembekuan pada tempat perlekatan tersebut rapuh sehingga meluruh dan dikeluarkan dalam bentuk lokia (Varney, 2008:hal 959).

Tabel 2.5 Tinggi fundus uteri, berat uterus menurut masa involusi

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

Sumber: Mochtar, 2012: Hal. 87.

- 2) Lokia adalah istilah untuk sekret dari uterus yang keluar melalui vagina selama puerperium. Karena perubahan warnanya, ada lokia rubra (mengandung darah dan jaringan desidua), serosa (warnanya lebih pucat dari rubra), alba (merah muda, kuning atau putih) (Varney, 2008:hal 960).
- 3) Vagina dan Perineum, segera setelah kelahiran, vagina tetap terbuka lebar, mungkin mengalami beberapa derajat edema dan memar, dan celah pada *introitus*. Setelah satu hingga dua hari

pertama pascapartum, tonus otot vagina kembali, celah tidak lagi lebar / edema dan dinding vagina lunak.

- 4) Payudara, Laktasi dimulai pada semua wanita dengan perubahan hormon saat melahirkan. Dapat mengalami kongesti payudara selama beberapa hari pertama pascapartum karena tubuhnya mempersiapkan untuk memberikan nutrisi kepada bayi. Wanita yang menyusui berespons terhadap menstimulus bayi yang disusui akan terus melepaskan hormon dan stimulasi alveoli yang memproduksi susu.

c. Tanda – tanda vital.

- 1) Tekanan darah mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari.
- 2) Suhu maternal kembali normal dari suhu yang sedikit meningkat selama periode intrapartum dan stabil dalam 24 jam pertama pascapartum.
- 3) Nadi meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pascapartum.
- 4) Pernapasan normal selama jam pertama pascapartum. Napas pendek, cepat, atau perubahan lain memerlukan evaluasi adanya kondisi-kondisi seperti kelebihan cairan, eksaserbasi asma dan embolus paru (Varney, 2008:hal 961).

d. Perubahan fisik lain.

- 1) Sistem renal yang meregang dan dilatasi selama kehamilan, kembali normal pada akhir minggu keempat pascapartum.

- 2) Penurunan berat badan rata-rata 12 pon (4,5 kg) pada waktu melahirkan.
- 3) Perubahan gastrointestinal, wanita akan merasa lapar mulai satu atau dua jam setelah melahirkan. Konstipasi kemungkinan terjadi masalah pada puerperium awal karena kurangnya makanan padat dan menahan defekasi.
- 4) Dinding abdomen. Striae gravidarum tidak dapat dihilangkan secara sempurna, tetapi dapat berubah menjadi garis putih keperakan yang halus setelah periode beberapa bulan. Dinding abdomen lunak setelah kelahiran karena dinding ini meregang selama kehamilan.
- 5) Perubahan hematologi. Hemoglobin, hematokrit, dan hitung eritrosit sangat bervariasi dalam puerperium awal sebagai akibat fluktuasi volume darah, volume plasma, dan kadar volume sel darah merah. Kadar ini dipengaruhi oleh status hidrasi wanita saat itu, volume cairan yang ia dapat selama persalinan, dan reduksi volume darah total normal wanita dari peningkatan kadar volume darah selama kehamilan. Faktor ini menyebabkan kehilangan darah sedikitnya dua hingga empat hari pascapartum (Varney, 2008:hal 961).

e. Perubahan Psikologi Masa Nifas

Ada 3 fase penyesuaian ibu terhadap perannya sebagai orang tua, yaitu fase taking in, fase taking hold, dan fase letting go (Lubis, 2010)

1) Fase Taking in

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan, pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada diri sendiri.

Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif pada lingkungannya. Oleh karena itu kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik.

Gangguan psikologis yang mungkin dialami ibu adalah :

- a) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya, contohnya : jenis kelamin tertentu, warna kulit, jenis rambut dan lain-lain.
 - b) Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu misalnya rasa mulas karena Rahim berkontraksi untuk kembali pada keadaan semula, payudara bengkak, nyeri pada luka jahitan.
 - c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.
 - d) Suami atau keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayinya dan cenderung melihat tanpa membantu.
- 2) Fase Taking hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase taking hold, ibu merasa khawatir atau ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam merawat bayi. Selain itu perasaan sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh karena itu ibu memerlukan dukungan karena saat ini merasakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan

dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

3) Fase Letting go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan, ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

f. Tujuan asuhan masa nifas (Prawirohardjo, 2009.hal 122).

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- 2) Melaksanakan skrining yang komperhensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.
- 4) Memberikan pelayanan keluarga berencana.

g. Tahapan Masa Nifas

- a) Puerperium dini yaitu kepulihan saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
- b) Puerperium intermediat, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6 – 8 minggu.
- c) Puerperium lanjut, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan kembali sehat sempurna, terutama jika selama hamil atau sewaktu

persalinan timbul komplikasi. Waktu untuk mencapai kondisi sehat sempurna dapat berminggu – minggu, bulanan, atau tahunan (Roestam, 2012:hal 87).

h. Asuhan Kebidanan Masa Nifas

1) Kunjungan Masa nifas

Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuai standar, yang dilakukan sekurang-kurangnya tiga kali sesuai jadwal yang dianjurkan, Menurut (KEMENKES 2015) yaitu:

- a) Pada enam jam sampai dengan tiga hari pasca persalinan.
- b) Pada hari ke empat sampai dengan hari ke-28 pasca persalinan.
- c) Pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan.

Masa nifas dimulai dari enam jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan. Jenis pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan terdiri dari:

- a) Pemeriksaan tanda vital (tekanan darah, nadi, nafas, dan suhu)
- b) Pemeriksaan tinggi puncak rahim (fundus uteri)
- c) Pemeriksaan lochia dan cairan per vaginamlain
- d) Pemeriksaan payudara dan pemberian anjuran ASI eksklusif
- e) Pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) kesehatan ibu nifas dan bayi
- f) baru lahir, termasuk keluarga berencana

g) Pelayanan keluarga berencana pasca persalinan.

i. Tujuan asuhan masa nifas

Pelayanan pasca persalinan untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemeriksaan ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu. Pada masa pascapersalinan (Sarwono, 2010:hal 357).

j. Penatalaksanaan perawatan selama puerperium secara spesifik bidan mempunyai tanggung jawab sebagai berikut:

- 1) Melakukan evaluasi kontinue dan penatalaksanaan perawatan kesejahteraan wanita
- 2) Memberi pemulihan dari ketidaknyamanan fisik
- 3) Memberi bantuan dalam menyusui
- 4) Memfasilitasi pelaksanaan peran sebagai orangtua
- 5) Melakukan pengkajian bayi selama kunjungan rumah
- 6) Memberikan pedoman antisipasi dan instruksi
- 7) Melakukan penampisan kontiniu untuk komplikasi *puerperium* (Varney, 2008:hal 968).

4. Bayi Baru Lahir (BBL)

a. Definisi

Bayi lahir normal adalah bayi yang lahir cukup bulan, 38-42 minggu dengan berat badan sekitar 2500-3000 gram dan panjang badan sekitar 50-55 cm. (Jenny, 2013:hal 151).

Menurut (Mochtar ;2012) bayi baru lahir dapat dibagi menjadi 2:

- 1) Bayi normal (sehat) memerlukan perawatan biasa.
- 2) Bayi gawat (high risk baby) memerlukan penanggulangan khusus, misalnya bayi yang mengalami asfiksia dan perdarahan.

b. Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

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

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

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

- 2) KN 2 dilakukan pada umur 3-7 hari

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

- 3) KN 3 dilakukanpada umur 8-28 hari

Tindakan yang dilakukan yaitu sama dngn kunjungan pada mur 3-7 hari hanyaa ditambahkan pemberian iimuunisasi BCG

c. Alat-alat Untuk Perawatan Bayi

- 1) Pengisap lender (ekstraktor/aspirator mucus)
- 2) Tabung oksigen beserta alat untuk membantu pernapasan bayi
- 3) Alat resusitasi untuk pernapasan Obat-obatan, glukosa 40%, larutan natrium bikarbonat 7,5% nalorfin sebagai antidote morfin dan petidin
- 4) Alat pemotong, pengikat, dan antiseptic tali pusat

- 5) Tanda pengenal (identifikasi) bayi yang sama dengan ibu
 - 6) Tempat tidur bayi dan incubator bayi
 - 7) Stop-watch dan thermometer
- d. Pertolongan Pada Waktu Bayi Lahir
- 1) Mulai melakukan pembersihan lender pada saat kepala keluar, yaitu dengan membersihkan mulut, hidung, dan mata dengan kapas atau kasa steril.
 - 2) Jam lahir dicatat dengan stop-watch.
 - 3) Lendir dihisap sebersih mungkin sambil bayi ditidurkan dengan kepala lebih rendah dari kaki dalam posisi sedikit ekstensi, supaya lendir mudah keluar.
 - 4) Tali pusat diikat dengan baik, dan bekas luka diberi antiseptic kemudian dijepit dengan klem jepit plastik atau diikat dengan pita atau benang tali pusat.
 - 5) Segera setelah bayi lahir, bayi yang sehat akan menangis kuat, bernapas, serta menggerakkan tangan dan kakinya, kulit akan berwarna kemerahan.
 - 6) Bayi dimandikan dan dibersihkan dari lumuran darah, air ketuban, meconium, dan verniks kaseosa dengan air suam-suam kuku. Ada pula yang membersihkannya dengan minyak kelapa atau minyak zaitun.
 - 7) Jangan lupa mencatat Nilai Apgar bayi
 - 8) Bayi ditimbang berat badannya dan diukur panjang badan lahirnya, kemudian nilai-nilai tersebut dicatat dalam status.
 - 9) Perawatan mata bayi:

a) mata bayi dibersihkan, kemudian diberikan obat untuk mencegah *blenorea*:

(1) Metoda Crede: dengan tetesan nitras argenti 1-2% sebanyak 2 tetes pada masing-masing mata.

(2) Salep penisilin atau salep mata gentamisin.

10) Diperiksa juga anus, genitalia eksterna, dan jenis kelamin bayi.

Pada bayi laki-laki, periksa apakah ada fimosis dan apakah desensus testis telah lengkap. Di beberapa Negara Barat, pada bayi laki-laki segera dilakukan sirkumsisi, apalagi jika terdapat fimosis.

11) Bayi akhirnya diperlihatkan kepada ibu, ayah, dan keluarga yang mendampingi.

e. Penanganan bayi baru lahir (Prawirohardjo, 2009:Hal 133).

Tujuan utama perawatan bayi segera setelah lahir, adalah:

1) Membersihkan jalan nafas.

Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan nafas dengan cara sebagai berikut:

a) Letakan bayi pada posisi telentang di tempat yang keras dan hangat.

b) Gulung sepotong kain dan letakan di bawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala di atur lurus sedikit tengadah ke belakang.

c) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang di bungkus kasa steril.

d) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar

2) Memotong dan merawat tali pusat.

Tali pusat di potong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak begitu menentukan dan tidak akan mempengaruhi bayi, kecuali pada bayi kurang bulan. Apabila bayi lahir tidak menangis, maka tali pusat segera di potong untuk memudahkan melakukan tindakan resusitasi pada bayi. Tali pusat di potong 5 cm dari dinding perut bayi dengan gunting steril dan diikat dengan pengikat steril. Apabila masih terjadi perdarahan dapat di buat ikatan baru. Luka tali pusat di bersihkan dan di rawat dengan alcohol 70% atau povidon iodine 10% serta di balut kasa steril.

3) Mempertahankan suhu tubuh bayi.

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolak ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil.

4) Identifikasi.

Apabila bayi di lahirkan di tempat bersalin yang persalinannya mungkin lebih dari satu persalinan, maka sebuah alat pengenal yang efektif harus diberikan kepada setiap bayi baru lahir dan harus tetap di tempatnya sampai waktu bayi di pulangkan.

5) Pencegahan infeksi.

a) Memberi vitamin K

Kejadian perdarahan karena defisiensi vitamin K pada bayi baru lahir dilaporkan cukup tinggi, berkisar 0,25-0,5%. Untuk mencegah terjadinya perdarahan tersebut, semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi vitamin K peroral 1 mg/hari selama 3 hari, sedangkan resiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg I.M.

b) Memberi obat tetes mata

Di beberapa Negara perawatan mata bayi baru lahir secara hukum diharuskan untuk mencegah terjadinya oftalmia neonatrum. Di daerah dimana prevalensi gonorea tinggi, setiap bayi baru lahir perlu diberi salep mata sesudah 5 jam bayi lahir. Pemberian obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk mencegah penyakit mata karena klamidia (peyakit menular seksual).

5. KELUARGA BERENCANA

1. Definisi

Menurut WHO (Expernt Committe,1970), tindakan yang membantu individu/pasutri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur intervar diantara kehamilan, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga. Keluarga Berencana (family planning/planned parenthood) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Sulistyawati, 2014:hal 13).

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 Tentang Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, Dan Sistem Informasi Keluarga, yang dimaksud dengan program keluarga berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. (Profil kesehatan Indonesia, 2014; hal .101). Keluarga berencana adalah kemampuan untuk membantu wanita atau pasangan suami – isteri secara lebih efektif (Varney, 2007:hal 414).

2. Tujuan Program KB

- 1) Tujuan umumnya adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.
- 2) Tujuan lain meliputi pengaturan kelahiran, pendewasaan usia perkawinan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga. Hal ini sesuai dengan teori pembangunan menurut Alex Inkeles dan David Smith yang mengatakan bahwa pembangunan bukan sekedar perkara pemasok modal dan teknologi saja tapi juga membutuhkan sesuatu yang mampu mengembangkan sarana yang berorientasi pada masa sekarang dan masa depan, memiliki kesanggupan untuk merencanakan, dan percaya bahwa manusia

dapat mengubah alam, bukan sebaliknya (Sulistyawati, 2014:hal 13).

3. Syarat kontrasepsi

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 penggunaannya sederhana

- a. Tidak memerlukan bantuan medik atau kontrol yang ketat selama pemakaiannya
- b. Harganya murah supaya dapat dijangkau masyarakat luas.
- c. Dapat diterima oleh pasangan suami istri (Rustam, 2012:hal 195).

5. Jenis KB

- a. KB Hormonal.
 - a. Pil kontrasepsi kombinasi.

Pil kontrasepsi kombinasi yang sekarang digunakan tidak berisi esterogen dan progesteron alamiah, melainkan steroid sintetik. Ada dua jenis progesteron sintetik yang dipakai, yaitu yang berasal dari 19 *nor-testosteron*, dan yang berasal dari 17 *alfaasetoksi-progesteron*. Yang berasal dari 17 *alfa-asektosi-progesteron*, akhir-akhir ini di Amerika Serikat tidak dipergunakan lagi untuk pil kontrasepsi oleh karena pada binatang percobaan (anjing) pil yang menandung zat ini, bila dipergunakan dalam waktu yang lama, dapat menimbulkan kanker *mammae*. Derivat

dari 19 nor-testosteron yang sekarang banyak dipergunakan untuk pil kontrasepsi ialah *nerotinodrel*, *nerothindron asetat*, *etinodiol diasetat*, dan *norgestrel* (Sulistyawati, 2014:hal 16).

a) Mekanisme Kerja.

Pil-pil kontrasepsi terdiri atas komponen esterogen dan komponen progestogen, atau oleh satu dari komponen hormon itu. Walaupun banyak hal yang masih belum jelas, pengetahuan tentang dua komponen tersebut tiap hari bertambah. Yang jelas bahwa hormon steroid sintetik dalam metabolisanya sangat berbeda dengan hormon steroid yang dikeluarkan oleh ovarium. Umumnya dapat dikatakan bahwa komponen esterogen dalam pil menekan sekresi FSH menghalangi maturitas folikel dalam ovarium. Karena pengaruh esterogen dalam ovarium terhadap *hipofisis* tidak ada, maka tidak terdapat pengeluaran LH. Pada pertengahan siklus haid kadar FSH rendah dan tidak terjadi peningkatan kadar LH, sehingga menyebabkan ovulasi terganggu. Komponen progestogen dalam pil kombinasi memperkuat khasiat estrogen untuk mencegah ovulasi, sehingga dalam 95-98% tidak terjadi ovulasi. Selanjutnya, esterogen dalam dosis tinggi dapat pula mempercepat perjalanan ovum yang akan menyulitkan terjadinya implantasi dalam endometrium dan ovum yang pernah dibuahi.

Tabel 2.6 jenis – jenis kontrasepsi

Jenis	Mekanisme kerja		
	Penghambatan ovarium	Pengaruh terhadap endometrium	Pengaruh terhadap lendir serviks uteri
Pil kombinasi	+++	+	+
Pil sekensual	+	+	0
Mini-pil	+	+	+++
Depo Provera (suntikan)	+	+	+++

(Sulistyawati, 2014:hal 16).

b) Kontraindikasi.

Tidak semua perempuan dapat menggunakan pil kombinasi untuk kontrasepsi. Kontraindikasi terhadap penggunaannya dapat dibagi dalam kontraindikasi mutlak dan indikasi.

(1) Kontraindikasi mutlak: termasuk adanya tumor-tumor yang dipengaruhi esterogen, penyakit hati yang, baik akut ataupunmenahun, pernah mengalami *tromboflebitis*, *trombo-emboli*, kelainan *serebro-vaskuler*, diabetes mellitus, dan kehamilan.

(2) Kontraindikasi relatif: depresi, migrain, mioma uteri, hipertensi, oligomenorea dan amenorea. Pemberian pil kombinasi perempuan yang mempunyai kelainan tersebut di atas harus diawasi secara teratur dan terus menerus, sekursng-kurangnya tiga bulan sekali.

(Prawirohardjo, 2011:Hal 439).

c) Kelebihan dan kekurangan Pil Kombinasi

Kelebihan pil kombinasi antara lain :

1) Efektivitasnya dapat dipercaya (daya guna teoritis hampir 100%daya guna pemakaian 95-98%).

- 2) Frekuensi koitus tidak perlu diatur.
- 3) Siklus haid jadi teratur.
- 4) Keluhan-keluhan disminorea yang perimer menjadi berkurang atau hilang sama sekali.

d) Kekurangan pil kombinasi antara lain:

- 1) Pil harus diminum tiap hari, sehingga kadang-kadang merepotkan.
- 2) Motivasi harus kuat.
- 3) Adanya efek samping walaupun sifatnya sementara, seperti mual, sakit kepala, dan muntah, nyeri buah dada.
- (3) Untuk golongan penduduk tertentu harganya masih mahal. (Prawirohardjo, 2011:Hal 440).

b. Subkutis/Implan.

1) Jenis Implan:

- a) Norplant. Terdiri atas enam batang silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm dengan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg *levonorgestrel*. Lama kerjanya lima tahun.
- b) Implanon. Terdiri atas satu batang putih lentur dengan panjang kira-kira 40 mm dan diameter 2 mm, yang diisi dengan 68 mg *3-keto-desogestrel* dan lama kerjanya tiga tahun.

c) Jadena dan indoplant. Terdiri atas dua batang yang berisi 75 mg *levonorgestrel* dengan lama kerja tiga tahun.

2) Cara kerja.

- a) Lendir serviks menjadi kental.
- b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.
- c) Mengurangi transportasi sperma.
- d) Menekan ovulasi.

3) Keuntungan Implan:

- a) Daya guna tinggi.
- b) Perlindungan jangka panjang (sampai lima tahun).
- c) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan.
- d) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.
- e) Bebas dari pengaruh estrogen.
- f) Tidak mengganggu aktivitas seksual.
- g) Tidak mengganggu produksi ASI.
- h) Klien hanya perlu kembali jika ada keluhan.
- i) Dapat dicabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.

4) Keterbatasan Implan:

Pada kebanyakan klien metode ini dapat menyebabkan perubahan pola haid berupa perdarahan bercak (spotting), hipermenorea atau meningkatnya jumlah darah haid, serta menorea. Timbulnya keluhan-keluhan sebagai berikut:

- a) Nyeri kepala.
- b) Peningkatan/penurunan berat badan.
- c) Nyeri payudara.
- d) Perasaan mual.
- e) Perubahan perasaan (mood) atau kegelisahan (*nervousness*).
- f) Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk, AIDS.

Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai dengan keinginan, akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan. (Prawirohardjo, 2011:Hal 445).

c. Suntikan.

1) Suntikan setiap 3 bulan (Depo Provera)

Depo provera ialah *6-alfa-medroksiprogesteron* yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral, mempunyai efek progestagen yang kuat dan sangat efektif. Obat ini termasuk obat depot. *Noristerat* juga termasuk dalam golongan kontrasepsi suntikan.

a) Mekanisme kerja.

- (1) Obat ini menghalangi terjadinya ovulasi dengan jalan menekan pembentukan *gonadotropin releasing hormone* dari *hipotalamus*.

(2) Lendir serviks bertambah kental, sehingga menghamabat penetrasi sperma melalui serviks uteri.

(3) Implantasi ovum dalam endometrium dihalangi.

(4) Mempengaruhi transpor ovum dituba.

b) Keuntungan kontrasepsi suntikan berupa depo ialah:

(1) Efektifitas tinggi.

(2) Pemakaiannya sederhana.

(3) Cukup menyenangkan bagi akseptor (injeksi hanya 4x setahun).

Revasibel dan cocok bagi ibu-ibu yang menyusui anaknya dan ibu yang baru melahirkan.

c) Kekurangan metode depot ialah:

1) Sering menimbulkan perdarahan yang tidak teratur.

2) Dapat menimbulkan amenorea (Prawirohardjo, 2011:hal 445-448).

2) Suntikan Setiap Bulan

Suntikan bulanan mengandung 2 macam hormon progestin dan esterogen sampai hormon alami bagi perempuan. Juga disebut sebagai kontrasepsi suntikan kombinasi.

Preparat yang dipakai ialah *edroxyprogesterone acetate (MPA)/estradiol capionate* atau *nerethisteroneenanthate (NET-EN)/estradiol valerate*.

Mekanisme kerjanya adalah mencegah keluarnya ovum dari ovarium (ovulasi). Efektivitasnya tergantung saat kembalinya untuk mendapatkan suntikan. Bila perempuan mendapatkan suntikan tepat waktu, angka kehamilannya kurang dari 1 per 100 perempuan yang menggunakan kontrasepsi bulanan dalam satu tahun pertama (Prawirohardjo, 2011:hal 450).

d. Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) yang mengandung progestogen.

AKDR adalah pembawa obat kontrasepsi yang terbuat dari plastik kecil, biasanya berbentuk huruf T atau berpola mirip huruf T, dan pada bagian pangkal vertikalnya terikat sebuah kawat tembaga. Alat ini juga dapat mempunyai lilitan tembaga pada kedua tangan transversalnya. Alat ini cukup fleksibel untuk dimasukkan ke dalam suatu alat pendorong yang kemudian akan dimasukkan ke dalam rongga Rahim.

1) Mekanisme Kerja AKDR

AKDR mengganggu proses implantasi. Mekanisme pastinya masih belum jelas tetapi AKDR mampu menginduksi reaksi terhadap benda asing di endometrium dan mengurangi lewatnya spermatozoa ke saluran genitalia bagian atas. Adanya tembaga meningkatkan reaksi benda asing pada endometrium. (ilustrasi obstetric, hal:410-411).

2) Jenis-jenis AKDR

Hingga kini telah terdapat berpuluh-puluh jenis AKDR : yang paling banyak digunakan dalam program keluarga berencana di Indonesia adalah AKDR/IUD jenis *Lippes loop*. AKDR/IUD dapat dibagi dalam bentuk terbuka linear dan bentuk tertutup sebagai cincin. Yang termasuk dalam bentuk terbuka dan linear antara lain ialah Lippes Loop, saf-T-coil, Dalkon Shield, CU-7, Cu-T, Spring coil, dan Margulis spiral; sedangkan yang termasuk dalam golongan bentuk tertutup dengan bentuk dasar cincin adalah Ota ring, Antigon F, Ragab ring, Cincin Gravenberg, cincin Hill-Stone, Birnberg how, dan lain-lain.

3) Keuntungan-keuntungan AKDR/IUD

AKDR/IUD mempunyai keunggulan bila dibandingkan dengan cara kontrasepsi lainnya antara lain:

- a) Umumnya hanya memerlukan satu kali pemasangan dan dengan demikian satu kali motivasi.
- b) Tidak menimbulkan efek sistemik.
- c) Alat itu ekonomis dan cocok untuk penggunaan secara massal.
- d) Efektivitas cukup tinggi.
- e) Reversibel.

4) Efek samping AKDR/IUD

- a) Perdarahan
- b) Rasa nyeri dan kejang di perut

- c) Gangguan pada suami
 - d) Ekspulsi (pengeluaran sendiri)
- 5) Komplikasi AKDR/IUD
- a) Infeksi.
 - b) Perforasi.
 - c) Kehamilan.
- b. KB non-hormonal.

Jenis-jenis kontrasepsi non-hormonal

1) Kontrasepsi Tanpa Menggunakan Alat/Obat

a) Senggama Terputus (Koitus Interruptus)

Senggama terputus ialah penarikan penis dari vagina sebelum terjadinya ejakulasi. Hal ini berdasarkan kenyataan, bahwa akan terjadinya ejakulasi disadari sebelumnya oleh sebagian besar laki-laki, dan setelah itu masih ada waktu kira-kira “detik” sebelum ejakulasi terjadi. Waktu yang singkat ini dapat digunakan untuk menarik penis keluar dari vagina. Keuntungannya, cara ini tidak membutuhkan biaya, alat-alat ataupun persiapan, tetapi kekurangannya adalah untuk menyelesaikan cara ini dibutuhkan pengendalian diri yang besar dari pihak laki-laki. Beberapa laki-laki karena faktor jasmani dan emosional tidak dapat menggunakan cara ini. Selanjutnya, penggunaan cara ini dapat menimbulkan *neurasten* (Prawirohardjo, 2011:Hal 438).

b) Pembilasan Pascasenggama (Postcoital Douche)

Pembilasan vagina dengan air biasa dengan atau tanpa tambahan larutan obat (cuka atau obat lain) segera setelah koitus merupakan suatu cara yang telah lama sekali dilakukan untuk tujuan kontrasepsi. Maksudnya ialah untuk memperoleh efek spermisida serta menjaga asiditas vagina. Efektivitas cara ini mengurangi kemungkinan terjadinya konsepsi hanya dalam batas-batas tertentu karena sebelum dilakukannya pembilasan spermatozoa dalam jumlah besar sudah memasuki serviks uteri (Prawirohardjo, 2011:Hal 439).

c) Perpanjangan Masa Menyusui Anak (Prolonged Lactation)

Sepanjang sejarah perempuan mengetahui bahwa kemungkinan untuk menjadi hamil menjadi lebih kecil apabila mereka terus menyusui anaknya setelah melahirkannya. Maka, memperpanjang masa laktasi sering dilakukan untuk mencegah kehamilan. Efektivitas menyusui anak dapat mencegah ovulasi dan memperpanjang amenorea postpartum. Akan tetapi, ovulasi pada suatu saat akan terjadi lagi dan akan mendahului haid pertama setelah partus. Bila hal ini terjadi, konsepsi dapat terjadi selagi perempuan tersebut masih dalam keadaan amenorea dan terjadilah kehamilan kembali setelah melahirkan sebelum mendapatkan haid (Prawirohardjo, 2011:Hal 439).

d) Pantang Berkala (Rhythm Method)

Kesulitan cara ini ialah sulit untuk menentukan waktu yang tepat dari ovulasi; ovulasi umumnya terjadi 14 + 2 hari sebelum hari pertama haid yang akan datang. Dengan demikian, pada perempuan dengan haid yang tidak teratur, sangat sulit atau sama sekali tidak dapat diperhitungkan saat terjadinya ovulasi. Selain itu, pada perempuan dengan haid teratur pun ada kemungkinan hamil, oleh salah satu sebab (misalnya karena sakit) ovulasi tidak datang pada waktunya atau sudah datang sebelum saat semestinya (Prawirohardjo, 2011:Hal 439).

Pada perempuan-perempuan dengan daur haid tidak teratur, akan tetapi dengan variasi yang tidak jauh berbeda, dapat ditetapkan masa subur dengan suatu perhitungan, dimana daur haid terpendek dikurangi dengan 18 hari dan daur haid terpanjang dikurangi dengan 11 hari. Masa aman ialah sebelum daur haid terpendek yang telah dikurangi. Untuk dapat menggunakan cara ini, perempuan yang bersangkutan sekurang-kurangnya harus mempunyai catatan tentang lama daur haidnya selama 6 bulan, atau lebih baik jika perempuan tersebut mempunyai catatan tentang lama daur haidnya selama satu tahun penuh (Prawirohardjo, 2011:Hal 439).

Efektivitas cara ini akan lebih tepat jika dibarengi dengan cara pengukuran suhu basal badan (SBB);

dengan pengukuran ini dapat ditentukan dengan tepat saat terjadinya ovulasi. Menjelang ovulasi suhu basal badan turun, kurang dari 24 jam sesudah ovulasi suhu basal badan naik lagi sampai tingkat lebih tinggi daripada tingkat suhu sebelum ovulasi, dan tetap tinggi sampai akan terjadinya haid. Dengan demikian bentuk grafik suhu basal badan adalah bifasis, dengan dataran pertama lebih rendah dari dataran kedua, dengan saat ovulasi diantaranya.

Dengan menggunakan suhu basal badan, kontrasepsi dengan cara pantang berkala dapat ditingkatkan efektivitasnya. Akan tetapi, harus diingat bahwa beberapa faktor dapat menyebabkan kenaikan suhu basal badan tanpa terjadinya ovulasi, misalnya karena infeksi, kurang tidur, atau minum alkohol (Prawirohardjo, 2011:Hal 440).

6. Penapisan Calon Akseptor KB

Tabel 2.7 Penapisan metode Kontrasepsi Hormonal

Metode Hormonal (Pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk)	YA	TIDAK
Apakah hari haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan		
Apakah mengalami perdarahan / perdarahan bercak antara haid setelah senggama		
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata.		
Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual.		
Apakah pernah nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema)		
Apakah pernah tekanan darah diatas 160 mmHg(sistolik) atau 90 mmHg (diastolic)		
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara		

Apakah anda sering minum obat-obatan anti kejang (epilepsy)

AKDR (semua jenis pelepas tembaga atau progestin)

Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu.

Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain.

Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)

Apakah pernah mengalami radang panggul atau kehamilan ektopik

Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4 jam)

Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)

Apakah pernah mengalami dismenorea berat yang membutuhkan analgetika dan / atau istirahat baring.

Tabel 2.7 Penapisan metode Kontrasepsi Hormonal

Metode Hormonal (Pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk)	YA	TIDAK
Apakah pernah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid atau setelah senggama.		
Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung vascular atau congenital		

Sumber : Handayani, 2010. H 37

Tabel 2.8 Penapisan KB Tubektomi

Keadaan Klien	Dapat dilakukan pada fasilitas rawat jalan	Dilakukan di fasilitas rujukan
Keadaan Umum (anamnesis dan pemeriksaan fisik)	Keadaan umum baik, tidak ada tanda – tanda penyakit jantung, paru, atau ginjal.	Diabetes tidak terkontrol, riwayat gangguan pembekuan darah, ada tanda – tanda penyakit jantung, paru, atau ginjal.
Keadaan emosional	Tenang	Cemas, takut
Tekanan darah	< 160/100 mmHg	>160/100 mmHg
Berat Badan	35-85 kg	>85 kg ; < 35 kg
Riwayat operasi abdomen/ panggul	Bekas seksio sesarea (tanpa perlekatan)	Operasi abdomen lainnya, perlekatan atau terdapat kelahiran pada pemeriksaan panggul
Riwayat radang panggul, hamil ektopik, Anemia	Pemeriksaan dalam normal Hb > 8 g%	Pemeriksaan dalam ada kelainan Hb < 8 g%

Sumber : Handayani, 2010. Hal. 38

Tabel 2.9 Penapisan Metode KB Vasektomi

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

Sumber : Handayani, 2010. H. 39

6. Tinjauan Asuhan Kebidanan

a) 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:

1. Keluhan klien
2. Riwayat kesehatan klien
3. Pemeriksaan fisik secara lengkap sesuai dengan kebutuhan
4. Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
5. 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 lengka.

Langkah II: Interpretasi Data Dasar

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, perihal yang berkaitan dengan pengalaman klien ditemuka dari hasil pengkajian.

Langkah III: Identifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

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 tersebut tidak terjadi. Selain itu, bidan harus bersiap-siap apabila diagnosis atau masalah tersebut benar-benar terjadi.

Langkah IV: Identifikasi Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan

Segera

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 diperoleh memerlukan tindakan yang harus segera dilakukan oleh bidan, sementara kondisi yang lain masih bisa menunggu beberapa waktu lagi.

Langkah V: Perencanaan Asuhan yang Menyeluruh

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

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

Dilakukan oleh bidan adalah:

1. Melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, yang mencakup pemenuhan kebutuhan, untuk menilai apakah sudah benar-benar terlaksana atauenuhi sesuai dengan kebutuhan yang telah teridentifikasi dalam masalah dan diagnosis.
2. Mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui mengapa proses manajemen ini tidak efektif (Mangkuji, Betty 2012:Hal 2-6).

b) 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

1) 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"

2) Objektif

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

3) 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.

4) Planning

Pendokumentasian tindakan (I) dan evaluasi (E), meliputi: asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnostic atau laboratorium, konseling, dan tindak lanjut (follow up) (Mangkuji, Betty. 2012:Hal 8).

7. Aspek Hukum

1) Standar Asuhan Kebidanan

Berdasarkan KEPMENKES 938 tahun 2007 tentang standar asuhan kebidanan.

a) Pengertian Standar Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan, mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

STANDAR I : Pengkajian

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

STANDAR II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan masalah kebidanan yang tepat.

STANDAR III : Perencanaan

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

STANDAR IV : Implementasi

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

STANDAR V : Evaluasi

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

STANDAR VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan

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

2) Landasan hukum kewenangan bidan

Berdasarkan PEMENKES RI nomor 1464/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.

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.

Pasal 12 koseling tentang kesehatan reproduksi perempuan dan KB tercantum.

3) Wewenang bidan Berdasarkan PEMENKES RI nomor 1464/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

4) Standar Kompetensi Bidan

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

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

Kompetensi ke 2 Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap

- budaya dan pelayanan menyeluruh dimasyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua.
- Kompetensi ke 3 Bidan memberi asuhan *antenatal* bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.
- Kompetensi ke 4 Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin selama persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.
- Kompetensi ke 5 Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.
- Kompetensi ke 6 Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, *komprehensif* pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.
- Kompetensi ke 7 Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, *komprehensif* pada bayi dan balita sehat (1 bulan–5 bulan).
- Kompetensi ke 8 Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan *komprehensif* pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.
- Kompetensi ke 9 Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita atau ibu dengan gangguan sistem reproduksi. (KEPMENKES RI, 2010:hal 5).