

## BAB II TINJAUAN TEORI

### A. Tinjauan Medis

#### 1. Kehamilan

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* kemudian dilanjutkan dengan *nidasi* atau *implantasi*. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung selama 40 minggu atau 10 bulan. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, dimana trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu. Trimester kedua 15 minggu (dari minggu ke 13 hingga 27), dan trimester ketiga 13 minggu (dari minggu ke 28 hingga ke 40) (Prawiroharjo, 2014. h; 213).

##### a. Diagnosis Kehamilan

###### 1) Tanda dugaan kehamilan

- a) *Amenorea* (terlambat datang bulan).
- b) Mual muntah (*emesis*)

Pengaruh *estrogen* dan *progesteron* menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual dan muntah terutama pada pagi hari disebut *morning sickness* (*SICKNESS*).

###### c) Ngidam

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu.

###### d) Sinkope atau pingsan

Terjadinya gangguan sirkulasi kedaerah kepala (sentral) menyebabkan *iskemia* susunan saraf pusat dan menimbulkan

*sinkop* atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.

- e) Payudara tegang pengaruh *estrogen* - *progesteron* dan *somatomamotrofin*, menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang. Ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.
- f) Sering *miksi* desakan rahim ke dalam menyebabkan kadung kemih cepat penuh dan sering *miksi*. Pada triwulan kedua gejala ini sudah menghilang.
- g) Konstipasi atau obstipasi, pengaruh *progesteron* dapat menghambat peristaltik usus, menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.
- h) Pigmentasi kulit, terdapat pembesaran payudara, disertai dengan *hyperpigmentasi* puting susu dan aerola. *Mammae* menjadi tegang dan membesar, keadaan ini disebabkan pengaruh *estrogen* dan *progesteron* yang merangsang *duktuli* dan *alveoli* di *mammae*, *glandula montgomery* tampak lebih jelas, pada wajah adanya *melanophore stimulating hormone* *hipofisis anterior* menyebabkan pigmentasi kulit dinding perut terdapat *striae lipid* atau *albican* dan *alba* menjadi *nigra*. Pada pipi, hidung, dan dahi kadang tampak pigmen yang berlebihan dikenal sebagai *kloasma gravidarum* (Manuaba,2010 ;h.107 - 108).

2) Tanda tidak pasti kehamilan

a) Rahim membesar sesuai dengan umur kehamilannya.

b) Pada pemeriksaan dalam dapat dijumpai :

(1) Tanda *hegar*. Pelunakan dan dapat ditejanya isthimus uteri.

(2) Tanda *goodel*. Pelunakan serviks.

(3) Tanda *chadwick*. Terjadi kira-kira minggu ke 6.

(4) Tanda *piscaseck*. Pembesaran uterus yang tidak simetris.

(5) Kontraksi *braxton hicks*, merupakan peregangan sel-sel otot uterus. (Manuaba,2010; h.107).

3) Tanda pasti kehamilan

a) Gerakan janin dalam rahim

b) Terlihat/teraba gerakan janin dan teraba bagian-bagian janin.

c) Denyut jantung janin, didengar dengan *stetoskop laenec*, alat kardio tokografi, alat *doppler*, dilihat dengan ultrasonografi.

(Manuaba,2010; h.109).

b. Ketidaknyamanan Pada Kehamilan

Dijelaskan oleh Kusmiyati,2010; h.123-132 dalam buku perawatan ibu hamil :

1) Trimester I

a) Kelelahan

Penyebab tidak diketahui. Mungkin berhubungan dengan penurunan laju metabolisme basal pada awal kehamilan (Kusmiyati,2010; hal 123 - 132).

b) Keputihan

Penyebabnya peningkatan produksi lender dan kelenjar *endocervikal* sebagai akibat dari peningkatan kadar *estrogen* (Kusmiyati,2010; hal 123 - 132).

c) Ngidam

Mungkin berkaitan dengan persepsi individu wanita tersebut mengenai apa yang bisa mengurangi rasa mual dan muntah keracunan *histamine* (Kusmiyati,2010; hal 123 - 132).

d) Sering buang air kecil

Hal ini disebabkan karena tekanan uterus pada kandung kemih (Kusmiyati,2010; hal 123 - 132).

e) Mual atau muntah-muntah

(Kusmiyati,2010; hal 123 - 132).

2) Trimester II

a) Keputihan

b) Chloasma

Penyebabnya peningkatan kadar *estrogen* dan mungkin *progesterone* (Kusmiyati,2010; hal 123 - 132).

c) Hemoroid

Disebabkan oleh konstipasi dan tekanan yang meningkat dari uterus gravid terhadap *vena hemoroid* (Kusmiyati,2010; hal 123 - 132).

d) Konstipasi

Penigkatan kadar *progesterone* yang menyebabkan peristik usus menjadi lambat. Penurunan *motilitas* sebagai akibat dari relaksasi otot-otot halus menjadi penyebab konstipasi (Kusmiyati,2010; hal 123 - 132).

e) Sesak nafas

Penigkatan kadar *progesteron* berpengaruh secara langsung pada pusat penapasan untuk menurunkan CO<sub>2</sub> serta meningkatkan aktifitas metabolic meningkatkan kadar CO<sub>2</sub>. *hiperventilasi* yang lebih ringan ini adalah SOB. Pembesaran pada uterus juga menyebabkan sesak nafas (Kusmiyati,2010; hal 123 - 132).

f) Nyeri *ligamentum rotundum*

Hipertropi dan peregangan *ligamentum* selama kehamilan dan tekanan dari uterus pada *ligamentum* menyebabkan nyeri (Kusmiyati,2010; hal 123 - 132).

g) Pusing

*Hipertensi postunal* yang berhubungan dengan perubahan- perubahan *hemodinamis*. Pengumpulan darah didalam pembuluh tungkai, yang mengurangi aliran balik vena dan menurunkan *output cardiac* serta tekanan darah dengan tegangan *othostatis* yang meningkat menjadi penyebab pusing (Kusmiyati,2010; hal 123 - 132).

3) Trimester III

a) Keputihan

b) Sering buang air kecil

Hal ini disebabkan karena tekanan uterus pada kandung kemih (Kusmiyati,2010; hal 123 - 132).

c) Hemoroid

d) Konstipasi

e) Sesak nafas

f) Nyeri *ligamentum rotundum*

g) Pusing

h) Varises

Pada vena bagian bawah meningkat sejalan dengan kehamilan karena adanya tekanan pada uterus yang terjadi karena terlalu lamanya berdiri. (Kusmiyati,2010; hal 123 - 132).

c. Asuhan Antenatal

1) Definisi

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obsterik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan. (Sarwono, 2014; h.278).

2) Jadwal kunjungan

a) Satu kali kunjungan selama trimester pertama (sebelum 14 minggu)

b) Satu kali kunjungan selama trimester kedua (antara minggu 14-28)

- c) Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (antara minggu 28-36 dan sesudah minggu ke 36). (saifuddin,2011 ; hal N-2)

3) Tujuan asuhan antenatal

a) Trimester pertama / sebelum minggu ke 14

- (1) Membina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu
- (2) Mendeteksi masalah yang dapat diobati sebelum mengancam jiwa ibu maupun bayinya
- (3) Mencegah masalah seperti tetanus neonatorum, anemia, defisiensi zat besi, maupun penggunaan praktik tradisional yang merugikan
- (4) Memulai persiapan persalinan dan kesiapan menghadapi komplikasi.
- (5) Mendorong perilaku yang sehat (Saiffudin,2010; hal. N-2).

b) Trimester kedua / sebelum minggu ke 28

- (1) Membina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu
- (2) Mendeteksi masalah yang dapat diobati sebelum mengancam jiwa.
- (3) Mencegah masalah seperti tetanus neonatorum, anemia defisiensi zat besi, maupun penggunaan praktik tradisional yang merugikan.
- (4) Memulai persiapan persalinan dan kesiapan menghadapi komplikasi.
- (5) Mendorong perilaku yang sehat

(6) Kewaspadaan khusus mengenai PIH (Saiffudin,2010; h. N-2).

c) Trimester ketiga pertama / antara minggu 28-36

(1) Membina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu

(2) Mendeteksi masalah yang dapat diobati sebelum mengancam jiwa.

(3) Mencegah masalah seperti tetanus neonatorum, anemia defisiensi zat besi, maupun penggunaan praktik tradisional yang merugikan.

(4) Persiapan persalinan dan kesiapan menghadapi komplikasi.

(5) Mendorong perilaku yang sehat

(6) Kewaspadaan khusus mengenai PIH

(7) Palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda.

d) Trimester ketiga kedua / setelah 36 minggu

(1) Membina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu

(2) Mendeteksi masalah yang dapat diobati sebelum mengancam jiwa.

(3) Mencegah masalah seperti tetanus neonatorum, anemia defisiensi zat besi, maupun penggunaan praktik tradisional yang merugikan.

(4) Persiapan persalinan dan kesiapan menghadapi komplikasi.



- (5) Mendorong perilaku yang sehat
- (6) Kewaspadaan khusus mengenai PIH
- (7) Palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda.
- (8) Deteksi letak bayi yang tidak normal, atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran di rumah sakit.

d. Tanda-Tanda Bahaya Pada Kehamilan

Menurut Ari Sulistyawati tahun 2011; hal.155-162.

1) Perdarahan pervaginam

a) Plasenta previa

- (1) Plasenta previa totalis (*sentralis*) : seluruh *ostium* ditutupi plasenta
- (2) Plasenta previa parsialis (*lateralis*) : sebagian *ostium* ditutupi plasenta
- (3) Plasenta previa letak rendah (*marginalis*) : tepi plasenta berada 3-4cm diatas pinggir pembukaan, pada pemeriksaan dalam tidak teraba

b) Solusio plasenta

- (1) Solusio plasenta *lateralis/parsialis*. Sebagian dari plasenta yang terlepas dari tempat perlekatannya
- 2) Solusio plasenta totalis. Seluruh bagian plasenta sudah terlepas dari perlekatannya.
- 3) Prolapsus plasenta. Kadang-kadang plasenta ini turun kebawah dan dapat teraba pada pemeriksaan dalam.

4) Sakit kepala yang hebat

Sakit kepala yang hebat merupakan apabila tidak hilang setelah beristirahat dan disertai dengan pengelihatan menjadi kabur.

5) Pengelihatan kabur

Disebabkan karena pengaruh hormonal ketajaman pengelihatan ibu dapat berubah selama proses kehamilan.

6) Bengkak diwajah dan jari-jari tangan

Hampir dari sepuluh ibu hamil akan mengalami bengkak yang normal pada kaki yang biasanya muncul pada sore hari dan biasanya hilang setelah beristirahat dengan meninggikan kaki, bengkak ini menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan, tidak hilang setelah beristirahat, dan disertai dengan keluhan fisik yang lain. Hal ini dapat merupakan pertanda anemia, gagal jantung atau pre-eklamsi.

7) Keluar cairan pervagina

Pecahnya ketuban atau keluarnya cairan yang tidak terasa oleh ibu, berbau amis, dan berwarna putih keruh, berarti yang keluar adalah air ketuban. Jika kehamilan belum cukup bulan, berhati-hati akan adanya persalinan preterm dan komplikasi infeksi intrapartum

8) Gerakan janin tidak terasa

Adanya gangguan pada janin dalam Rahim, misalnya *asfiksia* janin sampai kematian janin.

e. Diagnosis Banding Kehamilan

- 1) Hamil palsu (*Pseudosiesis*) atau kehamilan spuria. Dijumpai tanda dugaan hamil, tetapi dengan pemeriksaan alat canggih dan tes biologis tidak menunjukkan kehamilan.
- 2) Tumor kandungan atau mioma uteri. Terdapat pembesaran rahim. Tetapi tidak disertai tanda hamil
- 3) Kista ovarium, pembesaran perut, tetapi tidak disertai tanda hamil dan menstruasi terus berlangsung.
- 4) Hematometra terlambat datang bulan yang dapat melampau usia kehamilan. Perut terasa nyeri setiap bulan, terjadi tumpukan darah dalam Rahim
- 5) Kandung kemih yang penuh. Dengan melakukan kateterisasi makan pembesaran perut akan hilang. (Manuaba,2010; h.109 )

f. Perubahan Fisiologis Pada Kehamilan

1) Uterus

Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai peralihan (Prawirohardjo,2014;h.175).

Berikut gambaran besarnya uterus sesuai dengan usia kehamilan:

- a) Pada usia kehamilan 16 minggu, tinggi rahim adalah setengah dari jarak simfisis dan pusat. Plasenta telah terbentuk seluruhnya.

- b) Pada usia kehamilan 10 minggu, fundus rahim terletak dua jari dibawah pusat
- c) Pada usia 24 minggu tepat di tepi atas pusat.
- d) Pada usia kehamilan 28 minggu, tinggi fundus uteri sekitar 3 jari di atas pusat pusat atau sepertiga jarak antara pusat dan *prosesus xifoideus*.
- e) Pada usia kehamilan 32 minggu, tinggi fundus uteri setengah jarak *prosesus xifoideus* dan pusat
- f) Pada usia kehamilan 36 minggu tinggi fundus uteri sekitar satu jari di bawah *prosesus xifoideus*, dan kepala bayi belum masuk pintu atas pinggul.
- g) Pada usia kehamilan 40 minggu fundus uteri turun setinggi tiga jari di bawah *prosesus xifoideus*, oleh karena saat ini kepala janin telah masuk pintu panggul (Manuaba, 2010; hal.87-88).

## 2) Vagina

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruhnya hormon estrogen sehingga vagina tampak makin berwarna merah kebiru-biruan (tanda *chadwicks*). (Manuaba,2010; hal.92).

## 3) Kulit

Kulit akan menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga mengenai daerah payudara dan paha dikenal dengan nama *striae gravidarum*. Kulit digaris pertengahan perutnya (*linea*

*alba*) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan *linea nigra*. Kadang-kadang akan muncul dalam ukuran bervariasi pada wajah dan leher yang disebut *chloasma gravidarum*. Selain itu, pada aerola dan daerah genitalia juga terlihat pigmentasi berlebihan (Sarwono, 2014; h.179).

#### 4) Ovarium

Proses berhentinya ovalasi pada kehamilan dan pematangan pada folikel baru juga ditunda. Hanya satu *kospus luteum* yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel berfungsi maksimal selama 6-7 minggu pada awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai progesteron dalam jumlah yang relatif minimal (Prawirohardjo, 2014; hal.178).

#### 5) Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberi ASI ada saat laktasi (Manuaba, 2010; hal.92).

#### 6) Perubahan metabolic

Penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Kemudian payudara, volume darah, dan cairan ekstraseluler. Selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Hal ini disebabkan oleh turunnya *osmolaritas* dari 10 mgm/kg yang diinduksi oleh makin rendahnya ambang rasa haus dan *sekresi vasopressin*. Pada saat aterm  $\pm 3,5$  l cairan berasal dari janin, plasenta, dan cairan amnion, sedangkan 3 l lainnya

berasal dari akumulasi peningkatan volume darah ibu, uterus, dan payudara sehingga minimal tambahan cairan selama kehamilan adalah 6,5 (Sarwono, 2014; h.180).

#### 7) Sistem kardiovaskular

Sejak pertengahan kehamilan pembesaran uterus akan menekan *vena kava inferior* dan *aorta* bawah ketika berada dalam posisi terlentang. Penekanan *vena kava inferior* ini akan mengurangi darah balik ke vena jantung. Akibatnya, terjadinya penurunan *preload* dan *cardiac output* sehingga akan menyebabkan terjadinya hipotensi arterial yang dikenal dengan sindrom hipotensi supine dan pada keadaan yang cukup berat akan mengakibatkan ibu kehilangan kesadaran. (Sarwono, 2014; h.182).

#### g. Perubahan Psikologis Dalam Masa Kehamilan

##### 1) Pada kehamilan trimester 1

Pada trimester 1, yakni ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya, kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan, dan kesedihan, bahkan kadang ibu berharap agar dirinya tidak hamil saja, ibu akan selalu mencari tanda – tanda apakah ia benar – benar hamil untuk sekedar meyakinkan dirinya (Sulistyawati,2011; hal.76-77).

##### 2) Pada kehamilan trimester 2

Pada trimester kedua, yakni ketika ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormon yang tinggi, sudah

bisa menerima kehamilannya, merasakan gerakan anak, merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran, libido meningkat, ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran, dan persiapan untuk peran baru (Sulistyawati, 2011; hal. 76 - 77).

3) Pada kehamilan trimester 3

Pada trimester III yakni rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya elek, aneh, dan tidak menarik, merasa kehilangan perhatian, takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya, libido menurun (Sulistyawati, 2011; hal. 77).

h. Pelayanan Standar 10 T

Pelayanan antenatal diupayakan agar memenuhi standar kualitas, yaitu :

- (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 toxoid* sesuai setatus imunisasi.
- (6) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan
- (7) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

- (8) Penatalaksanaan 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)
- (10) Tatalaksana kasus. (Profil Dinas Kesehatan, 2014)

## 2. Persalinan

### 1. Definisi

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (Janin dan plasenta) yang dapat hidup di dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Mochtar, 2011;h.69).

Proses persalinan dengan hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 2010; h.164)

### 2. Ada 3 Jenis Persalinan yaitu :

- a. Persalinan spontan. Jika persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir ibu tersebut.
- b. Persalinan buatan. Jika persalinan dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya *ekstraksi forsep* atau operasi seksio sesaria.



c. Persalinan anjuran. Persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya, tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian *pitosisin* atau *prospagladin* (Erawati, 2011h.3).

3. Penyebab Mulai Persediaan yaitu sebagai berikut :

- a. Penurunan kadar progesteron. Progesteron menimbulkan relaksasi otot uterus, sedangkan estrogen meningkat karena otot uterus.
- b. Teori oksitosin.pada akhir kehamilan, kadar oksitosin meningkat. Oleh sebab itu ,timbul kontraksi otot uterus.
- c. Keregangan otot. Dengan bertambahnya usia kehamilan, semakin teregang otot-otot uterus dan semakin rentan.
- d. Pengaruh janin. *Hipofisi* dan *kelenjar suprarenal* janin tampaknya juga memegang peranan karena pada *anenseksufalus*, kehamilannya sering lebih lama dari biasanya.
- e. Teori prostaglandin. Hal ini dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi, baik dalam air ketuban maupun darah perifer pada ibu hamil sebelum melahirkan atau selama persalinan (Erawati, 2011; h.4).

4. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

a. Passage (jalan lahir)

Jalan lahir dibagi atas:

- 1) Bagian keras tulang-tulang panggul
- 2) Bagian lunak : otot-otot, jaringan-jaringan, ligament-ligamen

(Walyani,2015; h.19)

b. Power (his dan mengejan)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament (Walyani,2015; h.20)

c. Passenger

Passenger terdiri dari :

- 1) Janin
- 2) Plasenta
- 3) Air ketuban (Walyani,2015; h.23-25)

5. Tahapan Persalinan

a. Kala I

- 1) Fase laten: berlangsung selama 8 jam, serviks membuka sampai 3 cm.
- 2) Fase aktif: berlangsung selama 7 jam, serviks membuka dari 4 cm sampai 10 cm, kontraksi lebih kuat dan sering, dalam fase ini dibagi dalam 3 fase yaitu:
  - a) Fase akselerasi: dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
  - b) Fase diatasi maksimal: dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
  - c) Fase deselari: pembukaan menjadi lambat sekali, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap atau 10 cm.

Pada primigravida kala I berlangsung kurang lebih 12 jam, sedangkan pada multigravida kurang lebih 8 jam (Sondakh, 2013;h.5).

3) Asuhan pada kala I

a) Pemeriksaan fisik, seperti pemeriksaan abdomen untuk menentukan Tinggi Fundus Uteri (TFU), memantau kontraksi uterus, memantau DJJ, menentukan presentasi, menentukan penurunan bagian terbawah janin.

b) Pemeriksaan dalam

c) Kemajuan persalinan

d) Kemajuan pada kondisi janin

e) Kemajuan kondisi ibu (Sondakh, 2013; h.106-133)

b. Kala II (kala pengeluaran janin)

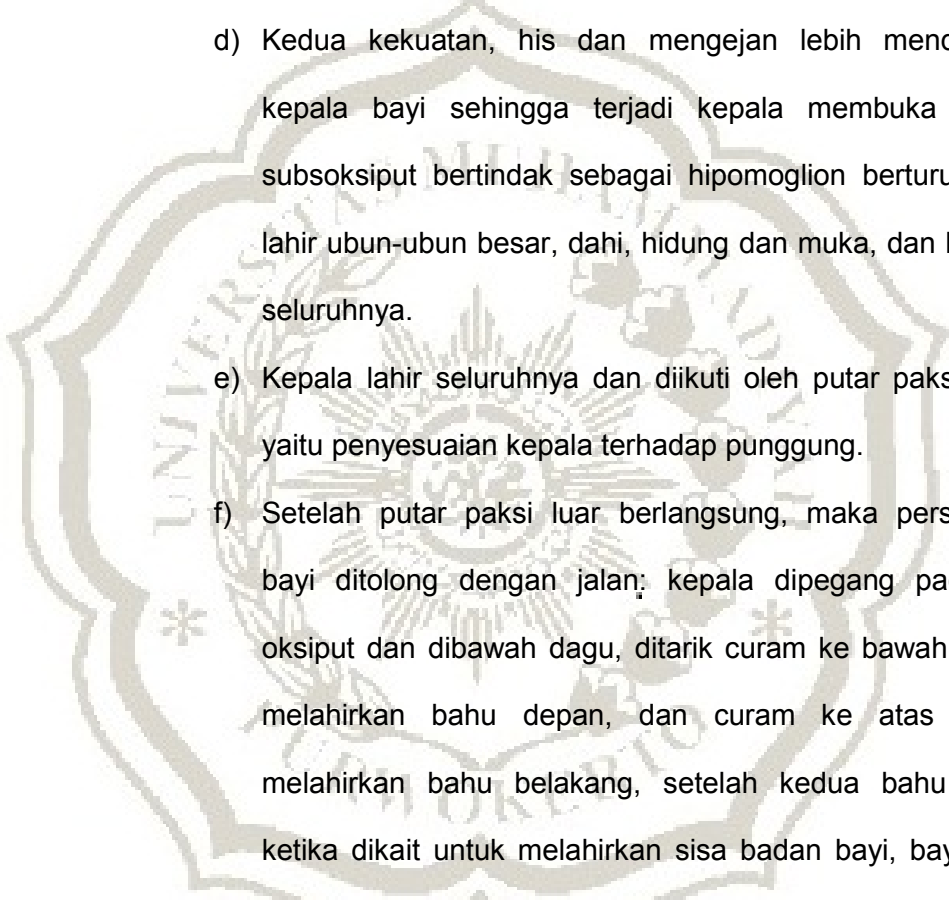
Yang dimaksud dengan kala II persalinan adalah proses pengeluaran buah kehamilan sebagai hasil pengenalan proses dan penatalaksanaan kala pembukaan, batasan kala II di mulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10cm) dan berakhir kelahiran bayi, kala I juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Durasi kala II pada persalinan spontan tanpa komplikasi adalah sekitar 40 menit pada primigravida dan 15 menit pada multipara. Kontraksi selama kala II adalah sering, kuat dan sedikit lebih lama yaitu kira-kira 2 menit berlangsung 60-90 detik dengan interaksi tinggi dan semakin ekspulsif sifatnya (Walyani, 2015; h.52).

1) Tanda dan gejala kala II, yaitu :

- a) Ibu merasa ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
  - b) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum atau pada vagina
  - c) Perineum menonjol
  - d) Vulva vagina dan sfiingter ani terlihat membuka
  - e) Peningkatan pengeluaran lendir dan darah
- 2) Tindakan yang dilakukan untuk mengevaluasi kesejahteraan ibu adalah sebagai berikut:
- a) Tanda-tanda vital: tekanan darah setiap 30 menit sekali, suhu, nadi setiap 30 menit sekali, pernafasan.
  - b) Kandung kemih
  - c) Urin: protein dan keton
  - d) Hidrasi: cairan, mual, muntah
  - e) Kondisi umum: kelemahan dan keletihan fisik, tingkah laku, dan respons terhadap persalinan, serta nyeri dan kemampuan koping.
  - f) Upaya ibu meneran
  - g) Kontraksi setiap 30 menit

(Sondakh, 2013; hal.133)

- 3) Gejala utama kala II :
- a) His semakin kuat, dengan interval antara 2 sampai 3 menit, dengan durasi 50 detik sampai 100 detik.

- 
- b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan semakin mendadak.
- c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti dengan keinginan mengejan, karena tertekannya *pleksus frankenhauser* (Manuaba,2010; h.173 – 174).
- d) Kedua kekuatan, his dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi kepala membuka pintu, subsoksiput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, dan kepala seluruhnya.
- e) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putar paksi luar, yaitu penyesuaian kepala terhadap punggung.
- f) Setelah putar paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan: kepala dipegang pada os oksiput dan dibawah dagu, ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu depan, dan curam ke atas untuk melahirkan bahu belakang, setelah kedua bahu lahir, ketika dikait untuk melahirkan sisa badan bayi, bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.
- g) Lamanya kala II untuk primigravida 50 menit dan multigravida 30 menit (Manuaba, 2010;h173-174).

c. Kala III (Pelepasan Uri)

Proses lepasnya plasenta dapat diperkirakan dengan mempertahankan tanda-tanda dibawah ini:

- 1) Uterus menjadi bundar atau globuler
- 2) Uterus mendorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah Rahim
- 3) Tali pusat bertambah panjang
- 4) Terjadi semburan darah secara tiba-tiba (Manuaba,2010; h.173-174).

Cara melahirkan plasenta adalah menggunakan teknik dorsokranial. Pengeluaran selaput ketuban selaput ketuban biasanya lahir dengan mudah, namun kadang-kadang masih ada bagian plasenta yang tertinggal. Bagian tertinggal tersebut dapat dikeluarkan dengan cara:

- 1) Menarik pelan-pelan
- 2) Memutar atau memilinnya seperti tali
- 3) Memutar pada klem
- 4) Manual atau digital

Uterus yang berkontraksi normal harus keras ketika disentuh. Jika segmen atas uterus keras tetapi perdarahan menetap, maka pengkajian segmen bawah penting untuk dilakukan. Uterus yang lunak, hipotonik, dan longgar menunjukkan uterus tidak berkontraksi dengan baik. Atonia uterus merupakan penyebab utama perdarahan postpartum. Tindakan pemantauan lainnya yang penting untuk dilakukan adalah memperhatikan dan menemukan penyebab perdarahan dari laserasi atau robekan perineum dan vagina. Penilaian perluasan laserasi perineum dan

penjahitan laserasi atau episiotomi diklarifikasikan berdasarkan luasnya robekan:

- 1) Derajat satu mulai dari mukosa vagina, komisura posterior dan kulit perineum.
- 2) Derajat dua mulai dari mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, dan otot perineum.
- 3) Derajat tiga mulai dari mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, dan otot sfingter ani.
- 4) Derajat empat mulai dari mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani, dan dinding depan rectum (Sondakh,2013; h.6 – 7).

Pada kala III tanda-tanda vital yang harus diperiksa adalah:

- 1) Tinggi Fundus Uteri (TFU), yang diantaranya bertujuan untuk mengetahui masih adakah janin di dalam uterus.
- 2) Kontraksi uterus, untuk memastikan tidak terjadi inersia uteri.
- 3) Kandung kemih, karena kandung kemih yang penuh mengganggu kontraksi uterus (Sondakh, 2013;h.140 -141).

Asuhan yang diberikan pada kala III :

- 1) Pemeriksaan plasenta
- 2) Pemeriksaan selaput ketuban
- 3) Pemeriksaan tali pusat
- 4) Pemantauan kontraksi
- 5) Pemantauan tanda vital

- 6) Pemantauan robekan jalan lahir dan perineum
- 7) Pemantauan hygiene (Sondakh,2013; h.135)

Plasenta yang normal adalah :

- 1) bentuk agak bulat/oval/datar.
- 2) ukuran diameter 20-22 cm, tebal  $\pm$  2 cm, berat  $\pm$  500 gram, hidrops fetalis (ada/tidak).
- 3) Permukaan maternal: kotiledon (lengkap/tidak), inftrak (ada/tidak).
- 4) Permukaan fetal: korion dan amnion (ada yang tertinggal/tidak, letak robekan) (Erawati,2011; h.98).

Tali pusat yang normal adalah :

- 1) Panjang : 40-50cm
  - 2) Diameter: 1-2 cm.
  - 3) Insersi: normal atau *sentral, lateral, battlodero, velamentosa* (Erawati, 2011; h.98).
- d. Kala IV (kala pengawasan atau observasi atau masa pemulihan)

Kala IV dimulainya dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam postpartum. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikatakan normal adalah 250cc dan biasanya 100-300cc. Jika perdarahan melebihi dari 500cc maka sudah dianggap abnormal, dengan demikian harus dicari penyebab dari perdarahan tersebut (Sondakh, 2013;h.7).



#### Asuhan pada kala IV

- a) Mencegah perdarahan
- b) Mencegah distensi kandung kemih
- c) Menjaga keamanan
- d) Mempertahankan kenyamanan
- e) Menjaga kebersihan
- f) Mempertahankan keseimbangan cairan dan nutrisi
- g) Pemantauan keadaan ibu
- h) Pencegahan infeksi
- i) (Sondakh, 2013; h.143).

#### 6. Tanda Dan Gejala Menjelang Persalinan

##### a. Tanda dan gejala menjelang persalinan

##### 1) *Lightening*

*Lightening* yang di mulai kira- kira 2 minggu sebelum persalinan, adalah penurunan bagian kepala janin, sehingga mengakibatkan sesak nafas yang terjadi selama trimester 3 berkurang, karena kondisi ini akan menciptakan ruang ruang yang lebih besar di daalam abdomen atas untuk ekspensi paru.

##### 2) Perubahan serviks

Perubahan serviks diduga terjadi akibat peningkatan intensitas kontraksi *braxton hiks*. Saat mendekati persalinan, serviks

semakin matang yang mengindikasikan kesiapan untuk persalinan (Vaney,2007; h.672 – 674).

3) Persalinan palsu

Terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, sehingga memberi pengaruh signifikan pada serviks (Varney,2007; h.673).

4) Ketuban pecah

Pada kondisi normal, ketuban pecah pada akhir kala I persalinan. Apabila terjadi sebelum waktu persalinan disebut ketuban pecah dini (KPD) (Vaney,2007; h.673).

5) *Bloody show*

*Bloody show* merupakan pengeluaran plak lendir diseksi serviks sebagai proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan. Plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan. *Bloody show* biasanya terjadi dalam 24 sampai 48 jam sebelum terjadinya persalinan (Vaney,2007; h.673).

6) Lonjakan energi

Banyak wanita mengalami lonjakan energi kurang lebih 24 jam sampai 48 jam sebelum waktu persalinan.

7) Gangguan saluran cerna

Ketika tidak ada penjelasan yang tepat untuk diare, kesulitan mencerna, mual dan muntah, diduga hal-hal tersebut merupakan gejala menjelang persalinan (Varney,2007; h.674).

## 7. Perubahan Fisiologis Pada Persalinan

### a. Perubahan fisiologis pada kala I persalinan :

#### 1) Uterus

Kontraksi uterus terjadi mulai dari fundus dan menyebar ke depan dan ke bawah abdomen, kemudian berakhir depan masa yang paling kuat pada fundus uterus.

#### 2) Serviks

Pada persalinan serviks mengalami penapisan, yaitu penjang serviks berkurang secara teratur sampai menjadi sangat pendek.serviks juga mengalami dilatasi (pembukaan) yang progresif. (Erawati,2011; h.18).

#### 3) Penipisan serviks

Pada primigravida, lubang luar serviks akan tertutup sehingga menjadi rata di atas bagian janin, mengalami penurunan. Pada multigravida, lubang luar serviks mulai membuka sebelum penapisan selesai. Pada multiparitas, serviks tidak akan menipis sepenuhnya (Erawati,2011; h.18).

#### 4) Pembukaan serviks

Pembukaan serviks terjadi akibat kerja uterus dan tekanan yang berlawanan oleh kantong ketuban dan bagian janin yang turun. Kepala janin menekanserviks akan membantu pembukaan secara efisien. Tekanan pada serviks menyebabkan fundus uterus berkontraksi (Erawati,2011; h.19).

5) Janin

Janin dengan lambat melakukan manuver melewati panggul ibu (penurunan janin). (Erawati,2011; h.21)

6) Kontraksi dan retraksi

Kontraksi tidak seluruhnya terjadi pada serat otot uterus, tetapi sebagian serat otot yang menahan bagian dari pemendekan otot uterus dan juga relaksasi tidak jelas sepenuhnya yang disebut retraksi (Erawati,2011; h.21).

7) Perdarahan

Akibat pembukaan serviks, sumbatan pada serviks akan menghilang dan keluar lendir bercampur darah. Darah berasal dari pembuluh-pembuluh halus yang pecah pada pelepasan korion (Erawati, 2011; h.21).

b. Perubahan pada kala II persalinan

1) Kontraksi (his)

His pada kala II menjadi lebih terkoordinasi, lebih lama (25 menit), lebih cepat kira-kira 2-3 menit sekali. Sifat kontraksi uterus simetris, fundus dominan, diikuti relaksasi (Erawati,2011; h.22)

2) Uterus

Pada saat kontraksi, otot uterus menguncup sehingga menjadi tebal dan lebih pendek, kavum uterus lebih kecil serta mendorong janin dan kantong amnion ke arah segmen bawah uterus dan serviks.

### 3) Pergeseran organ dasar panggul

Pada saat persalinan, peningkatan hormone relaksin menyebabkan peningkatan mobilitas sendi, dan kolagen menjadi lunak sehingga terjadi relaksasi panggul. (Erawati,2011; h.22).

### 4) Ekspulsi janin

## 8. Mekanisme Persalinan

### a. *Engagement*

Pada kebanyakan wanita nulipara, hal ini terjadi sebelum persalinan aktif dimulai, karena otot-otot abdomen masih tegang, sehingga presentasi terdorong ke dalam panggul. Pada multipara yang otot-otot abdomennya lebih kendur, kepala seringkali digerakkan di atas permukaan panggul sampai persalinan dimulai. (Bobak,2004; h.247).

### b. Penurunan

Penurunan adalah gerakan bagian presentasi melewati panggul. Penurunan terjadi akibat tiga kekuatan yaitu tekanan dari cairan amnion, tekanan langsung kontraksi fundus pada janin dan kontraksi diafragma dan otot abdomen ibu pada tahap kedua persalinan. (Bobak,2004 hal.247).

### c. Fleksi

Sejara setelah kepala yang turun tertahan oleh serviks, dinding panggul, atau dasar panggul, dalam keadaan normal fleksi terjadi dan dagu didekatkan kearah dada janin. Dengan fleksi,

suboksipitobregmantika yang diameter lebih kecil (9,5 cm) dapat masuk ke dalam pintu bawah panggul (PBP) (Erawati,2011; h.23).

d. Putar Paksi Dalam

Putar paksi dalam dimulai pada bidang setinggi bispina isciadika, tetapi putaran ini belum selesai sampai bagian presentasi mencapai panggul bagian bawah. Ketika oksiput berputar ke arah anterior, wajah berputar ke posterior. Setiap terjadi kontraksi, kepala janin diarahkan oleh tulang panggul dan otot-otot dasar panggul (Erawati,2011; h.23)

e. *Ekstensi*

Saat kepala janin mencapai perinium, kepala akan defleksi ke arah anterior oleh promontorium. Mula-mula oksiput melewati permukaan bawah simfisis pubis, kemudian kepala keluar akibat ekstensi: pertama-tama oksiput, kemudian wajah, dan akhirnya dagu (Erawati,2011; h.23).

f. Restitusi dan Putar Paksi Luar

Setelah kepala keluar, bayi berputar hingga mencapai posisi yang sama dengan saat kepala memasuki PAP. Gerakan ini dikenal dengan restitusi dan putaran 45 derajat membuat kepala janin kembali sejajar dengan punggung dan bahunya. Dengan demikian, kepala dapat terlihat berputar lebih lanjut. Putaran paksi luar terjadi saat bahu *engaged* dan turun dengan gerakan mirip dengan gerakan kepala (Erawati,2011; h.23).

g. *Ekspulsi*

Setelah bahu keluar, kepala dan bahu diangkat ke atas tulang pubis ibu dan badan bayi dikeluarkan dengan gerakan fleksi lateral ke arah simfisis pubis. Ketika seluruh tubuh bayi keluar, persalinan bayi selesai (Erawati,2011; h.23).

9. Asuhan Persalinan Normal 58 Langkah

a. Mendengar, melihat dan memeriksa gejala dan tanda kala dua Ibu mempunyai keinginan untuk meneran

- 1) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
- 2) Ibu merasakan regangan yang semakin meningkat pada rectum dan vagina.
- 3) Perineum tampak menonjol
- 4) Vulva dan sfingter ani membuka

b. Memastikan perlengkapan, peralatan bahan, dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asfiksia tempat datar dan keras, 2 kain dan 1 handukbersih dan kering lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.

- 1) Menggelar kain diatas perut ibu, tempat resusitasi dan ganjal bahu bayi
- 2) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai didalam partus set.
- 3) Mengenakan clemek plastik yang bersih
- 4) Melepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai cuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir kemudian

keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

5) Memakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan dalam.

6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi.

a) Jika introitus vagina, perineum, atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dengan cara menyeka dari depan kebelakang.

b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia

c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5%

Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap, bila selaput ketuban dalam pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi

8) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 % kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan



terbalik dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

9) Memeriksa denyut jantung janin ( DJJ ) setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 – 160x/menit.

10) Memberitahu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.

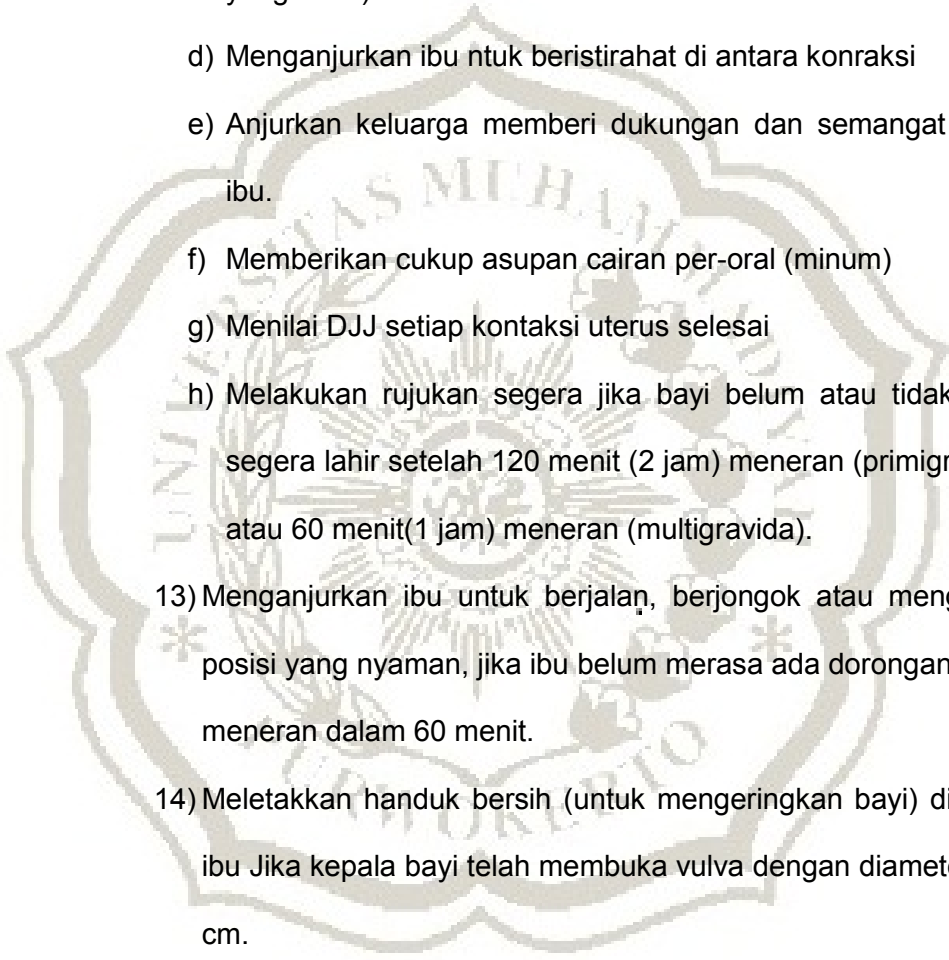
a) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.

b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.

11) Meminta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran. (Bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

12) Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan yang kuat untuk meneran :

a) Membimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif

- 
- b) Mendukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
  - c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama)
  - d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi
  - e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
  - f) Memberikan cukup asupan cairan per-oral (minum)
  - g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
  - h) Melakukan rujukan segera jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran (primigravida) atau 60 menit(1 jam) meneran (multigravida).
- 13) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 14) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5 -6 cm.
- 15) Meletakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
- 16) Membuka tutup partus set
- 17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan

- 18) Melindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernapas cepat dan dangkal.
- 19) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
- a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi
  - b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong di antara dua klem tersebut.
- 20) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan
- 21) Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- 22) Melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
- 23) Menggeser tangan yang berada di bawah ke arah perinium ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah

gunakan tangan yang berada di atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

24) Melakukan penelusuran tangan yang berada diatas punggung, bokong tungkai dan sampai mata kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk di antara kaki dan pegang masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari- jari lainnya).

25) Melakukan penilaian selintas :

a) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernafas tanpa kesulitan?

b) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau megap-megap segera lakukan tindakan resusitasi.

26) Mengeringkan dan posisikan bayi di atas perut ibu.

a) Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks.

b) Ganti handuk basah dengan handuk yang kering.

c) Pastikan bayi dalam kondisi mantap di atas dada atau perut ibu.

27) Memeriksa kembali perut ibu untuk memastikan tidak ada bayi lain dalam uterus (janin tunggal).

28) Memberitahukan pada ibu bahwa penolong akan menyuntikan oksitosin (agar uterus berkontraksi dengan baik).

29) Dalam waktu kurang dari 1 menit setelah bayi lahir, berikan Menyuntikan oksitosin 10 IU (intramuskuler) di sepertiga paha

atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).

30) Menggunakan klem, jepit tali pusat (dua menit setelah bayi lahir) pada sekitar 3 cm dari pusar umbilikus) bayi. Dari sisi luar klem penjepit, dorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan lakukan penjepitan ke dua pada 2 cm distal dari klem pertama.

31) Memotong dan pengikatan tali pusat

a) Menggunakan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit kemudian lakukan penggunting tali pusat (lindungi perut bayi) di antara 2 klem tersebut.

b) Mengikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan kembali benang ke sisi berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan simpul kunci.

c) Melepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

32) Menempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi.

33) Meletakkan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu. luruskan bahu bayi menempel dengan baik di dinding dada-perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu

34) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan kering serta pasang topi pada kepala bayi.

35) Memindahkan tali pusat hingga berjarah 5- 10 cm dari vulva.

36) Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas symfisis untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat

37) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah dorso kranial secara hati- hati (untuk mencegah terjadinya inversio uteri).

Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu sampai ada kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi putting susu.

38) Melakukan penegangan dan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan dorso kranial).

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

b) Jika plasenta tidak lepas selama 15 menit menegangkan tali pusat:

(1) Memberikan dosis ulang oksitosin 10 IU IM

- (2) Melakukan kateterisasi (aseptik) jika kandung kemih penuh
- (3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- (4) Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
- (5) Segera rujuk jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir
- (6) Jika terjadi perdarahan lakukan manual plasenta.

39) Melihat plasenta di introitus vagina lanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika selaput ketuban robek, pakai handscoon steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari- jari tangan atau klem untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.

40) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massase uterus dengan meletakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan secara lambat hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Melakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik melakukan rangsangan taktil/masase.

41) Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian fetal maupun maternal dan pastikan bahwa selaput lengkap dan utuh.

Masukkan plasenta ke dalam kantung plastic atau tempat khusus.

- 42) Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.
- 43) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 44) Berikan cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi (di dadaibu paling sedikit 1 jam).
  - a) Melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara
  - b) Membiarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walau bayi sudah berhasil menyusui.
- 45) Melakukan penimbangan/ pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1mg intramuscular di paha kiri anterolateral setelah satu jam kontak kulit ibu –bayi.
- 46) Memberikan suntikan imunisasi hepatitis B (setelah satu jam pemberian Vitamin K1) di paha kanan anterolateral.
  - a) Meletakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.



b) Meletakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusu di dalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.

47) Melakukan pemantauan kontraksi dan pencegahan perdarahan pervaginam:

a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.

b) 15 menit pada 1 jam pertama.

c) 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.

d) melakukan asuhan yang sesuai untuk penatalaksanaan atonia uteri jika uterus tidak berkontraksi dengan baik.

48) Menganjurkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.

49) Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

50) Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih ibu setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam ke dua pasca persalinan.

a) Memeriksa temperatur ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.

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

51) Memeriksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit) serta suhu tubuh normal ( $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$ ).

52) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit. Cuci dan bilas peralatan yang telah didekontaminasi.

53) Membuang bahan- bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai.

54) Membersihkan badan ibu menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

55) Memastikan ibu merasa nyaman, Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi minuman dan makanan yang diinginkannya.

56) Mendokumentasikan tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%

57) Mencilupkankan handscoon kotor kedalam larutan klorin 0,5% balikan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk atau tisu kering.

(58) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV( JNPK-KR, 2014; hal : 73).

Pemantauan keadaan umum ibu menurut JNPK-KR tahun 2014

h.73. Selama dua jam pertama pasca persalinan :

1) Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandungkemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam dan

setiap 30 menit selama satu jam kedua kala empat. Jika ada temuan yang tidak normal, tingkatkan frekuensi observasi dan penilaian kondisi ibu.

- 2) Masase uterus untuk membuat kontraksi uterus menjadi baik setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua kala empat.
- 3) Pantau temperature tubuh setiap jam dalam dua jam pertama pascapersalinan.
- 4) Nilai perdarahan. Periksa perineum dan vagina setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama jam kedua pada kala empat.

Ajarkan ibu dan keluarganya bagaimana menilai kontraksi uterus dan jumlah darah yang keluar dan bagaimana melakukan masase jika uterus menjadi lembek.

### **3. Bayi Baru Lahir**

#### **1. Definisi**

Masa Neonatal adalah masa sejak lahir sampai dengan 4 minggu ( 28 hari ) sesudah kelahiran. Neonatus ini adalah bayi berumur 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 7-28 hari. (Muslihatun, 2010; h.2 ).

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi kepala melalui vagina tanpa memakai alat pada usia kehamilan genap 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram, nilai Apgar > 7 dan tanpa cacat bawaan (Rukiyah,2010; hal.2).

## 2. Pemeriksaan Bayi Baru Lahir

Menurut Saifuddin, 2011 hal. N-32 Pemeriksaan bayi baru lahir dilakukan pada :

### a. Keadaan umum

Memeriksa pernafasan : apakah merintih, hitung pernafasan, apakah ada retraksi dinding dada.

Memeriksa gerakan : apakah tonus baik dan simetris

Meraba kehangatan : bila terasa dingin atau terlalu panas, lakukan pengukuran suhu

Melihat adanya hipersalivasi dan/atau muntah

Melihat adanya kelainan bawaan

### b. Melihat kepala : adakah bengkak atau memar

### c. Melihat abdomen : apakah pucat atau ada perdarahan tali pusar

### d. Memeriksa adanya pengeluaran meconium dan air seni

### e. Menimbang bayi

### f. Menilai cara menyusu

Asuhan segera pada bayi baru lahir adalah asuhan yang diberikan pada bayi selama jam pertama setelah kelahiran.

Sebagian besar bayi yang baru lahir akan menunjukkan usaha pernafasan spontan dengan sedikit bantuan atau gangguan (Saifuddin, dkk, 2011; h.N.30).

### a) Tujuan utama pada perawatan segera bayi baru lahir:

#### 1) Membersihkan jalan nafas

- (a) Letakkan bayi pada posisi terlentang ditempat yang keras dan hangat
- (b) Gulung sepotong kain dan diletakkan dibawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit menengah ke belakang.
- (c) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kasa steril.
- (d) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar. Dengan rangsangan ini biasanya bayi segera menangis.

2) Memotong dan merawat tali pusat.

Tali pusat dipotong 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 dipotong untuk memudahkan melakukan tindakan resusitasi pada bayi. Sebelum memotong tali pusat dipastikan bahwa tali pusat telah diklem dengan baik, untuk mencegah terjadinya perdarahan (Saifuddin, 2011;h.N-31).

Langkah-langkah merawat tali pusat adalah sebagai berikut:

- (a) Cuci tangan dengan sabun dan air bersih sebelum merawat tali pusat.

- (b) Bersihkan dengan lembut kulit di sekitar tali pusat dengan kapas basah.
- (c) Bungkus dengan longgar atau tidak terlalu rapat dengan kasa steril atau bersih.
- (d) Popok atau celana bayi diikat dibawah tali pusat.
- (e) Tidak menutupi tali pusat untuk menghindari kontak dengan feses dan urin.
- (f) Hindari penggunaan kancing, koin atau logam untuk membalut tali pusat (Sarwono, 2014;h.370-371).

3) Mempertahankan suhu tubuh bayi.

Bayi baru lahir harus dibungkus. Suhu tubuh bayi merupakan tolak ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil.

4) Identifikasi.

Untuk memudahkan identifikasi bayi alat pengenalan bayi perlu dipasang segera pasca persalinan. Alat yang digunakan sebaiknya tahan air, dengan tepi halus yang tidak melukai, tidak mudah sobek, dan tidak mudah lepas. Pada alat atau gelang identifikasi, tercantum nama bayi dan ibu, tanggal lahir nomor bayi, jenis kelamin, dan unit.

5) Pencegahan infeksi.

Pencegahan infeksi pada bayi baru lahir adalah pemberian vitamin K dan pemberian obat tetes atau salep mata. Pemberian vitamin K pada bayi sebaiknya pada bayi yang

cukup bulan dan lahir secara normal yaitu vitamin K peroral 1 mg per hari selama 3 hari, sedangkan pada bayi dengan risiko tinggi diberi vitamin K parenteral dengan dosis 0,5-1 mg per IM. Pemberian obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia atau penyakit menular seksual, dan obat apa saja yang telah diberikan untuk bayi harus dicatat dalam status bayi (Saifuddin, 2011;h.134-135).

### 3. Pengkajian Fisik Bayi Baru Lahir

Pengkajian segera setelah lahir tujuannya untuk mengkaji adaptasi bayi baru lahir dari kehidupan dalam uterus kekehidupan luar uterus (Muslihatun,2010; h.28) yaitu dengan :

- a. Mempelajari hasil anamnesa, meliputi riwayat hamil, riwayat persalinan, riwayat keluarga.
- b. Menilai skor APGAR
- c. Melakukan resusitasi neonates
- d. Melakukan perawatan tali pusat, pemotongan jangan terlalu pendek dan harus diawasi setiap hari.
- e. Memberikan identifikasi bayi dengan memberi kartu bertulisan nama ibu, diikatkan dipergelangan tangan atau kaki.
- f. Melakukan pemeriksaan fisik dan observasi tanda vital.
- g. Meletakkan bayi dalam kamar transisi (jika keadaan umum baik), atau dalam inkubator jika ada indikasi.

- h. Menentukan tempat perawatan : rawat gabung, rawat khusus, atau rawat intensif.
- i. Melakukan prosedur rujukan bila perlu. Jika ada riwayat penyakit yang diturunkan dari ibu, misalnya penyakit hepatitis B aktif, langsung diberikan vaksinasi (globulin) pada bayi.

#### 4. Tanda – Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

- a. Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit.
- b. Retraksi dada saat inspirasi.
- c. Suhu terlalu panas atau lebih dari 38 C atau terlalu dingin atau kurang dari 36 C.
- d. Warna kulit kuning (terutama pada 24 jam pertama) biru atau pucat memar.
- e. Pemberian makan : hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.
- f. Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan (nanah), bau busuk, berdarah.
- g. Infeksi : suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah). Bau busuk pernafasan sulit.
- h. Tinja/kemih : tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lendir atau darah pada tinja.
- i. Aktivitas : mengigil, atau nangis yang tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang – kejang halus, tidak biasa tenang, menangis terus menerus. (Muslihatun, 2010; h.46)



## 5. Reflek Bayi

- a. Reflek moro: reflek yang timbul diluar kemaluan, kesadaran bayi.
- b. Reflek rooting: bayi menoleh ke arah sentuhan di pipinya, berusaha untuk menghisap
- c. Reflek sucking: areola puting susu tertekan gusi bayi, lidah dan langit-langit sehingga sinus laktefiterus tertekan dan mengeluarkan ASI
- d. Reflek swallowing: dimana ASI di mulut bayi mendesak otot didaerah mulut dan faring sehingga mengaktifkan reflek menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung
- e. Reflek grasping: jari-jari bayi menggenggam sangat kuat saat jari kita menyentuh telapak tangan bayi
- f. Reflek tonik neck: gerakan spontan otot kuduk pada bayi normal, bila ditengkurapkan akan spontan memiringkan kepalanya
- g. Reflek stapping: apabila bayi diangkat tegak dan kakinya satu per satu disentuh pada satu dasar maka reflek kaki bayi secara spontan dan seolah-olah bayi berjalan
- h. Reflek startle: menjelang pada lengan dan tangan yang sering diikuti dengan tangis akibat reaksi emosional berupa hentakan dan gerakan (Yeyeh, 2012;h. 63).

## 6. Kunjungan BBL

Adalah pelayanan kesehatan kepada neonates sedikitnya 3 kali, yaitu

:

- a. Kunjungan Neonatus I (KN I) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir
- b. Kunjungan neonatus II (KN II) pada hari ke 3 sampai dengan 7 hari
- c. Kunjungan neonatus III (KN III) pada hari ke 8-28 hari

7. Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan yang diberikan pada bayi baru lahir menurut Prawirohardjo 2008; h.136 meliputi :

a. Pemantauan 2 jam

Pemantauan 2 jam pertama bayi baru lahir bertujuan untuk melihat adanya kemampuan bayi menghisap dengan kuat, bayi tampak aktif atau lunglai, dan warna kulit kemerahan atau biru.

b. Pemantauan 0-6 jam

- 1) Asuhan bayi baru lahir normal dilaksanakan segera setelah lahir, dan diletakkan didekat ibu serta dalam ruangan yang sama.
- 2) Asuhan bayi baru lahir dengan komplikasi dilaksanakan dalam ruangan dengan ibunya atau diruangan khusus.

c. Asuhan 2-6 hari

Pemeriksaan pada bayi baru lahir meliputi :

- 1) Menilai pertumbuhan bayi
- 2) Pemberian minuman dan nutrisi
- 3) Pemberian asi eksklusif

d. Asuhan 6-28 hari

- 1) Pemeriksaan neonatus pada periode ini dapat dilaksanakan dipelayanan kesehatan atau meliputi kunjungan rumah.
- 2) Pemeriksaan neonatus dilakukan didekat ibu bayi didampingi ibu atau keluarga saat dilakukan pemeriksaan.

#### 8. IMD (Inisiasi Menyusui Dini)

Segera setelah bayi lahir dan tali pusat diikat, letakan bayi tengkurap di dada ibu dengan kulit bayi bersentuhan langsung ke kulit ibu, biarkan kontak kulit ini setidaknya berlangsung 1 jam atau lebih bahkan sampai bayi dapat menyusui sendiri.

##### a. Keuntungan untuk bayi

- 1) Makanan dengan kualitas dan kuantitas optimal. Mendapat kolostrum segera, disesuaikan dengan kebutuhan bayi.
- 2) Segera memberikan kekebalan pasif pada bayi. Kolostrum adalah imunisasi pertama pada bayi.
- 3) Meningkatkan kecerdasan.
- 4) Membantu bayi mengkoordinasikan kemampuan hisap, telan dan nafas
- 5) Meningkatkan jalinan kasih sayang ibu- bayi.
- 6) Mencegah kehilangan panas.

##### b. Keuntungan untuk ibu yaitu merangsang produksi oksitosin dan prolactin.

##### 1) Oksitosin :

- a) entimulasi kontraksi uterus dan menurunkan risiko perdarahan pasca persalinan.

- b) Merangsang pengeluaran kolostrum dan meningkatkan produksi ASI
- c) Keuntungan dan hubungan mutualistik ibu dan bayi
- d) Ibu menjadi lebih tenang, fasilitasi kelahiran plasenta dan pengalihan rasa nyeri dari berbagai prosedur pasca persalinan lainnya.

2) Prolactin

- a) Meningkatkan produksi ASI
- b) Membantu ibu menghadapi rasa stres dari berbagai rasa kurang nyaman.
- c) Memberi efek relaksasi kepada ibu setelah bayi selesai menyusui.
- d) Menunda ovulasi.

9. Penilaian Bayi Baru Lahir

Tabel. 2.1 Nilai APGAR Skor

Skor	0	1	2
Frekuensi Jantung	Tidak ada	Lambat di bawah 100	Di atas 100
Usaha nafas dengan baik	Tidak ada	Lambat tidak teratur	Menangis
Tonus otot	Flaksid	Beberapa fleksi ekstremitas	Gerakan aktif
Refleks		Mudah	

10. Komplikasi Neonatus

a. Asfiksia Neonatorum

Keadaan bayi yang tidak dapat bernapas spontan dan teratur, sehingga dapat menurunkan oksigen dan makin meningkatnya

karbodioksida yang menimbulkan akibat buruk dalam kehidupan lebih lanjut.

b. Kelainan Congenital

Kelainan kongenital merupakan kelainan pertumbuhan struktur organ janin sejak saat pembuahan. Kelainan kongenital merupakan penyebab terjadinya keguguran, lahir mati atau kematian setelah persalinan pada minggu pertama.

c. Infeksi Neonatorum

Infeksi neonatus (bayi baru lahir) sering dijumpai, apalagi di daerah pedesaan dengan persalinan dukun beranak. Penyakit infeksi ini dapat terjadi melalui: infeksi antenatal (terjadi sejak masih dalam kandungan), infeksi intranatal (terjadi saat berlangsungnya persalinan), infeksi postnatal (terjadi setelah bayi berada di luar kandungan).

d. Bayi dengan berat badan lahir rendah

Prematuritas atau berat badan lahir rendah (BBLR) karena terdapat dua bentuk penyebab kelahiran bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram, yaitu karena usia kehamilan kurang dari 37 minggu, berat badan lahir rendah dari semestinya, sekalipun cukup bulan, atau karena kombinasi keduanya (Manuaba, 2010; h.436).

#### 4. Nifas

1. Definisi

Masa nifas atau puerperium adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil. Lama masa nifas yaitu 6 sampai 8 minggu. (Bahiyatun,2009; hal. 2)

## 2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

- 1) Untuk memulihkan kesehatan umum penderita, dengan jalan:
  - a) Penyediaan makanan yang memenuhi kebutuhan
  - b) Menghilangkan terjadinya anemia.
  - c) Pencegahan terhadap infeksi dengan memperhatikan keberhasilan sterilisasi.
  - d) Selain hal-hal untuk mengembalikan kesehatan umum diperlukan pergerakan otot yang cukup, agar tonus otot menjadi lebih baik, peredaran darah lebih lancar dengan demikian otot akan mengadakan metabolisme lebih cepat.
- 2) Untuk mendapatkan kesehatan emosi.
- 3) Untuk mencegah terjadinya infeksi dan komplikasi.
- 4) Untuk memperlancar pembentukan ASI.
- 5) Mengajarkan ibu untuk melaksanakan perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan memelihara bayi dengan baik, sehingga bayi dapat mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang normal. (Bahiyatun, 2009; hal. 2-3).
- 6) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.

- 7) Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- 8) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat.
- 9) Memberikan pelayanan keluarga berencana (Elisabeth,2014;hal. 3-4).

### 3. Tahapan Masa Nifas

Tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut :

#### a. Periode puerperium dini

Yaitu kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan.

#### b. Periode puerperium intermedial

Yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genital.

#### c. Periode remote puerperium

Yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. (Elisabeth,2014; hal 2-3)

### 4. Perubahan – Perubahan Masa Nifas

#### a. Perubahan Fisiologis

##### 1) Perubahan Sistem Reproduksi

##### a) Involusi

Involusi uterus adalah kembalinya uterus dalam keadaan sebelum hamil baik dalam bentuk maupun posisi.

b) Antoliysis

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot uterin. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjang dari semula dan 5 kali lebar dari semula selama kehamilan.

c) Atrofi Jaringan

Jaringan yang berpoliferasi dengan adanya estrogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi estrogen yang menyertai pelepasan plasenta.

d) Efek Oksitosin (kontraksi)

Hormone oksitosin yang dilepas dari kelenjar hipofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, mengompresi pembuluh darah dan membantu proses hemostasis. Kontraksi dan retraksi otot uterine akan mengurangi suplai darah ke uterus. Proses ini akan membantu mengurangi bekas luka implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan. Luka bekas perlekatan plasenta memerlukan waktu 8 minggu untuk sembuh total. Selama 1-2 jam pertama postpartum intensitas kontraksi uterus bisa berkurang dan menjadi teratur.

Involusi uteri dari luar dapat diamati yaitu dengan memeriksa fundus dengan cara:



(a) Segera setelah persalinan, tinggi fundus uteri 2cm dibawah pusat, 12 jam kemudian kembali 1 cm diatas pusat dan menurun kira-kira 1 cm setiap hari.

(b) Pada hari kedua setelah persalinan tinggi fundus uteri 1 cm dibawah pusat. Pada hari ke 3-4 TFU 2 cm dibawah pusat. Pada hari 5-7 TFU setengah pusat simpisis. Pada hari ke 10 TFU tidak teraba.

Bila uterus tidak mengalami atau terjadi kegagalan dalam proses involusi disebut dengan subinvolusi. Subinvolusi dapat disebabkan oleh infeksi dan tertinggalnya sisa plasenta atau perdarahan lanjut atau post partum haemorrhage (Wulandari, 2011;h.97-100).

#### (1) Lochea

Lochea terbagi menjadi 4 jenis, yaitu:

(a) Lochea rubra adalah lochea yang akan keluar selama 2 sampai 3 hari postpartum (Wulandari,2011; h.97 - 98).

(b) Lochea sanguilenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke 3 sampai ke 7 pascapersalinan.

(c) Lochea serosa adalah lochea berikutnya. Dimulai dengan yang lebih pucat dari lochea rubra. Lochea ini berbentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah

lagi pada hari ke 7 sampai ke 14 pascapersalinan (Wulandari,2011; h.98).

(d) Lochea alba adalah lochea yang terakhir. Dimulai dari hari ke 14 kemudian semakin lama semakin sedikit sehingga sama sekali berhenti sampai 1 atau 2 minggu berikutnya. Bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri dari leukosit dan sel-sel desidua (Wulandari, 2011;h.97-100).

### (2) Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah timbulnya trombosis, degenerasi, dan nekrosis ditempat implantasi plasenta. Pada hari pertama tebal endometrium 2,5mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua, dan selaput janin. Setelah 3 hari mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas implantasi plasenta (Saleha, 2009;h.55-57).

### (3) Perubahan Pada Serviks

Serviks mengalami involusi bersama uterus. Perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan membuka seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan

antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitaman karena penuh pembuluh darah. Beberapa hari setelah persalinan, ostium eksternum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggirannya tidak rata, tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari kanalis servikalis. Pada serviks terbentuk sel-sel otot baru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah. Setelah involusi selesai, ostium eksterna tidak sama seperti keadaan sebelum hamil. Pada umumnya ostium eksterna lebih besar dan tetap retak-retak dan robekan pada pinggirannya, terutama pada pinggir sampingnya. Oleh karena itu robekan ke samping dan terbentuklah bibir depan dan bibir belakang pada serviks (Saleha,2009; h.56).

#### (4) Ovarium dan Tuba Fallopi

Setelah kelahiran plasenta, produksi estrogen dan progesteron menurun, sehingga menimbulkan mekanisme timbal balik dari siklus menstruasi. Dimana dimulainya kembali proses ovulasi sehingga bisa hamil kembali (Saleha,2009; h.56).

#### (5) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan dan akan kembali secara bertahap dalam 6-8 minggu postpartum. Penurunan hormone estrogen pada masa postpartum berperan dalam penipisan mukosa dan vagina dan hilangnya rugae. Rugae akan terlihat kembali pada sekitar minggu ke 4 (Wulandari, 2011;h.102).

#### (6) Payudara atau Mammae

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu sebagai berikut:

- (a) Produksi susu
- (b) Sekresi susu atau let down.

Selama 9 bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir (Saleha, 2009;h.57-58).

#### (7) Perubahan Sistem Pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, maka terjadi penurunan produksi progesteron. Sehingga hal ini dapat menyebabkan heartburn dan konstipasi terutama dalam beberapa hari pertama. Kemungkinan terjadi hal demikian karena inaktifitas mibilitas usus karena

kurangnya keseimbangan cairan selama persalinan dan adanya reflek hambatan defekasi dikarenakan adanya rasa nyeri pada perineum karena adanya luka episiotomi (jika dilakukan episiotomi), pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan atau dehidrasi, kurang makan, haemorroid. Agar buang air besar kembali teratur dapat diberikan diit atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan yang cukup. Bila usaha ini tidak berhasil dalam 2-3 hari dapat ditolong dengan pemberian huknah atau gliserin atau diberikan obat laksan yang lain (Saleha,2009; h.58).

#### (8) Perubahan Sistem Perkemihan

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari postpartum. Hal ini merupakan salah satu pengaruh selama kehamilan dimana saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini akan kembali normal setelah 4 minggu postpartum. (Wulandari, 2011;h.102-103).

#### (9) Perubahan Sistem Endokrin

##### (a) Oksitosin

Hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan (Saleha,2009; h.59).

##### (b) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar pituitari bagian belakang untuk mengeluarkan prolaktin, hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi susu (Saleha,2009; h.59).

(10) Perubahan Tanda – Tanda Vital

Perubahan yang terjadi pada tanda-tanda vital yaitu:

(a) Suhu Badan

1 hari postpartum suhu badan akan naik sedikit sebagai akibat kerja keras saat melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan (Sunarsih,2013; h.60).

(b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa adalah 60-80x per menit, setelah melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat (Sunarsih,2013; h 60).

(c) Tekanan Darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah melahirkan karena ada pendarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsia postpartum (Sunarsih,2013; h.60).

(d) Pernafasan atau Respirasi

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi, bila suhu nadi tidak normal pernafasan juga akan mengikutinya, kecuali ada gangguan khusus pada saluran nafas (Sunarsih, 2013;h.60).

b. Perubahan Psikologis

1) Adaptasi Psikologis Ibu Masa Nifas

Dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase sebagai berikut:

a) Fase Taking In

Yaitu periode ketergantungan. Periode ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal hingga akhir (Suherni, 2009;h.85-87). Gangguan psikologis yang mungkin dirasakan ibu pada fase ini adalah sebagai berikut:

- (1) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya, misalkan jenis kelamin tertentu, warna kulit.
- (2) Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu misalnya rasa mulas akibat kontraksi rahim, payudara bengkak, akibat luka jahitan.
- (3) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya.

(4) Suami atau keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayinya dan cenderung melihat saja tanpa membantu. Ibu akan merasa tidak nyaman karena sebenarnya hal tersebut bukan hanya tanggung jawab ibu saja, tetapi tanggung jawab bersama. Peran tenaga kesehatan pada fase ini menganjurkan kepada suami dan keluarga untuk memberi dukungan moral dan menyediakan waktu untuk mendengarkan semua yang disampaikan oleh ibu agar dapat melewati fase ini dengan baik (Suherni,2009; hal 87-88).

b) Fase Taking Hold

Adalah fase atau periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah persalinan. Pada fase ini ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah sehingga kita perlu berhati-hati dalam berkomunikasi dengan ibu. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul rasa percaya diri. Peran tenaga kesehatan pada fase ini adalah misalnya mengajarkan cara merawat bayi, cara menyusui yang benar, cara merawat luka jahitan, mengajarkan senam nifas,



memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan ibu seperti gizi, istirahat, kebersihan diri, dan lain-lain (Suherni, 2009; hal. 89).

c) Fase Letting Go

Merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya sudah meningkat. Pendidikan kesehatan yang diberikan oleh tenaga kesehatan pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi ibu (Suherni, 2009; hal.89-90).

2) Postpartum Blues

Postpartum blues merupakan masa transisi mood setelah melahirkan yang sering terjadi pada 50 hingga 70% wanita (Suherni, 2009; hal.90).

Postpartum blues sebenarnya sudah dikenal sejak lama. Postpartum blues atau sering juga disebut maternity blues atau sindroma ibu baru dimengerti sebagai suatu sindrom gangguan efek ringan yang sering tampak dalam minggu pertama setelah persalinan dengan ditandai gejala-gejala sebagai berikut:

- a) Reaksi depresi atau sedih atau disforia.
- b) Sering menangis.
- c) Mudah tersinggung (iritabilitas).

- d) Cemas.
- e) Labilitas perasaan.
- f) Cenderung menyalahkan diri sendiri.
- g) Gangguan tidur dan gangguan nafsu makan.
- h) Kelelahan.
- i) Mudah sedih.
- j) Cepat marah.
- k) Mood mudah berubah, cepat menjadi sedih dan cepat pula gembira.
- l) Perasaan terjebak, marah kepada pasangannya dan bayinya.
- m) Perasaan bersalah.
- n) Sangat pelupa.

Faktor-faktor penyebab timbulnya postpartum blues:

- a) Faktor hormonal berupa perubahan kadar estrogen, progesteron, prolaktin dan estradiol yang terlalu rendah.
- b) Ketidaknyamanan fisik yang dialami wanita menimbulkan gangguan pada emosional seperti payudara bengkak, nyeri jahitan, dan rasa mulas.
- c) Ketidakmampuan beradaptasi terhadap perubahan fisik dan emosional yang kompleks.
- d) Faktor umur dan paritas (jumlah anak).
- e) Pengalaman dalam kehamilan dan persalinan.
- f) Latar belakang psikososial wanita yang bersangkutan seperti tingkat pendidikan, status perkawinan, kehamilan

yang tidak diinginkan, riwayat gangguan kejiwaan sebelumnya, sosial ekonomi.

g) Kecukupan dukungan dari lingkungan seperti suami, keluarga, dan teman.

h) Stress yang dialami wanita itu sendiri misal seperti ASI tidak keluar keluar, frustrasi karena bayi tidak mau tidur, menangis dan gumoh, stres melihat bayi sakit, rasa bosan dengan hidup yang dijalani.

i) Stres dalam keluarga misal faktor ekonomi memburuk, persoalan dengan suami, persoalan dengan mertua atau orang tua.

j) Kelelahan pasca melahirkan.

k) Perubahan peran yang dialami ibu.

l) Rasa memiliki bayi yang terlalu dalam sehingga timbul rasa takut yang berlebihan akah kehilangan bayinya.

m) Masalah anak setelah kelahiran bayi, kemungkinan timbul rasa cemburu dari anak sebelumnya sehingga hal tersebut cukup mengganggu emosional ibu (Suherni, 2009;h.92-94).

## 5. Kunjungan Nifas

### a. Kunjungan I (6-8 jam setelah persalinan)

Tujuan Kunjungan:

1) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.

- 2) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila 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) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
- 6) Petugas kesehatan yang menolong persalinan harus mendampingi ibu dan bayi lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

b. Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)

Tujuan kunjungan:

- 1) Memastikan involusi uteri berjalan normal seperti 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 mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

c. Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)

Tujuan Kunjungan:

- 1) Memastikan involusi uteri berjalan normal seperti 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 mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat.
- 4) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- 5) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

d. Kunjungan IV (6 minggu setelah persalinan)

Tujuan Kunjungan:

- 1) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu dan bayi alami.
- 2) Memberikan konseling untuk KB secara dini

(Bahiyatun, 2009; hal. 3-5).

## 5. Keluarga Berencana

### 1. Definisi

Dalam melakukan pemilihan metode kontrasepsi perlu memperhatikan ketetapan bahwa semakin rendah pendidikan

semakin efektif metode kontrasepsi yang digunakan yaitu kontak, suntik KB, susuk KB atau AKBR dan AKDR (Manuaba, 2010: hal. 592).

## 2. Tujuan KB

### a. Tujuan umum

Meningkatkan kesejahteraan ibu, anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk (Irianto, 2014; h.7)

### b. Tujuan khusus

- 1) Meningkatkan jumlah penduduk untuk menggunakan alat kontrasepsi
- 2) Menurunkan jumlah angka kelahiran bayi
- 3) Meningkatnya kesehatan keluarga berencana dengan cara penjarangan kelahiran (Irianto, 2014; h.8)

## 3. Macam Kontrasepsi

### a. Metode Alamiah

#### 1) Metode kalender

Metode Kalender Risiko bagi kesehatan: Tidak ada.

Efek samping: Tidak ada.

#### 2) Senggama terputus

- a) Mekanisme : Metode keluarga berencana tradisional, di mana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi.
- b) Efektivitas : Bila dilakukan secara benar, risiko kehamilan adalah 4 diantara 100 ibu dalam 1 tahun.
- c) Keuntungan khusus bagi kesehatan: Tidak ada.
- d) Risiko bagi kesehatan: Tidak ada.
- e) Efek samping :Tidak ada (buku saku pelayanan kesehatan, 2013 h.243).

b. Kondom

Senggama terputus, pantang berkala atau spermisida tidak digunakan setiap saat melakukan hubungan seksual tetapi hanya digunakan pada masa atau minggu subur (Manuaba, 2010 h.593-595).

1) Cara kerja kondom

Menampung spermatozoa sehingga tidak masuk ke dalam serviks. Konsep kerja kondom adalah menghalangi tertumpahnya sperma ke dalam vagina sehingga spermatozoa tidak mungkin masuk ke dalam rahim dan seterusnya. Kegagalan kondom dapat terjadi bila karet kondom bocor atau robek, dan penarik penis setelah lemah sehingga sebagian sperma dapat masuk ke vagina. (manuaba, 2010; hal.594)

2) Keuntungan kontrasepsi kondom :

- (a) Murah
  - (b) Mudah didapat
  - (c) Tidak perlu pengawasan medis
- 3) Kerugian kontrasepsi kondom
- (a) Kenikmatan terganggu
  - (b) Mungkin alergi terhadap karet atau jelinya yang mengandung spermisid (manuaba, 2010; hal.594)
- 4) Cara pakai kondom menurut jenisnya.
- (a) Kondom pria
    - (1) Kondom dikeluarkan dari tempatnya.
    - (2) Kondom dipasang pada penis setelah tegang.
    - (3) Kondom dipasang dan selanjutnya digulirkan sehingga seluruh penis dalam terlindungan oleh kondom.
    - (4) Setelah ejakulasi penis akan mengalami resolusi.
    - (5) Penis ditarik dari vagina dan kondom dilepas.
  - (b) Kondom wanita
    - (1) Spermisid dioleskan pada serviks cup.
    - (2) Servikal cup (diagfragma) siap untuk dipasang.
    - (3) Masukan dengan cara paling menyenangkan (tanpa rasa sakit).
    - (4) Posisi pemasangan yang benar (tepi anterior dibawah simfisis, bagian atas diagfragma, tepi posteriornya berada di fornix posterior, tangan melakukan evaluasi apakah serviks telah menutup).



(5) Setelah selesai diafragma dilepas dengan tangan.

(manuaba, 2010; hal.594)

c. Kontrasepsi hormonal

Menurut Buku saku pelayanan kesehatan tahun 2013 h.245-248.

1) Pil kombinasi

a) Mekanisme : Pil kombinasi menekan ovulasi, mencegah implantasi, mengentalkan lendir serviks sehingga sulit dilalui oleh sperma, dan mengganggu pergerakan tuba sehingga transportasi telur terganggu. Pil ini diminum setiap hari.

b) Efektivitas : Bila digunakan secara benar, risiko kehamilan kurang dari 1 diantara 100 ibu dalam 1 tahun.

c) Keuntungan khusus bagi kesehatan : Mengurangi risiko kanker endometrium, kanker ovarium, penyakit radang panggul simptomatik. Dapat mengurangi risiko kista ovarium, dan anemia defisiensi besi. Mengurangi nyeri haid, masalah perdarahan haid, nyeri saat ovulasi, kelebihan rambut pada wajah dan tubuh, gejala sindrom ovarium polikistik, dan gejala endometriosis.

d) Risiko bagi kesehatan : Gumpalan darah di vena dalam tungkai atau paru-paru (sangat jarang), stroke dan serangan jantung (amat sangat jarang).

e) Efek samping : Perubahan pola haid (haid jadi sedikit atau semakin pendek, haid tidak teratur, haid jarang, atau tidak haid), sakit kepala, pusing, mual, nyeri payudara, perubahan berat badan, perubahan suasana perasaan, jerawat (dapat membaik atau memburuk, tapi biasanya membaik), dan peningkatan tekanan darah (Buku saku pelayanan kesehatan, 2013; h.246).

2) Suntikan kombinasi

a) Mekanisme : Suntikan kombinasi menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga penetrasi sperma terganggu, atrofi pada endometrium sehingga implantasi terganggu, dan menghambat transportasi gamet oleh tuba. Suntikan ini diberikan sekali tiap bulan.

b) Efektivitas : Bila digunakan secara benar, risiko kehamilan kurang dari 1 diantara 100 ibu dalam 1 tahun.

c) Keuntungan khusus bagi kesehatan : Penelitian mengenai hal ini masih terbatas, namun diduga mirip dengan pil kombinasi yaitu : Mengurangi risiko kanker endometrium, kanker ovarium, penyakit radang panggul simptomatik. Dapat mengurangi risiko kista ovarium, dan anemia defisiensi besi. Mengurangi nyeri haid, masalah perdarahan haid, nyeri saat ovulasi, kelebihan rambut pada wajah dan tubuh, gejala sindrom ovarium polikistik, dan gejala endometriosis. Risiko bagi kesehatan: Penelitian mengenai

hal ini masih terbatas, namun diduga mirip dengan pil kombinasi yaitu : Gumpalan darah di vena dalam tungkai atau paru-paru (sangat jarang), stroke dan serangan jantung (amat sangat jarang).

d) Efek samping : Perubahan pola haid (haid jadi sedikit atau semakin pendek, haid tidak teratur, haid memanjang, haid jarang, atau tidak haid), sakit kepala, pusing, nyeri payudara, kenaikan berat badan (Buku saku pelayanan kesehatan, 2013; h.246).

3) Suntikan progesterin

a) Mekanisme : Suntikan progesterin mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga penetrasi sperma terganggu, menjadikan selaput rahim tipis dan atrofi, dan menghambat transportasi gamet oleh tuba. Suntikan diberikan 3 bulan sekali (DMPA).

b) Efektivitas : Bila digunakan dengan benar, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 1 tahun. Kesuburan tidak langsung kembali setelah berhenti, biasanya dalam waktu beberapa bulan.

c) Keuntungan khusus bagi kesehatan: Mengurangi risiko kanker endometrium dan fibroid uterus. Dapat mengurangi risiko penyakit radang panggul simptomatik dan anemia defisiensi besi. Mengurangi gejala endometriosis dan krisis sel sabit pada ibu dengan anemia sel sabit.

- d) Risiko bagi kesehatan : Tidak ada.
- e) Efek samping : Perubahan pola haid (haid tidak teratur atau memanjang dalam 3 bulan pertama, haid jarang, tidak teratur atau tidak haid dalam 1 tahun), sakit kepala, pusing, kenaikan berat badan, perut kembung atau tidak nyaman, perubahan suasana perasaan, dan penurunan hasrat seksual.

d. Suntik

1) Definisi

KB suntik termasuk kontrasepsi yang diminati oleh banyak perempuan, KB suntik bisa dilakukan setiap 1 bulan atau 3 bulan sekali. Suntik KB aman digunakan bagi wanita menyusui setelah 6 minggu pascapersalinan (Siswosuharjo, 2010;h. 273).

2) Jenis – jenis KB suntik

KB suntik ada 2 jenis yaitu depoprofera dan noristerat

a) Depoprofera

Depoprofera disingkat dengan DMPA yang berisi depot medoksiprogesteron asetat dan di berikan dalam suntikan secara intra muscular setiap 12 minggu.

b) Noristerat

Noristerat atau NETEN merupakan sebuah progestin yang berasal dari testoterone dibuat dalam larutan minyak. Larutan minyak tidak mempunyai ukuran partikel yang

tetap dengan akibat pelepasan obat dari tempat suntikan kedalam sirkulasi darah dapat sangat bervariasi.

(1) Kerugian

(a) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak atau amenorhe

(b) Keterlambatan kembali subur hingga satu tahun

(c) Depresi

(d) Meningkatkan berat badan

(e) Dapat berkaitan dengan osteoporosis pada pemakaian jangka panjang

(f) Efek suntikan berbahaya pada kanker payudara

(2) Keuntungan

(a) Pemberiannya sederhana setiap 8-12 minggu

(b) Tingkat efektivitasnya tinggi

(c) Hubungan seks dengan suntikan KB bebas

(d) Pengawasan medis yang ringan

(e) Dapat diberikan pascapersalinan, pasca keguguran, atau pasca menstruasi (Sukarni, 2013;h. 380-382).

3) Suntikan 3 bulan

Adalah kontrasepsi yang berisi hormon progesteron atau progestin yang disuntikan setiap 3 bulan sekali. Suntik 3 bulan ada 2 jenis yaitu depomedroksiprogesteron asetat

(deprovera), dan depo nerotisteron erontat (depo noristerot) (Erawati, 2014;h. 2).

a) Keuntungan

- (1) Pencegahan kehamilan jangka panjang
- (2) Tidak mempengaruhi pada hubungan suami istri
- (3) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah
- (4) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI

b) Kerugian

- (1) Amenorea
- (2) Perdarahan
- (3) Berat badan bertambah
- (4) Sakit kepala, mual, muntah, gelisah, dan pusing
- (5) Acne dan jerawat
- (6) Menoragia (perdarahan lebih banyak atau lebih sedikit)
- (7) Rambut rontok (Erawati, 2014; h.4)

4) Implant

a) Definisi

Kontrasepsi implan adalah metode kontrasepsi yang diinersikan pada bagian subdermal yang hanya mengandung progestin dengan masa kerja panjang, dosis rendah, dan reversible untuk wanita.

b) Jenis – jenis kontrasepsi implant

- (1) Norplant
- (2) Implanon
- (3) Jadena atau Indoplant
- (4) Uniplant
- (5) Capronor

c) Keuntungan

- (1) Daya guna tinggi
- (2) Perlindungan jangka panjang sampai 5 tahun
- (3) Pengembalian kesuburan yang cepat
- (4) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- (5) Tidak mengganggu kegiatan senggama
- (6) Tidak mengganggu ASI
- (7) Pasien hanya kembali ke klinik bila ada keluhan
- (8) Dapat dicabut setiap saat
- (9) Mengurangi jumlah darah menstruasi

d) Kerugian

- (1) Nyeri kepala
- (2) Peningkatan berat badan
- (3) Jerawat
- (4) Perubahan perasaan atau mood atau kegelisahan
- (5) Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk AIDS
- (6) Pasien tidak dapat menghentikan sendiri kontrasepsi

(7) Efektivitas menurun bila menggunakan obat-obatan tuberkulosis atau obat epilepsy

(8) Insiden kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi (Hidayati, 2011;h. 71-73).

e) Mekanisme : Kontrasepsi implan menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks, menjadikan selaput rahim tipis dan atrofi, dan mengurangi transportasi sperma. Implan dimasukkan di bawah kulit dan dapat bertahan hingga 3-7 tahun, tergantung jenisnya.

f) Efektivitas: Pada umumnya, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 1 tahun.

g) Keuntungan khusus bagi kesehatan: Mengurangi risiko penyakit radang panggul simptomatik. Dapat mengurangi risiko anemia defisiensi besi.

h) Risiko bagi kesehatan: Tidak ada.

i) Efek samping: Perubahan pola haid (pada beberapa bulan pertama: haid sedikit dan singkat, haid tidak teratur lebih dari 8 hari, haid jarang, atau tidak haid; setelah setahun: haid sedikit dan singkat, haid tidak teratur, dan haid jarang), sakit kepala, pusing, perubahan suasana perasaan, perubahan berat badan, jerawat (dapat membaik atau memburuk), nyeri payudara, nyeri perut, dan mual.

5) Pil progestin



- a) Mekanisme : Minipil menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium, endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit, mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma, mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu. Pil diminum setiap hari.
- b) Efektivitas : Bila digunakan secara benar, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 1 tahun.
- c) Keuntungan khusus bagi kesehatan: Tidak ada.
- d) Risiko bagi kesehatan: (Minipil) Tidak ada.
- e) Efek samping: Perubahan pola haid (menunda haid lebih lama pada ibu menyusui, haid tidak teratur, haid memanjang atau sering, haid jarang, atau tidak haid), sakit kepala, pusing, perubahan suasana perasaan, nyeri payudara, nyeri perut, dan mual.

6) Alat kontrasepsi dalam Rahim

Menurut buku saku pelayanan kesehatan tahun 2013 h.248-250

- a) Mekanisme: Dalam Rahim AKDR dimasukkan ke dalam uterus. AKDR menghambat(AKDR) kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu, mencegah implantasi telur dalam uterus.

- b) Efektivitas: Pada umumnya, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 ibu dalam 1 tahun. Efektivitas dapat bertahan lama, hingga 12 tahun.
- c) Keuntungan khusus bagi kesehatan: Mengurangi risiko kanker endometrium.
- d) Risiko bagi kesehatan: Dapat menyebabkan anemia bila cadangan besi ibu rendah sebelum pemasangan dan AKDR menyebabkan haid yang lebih banyak. Dapat menyebabkan penyakit radang panggul bila ibusudah terinfeksi klamidia atau gonorea sebelum pemasangan.
- e) Efek samping: Perubahan pola haid terutama dalam 3-6 bulan pertama (haid memanjang dan banyak, haid tidak teratur, dan nyeri haid).

7) Kontrasepsi mantap

Menurut buku saku pelayanan kesehatan tahun 2013 h.250-251

a) Tubektomi

(1) Mekanisme: Menutup tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

(2) Efektivitas: Pada umumnya, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 dalam 1 tahun.

(3) Keuntungan khusus bagi kesehatan: Mengurangi risiko penyakit radang panggul. Dapat mengurangi risiko kanker endometrium.

(4) Risiko bagi kesehatan: Komplikasi bedah dan anestesi.

(5) Efek samping: Tidak ada.

b) Vasektomi

(1) Mekanisme: Menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vasa deferens sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi tidak terjadi.

(2) Efektivitas: Bila pria dapat memeriksakan semennya segera setelah vasektomi, risiko kehamilan kurang dari 1 di antara 100 dalam 1 tahun.

(3) Keuntungan khusus bagi kesehatan: Tidak ada.

(4) Risiko bagi kesehatan: Nyeri testis atau skrotum (jarang), infeksi di lokasi operasi (sangat jarang), dan hematoma (jarang). Vasektomi tidak memengaruhi hasrat seksual, fungsi seksual pria, ataupun maskulinitasnya.

(5) Efek samping: Tidak ada.

8) Syarat kontrasepsi

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
- h) (Mochtar, 2012;h.195).

9) Jenis KB

a) Metode tradisional

(1) *Douce* atau *douching*

Membersihkan daerah vagina dengan cara menyemprotkan zat pembersih vagina setelah senggama. (Varney,2007; h.419).

(2) *Koitus Interuptus*

Atau menarik kembali pada saat pria merasa akan *ejakulasi*. Angka keberhasilan cukup tinggi tergantung pengendalian diri yang ideal pada pria. Namun pria sering kali menganggap metode ini menghambat kepuasan seksual. (Varney. 2007; h.419).

b) Metode Keluarga Berencana Alami

- (1) Metode kalender: hanya dapat memprediksi kapan masa subur wanita dalam siklus menstruasinya sehingga kemungkinan besar bisa hamil. Perkiraan ini didasarkan pada waktu *ovulasi* seperti yang ditetapkan

berdasarkan perhitungan kalender, yang dibuat dari riwayat menstruasi selama 8 sampai 12 siklus menstruasi.

(2) Metode lendir *serviks*: didasarkan pada pengenalan perubahan lendir *serviks* selama siklus menstruasi, yang menggambarkan masa subur dalam siklus dan waktu *fertilitas* maksimal dalam masa subur.

(3) Metode suhu basal tubuh: mendeteksi kapan *ovulasi* terjadi dengan peningkatan suhu tiba – tiba satu hingga dua hari.

(4) Metode gejala suhu: mengamati lendir *serviks* dan perubahan suhu basal pada masa *ovulasi* atau masa subur wanita.

(5) Metode *amenore laktasi*: kehamilan jarang terjadi selama enam bulan pertama setelah melahirkan di antara wanita menyusui. *Ovulasi* dapat dihambat oleh kadar *prolaktin* yang tinggi. Dan wanita yang belum mengalami perdarahan *pervaginam* setelah 56 hari *pascapartum*. (Varney. 2007; h.424-425).

c) Metode Barrier

(1) Macamnya

(a) Kondom

Merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan di antaranya lateks

(karet), plastik (*vinil*), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual (Affandi, dkk, 2011; hal.MK-17).

(b) Diafragma

Merupakan kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutupi *serviks*(Affandi, dkk, 2011;h.MK-21).

(2) Cara kerjanya

Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan (Affandi, dkk, 2011;h.MK-18).

10) Penapisan Calon Akseptor KB

Tujuan utama penapisan klien sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi misalnya pil, suntik, atau AKDR adalah untuk menentukan apakah ada:

- (1) Kehamilan
- (2) Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus
- (3) Masalah, misalnya diabetes atau tekanan darah tinggi yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut (Prawirohardjo, 2013; hal.u-10).

**Tabel. 2.2 Penapisan pada metode hormonal (pil, suntik, dan implant)**

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
2.	Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan		
3.	Apakah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid setelah senggama		
4.	Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata		
5.	Apakah pernah sakit kepala hebat atau gangguan visual		
6.	Apakah pernah nyeri hebar pada betis, paha atau dada, atay tungkai bengkak (oedema)		
7.	Apakah pernah tekanan darah diatas 160mmHg (sistolik) atau 90mmHg (distolik)		
8.	Apakah ada massa atau benjolan pada payudara		
	Apakah anda sedang minum obat-obatan anti kejang (epilepsi)		

**Tabel. 2.3 penapisan pada metode kontrasepsi AKDR**

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu		
2.	Apakah klien (pasangan) mempunyai pasangan seks yang lain		
3.	Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik		
4.	Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4 jam)		
5.	Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		
6.	Apakah pernah mengalami disminorhea berat yang membutuhkan analgetik dan/istirahat baring		
7.	Apakah pernah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak antara haid atau istirahat baring		
8.	Apakah pernah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak antara haid atau setelah senggama		

---

9. Apakah pernah mengalami gejala jantung valvular atau congenital

---

a) Penapisan calon akseptor Keluarga Berencana

Penapisan yang dilakukan pada calon akseptor baru kontrasepsi hormonal yaitu dengan menanyakan kepada klien apakah hari pertama haid terakhir 7 hari atau lebih, menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca salin, mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid setelah senggama, ikterus pada kulit atau sklera mata, nyeri kepala hebat atau gangguan visual, nyeri hebat pada betis, paha atau dada, tungkai bengkak, tekanan darah diatas 160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolik), terdapat massa atau benjolan pada payudara, sedang minum obat-obatan epilepsi. Jika didapati salah satu dari hal tersebut maka penggunaan kontrasepsi hormonal tidak dianjurkan/tidak diperbolehkan.

b) Penapisan Kontrasepsi AKDR

Penapisan yang dilakukan pada calon akseptor kontrasepsi AKDR yaitu dengan menanyakan kepada klien apakah hari pertama haid terakhir 7 hari atau lebih, klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain, menderita Infeksi Menular Seksual atau IMS, penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik, mengalami haid banyak (> 1-2 pembalut tiap 4 jam), haid lama(>8 hari),



dismenorea berat yang membutuhkan analgetik dan atau istirahat baring, perdarahan/perdarahan bercak antara haid atau setelah senggama, gejala penyakit jantung atau kongenital. Jika ditemukan salah satu dari hal tersebut maka penggunaa kontrasepsi AKDR tidak dianjurkan/tidak diperbolehkan.

c) Penapisan metode kontrasepsi mantap

(1) Tubektomi

Penapisan yang dilakukan yaitu apakah keadaan umum klien baik, tidak ada tanda-tanda penyakit jantung, paru, ginjal, keadaan emosi tenang, tekanan darah <160/100 mmHg, berat badan 35-85 kg, riwayat SC (tanpa perlekatan), riwayat radang panggul, kehamilan ektopik, apendiksitis dalam batas normal, HB  $\geq$  8 gr%. Jika didapat tanda-tanda tersebut, tubektomi dapat dilakukan di fasilitas rawat jalan. Tapi jika keadaan emosional cemas/takut, DM tidak terkontrol, riwayat gangguan pembekuan darah, ada tanda penyakit jantung, paru atau ginjal, tekanan darah  $\geq$  160-100 mmHg, berat badan > 85 atau < 35 kg, riwayat operasi abdomen dengan perlekatan atau terdapat kelainan pada px panggul, Hb < 8 gr% maka tubektomi dilakukan di fasilitas rujukan.

(2) Vasektomi

Penapisan yang dilakukan yaitu apakah keadaan umum klien baik, tidak ada penyakit jantung, paru, ginjal, keadaan emosi tenang, tekanan darah < 160/100 mmHg, tidak ada infeksi atau kelainan scrotum, Hb > 8 gr%. Jika didapati tanda-tanda tersebut maka vasektomi dapat dilakukan di fasilitas rawat jalan. Tapi jika keadaan emosi klien takut/cemas, DM tidak terkontrol, riwayat gangguan pembekuan darah, ada tanda penyakit jantung, paru atau ginjal, tekanan darah  $\geq$  160/100 mmHg, ada tanda-tanda infeksi atau kelainan scrotum, Hb < 8 gr% maka vasektomi dilakukan di fasilitas rujukan.

#### 11) Manfaat kontrasepsi

- a) Efektif bila digunakan dengan benar
- b) Tidak mengganggu produksi ASI
- c) Tidak mengganggu kesehatan klien
- d) Tidak mempunyai pengaruh sistemik
- e) Murah dan dapat dibeli secara umum
- f) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus
- g) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda. (Affandi, dkk, 2011;h.MK-18).

#### 12) Kontrasepsi hormonal

a) Menggunakan hormon *esterogen* dan *progesteron* atau salah satu Macamnya adalah:

(1) Kontrasepsi hormonal pil: dengan sistem 28 (terus diminum tanpa berhenti) dan sistem 22/21 (berhenti minum selama 7 sampai 8 hari dengan mendapat kesempatan menstruasi).

(2) Kontrasepsi hormonal suntikan: *depoprovera* (interval 12 minggu), *Norigest* (interval 8 minggu), dan *Cyclofem* (interval 4 minggu).

(3) Kontrasepsi hormonal susuk: setiap kapsul mengandung 36 mg *Levonorgestrel* yang akan dikeluarkan setiap harinya sebanyak 80 mcg.

b) Fungsi dari kontrasepsi hormonal yaitu:

(1) menghalangi *FSH* dan *LH* sehingga tidak terjadi pelepasan *ovum*,

(2) mengentalkan lendir *serviks*,

(3) mengganggu peristaltik *tuba fallopi*.

c) Keuntungan dari kontrasepsi hormonal: Keuntungan dari kontrasepsi hormonal:

(1) Efektifitasnya tinggi

(2) Sangat mudah didapatkan dan metode ini sering digunakan

(3) Tidak mengganggu proses laktasi pada ibu

d) Kerugian dari kontrasepsi hormonal:

- (1) Perdarahan (menstruasi) tidak menentu
- (2) mempengaruhi fungsi ginjal dan hati pada metode pil.

(Manuaba, 2010; hal.597-599).

### 13) AKDR atau alat kontrasepsi dalam Rahim

a) Waktu penggunaan: setiap waktu haid. Setelah menderita *abortus*.

b) Cara kerja: Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke *tuba fallopi*, mempengaruhi *fertilisasi* sebelum *ovum* mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan *ovum* bertemu dan juga *Implantasi* telur dalam *uterus*

c) Keuntungan

(1) Efektifitasnya tinggi, dapat dirasakan segera setelah pemasangan

(2) Metode jangka panjang kurang lebih sepuluh tahun

(3) Tidak mempengaruhi hubungan seksual dan meningkatkan kenyamanan hubungan seksual

(4) Tidak ada efek samping hormonal

(5) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI

(6) Dapat dipasang segera setelah melahirkan

(7) Dapat digunakan sampai menopause

d) Kerugian

(1) Perubahan siklus haid, 3 bulan pertama akan berkurang, dan selanjutnya akan lebih lama dan banyak

(2) Saat haid lebih sakit dan mengeluarkan *spotting*

- (3) Dapat terjadi penyakit radang panggul
- (4) Tidak melindungi IMS
- (5) Merasakan nyeri pada hari pertama hingga kedua setelah pemasangan
- (6) AKDR mungkin dapat terlepas sendiri tanpa diketahui maka harus sering memeriksa posisi benang dari waktu ke waktu.

(Affandi, 2011; h.MK-81).

#### 14) Kontrasepsi mantap

Metode ini bertujuan untuk sperma tidak dapat bertemu lagi dengan *ovum*. Macam – macamnya:

- a) Tubektomi: metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Dengan cara mengoklusituba *fallop*i (mengikat dan memotong atau memasang cincin).
- b) Vasektomi: metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi. Dengan cara mengoklusivas *deferens* (mengikat dan memotong atau memasang cincin).

(Affandi, 2011; h.MK-90).

## 6. Ketuban Pecah Dini

### a. Definisi

Ketuban pecah dini menurut Prawirohardjo (2014) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan atau sebelum inpartu pada pembukaan <4cm (fase laten) yang dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan.

b. Etiologi

Nugroho (2012) dan Geri (2009) mengungkapkan penyebab KPD belum diketahui secara jelas sehingga usaha preventif tidak dapat dilakukan, kecuali dalam usaha menekan infeksi. Beberapa laporan menyebutkan factor-faktor yang berhubungan erat dengan KPD, namun factor-faktor mana yang lebih berperan sulit diketahui. Adapun yang menjadi fakto predisposisi adalah:

- 1) Infeksi, yang terjadid secara langsung pada selaput ketuban maupun asenderen dari vagina atau infeksi pada cairan ketuban bisa menyebabkan terjadinya ketuban pecah dini.
- 2) Serviks yang inkopetensia, kanalis servikalis yang selalu terbuka oleh karena kelainan pada serviks uteri (akibat persalinan, *curettage*).
- 3) Ketegangan intra uterin yang meninggi atau meningkat secara berlebihan (*overdistensi uterus*) misalnya trauma, *hidramnion*, *gemeli*.
- 4) Trauma yang didapat misalnya hubungan seksual, pemeriksaan dalam, maupun *amniosintesis* menyebabkan terjadinya ketuban pacah dini karena biasanya disertai infeksi.
- 5) Kelainan letak, misalnya sungsang sehingga tidak ada bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul serta dapat menghalangi tekanan terhadap membran bagian bawah
- 6) Usia, bagi seorang ibu hamil usia reproduksi optimal adalah antara 20-35 tahun. Dibawah atau diatas usia tersebut akan

meningkatkan risiko kehamilan dan persalinan. Usia ibu yang <20 tahun organ reproduksinya belum berfungsi secara optimal sehingga dapat mempengaruhi pembentukan selaput ketuban menjadi abnormal. Usia ibu >35 tahun dapat terjadi penurunan terhadap fungsi organ-organ reproduksinya dimana dapat mempengaruhi proses embryogenesis sehingga pembentukan selaput ketuban lebih tipis yang memudahkan untuk pecah sebelum waktunya.

- 7) Paritas, seorang wanita yang telah melahirkan beberapa kali dan pernah mengalami KPD pada kehamilan sebelumnya, serta jarak kelahiran yang terlampau dekat diyakini lebih berisiko akan mengalami KPD pada kehamilannya.
- 8) ok, pada masa kehamilan dapat menyebabkan gangguan-gangguan seperti kehamilan ektopik, ketuban pecah dini, dan risiko lahir mati yang lebih tinggi.

c. Tanda Gejala

Prawirohardjo (2014) mengatakan bahwa tanda dan gejala ketuban pecah dini adalah sebagai berikut :

- 1) Keluarnya cairan ketuban merembes melalui vagina
- 2) Aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, dengan ciri pucat dan bergaris warna merah
- 3) Cairan akan terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi bila anda berdiri atau duduk, kepala janin yang sudah berada dibawah

biasanya terasa mengganjal atau menyumbat kebocoran untuk sementara.

Mekanisme terjadinya ketuban pecah dini dapat berlangsung sebagai berikut : selaput ketuban tidak kuat sebagai akibat kurangnya jaringan ikat dan *vaskularisasi*; bila terjadi pembukaan *serviks* maka selaput ketuban sangat lemah dan mudah pecah dengan mengeluarkan air ketuban (Manuaba,2010).

Diagnose KPD dapat ditegakkan dengan cara anamnesa menggali keterangan dari apa yang ibu rasakan. Inspeksi akan menemukan tampak keluar cairan dari vagina (Prawirohardjo, 2014).

#### d. Komplikasi Ketuban Pecah Dini

Marmi (2012) mengungkapkan bahwa pengaruh ketuban pecah dini terhadap ibu dan janin adalah :

- 1) Komplikasi ibu : Infeksi intrapartum/dalam persalinan, infeksi puerperalis/masa nifas, dry labour/partus lama, perdarahan post partum, meningkatkan tindakan operatif obstetric (khususnya SC)
- 2) Komplikasi janin : Prematuritas, Prolaps funiculi/penurunan tali pusat, hipoksia dan asfiksia sekunder (kekurangan oksigen pada bayi), syndrom deformitas janin dan morbiditas dan mortalitas perinatal.

Menurut Prawirohardjo (2014), komplikasi yang timbul akibat ketuban pecah dini bergantung pada usia kehamilan, yaitu :

- 1) Persalinan premature



Setelah ketuban pecah biasanya segera disusul oleh persalinan. Periode laten tergantung umur kehamilan. Pada kehamilan aterm 90% terjadi dalam 24 jam setelah ketuban pecah. Pada kehamilan antara 28-34 minggu 50% persalinan dalam 24jam. Pada kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan terjadi dalam 1 minggu.

#### 2) Infeksi

Risiko infeksi ibu dan anak meningkat pada ketuban pecah dini. Pada ibu terjadi korioamnionitis. Pada bayi dapat terjadi septicemia, pneumonia, omfalitis. Umumnya terjadi korioamnionitis sebelum janin terinfeksi. Pada ketuban pecah dini premature, infeksi lebih sering terjadi dari pada aterm. Secara umum insiden infeksi sekunder pada ketuban pecah dini meningkat sebanding dengan lamanya periode laten.

#### 3) Hipoksia dan Asfiksia

Dengan pecahnya ketuban terjadi oligohidramnion yang menekan tali pusat hingga terjadi asfiksia atau hipoksia. Terdapat hubungan antara terjadinya gawat janin dan oligohidramnion yaitu, semakin sedikit air ketuban, maka janin semakin gawat.

#### 4) Sindrom Deformitas Janin

Ketuban pecah dini yang terjadi terlalu dini menyebabkan pertumbuhan janin terhambat, kelainan disebabkan kompresi muka dan anggota badan janin, serta hipoplasi pulmonar.

#### e. Pemeriksaan Penunjang

Saifuddin (2006) mengatakan bahwa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada kasus ketuban pecah dini antara lain :

1) Pemeriksaan Laboratorium

- a) Cairan yang keluar dari vagina perlu diperiksa warna, konsentrasi, bau, dan PHnya.
- b) Pemeriksaan leukosit darah :  $>15.000/ul$  bila terjadi infeksi
- c) Tes lakmus (tes nitrazin), jika kertas lakmus merah berubah menjadi biru, menunjukkan adanya air ketuban (alkalis)
- d) Mikroskopik (tes pakis), dengan menetes air ketuban pada gelas objek dan dibiarkan kering, pemeriksaan mikroskopik menunjukkan gambaran daun pakis
- e) Kesejahteraan janin, dengan pemeriksaan *Non Stress Test* (NST) dan *Contraction Stress Test* (CST) (Nugroho, 2012).

2) Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

- a) Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk melihat jumlah cairan amnion dalam kavum uteri
- b) Pada kasus ketuban pecah dini terlihat jumlah cairan ketuban yang sedikit. Namun sering terjadi kesalahan pada penderita oligohidramnion.

f. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan ketuban pecah dini menurut Prawirohardjo (2010) yaitu:

- 1) Pastikan diagnosis
- 2) Tentukan umur kehamilan

- 3) Evaluasi ada tidaknya infeksi maternal ataupun infeksi janin
- 4) Apakah dalam keadaan inpartu, terdapat kegawatan janin

Penanganan ketuban pecah dini secara konservatif, yaitu :

- 1) Rawat dirumah sakit
- 2) Berikan antibiotik (ampisilin 4x500mg atau eritromisin) dan metronidazole 2x500mg selama 7 hari.
- 3) Jika umur kehamilan 32-34 minggu, dirawat selama air ketuban masih keluar, atau sampai air ketuban tidak keluar lagi.
- 4) Jika umur kehamilan 32-37 minggu, belum inpartu, tidak ada infeksi, tes busa negatif : beri desamethasone, observasi tanda-tanda infeksi, dan kesejahteraan janin. Terminasi pada kehamilan 37 minggu.
- 5) Jika umur kehamilan 32-37 minggu, sudah inpartu, tidak ada infeksi berikan tokolitik (salbutamol), Dexamethasone, dan induksi sesudah 24 jam.
- 6) Jika umur kehamilan 32-37 minggu, ada infeksi, beri antibiotik dan lakukan induksi.
- 7) Nilai tanda-tanda infeksi (suhu, *leukosit*, tanda-tanda infeksi *intrauterine*)
- 8) Pada usia kehamilan 32-34 minggu berikan steroid, untuk memacu kematangan paru janin, dan kalau memungkinkan periksa kadar lesitin dan spingomielin tiap minggu. Dosis bethamethasone 12 mg sehari dosis tunggal selama 2 hari, dexamethasone IM 5 mg setiap 6 jam sebanyak 4 kali.

Penanganan KPD secara aktif yaitu bila kehamilan >37 minggu, induksi dengan oksitosin, bila gagal seksio sesarea. Dapat pula diberikan misoprostol/*Cytotec* 25-50 mcg setiap 6-8jam maksimal 4 kali dan bila ada tanda-tanda infeksi berikan antibiotik dosis tinggi, dan akhiri persalinan :

1) Bila skor pelvik <5, lakukan pematangan serviks, kemudian induksi.

Jika tidak berhasil, akhiri persalinan dengan seksio sesarea

2) Bila skor pelvik >5, induksi persalinan, pertus pervaginam

#### g. Induksi Persalinan

##### 1) Definisi

Induksi persalinan menurut Manuaba (2010) adalah upaya untuk melahirkan janin menjelang aterm, belum inpartu, dengan kemungkinan janin dapat hidup diluar kandungan (umur diatas 28 minggu).

##### 2) Kontraindikasi

Kontraindikasi pada induksi persalinan menurut Norwitz (2008) yaitu meliputi :

##### a) Kontraindikasi pada uterus

Kontraindikasi pada uterus contohnya insisi SC atau bedah uterus, plasenta previa, prolap tali pusat, perdarahan yang tidak dapat dijelaskan.

##### b) Kontraindikasi pada janin

Kontraindikasi pada janin contohnya macrosomia, hidrocephalus, malpresentasi atau status janin yang kurang menyenangkan.

c) Kontraindikasi pada ibu

Kontraindikasi pada ibu contohnya usia ibu, anatomi panggul, dan penyakit medis seperti herpes genetalis, karsinoma serviks.

3) Indikasi

Indikasi induksi persalinan cukup bulan menurut Norwitz (2008) adalah sebagai berikut :

a) Indikasi Absolut

(1) Indikasi ibu

(a) Pre-eklampsia/eklamsia

(b) Masalah pada ibu seperti : diabetes mellitus, penyakit ginjal kronik, penyakit paru kronik, penyakit jantung

(2) Indikasi janin

(a) Karioamnionitis

(b) Pemeriksaan antepartum abnormal

(c) Pertumbuhan janin terlambat

(d) Kehamilan post term (>42minggu)

(e) Isoimunisasi

(3) Indikasi uteroplasenta

Abruptio plasenta

b) Indikasi Relatif

(1) Indikasi ibu

- (a) Hipertensi kronik
- (b) Hipertensi dalam kehamilan
- (c) Diabetes gestasional
- (d) Factor logistik seperti risiko persalinan yang cepat, jarak dari rumah sakit, indikasi psikososial.

(2) Indikasi janin

- (a) Ketuban pecah dini
- (b) Kematian janin
- (c) Riwayat lahir mati sebelumnya
- (d) Janin dengan suatu kelainan bawaan yang besar

(3) Indikasi uteroplasenta

Oligohidramnion yang tidak dapat dijelaskan

4) Skor Bishop

Keberhasilan induksi sebagian besar bergantung pada keadaan serviks. Pada tahun 1964, bishop merancang suatu sistem penilaian serviks untuk memperkirakan tingkat keberhasilan induksi. Jika skor bishop baik (ditetapkan sebagai  $\geq 5$ ), maka kemungkinan keberhasilan induksi dan kelainan pervaginam adalah tinggi. Jika skor bishop tidak baik ( $< 5$ ), maka kemungkinan keberhasilan induksi berkurang dan pematangan serviks perinduksi dapat diindikasikan (Norwitz dan Jhon, 2008).

**Tabel 2.4 Skor Bishop**

PENILAIAN STATUS SERVIKS DENGAN SKOR BISHOP	
	Skor

	0	1	2	3
Dilatasi (cm)	0	1-2	3-4	≥5
Pembukaan (%)	0-30%	40-50%	60-70%	≥80%
Posisi (stase)	-3	-2	-1 atau 0	≥1+
Konsistensi	Padat	Sedang	Lunak	-
Posisi serviks	Posterior	Posisi tengah	Anterior	-

Sumber : Norwitz dan John (2008)

### 5) Bentuk

Manuaba 2010 mengungkapkan bahwa terdapat bentuk induksi persalinan pervaginam yaitu sebagai berikut :

#### a) Secara medis

- 1) Metode *Steinsche* adalah pemberian pil kinine sebesar 0,2 g setiap jam sampai mencapai dosis 1,2 g. 1 jam setelah pemberian kinine pertama, disuntikan oksitosin 0,2 unit/jam sampai his yang adekuat.
- 2) Metode infus oksitosin merupakan metode yang paling umum dilakukan.

Tindakan dengan drip oksitosin :

- (a) Dipasang infus dekstrosa 5% dengan 5 unit oksitosin.
- (b) Tetesan pertama antara 8-12 tetes per menit
- (c) Setiap 15 menit dilakukan penilaian, bila tidak terdapat his yang adekuat jumlah tetesan ditambah 4 tetes sampai maksimal tercapai 40 tetes permenit.
- (d) Tetesan maksimal dipertahankan dalam 2 kali pemberian 500cc dekstrose 5%

- (e) Bila sebelum tetesan ke 40 sudah timbul kontraksi otot Rahim yang adekuat, maka tetesan terakhir dipertahankan sampai persalinan berlangsung
- (f) Pemberian oksitosin maksimal sebanyak 40 tetes permenit dengan oksitosin sebanyak 10 unit.

### 3) Metode Oksitosin Sublingual

Metode oksitosin sublingual adalah pemberian oksitosin dalam bentuk tablet hisap dibawah lidah dengan ini 50 IU oksitosin. Tingginya kemampuan penyerapan oleh mukosa lidah, dapat menyebabkan terjadinya kontraksi otot Rahim yang kuat, yang dapat membahayakan. Pemberiannya 0,5-1jam.

### 4) Induksi persalinan dengan Prostaglandin

Induksi persalinan dengan prostaglandin dapat dilakukan dengan suppositoria transvaginal atau infus dengan nalador.

#### b) Secara mekanis

##### 1) Pemecahan ketuban

(a) Indikasi pemecahan ketuban meliputi : perpanjangan fase laten, perpanjangan fase aktif, hidramnion, pembukaan hampir lengkap.

(b) Syarat pemecahan ketuban adalah pembukaan minimal 3cm, tidak terdapat kedudukan ganda, bagian terendah sudah masuk PAP, proses pengeluaran



sudah dimulai, perkiraan lahir pervaginam dalam waktu 6 jam.

(c) Komplikasi pemecahan ketuban yaitu dapat meningkatkan bahaya infeksi, perdarahan, terjadinya kontraksi yang sangat besar dapat menimbulkan gawat janin, kesempitan panggul dapat terjadi edema serviks, partus tak maju, prolapse bagian kecil janin.

#### 2) Pemasangan Laminaria *Stiff*

Pemasangan luminaria dapat diketahui atau bersamaan dengan pemberian estrogen sehingga proses *Priming* serviks berlangsung. Pemasangan luminaria jumlahnya dapat 2-3 buah dimasukkan kedalam kanalis servikalis dan ditinggal selama 24-48 jam, kemudian dipasang tampon vaginal. Diberi profilaksis dengan antibiotika untuk menghindari infeksi. Setelah 24-48 jam dilanjutkan dengan induksi persalinan menggunakan oksitosin.

### **B. Tinjauan Asuhan Kebidanan**

#### 1. Pengertian manajemen kebidanan

Manajemen kebidanan adalah pendekatan dan kerangka pikir yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengumpulan data, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. (Susanti,2015; h.98).

## 2. Tujuh Langkah dalam Manajemen kebidanan menurut Varney

### a. Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

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 (Manguji, 2013; hal.5).

### b. 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 ruang lingkup praktik kebidanan yang tergolong pada nomenklatur standar diagnosis, sedangkan perihai yang berkaitan dengan pengalaman klien ditemukan dari hasil pengajian.

### c. Langkah III : Identifikasi diagnosis /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/masalah tersebut tidak terjadi. Selain itu,

bidan harus bersiap-siap apabila diagnosis/masalah tersebut benar-benar terjadi. Contoh diagnosis/masalah potensial:

- 1) Potensial perdarahan post-partum, apabila diperoleh data ibu hamil kembar, polihidramnion, hamil besar akibat menderita diabetes.
- 2) Kemungkinan Distosia Bahu, apabila data yang ditemukan adalah kehamilan besar.

d. Langkah IV : Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Bidan melakukan identifikasi 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. Contohnya pada kasus-kasus kegawatdaruratan kebidanan, seperti perdarahan yang memerlukan tindakan KBI dan KBE (Manguji, 2013; hal.6)

e. Langkah V : Perencanaan asuhan yang menyeluruh.

Merencanakan 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.

f. Langkah VI : Pelaksanaan

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.

g. Langkah VII : Evaluasi

- 1) Bidan melakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, yang mencakup pemenuhan kebutuhan untuk menilai apakah sudah benar-benar terlaksana/terpenuhi 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.

3. Pendokumentasi Dengan Metode SOAP

Pendokumentasi dengan metode SOAP. Prinsip dari metode soapie merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan (Muslihatun ,2009; h.123)

a. Subyektif

Data subyektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Vaney langkah pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data subyektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhan yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Data subyektif ini akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

b. Obyektif

Data obyektif merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen varney pertama (pengkajian data), terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lainnya. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data obyektif ini.

c. Assessment

Merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi dari data subyektif dan obyektif. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan, karena keadaan pasien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subyektif maupun data obyektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis.

d. Planning

Planning atau perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai criteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilakukan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara dokter lain.

#### 4. Standar Asuhan Kebidanan

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

##### STANDAR I : Pengkajian

###### a. Pernyataan Standar

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

###### b. Kriteria Pengkajian :

- 1) Data tepat, akurat dan lengkap

- 2) Terdiri dari Data Subjektif (hasil anamesa: biodata, keluhan, utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya).
- 3) Data Objektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang (Kepmenkes,2007).

#### STANDAR II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

##### a. Pernyataan standar

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan atau logis untuk menegakan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat.

##### b. Kriteria Perumusan diagnose dan Masalah

- 1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
- 2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisiklien
- 3) Dapat diselesaikan dengan Asuhan, Kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

#### STANDAR III : Perencanaan

##### a. Pernyataan Standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegakkan.

##### b. KriteriaPerencanaan

- 1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien tindakan segera tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif.
- 2) Melibatkanklien /pasiendanataukeluarga.

- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga
- 4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada (Kepmenkes,2007).

#### STANDAR IV : Implementasi

##### 4. Pernyataan standar

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

##### 5. Kriteria

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*inform consent*)
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan *evidence based*
- 4) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
- 5) Menjaga privacy klien/ pasien
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.



9) Melakukan tindakan sesuai standar.

10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

(Kepmenkes, 2007)

#### STANDAR V : Evaluasi

##### a. Pernyataan standar

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

##### b. Kriteria Evaluasi

1) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.

2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan /keluarga.

3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.

4) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien (Kepmenkes, 2007).

#### STANDAR VI : Pencatatan Asuhan Kebidanan

##### a. Pernyataan Standar

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

##### b. Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam medis/KMS/Status pasien/ buku KIA).
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
- 3) **S** adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa.
- 4) **O** adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan
- 5) **A** adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- 6) **P** adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif ; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan (Kepmenkes, 2007).

### **C. Aspek Hukum**

Standar profesi bidan diatur dalam KepMenKes RI nomor 369/MENKES/III/2007 yang berisi tentang standar profesi ini terdiri dari standar Kompetensi bidan di Indonesia, Standar pendidikan, Standar pelayanan kebidanan dan kode etik profesi. Standar profesi ini wajib dipatuhi dan dilaksanakan oleh setiap bidan dalam mengamalkan amanat profesi kebidanan.

#### **1. Kewenangan Bidan**

Berdasarkan PERMENKES 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 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.

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

Pasal 12: konseling tentang kesehatan reproduksi perempuan dan KB tercantum.

Wewenang bidan berdasarkan PERMENKES 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 diluar kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 9.