

BAB II

TINJAUAN TEORI

I. TINJAUAN MEDIS

A. KEHAMILAN

1. Pengertian Kehamilan

Menurut (Saifuddin, 2009) dalam (Walyani 2015) menjelaskan bahwa kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan dibagi menjadi 3 trimester, dimana trimester satu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu, minggu ke-28 hingga ke-40.

Menurut (Saifuddin 2002) dalam (Aspiani 2017) menjelaskan bahwa kehamilan adalah masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir, kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan.

Maka dapat disimpulkan bahwa kehamilan merupakan hasil dari konsepsi atau penyatuan sperma dan ovum yang mengalami pertumbuhan dan perkembangan dan lamanya hamil normal berkisar 40 minggu atau 9 bulan 7 hari, yang terbagi menjadi 3 trimester yaitu trimester pertama (0-14 minggu), trimester kedua (14-28 minggu), dan trimester ketiga (28-42 minggu).

2. Diagnosis Kehamilan

Menurut Walyani (2015;h.69-74) untuk dapat menegakkan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan, diantaranya:

a) Tanda Dugaan Hamil

(1) Amenorea (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de graaf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenorea dapat di informasikan dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT), dan digunakan untuk memperkirakan usia.

(2) Mual (nausea) dan muntah (emesis)

Pengaruh estrogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut morning sicknes. Dalam batas tertentu hal ini masih fisiologis, tetapi bila

terlampau sering dapat menyebabkan gangguan kesehatan yang disebut dengan hiperemesis gravidarum.

(3) Ngidam (menginginkan makanan tertentu)

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut ngidam. Ngidam sering kali terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan berjalannya usia kehamilan.

(4) Syncope (pingsan)

Terjadinya gangguan sirkulasi kedaerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan syncope atau pingsan, biasanya akan hilang setelah 16 minggu.

(5) Payudara Tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesteron menstimulasi perkembangan sistem alveolar payudara. Bersama somatomotropin, hormon-hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama dua bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu, serta pengeluaran colostrum.

(6) Sering miksi

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Frekuensi miksi yang sering terjadi, terjadi pada triwulan kedua umumnya keluhan ini akan berkurang karena triwulan, gejala bisa timbul karena janin mulai masuk kerongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

(7) Konstipasi atau obstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB.

(8) Pigmentasi kulit

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan lebih dari 12minggu. Terjadi akibat pengaruh hormon kortikosteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.

(9) Epulis

Hipertropi papila gingivae atau gusi, sering terjadi padatriwulan pertama.

(10) Varises

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises dapat terjadi di sekitar genetalia eksterna, kaki dan

betis, serta payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat hilang setelah persalinan.

b) Tanda kemungkinan hamil (probability sign)

Tanda kemungkinan adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik kepada wanita hamil.

Tanda kemungkinan ini terdiri atas hal-hal berikut ini :

(1) Pembesaran perut

Terjadinya akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi bulan ke empat kehamilan.

(2) Tanda hegar

Tanda hegar adalah penulakan dan dapat ditekannya isthimus uteri.

(3) Tanda goodel

Adalah pelunakan serviks. Pada wanita yang tidak hamil serviks seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil lunak seperti bibir.

(4) Tanda chadwick

Perubahan warna menjadi keunguan pada vulva dan mukosa vagina termasuk juga porsio dan serviks.

(5) Tanda pascaseck

Merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi pada daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dahulu.

(6) Teraba ballotement

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa.

(7) Pemeriksa tes biologis kehamilan (planotest) positif

Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya human chorionicgonadotropin (HCG) yang diproduksi oleh sinsiotropoblastik selama kehamilan. Hormon ini diekskresi di dalam peredaran darah ibu (pada plasma darah), dan diekskresi pada urin ibu. Hormon ini dapat di mulai dideteksi pada 26 hari setelah konsepsi dan meningkat dengan cepat pada hari ke 30-60. Tingkat tertinggi pada hari 60-70 usia gestasi, kemudian menurun pada hari ke 100-130.

c) Tanda pasti (positive sign)

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa.

Tanda pasti kehamilan terdiri atas hal-hal berikut ini :

(1) Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin ini harus dapat diraba dengan jelas oleh pemeriksa. Gerakan janin baru dapat dirasakan pada usia kehamilan sekitar 20 minggu.

(2) Denyut jantung janin

Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (misalnya dopler). Dengan stethoscope laenec, DJJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu.

(3) Bagian –bagian janin

Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester terakhir). Bagian janin ini dapat dilihat lebih sempurna lagi menggunakan USG.

(4) Kerangka janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG.

3. Perubahan anatomi dan fisiologi pada perempuan hamil

Menurut Prawirohardjo (2010;h.175-186) Perubahan anatomi dan fisiologi pada perempuan hamil adalah sebagai berikut:

a) Sistem Reproduksi

(1) Uterus

Selama hamil uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin plasenta,amnion) sampai persalinan. Uterus mempunyai kemampuan yang luar biasa untuk bertambah besar dengan cepat selama kehamilan dan pulih kembali dalam keadaan semula dalam beberapa minggu setelah persalinan.

(2) Serviks

Satu bulan setelah konsepsi serviks menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, serviks melunak karena adanya peningkatan vaskularitas dan pembuluh pada jaringan ikatnya. Hal ini disebabkan terutama oleh estrogen. Selama kehamilan, terdapat peningkatan sekresi kelenjar-kelenjar dan mukus menjadi lebih tebal membentuk suatu sumbatan protektif pada pintu servis, yang disebut operkulum.

(3) Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga di tunda. Hanya satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan

berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesterone dalam jumlah yang relatif minimal.

(4) Vagina dan perineum

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasidan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda Chadwick. Perubahan ini meliputi penipian mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos.

(5) Kulit

Pada kulitdinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan,kusam, dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama striae gravidarum. Pada multipara selain striae kemerahan itu seringkali ditemukan garis berwarna perak berkilau yang merupakan sikatrik dari striae sebelumnya.Pada banyak perempuan kulit di garis pertengahan perutnya (linea alba) akan berubah menjadi hitam kecokelatan yang disebut dengan linea nigra. Kadang-kadang akan muncul dalam ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan cloasma atau melasma gravidarum. Selain itu, pada

daerah areola dan genital juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan itu biasanya akan hilang atau sangat jauh berkurang setelah persalinan. Kontrasepsi oral juga dapat menyebabkan terjadinya pigmentasi yang sama.

(6) Payudara

Pada kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut colostrum dapat keluar. Colostrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh prolactin inhibiting hormone. Kelenjar Montgomery, yaitu kelenjar sebaceous dari areola, akan membesar, striae seperti yang terlihat pada perut akan muncul.

b) Perubahan Metabolik

Basal Metabolism Rate umumnya meningkat 15-20% terutama pada trimester III dan akan kembali ke kondisi sebelum hamil pada 5-6 hari postpartum. Peningkatan BMR menunjukkan peningkatan

kebutuhan dan pemakaian oksigen. Vasodilatasi perifer dan peningkatan aktivitas kelenjar keringat membantu mengeluarkan kelebihan panas akibat peningkatan BMR selama hamil. Ibu mungkin tidak mentoleransi suhu lingkungan yang sedikit panas. Kelemahan dan kelelahan setelah aktivitas fisik ringan, rasa mengantuk dialami oleh ibu sebagai akibat peningkatan aktivitas metabolisme (Wagiyo dan Putrono.2016;71-72).

c) Kenaikan pada berat badan ibu

Menurut Wagiyo dan Putrono (2016;h.72-73) Menjelaskan bahwa penambahan berat badan yang diharapkan selama kehamilan bervariasi antara ibu yang satu dengan lainnya. Faktor utama yang menjadi pertimbangan untuk merekomendasikan kenaikan BB adalah kesesuaian BB sebelum hamil terhadap tinggi badan. Kenaikan BB selama hamil berdasarkan usia kehamilan:

10 minggu: 650 gr, 20 minggu: 4000 gr, 30 minggu: 8500 gr
40 minggu: 12.500 gr.

Trimester I: tambahan BB 0,5 kg/minggu, Trimester II: tambahan BB 0,5 kg/minggu (3-8 kg), Trimester III: tambahan BB 0,5 kg/minggu (8-15kg).

d) Sistem Kardiovaskuler

Pada minggu ke-5 cardiac output akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi resistensi vaskular sistemik. Selain itu,

juga terjadi peningkatan denyut jantung. Antara minggu ke-10 dan 20 terjadi peningkatan volume plasma sehingga juga terjadi peningkatan preload. Peningkatan estrogen dan progesterone juga akan menyebabkan terjadinya vasodilatasi dan penurunan resistensi vaskular perifer. Penekanan pada aorta ini juga akan mengurangi aliran darah uteroplasenta ke ginjal. Selama trimester terakhir posisi terlentang akan membuat fungsi ginjal menurun jika dibandingkan posisi miring. Karena alasan inilah tidak dianjurkan ibu hamil dalam posisi terlentang pada akhir kehamilan (Prawirohardjo.2010;h.182).

e) Traktus digestivus

Seiring dengan semakin besarnya uterus, lambung dan usus akan tergeser, demikian juga dengan yang lainnya seperti apendiks yang akan bergeser ke arah atas dan lateral. Perubahan yang nyata akan terjadi pada penurunan motilitas otot polos dan traktus digestivus dan penurunan sekresi asam hidroklorid dan peptin di lambung sehingga akan menimbulkan gejala berupa pyrosis (heartburn) yang disebabkan oleh refleks asam lambung ke esofagus bawah sebagai akibat perubahan posisi lambung dan menurunnya tonus sfingter esofagus bagian bawah. Mual terjadi akibat penurunan asam hidroklorid dan penurunan motilitas, serta konstipasi sebagai akibat penurunan motilitas usus besar. Gusi

akan menjadi lebih hiperemesis dan lunak sehingga dengan trauma sedang saja bisa menyebabkan perdarahan. Epulis selama kehamilan akan muncul, tetapi setelah persalinan akan berkurang secara spontan. Hemorrhoid juga merupakan suatu hal yang sering terjadi sebagai akibat konstipasi dan peningkatan tekanan vena pada bagian bawah karena pembesaran uterus (Prawirohardjo.2010;h.185).

f) Traktus Urinarius

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemihakan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehinggamenimbulkan sering berkemih. Keadaan ini akan hilangdengan semakin tuanya usia kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun dipintu atas panggul. Keluhan itu akan timbul kembali (Prawirohardjo.2010;h.185).

g) Sistem Endokrin

Selama kehamilan normal kelenjar hipofisis akan membesar \pm 135%. Akan tetapi, kelenjar ini tidak begitu mempunyaiarti penting dalam kehamilan.Pada perempuanyang mengalami hipofisektomi persalinan dapat berjalan dengan lancar. Hormon prolaktin akan meningkat 10x lipat pada saat kehamilan aterm. Sebaliknya, setelah persalinan konsentrasinya pada plasenta akan menurun.

Hal ini juga ditemukan pada ibu-ibu yang menyusui. Kelenjar tiroid akan mengalami pembesaran hingga 15,0ml pada saat persalinan akibat dari hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularisasi (Sarwono Prawirohardjo.2010;h.186).

4. Jadwal Pemeriksaan Antenatal

Menurut Walyani (2015;h.79) menjelaskan bahwa pemeriksaan antenatal care adalah sebagai berikut:

- a) Pemeriksaan pertama
pemeriksaan pertama dilakukan segera setelah diketahui terlambat haid.
- b) Pemeriksaan ulang
 - (1) Setiap bulan sampai umur kehamilan 6 sampai 7 bulan
 - (2) Setiap 2 minggu sampai usia kehamilan berumur 8 bulan
 - (3) Setiap 1 minggu sejak umur kehamilan 8 bulan sampai terjadi persalinan.

5. Usia Kehamilan Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri

Tabel 2.1 Usia Kehamilan Berdasarkan Tinggi Fundus Uteri

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
1/3 diatas simfisis	12 minggu
1/2 diatas simfisis pusat	16 minggu
2/3 diatas simfisis	20 minggu
Setinggi pusat	22 minggu

1/3 diatas pusat	28 minggu
½ pusat prosesus xifodeus	34 minggu
Setinggi prosesus xifodeus	36 minggu
Dua jari (4 cm) di bawah proses xifodeus	40 minggu

Sumber:Manuaba, 2010;h.100

6. Perubahan,Ketidaknyamanan,dan Kebutuhan Psikologis Ibu Hamil Menurut Walyani (2010;h.68-69) menjelaskan bahwa perubahan, ketidaknyamanan, dan kebutuhan psikologis ibu hamil antara lain:

a) trimester Pertama

segerasetelah terjadi peningkatan hormon estrogen dan progesterone dalam tubuh maka akan muncul berbagai macam ketidaknyamanan secara fisiologis pada ibu misalnya mual muntah keletihan, dan pembesaran pada payudara. Hal ini akan terjadi memicu perubahan psikologi pada ibu, seperti di bawah ini:

- (1) Ibu untuk membencikehamilannya,merasakan kekecewaan,
- (2) Penolakan, kecemasan, dan kesedihan.
- (3) Mencari tahu secara aktif apakah memang benar-benar hamil dengan memperhatikan perubahan pada tubuhnya dan sering kali memberitahukan orang lain apa yang dirasakannya.
- (4) Hasrat melakukan seks berbeda-beda pada setiap wanita. Ada yang meningkat libidonya, tetapi ada juga yang mengalami penurunan.

(5) Sedangkan bagi suami sebagai calon ayah akan timbul kebanggaan, tetapi bercampur dengan keprihatinan akan kesiapan untuk mencari nafkah bagi keluarga.

b) trimester kedua

Trimester kedua biasanya ibu merasa sehat dan sudah terbiasa dengan kadar hormon tinggi, serta rasa tidaknyamanan akibat kehamilan sudah mulai berkurang. Perut ibu pun belum terlalu besar sehingga belum dirasakan ibu sebagai beban. Ibu sudah menerima kehamilannya dan dapat mulai menggunakan energi dan pikirannya secara lebih konstruktif. Pada trimester ini pula ibu dapat merasakan gerakan janinnya dan ibu mulai merasakan kehadiran bayinya sebagai seseorang diluar dirinya dan dirinya sendiri. Banyak ibu yang merasa terlepas dari rasa kecemasan dan rasa tidak nyaman seperti yang dirasakannya pada trimester pertama dan merasakannya meningkatnya libido.

c) trimester ketiga

Trimester ketiga biasanya disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat ini ibu tidak sabar menunggu kehadiran bayinya. Gerakan bayi dan membesarnya perut merupakan dua hal yang mengingatkan ibu akan bayinya. Kadang-kadang ibu meraskan khawatir bahwa bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaannya akan timbulnya tanda dan

gejala terjadi persalinan pada ibu. Sering kali ibu merasa khawatir atau takut jika bayi yang dilahirkan tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan akan menghindari orang atau benda apa saja yang dianggap membahayakan bayinya. Seorang ibu mungkin mulai merasa takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang akan timbul pada waktu melahirkan. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali dan banyak ibu yang merasa dirinya aneh dan jelek.

7. Komplikasi dalam Kehamilan

Menurut Aspiani (2017.h;63-183) menjelaskan bahwa komplikasi pada kehamilan adalah:

a) Abortus

Abortus merupakan penghentian atau berakhirnya suatu kehamilan sebelum janin viabel (usia kehamilan 20 minggu).

(1) Jenis-jenis abortus:

(a) Abortus Imminens

Merupakan peristiwa terjadinya perdarahan dari uteri pada kehamilan sebelum 20 minggu dimana hasil konsepsi masih di dalam uterus dan tanpa adanya dilatasi serviks.

(b) Abortus Insipiens

Merupakan peristiwa perdarahan uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih adanya dilatasi serviks uteriyang meningkat, tetapi hasil konsepsi masih dalam uterus.

(c) Abortus Inkompletus

Merupakan pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus.

(d) Abortus Kompletus

Pada Abortus Kompletus, semua hasil konsepsi sudah dikeluarkan. Pada penderita ditemukan perdarahan sedikit, ostium uteri telah menutup dan uterus sudah banyak mengecil.

(e) Abortus Habitualis

Merupakan Abortus spontan yang terjadi 3 kali atau lebih secara berturut-turut. Pada umumnya penderita tidak sukar menjadi hamil, tetapi kehamilannya berakhir sebelum 28 minggu.

(f) Misses Abortion

Merupakan kematian janin berusia sebelum 20 minggu, tetapi janin mati itu tidak dikeluarkan selama 8 minggu atau lebih.

b) Mola Hidatidosa

Mola hidatidosa adalah kehamilan abnormal, dengan ciri-ciri stoma villus korialis langka, vaskularisasi dan edematus. Janin biasanya meninggal akan tetapi villus-villus yang membesar dan dematus itu hidup dan tumbuh terus, gambaran yang diberikan adalah sebagai segugus buah anggur.

c) Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik adalah kehamilan dengan implantasi terjadi diluar rongga uterus, tuba fallopi merupakan tempat tersering untuk terjadinya implantasi kehamilan ektopik, sebagian besar kehamilan ektopik berlokasi di tuba, jarang terjadi implantasi di ovarium, rongga perut, kanalis servikalis uteri, tanduk uterus yang rudimenter dan divertikel pada uterus.

d) Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum adalah merupakan gejala yang wajar dan sering terjadi pada kehamilan trimester pertama, mual biasanya terjadi pada pagi hari tetapi dapat pula timbul setiap saat datang malam hari. Gejala-gejala ini kurang lebih terjadi pada 6

minggu setelah hari pertama haid terakhir dan berlangsung selama kurang lebih 10 minggu.

e) Pre Eklampsia

PreEklampsia merupakan suatu penyakit vasopastik, yang melibatkan banyak sistem dan ditandai oleh hemokonsentrasi hipertensi, proteinuria dan atau edema,

Klasifikasifikasinya di antara lain:

(1) Pre Eklampsia Ringan

Timbulnya hipertensi yaitu 140/110 mmHg yang disertai proteinuria dan atau edema dengan umur kehamilan 20 minggu.

(2) Pre Eklampsia Berat

Timbulnya suatu komplikasi kehamilan yang ditandai dengan hipertensi $\geq 160/110$ disertai proteinuria dan atau edema pada kehamilan ≥ 20 minggu.

f) PerdarahanAntepartum

Menurut Manuaba (2010;h.247-254) menjelaskan bahwa Perdarahan antepartum adalah perdarahan pervaginam pada kehamilan di atas 28 minggu atau lebih. Karena perdarahan antepartum terjadi pada umur kehamilan di atas 28 minggu maka sering disebut digolongkan pada trimester III, Klasifikasi perdarahan antepartum di antaranya adalah:

(1) Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta dengan implantasi disekitar segmen bawah rahim, sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh ostium uteri internum. Kejadian plasenta previa sekitar 0,3% sampai 0,6% dari persalinan. Secara teoritis plasenta previa dibagi dalam bentuk klinis plasenta previa totalis (menutupi seluruh OUI pada pembukaan 4 cm, plasenta previa sentralis bila pusat plasenta bersamaan dengan sentral kanalis servikalis), dan plasenta previa parsialis (menutupi sebagian OUI), plasenta previa marginalis (bila tepi plasenta berada disekitar pinggir OUI).

(2) Solusio Plasenta

Batasan solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta sebelum waktunya dengan implantasi normal pada kehamilan trimester ketiga. Terlepasnya plasenta sebelum waktunya menyebabkan akumulasi darah antara plasenta dan dinding rahim yang dapat menimbulkan gangguan-penyulit terhadap ibu maupun janin.

8. Penatalaksanaan

Menurut Aspiani (2017.h;63-183) menjelaskan bahwa penatalaksanaan komplikasi dalam kehamilan adalah:

a) Abortus Iminens

- (1) Istirahat baring agar aliran darah ke uterus bertambah dan rangsang mekanik berkurang.
- (2) Periksa denyut nadi dan suhu badan dua kali sehari bila klien tidak panas dan tiap empat jam bila pasien panas.
- (3) Tes kehamilan dapat dilakukan bila hasil negatif, mungkin janin sudah mati, pemeriksaan USG untuk menentukan apakah janin masih hidup.
- (4) Berikan obat penenang, biasanya Fenobarbital 3x30mg
- (5) Diet tinggi protein dan tambahan vitamin C
- (6) Bersihkan vulva minimal 2 x sehari dengan cairan anti septik untuk mencegah infeksi terutama saat masih mengeluarkan cairan cokelat.

b) Abortus Insiptiens

- (1) Bila perdarahan tidak banyak, tunggu terjadinya abortus spontan tanpa pertolongan selama 36 jam dengan diberikan morfin.
- (2) Pada kehamilan kurang dari 12 minggu, yang biasanya biasanya disertai perdarahan, tangani dengan pengosongan uterus memakai kuret vacum atau cunam vacum abortus
- (3) Pada kehamilan lebih dari 12 minggu, berikan infus oksitosin 10 IU dalam dekstrose 5% 500 ml dimulai 5 tetes per menit

dan dinaikkan sesuai kontraksi uterus sampai terjadi abortus komplit.

- (4) Bila janin sudah keluar, tetapi plasenta masih tertinggal, lakukan pengeluaran plasenta secara manual.

c) Abortus Inkomplit

- (1) Bila disertai syok karena perdarahan, berikan infus cairan NaCL
- (2) Setelah syok diatasi, lakukan kerokan dengan kuret tajam lalu suntikan ergometrin 0,2 mg Intramuskular.
- (3) Bila janin sudah kelaur tetapi plasenta masih tertinggal, lakukan pengeluaran plasenta secara manual.
- (4) Berikan antibiotik untuk mencegah infeksi.

d) Abortus Komplit

- (1) Bila kondisi pasien baik, berikan ergometrin 3x1 tablet selama 3 sampai 5 hari.
- (2) Bila pasien anemia, berikan sulfas ferosus atau transfusi darah

e) Mola Hidatidosa

- (1) Lakukan pengosongan jaringan mola dengan segera
- (2) Antisipasi komplikasi (krisis tiroid, perdarahan hebat atau perforasi uterus)
- (3) Lakukan pengamatan lanjut hingga minimal 1 tahun.

- f) Hamil Ektopik
 - (1) Laparotomi
 - (2) Pemantauan terhadap kadar HCG
 - (3) Tindakan operasi terdiri dari salpingektomi
 - (4) Transfusi darah
- g) Hiperemesis gravidarum
 - (1) Isolasi dan pengobatan psikologis
 - (2) Pemberian cairan pengganti
 - (3) Obat yang dapat diberikansedativa ringan, anti alergi, obat anti mual, dan vitamin.
- h) Pre Eklampsia
 - (1) Pre Eklampsia Ringan
 - (a) Banyak istirahat (minimal 4 jam sehari pada siang hari dan 8jam sehari pada malam hari)
 - (b) Istirahat dengan berbaring pada sisi tubuh menyebabkan pengaliran darah ke plasenta meningkat.
 - (c) Diet cukup protein, rendah karbohidrat, dan lemak serta garam
 - (d) Pemberian tablet diazepam 3x2 mg selama 7 hari
 - (e) Tidak perlu segera diberikan obat anti hipertensi atau obat lainnya.

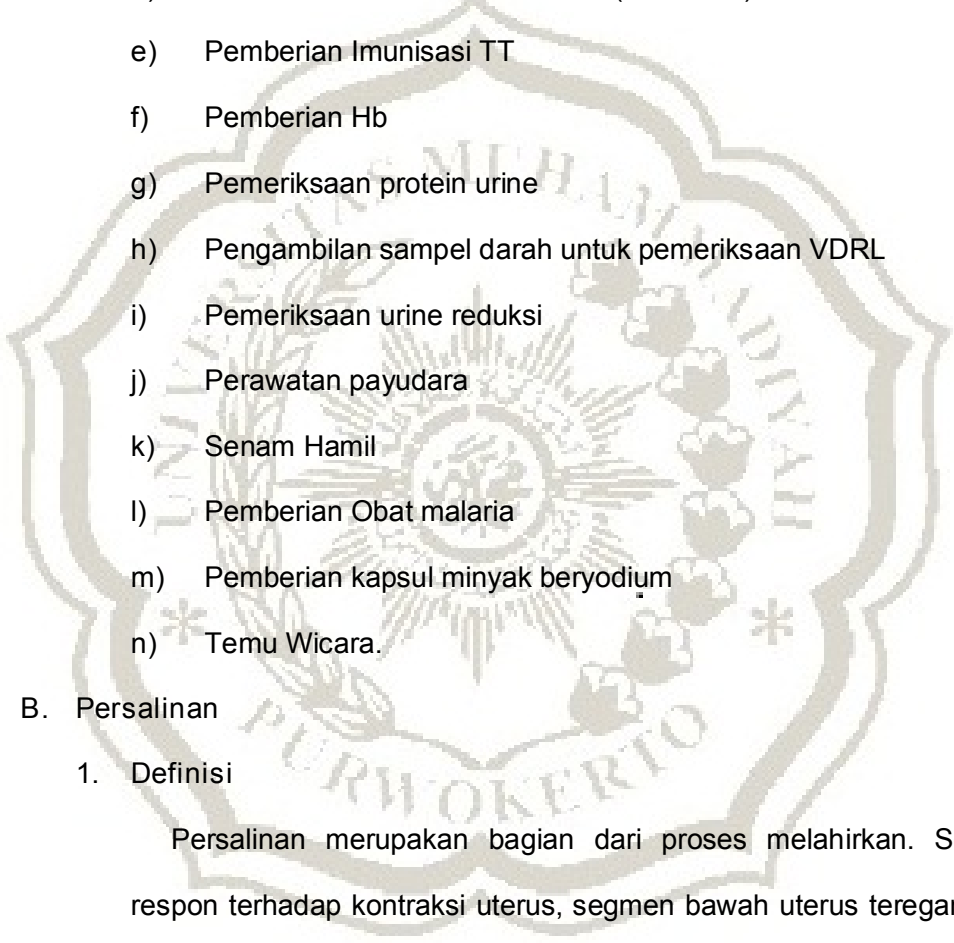
- (f) Melakukan kunjungan 1 minggu atau lebih cepat bila keadaan menjadi pre eklampsia berat .
- (g) Pemeriksaan laboratorium.

(2) Pre Eklampsia Berat

- (a) Tirah baring miring ke satu sisi
 - (b) Infuse Dextrose 5% 500 cc tiap 6 jam, diselingi RL
 - (c) Pemberian antasida
 - (d) Diet
 - (e) Pemberian obat anti kejang
 - (f) Obat anti hipertensi
- i) Perdarahan antepartum
- (1) Rawat inap, tirah baring dan berikan antibiotik profilaksis
 - (2) Infus D 5% dan elektrolit
 - (3) Berikan anti tokolitik
 - (4) Periksa Hb
 - (5) USG
 - (6) Awasi perdarahan terus menerus
 - (7) Uji pematangan paru janin dengan Tes Kocok.

9. Pelayanan Asuhan Standar Antenatal (ANC Terpadu)

Menurut Walyani (2015;h.45-46) Pelayanan ANC minimal 5T, meningkat menjadi 7T,dan sekarang menjadi 12T, sedangkan untuk daerah gondok dan endemik malaria menjadi 14T, yaitu:

- 
- a) Timbang berat badan tinggi badan
 - b) Tekanan Darah
 - c) Pengukuran Tinggi Fundus Uteri
 - d) Pemberian tablet tambah darah (Tablet Fe)
 - e) Pemberian Imunisasi TT
 - f) Pemberian Hb
 - g) Pemeriksaan protein urine
 - h) Pengambilan sampel darah untuk pemeriksaan VDRL
 - i) Pemeriksaan urine reduksi
 - j) Perawatan payudara
 - k) Senam Hamil
 - l) Pemberian Obat malaria
 - m) Pemberian kapsul minyak beryodium
 - n) Temu Wicara.

B. Persalinan

1. Definisi

Persalinan merupakan bagian dari proses melahirkan. Sebagai respon terhadap kontraksi uterus, segmen bawah uterus teregang dan menipis, serviks berdilatasi, jalan lahir terbentuk dan bayi bergerak turun ke bawah melalui rongga panggul (Hanretty.2014;h.224).

Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan

dengan presentasi belakang kepala yang berlansung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo.2009;h.100).

Dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang cukup bulan (37-42 minggu) dengan berbagai proses yang mempengaruhi terjadinya persalinan, persalinan dapat terjadi 12 jam pada primigravida dan 8 jam pada multigravida.

2. Sebab-Sebab yang Menimbulkan Persalinan

Menurut Mochtar (2012;h.69-70) menjelaskan bahwa sebab-sebab yang menimbulkan persalinan diantaranya adalah faktor-faktor humoral, struktur rahim, sirkulasi rahim pengaruh tekanan pada saraf, dan nutrisi.

- a) Teori penurunan hormon: 1-2 minggu sebelum partus, mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron, Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim. Karena itu, akan terjadi kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan his jika tidak ada kadar hormone progesterone.
- b) Teori plasenta menjadi tua: penuaan plasenta akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesterone sehingga terjadi kekejangan pembuluh darah. Hal tersebut akan menimbulkan kontraksi rahim.

- c) Teori distensi rahim: rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenta.
- d) Teori iritasi mekanik: di belakang serviks, terletak ganglion servikale (pleksus Frankenhauser). Apabila ganglion tersebut digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.
- e) Induksi partus(induction of labour). partus dapat pula ditimbulkan dengan:
 - (1) Gagang laminaria: beberapa laminaria dimasukan dalam kanalis servisis dengan tujuan merangang oleksus Frankenhauser.
 - (2) Amnion, pemecahan ketuban.
 - (3) Tetesan iksitoin: pemberian oksitosin melalui tetesan per infus.

3. Tanda-Tanda Persalinan

Menurut Mochtar (2012, h. 70) tanda-tanda inpartu adalah sebagai berikut:

- a) Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur.
- b) Keluar lendir bercampur darah (show) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
- c) Terkadang ketuban pecah dengan sendirinya

d) Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah terjadi pembukaan.

4. Tahapan Persalinan

Menurut Mochtar (2012, h.71) menjelaskan bahwa mekanisme persalinan terdiri dari beberapa proses kala dalam persalinan, diantaranya yaitu:

a) Kala I (Kala Pembukaan)

Inpartu (partus mulai) ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (bloody show) karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (effacement). Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler di sekitar kanalis servisis akibat pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka.

Kala pembukaan dibagi menjadi dua fase:

- (1) Fase Laten: pembukaan serviks yang berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm, lamanya 7-8 jam.
- (2) Fase Aktif: berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase :
 - (a) Periode akselerasi: berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
 - (b) Periode dilatasi maksimal(steady): selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.

(c) Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap).

b) Kala II (Kala Pengeluaran Janin)

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

c) Kala III (Kala Pengeluaran Uri)

Setelah bayi lahir, kontraksi rahim beristirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong ke dalam vagina, dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses

biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc.

d) Kala IV

Kala IV adalah pada pengawasan selama 1 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum, lamanya persalinan pada primigravida dan multigravida berbeda.

5. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Walyani (2016,h.17) menjelaskan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan diantaranya adalah:

(a) Passage (jalan lahir)

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.

Passage terdiri dari:

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

(b) Power (His dan Mengejan)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligament.

(1) His (kontraksi uterus)

His adalah gelombang kontraksi ritmis otot polos dinding uterus yang dimulai dari daerah fundus uteri dimana tuba falopi memasuki dinding uterus, awal gelombang tersebut didapat dari “pacemaker” yang terdapat dari dinding uterus daerah tersebut.

(2) Mengejan

Yang paling memegang kendali atau yang paling menentukan dalam tahapan persalinan adalah proses mengejan ibu yang dilakukan dengan benar. Ibu harus mengejan sekuat mungkin serirama dengan instruksi yang diberikan. Biasanya ibu diminta untuk menarik nafas panjang dalam beberapa kali saat kontraksi terjadi lalu dibuang secara perlahan. Ketika kontraksi mencapai puncaknya, doronglah janin dengan mengejan sekuat mungkin. Bila mengikuti instruksi dengan baik, pecahnya pembuluh darah disekitar mata dan wajah bisa dihindari. Begitu juga resiko berkurangnya suplai oksigen ke janin.

(a) Passenger

(i) Passenger terdiri dari:

(a) Janin

Selama janin dan plasenta berada dalam rahim belum tentu pertumbuhannya normal, adanya kelainan genetic dan kebiasaanibu yang buruk dapat menjadikan pertumbuhannya tidak normal.

(b) Plasenta

Plasenta juga harus melalui jalan lahir, ia juga dianggap sebagai penumpang atau pasenger yang menyertai janin namunplasenta jarang menghambat pada persalinan normal.

(c) Air ketuban

Amnion pada kehamilan aterm merupakan suatu membran yang kuat dan ulet tetapi lentur: amnion adalah jaringan yang menentukan hampir semua kekuatan regang membran janin dengan demikian pembentukan komponen amnion yang mencegah ruptura atau robekan sangatlah penting bagi keberhasilan kehamilan.

6. 58 Langkah Asuhan Persalinan Normal

Menurut Shofa (2015;h.152-161) menjelaskan bahwa Langkah-langkah persalinan normal diantaranya adalah:

a) Mengenali Gejala dan Tanda Kala II

(1) Mendengar dan melihat tanda dan gejala kala II :

- (a) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran (doran)
- (b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina (teknus)
- (c) Perineum tampak menonjol (perjol)
- (d) Vulva dan sfingter ani membuka (vulva)

b) Menyiapkan Pertolongan Persalinan

- (1) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan BBL.
- (2) Pakai celemek plastik
- (3) Mencuci tangan (sekitar 15 detik) dan keringkan dengan tisu/ handuk.
- (4) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang digunakan untuk PD
- (5) Masukkan oksitosin ke dalam spuit (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT/ steril, pastikan tidak terjadi kontaminasi pada spuit).

- c) Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin Baik
- (1) Membersihkan vulva dan perineum, mengusapnya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas DTT.
 - (2) Lakukan pemeriksaan dalam (PD) untuk memastikan pembukaan lengkap (bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi).
 - (3) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit.
 - (4) Periksa DJJ setelah kontraksi / saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/ menit).
 - (5) Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Bimbingan Meneran.
 - (6) Beritahu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - (7) Minta 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 di inginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).

(8) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.

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

d) Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

(1) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.

(2) Letakkan kain bersih yang di lipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.

(3) Buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.

(4) Pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.

e) Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi

(1) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering.

(2) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.

- (3) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
 - (4) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal.
 - (5) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
 - (6) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki serta pegang masing-masing kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya.
- f) Penanganan Bayi Baru Lahir
- (1) Lakukan penilaian sepiantas .
 - (2) Keringkan tubuh bayi
 - (3) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
 - (4) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
 - (5) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).

(6) setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.

g) Pemotongan tali pusat

(1) Letakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi, letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantarpayudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.

(2) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

h) Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala II

(1) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.

(2) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.

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

- i) Mengeluarkan plasenta
 - (1) Lakukan penegangan tali pusat dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemusiman ke arah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso kranial).
 - (2) Saat plasenta muncul di introitus vagina, kemudian lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinl kemudian di lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.
- j) Rangsangan Taktil (Masase) Uterus
 - (1) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan tangan di fundus uteri dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase.
- k) Menilai Perdarahan
 - (1) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik dan tempat khusus.

- (2) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif segera lakukan penjahitan.

l) Melakukan Prosedur Pasca Persalinan

- (1) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- (2) Biarkan bayi tetap melakukan kontak kulit dengan kulit ke kulit dada ibu paling sedikit 1 jam.
- (3) Setelah satu jam persalinan, lakukan penimbangan atau pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotika profilaksis dan vitamin K, 1 mg IM di paha kiri anterolateral.
- (4) Setelah satu jam pemberian vitamin K, berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan anterolateral.

m) Evaluasi

- (1) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.
- (2) Ajarkan ibu/ keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- (3) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

- (4) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- (5) Periksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5).

n) Kebersihan dan Keamanan

- (1) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi.
- (2) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat yang sesuai
- (3) Buang ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- (4) Pastikan ibu merasa aman dan nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- (5) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- (6) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balik bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- (7) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

o) Dekontaminasi

- (1) Lengkapi patograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV.

7. Komplikasi Persalinan

Menurut Prawirohardjo (2010;h.562) menjelaskan bahwa komplikasi dalam persalinan diantaranya adalah:

a) Persalinan Lama

- (1) Kelainan tenaga (kelainan his) His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan.
- (2) Kelainan janin, persalinan dapat mengalami gangguan atau kemacetan karena kelainan dalam letak atau dalam bentuk janin.
- (3) Kelainan jalan lahir, kelainan dalam ukuran atau bentuk jalan lahir bisa menghalangi kemajuan persalinan atau menyebabkan kemacetan.

Tabel 2.2 Kriteria kelainan akibat persalinan lama atau macet

	Pola persalinan	Nulipara	Multipara
Persalinan Lama			
pembukaan		<1,5 cm/jam	

Tabel 2.2 Kriteria kelainan akibat persalinan lama atau macet

penurunan		
Persalinan Macet		
Tidak ada pembukaan	> 2 jam	> 2 jam
Tidak ada penurunan	> 1 jam	

sumber: Manuaba (2010;h.120)

b) Malpresentasi dan Malposisi

Malpresentasi adalah bagian terendah janin yang berada di segmen bawah rahim, bukan belakang kepala. Malposisi adalah penunjuk (presenting part) tidak berada di anterior. Apabila janin dalam keadaan malpresentasi atau malposisi, maka dapat terjadi persalinan yang lama atau bahkan macet. Malpresentasi adalah semua presentasi janin selain presentasi belakang kepala. Malposisi adalah posisi abnormal ubun-ubun kecil relatif terhadap panggul ibu. Malpresentasi atau malposisi diantaranya adalah:

(1) Presentasi Dahi

Presentasi dahi terjadi manakala kepala janin dalam sikap ekstensi sedang, pada pemeriksaan dalam dapat diraba daerah sinsiput yang berada di antara ubun-ubun besar dan pangkal hidung. Bila menetap, janin dengan presentasi ini tidak dapat dilahirkan oleh karena besarnya diameter oksipitomental yang harus melalui panggul. Janin dengan ukuran kecil dan punggungnya berada diposterior atau

ukuran panggul yang sedemikian rupa luas mungkin masih dapat dilahirkan pervaginam.

(2) Presentasi Muka

Presentasi muka terjadi apabila sikap janin ekstensi maksimal sehingga oksiput mendekat ke arah punggung janin dan dagu menjadi bagian presentasinya. Faktor predisposisi yang meningkatkan kejadian presentasi dahi adalah malformasi janin, berat badan lahir < 1.500 gram, polihidramnion, postmaturitas, dan multiparitas. Berbeda dengan presentasi dahi, janin dengan presentasi muka masih dapat dilahirkan vaginal apabila posisi dagunya dianterior.

(3) Presentasi Majemuk

Presentasi majemuk adalah terjadinya prolaps satu atau lebih ekstremitas pada presentasi kepala ataupun bokong. Kepala memasuki panggul bersamaan dengan kaki dan atau tangan. Presentasi majemuk juga dapat terjadi manakala bokong memasuki panggul bersamaan dengan tangan. Dalam pengertian presentasi majemuk tidak termasuk presentasi bokong-kaki, presentasi bahu, ataupun prolaps tali pusat. Apabila bagian terendah janin tidak menutupi dengan sempurna pintu atas panggul, maka presentasi majemuk dapat terjadi.

(4) Presentasi Bokong

Presentasi bokong adalah janin letak memanjang dengan bagian terendah nya adalah bokong, kaki, atau kombinasi keduanya. Dengan insidensi 3-4% dari seluruh kehamilan tunggal pada umur kehamilan cukup bulan (≥ 37 minggu), presentasi bokong merupakan malpresentasi yang paling sering dijumpai. Sebelum umur kehamilan 28 minggu, kejadian presentasi bokong berkisar antara 25-30%, dan sebagian besar akan berubah menjadi presentasi kepala setelah umur kehamilan 34 minggu.

c) Distosia Bahu

Distosia bahu adalah suatu keadaan diperlukannya tambahan manuver obstetrik oleh karena dengan tarikan biasa ke arah belakang pada kepala bayi tidak berhasil untuk melahirkan bayi. Komplikasi distosia bahu pada janin adalah fraktur tulang (klavikula dan humerus), cedera pleksus brakhialis, dan hipoksia yang dapat menyebabkan kerusakan permanen di otak.

d) Prolaps tali pusat

Menurut Prawirohardjo (2010;h.645) menjelaskan bahwa prolaps tali pusat diklasifikasikan menjadi diantaranya:

- (1) Tali pusat terkemuka, bila tali pusat berada dibawah bagian terendah janin dan ketuban masih intak.
- (2) Tali pusat menumbung, bila tali pusat keluar melalui ketuban yang sudah pecah, ke serviks, dan turun ke vagina.
- (3) Occult prolaps, tali pusat berada disamping bagian terendah janin turun ke vagina. Tali pusat teraba atau tidak, ketuban dapat pecah atau tidak.

e) Ketuban pecah dini

Selaput ketuban yang membatasi rongga amnion terdiri atas amnion dan korion yang sangat erat ikatannya. Lapisan ini terdiri atas beberapa sel seperti sel epitel, sel mesenkim, dan sel trofoblas yang terikat erat dalam matriks kolagen. Selaput ketuban berfungsi menghasilkan air ketuban dan melindungi janin terhadap infeksi. Dalam keadaan normal, selaput ketuban pecah dalam proses persalinan. Ketuban Pecah Dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persalinan. Bila ketuban pecah dini terjadi sebelum usia kehamilan 37 minggu disebut ketuban pecah dini pada kehamilan prematur. Dalam keadaan normal 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini.

C. Bayi Baru Lahir

1. Definisi

Bayi Baru Lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram (Sondakh.2013;h.150).

Bayi lahir normal adalah bayi lahir cukup bulan, 38-42 minggu dengan berat badan sekitar 2500-3000 gram dan panjang badan sekitar 50-55 cm (Sondakh.2013;h.150).

Dari pengertian bayi baru lahir tersebut, dapat di simpulkan bahwa bayi baru lahir merupakan bayi yang lahir pada usia yang sudah aterm maupun preterm, dengan berat badan normal 2500-4000 gram.

2. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal adalah:

Menurut Sondakh (2013;h.150), menyatakan bahwa bayi yang sehat dan normal mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

- a) Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram.
- b) Panjang badan bayi 48-50 cm
- c) Lingkar dada bayi 32-34 cm
- d) Lingkar kepala bayi 33-35 cm
- e) Bunyi jantung dalam menit pertama \pm 180 kali/menit, kemudian turun sampai 140-120 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit.

- f) Pernafasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
- g) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks caseosa.
- h) Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik.
- i) Kuku telah agak panjang dan lemas.
- j) Gentelaia: testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora dan minora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
- k) Refleks hisap, menelan, dan moro telah terbentuk.
- l) Eliminasi, urin, dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

3. Kunjungan Neonatus

Kunjungan Bayi Baru Lahir/Neonatus ada tiga kali kunjungan menurut (Anonymous.2013;h.56):

- a) Kunjungan pertama (KN 1) : pada usia 6-48 jam
- b) Kunjungan pertama (KN 2) : pada usia 3-7 hari
- c) Kunjungan pertama (KN 3) : pada usia 8-28 hari

Menurut buku saku pelayanan kesehatan ibu di fasilitas kesehatan dasar dan rujukan, (2013;hh.56) yang dilakukan bidan dalam melakukan kunjungan neonatal adalah:

- a) Lakukan pemeriksaan fisik, timbang berat badan, periksa suhu, dan kebiasaan makan bayi.
- b) Periksa tanda-tanda infeksi kulit superfisial, seperti nanah keluar dari umbilikus kemerahan di sekitar umbilikus, adanya lebih dari 10 pustula di kulit, pembengkakan, kemerahan, dan pengerasan kulit.
- c) Bila terdapat tanda bahaya atau infeksi, rujuk bayi ke fasilitas kesehatan.
- d) Pastikan ibu memberikan ASI secara eksklusif.
- e) Tingkatkan kebersihan dan rawat kulit, mata, serta tali pusat dengan baik.
- f) Ingatkan orangtua untuk mengurus akte kelahiran bayinya.
- g) Rujuk bayi untuk mendapatkan imunisasi pada waktunya.
- h) Jelaskan kepada orangtua untuk waspada terhadap tanda bahaya pada bayinya.

4. Adaptasi Bayi Baru Lahir terhadap Kehidupan Ekstrauteri

Menurut Walyani (2016,h.119-122) menjelaskan bahwa Adaptasi Bayi Baru Lahir terhadap Kehidupan Ekstrauteri adalah sebagai berikut:

a) Sistem Pernapasan

Saat kepala bayi melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraksnya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada di dalam paru-paru hilang karena

terdorong ke bagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi. Karena terstimulus oleh sensor kimia, suhu, serta mekanis akhirnya bayi memulai aktivasi nafas untuk pertama kali.

b) Sistem Sirkulasi

Aliran darah dari plasenta berhenti pada saat tali pusat di klem. Tindakan ini menyebabkan suplai oksigen ke plasenta menjadi tidak ada dan menyebabkan serangkaian reaksi selanjutnya. Karena tali pusat di klem, sistem bertekanan rendah yang berada pada unit janin plasenta terputus sehingga berubah menjadi sistem sirkulasi tertutup, bertekanan tinggi, dan berdiri sendiri. Efek yang terjadi segera setelah tali pusat di klem adalah peningkatan tahanan pembuluh darah sistemik. Hal ini yang paling penting adalah peningkatan tahanan pembuluh darah dan tarikan nafas pertama terjadi secara bersamaan. Oksigen dari napas pertama tersebut menyebabkan sistem pembuluh darah paru berelaksasi dan terbuka sehingga paru menjadi sistem bertekanan rendah.

c) Termoregulasi

Sesaat sesudah bayi lahir ia akan berada di tempat yang suhunya lebih rendah dari dalam kandungan dan dalam keadaan basah. Bila dibiarkan saja dalam suhu kamar 25°C maka bayi akan kehilangan panas melalui evaporasi, konduksi, konveksi dan radiasi

sebanyak 200 kalori/kg BB/menit, berikut adalah penjelasan mengenai konveksi, konduksi, radiasi, dan evaporasi:

(1) Konveksi

Hilangnya panas tubuh bayi karena aliran udara di sekeliling bayi, misal BBL diletakkan di dekat pintu atau jendela terbuka.

(2) Konduksi

Pindahannya panas tubuh bayi karena kulit bayi langsung kontak dengan permukaan yang lebih dingin, misalnya popok atau celana basah tidak langsung diganti.

(3) Radiasi

Panas tubuh bayi memancar ke lingkungan sekitar bayi yang lebih dingin, misalnya diletakkan ditempat dingin.

(4) Evaporasi

Cairan/air ketuban yang membasahi kulit bayi dan menguap, misalnya bayi baru lahir tidak langsung dikeringkan dari air ketuban. Suhu lingkungan yang tidak baik (bayi tidak dapat mempertahankan suhu tubuhnya sekitar 36°C - 37°C) akan menyebabkan bayi menderita hipertermi, hipotermi, dan trauma dingin (cold injury).

5. Komplikasi pada BBL

a) Kehilangan panas pada Neonatus

Jika suhu kulit turun di bawah $36,5^{\circ}\text{C}$, bayi mengalami kehilangan panas lebih cepat dari pada memproduksi panas. Jika suhu pusat (inti) menurun drastis, metabolisme melambat dan terjadi hipotermia. Bahaya mengancam khususnya pada bayi prematur dengan lapisan lemak yang sedikit serta bayi-bayi yang mengalami penyulit saat dilahirkan (Hanretty.2014;h.363).

b) Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Bayi dengan berat 2,5 kg atau kurang saat dilahirkan. Penyebabnya dapat berupa persalian prematur atau kegagalan untuk berkembang dalam rahim sehingga pertumbuhan janin terhambat (Hanretty.2014;h.372).

c) Asfiksia

Menurut FKUI RSCM (2000;1072) dalam Sondakh (2013) menjelaskan bahwa Asfiksia neonatorum adalah suatu keadaan bayi baru lahir yang gagal bernapas secara spontan dan teratur segera setelah lahir.

d) Ikterus Neonatorum

Ikterus atau warna kuning sering dijumpai pada bayi baru lahir dalam batas normal pada hari kedua sampai hari ketiga dan menghilang pada hari kesepuluh. Oleh karena itu, menjelang

kepulangan bayi, ikterus harus mendapat perhatian karena mungkin sifatnya patologis. Ikterus disebabkan hemolisis darah janin dan selanjutnya diganti menjadi darah dewasa. Pada janin menjelang persalinan terdapat kombinasi antara darah janin dan darah dewasa yang mampu menarik O₂ dari udara dan mengeluarkan CO₂ melalui paru-paru. Penghancuran darah janin inilah yang menyebabkan terjadinya ikterus yang sifatnya fisiologis. Sebagai gambaran dikemukakan bahwa kadar bilirubin indirek bayi cukup bulan sekitar 15mg% sedangkan bayi belum cukup bulan 10mg%. Diatas angka tersebut dianggap hiperbilirubinemia, yang dapat menimbulkan ikterus (Manuaba 2010;h.435).

D. Nifas

1. Definisi

Menurut Hanretty (2010;h.336) menjelaskan bahwa masa nifas adalah waktu yang dibutuhkan seorang wanita untuk kembali ke keadaan fisiologis yang normal seperti sebelum hamil. Waktu ini diperkirakan berlangsung selama 6 minggu. Meskipun demikian, secara hukum, untuk tujuan pelaporan infeksi, masa nifas didefinisikan berlangsung selama 14 hari (di Inggris dan Wales) atau 21 hari (di Skotlandia) setelah melahirkan.

Menurut Ambarwati (2010) dalam Walyani (2015) mengatakan bahwa masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya plasenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari.

Jadi dapat disimpulkan bahwa nifas merupakan masa setelah persalinan, yang berlangsung dari 2 jam setelah persalinan sampai 41 hari, dalam keadaan nifas ibu mengalami proses pemulihan dari fisik, organ-organ reproduksi dan psikis.

2. Tahapan Masa Nifas

Menurut Walyani (2015 ; h. 3-4) mengatakan bahwa Nifas dibagi dalam tiga periode, yaitu:

- a) Puerperium dini, yaitu kepulihan ketika ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan.
- b) Puerperium intermedial, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genital.
- c) Remote puerperium, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna mungkin beberapa minggu, bulan, atau tahun.

3. Perubahan Fisiologis dan Anatomis Puerperium

Menurut Walyani (2015; h. 63) mengatakan bahwa ibu dalam masa nifas mengalami perubahan fisiologis. Setelah keluarnya plasenta, kadar sirkulasi hormone HCG (Human Chorionic Gonadotropin), human plasental lactogen, estrogen dan progesterone menurun. Human plasental lactogen akan menghilang dari peredaran darah ibu dalam 2 hari dan HCG dalam 2 minggu setelah melahirkan. Kadar estrogen dan progesterone hampir sama dengan kadar yang ditemukan pada fase folikuler dari siklus menstruasi berturut-turut sekitar 3 dan 7 hari. Perubahan-perubahan yang terjadi yaitu:

a) Sistem Kardiovaskuler

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula.

(1) Volume Darah

Perubahan pada volume darah tergantung pada beberapa variabel. Contohnya kehilangan darah seama persalinan, mobilisasi dan pengeluaran ekstrasvaskular. Kehilangan darah mengakibatkan perubahan volume darah tetapi hanya terbatas pada volume darah total. Kemudian, perubahan

cairan tubuh normal mengakibatkan suatu penurunan yang lambat pada volume darah. Dalam 2 sampai 3 minggu, setelah persalinan volume darah seringkali menurun sampai pada nilai sebelum kehamilan.

(2) Cardiac output

Cardiac output terus meningkat selama kala I dan kala II persalinan. Puncaknya selama masa nifas dengan tidak memperhatikan tipe persalinan dan penggunaan anastesi. Cardiac output tetap tinggi dalam beberapa waktu sampai 48 jam postpartum, ini umumnya mungkin diikuti dengan peningkatan stroke volume akibat dari peningkatan venous return, bradycardi terlihat selama waktu ini. Cardiac output akan kembali pada keadaan semula seperti sebelum hamil dalam 2-3 minggu.

b) Sistem hematologi

- (1) Hari pertama masa nifas kadar fibrinogen dan plasma sedikit menurun, tetapi darah lebih kental dengan peningkatan viskositas sehingga meningkatkan pembekuan darah. Hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 setelah persalinan. Masa nifas bukan masa penghancuran sel darah merah tetapi tambahan-tambahan akan menghilang secara perlahan sesuai dengan waktu hidup sel darah merah. Pada

keadaan tidak ada komplikasi, keadaan hematokrit dan hemoglobin akan kembali pada keadaan normal seperti sebelum hamil dalam 4-5 minggu postpartum.

- (2) Leukositosis meningkat, dapat mencapai 15000/mm³ selama persalinan dan tetap tinggi dalam beberapa hari postpartum. Jumlah sel darah putih normal rata-rata pada wanita hamil kira-kira 12000/mm³. Selama 10-12 hari setelah persalinan umumnya bernilai antara 20000-25000/mm³, neutrofil berjumlah lebih banyak dari sel darah putih, bersama dengan peningkatan normal pada kadar sedimen eritrosit, mungkin sulit untuk diinterpretasikan jika terjadi infeksi akut waktu ini.
- (3) Faktor pembekuan, yakni aktivasi faktor pembekuan darah terjadi setelah persalinan. Aktivasi, bersamaan dengan tidak adanya pergerakan, trauma atau sepsis, yang mendorong terjadinya tromboemboli. Keadaan produksi tertinggi dari pemecahan fibrin mungkin akibat pengeluaran dari tempat plasenta.
- (4) Kaki ibu diperiksa setiap hari untuk mengetahui adanya tanda-tanda trombosis (nyeri, hangat dan lemas, vena bengkak kemerahan yang dirasakan keras atau padat ketika disentuh). Mungkin positif terdapat tanda-tanda human's (dorso fleksi kaki dimana menyebabkan otot-otot mengompresi ena tibia dan

ada nyeri jika ada trombosis). Penting untuk diingat bahwa trombosis vena-vena dalam mungkin tidak terlihat namun itu tidak menyebabkan nyeri.

- (5) Varises pada kaki dan sekitar anus (hemoroid) adalah umum pada kehamilan. Varises pada vulva umumnya kurang dan akan segera kembali setelah persalinan.
- (6) Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.
- (7) Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000gram
- (8) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750 gram.
- (9) Satu minggu postpartum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat uterus 500 gram
- (10) Dua minggu postpartum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simpisis dengan berat uterus 350 gram
- (11) Enam minggu postpartum fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gram.

Tabel 2.3 Tinggi fundus uteri pada masa nifas

Involusi	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	setinggi pusat	1000 gram
uri lahir	2 jari di bawah pusat	750 gram

Tabel 2.3 Tinggi fundus uteri pada masa nifas

1 minggu	pertengahan pusat simpisis	500 gram
2 minggu	tidak teraba di atas simpisis	350 gram
6 minggu	bertambah kecil	50 gram
8 minggu	sebesar normal	30 gram

Sumber: Mochtar (2012;h.87)

(12) Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Macam-macam lochea:

- (a) Lochea rubra (cruenta): berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks caseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari postpartum
- (b) Lochea sanguinolenta: berwarna kuning berisi darah dan lendir, hari ke 3-7 postpartum.
- (c) Lochea serosa: berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 postpartum.
- (d) Lochea alba: cairan putih, setelah 2 minggu
- (e) Lochea purulenta: terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- (f) Locheastatis: lochea tidak lancar

(13) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3

jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup (Walyani.2015;h.66).

(14) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi menonjol.

(15) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke-5. Perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan.

(16) Payudara

Kadar prolaktin yang disekresi oleh kelenjar hypofisis anterior meningkat secara stabil selama kehamilan, tetapi hormon plasenta menghambat produksi ASI. Setelah plasenta lahir, konsentrasi estrogen dan progesteron menurun, prolaktin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai. Suplai darah ke payudara

meningkat dan menyebabkan pembengkakan vascular sementara. Air susu, saat diproduksi, disimpan di alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara diisap oleh bayi untuk pengadaan dan keberlangsungan laktasi. Pelepasan oksitosin dari kelenjar hipofisis posterior distimulasi oleh isapan bayi. Hal ini menyebabkan kontraksi sel-sel mioepitel di dalam payudara dan pengeluaran ASI.

c) Sistem Perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu (Walyani.2015;h.67).

d) Sistem Gastrointestinal

Kerap kali diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema.

Rasa sakit didaerah perineum dapat menghalangi keinginan ke belakang.

e) Sistem Endokrin

Kadar estrogen menurun 10% dalam waktu sekitar 3 jam postpartum, progesteron turun pada hari ke 3 postpartum. Kadar prolaktin dalam darah berangsur-angsur hilang.

4. Kunjungan Masa Nifas

Menurut Budijanto, D, dkk (2015;h.144) menjelaskan bahwa pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan kesehatan pada ibu nifas sesuaistandar, yang dilakukan sekurang-kurangnya tiga kali sesuai jadwal yang dianjurkan,yaitu pada enam jam sampai dengan tiga hari pasca persalinan, pada hari ke empat sampaidengan hari ke-28 pasca persalinan, dan pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pascapersalinan. Masa nifas dimulai dari enam jam sampai dengan 42 hari pasca persalinan.Jenis pelayanan kesehatan ibu nifas yang diberikan terdiri dari :

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

f) Pelayanan keluarga berencana pasca persalinan.

5. Perubahan Psikologis pada Masa Nifas

Menurut Walyani (2015;h.78-81) menjelaskan bahwa hal-hal yang dapat membantu ibu dalam beradaptasi pada masa nifas adalah sebagai berikut:

- a) Fungsi menjadi orangtua
- b) Respons dan dukungan dari keluarga
- c) Riwayat dan pengalaman kehamilan serta persalinan
- d) Harapan, keinginan dan aspirasi saat hamil dan melahirkan.

fase-fase yang akan dialami oleh ibu nifas yaitu:

- a) Fase taking in

Fase taking in yaitu periode ketergangunan, berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua melahirkan. Pada fase ini ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Ketidaknyamanan fisik yang dialami ibu pada fase ini seperti mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur dan kelelahan merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari. Hal tersebut membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gangguan psikologis yang mungkin dialami, seperti menangis, dan mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung lebih pasif terhadap lingkungannya.

Pada fase ini petugas kesehatan harus menggunakan pendekatan yang empatik agar ibu dapat melewati fase ini dengan baik. Ibu hanya ingin didengarkan dan diperhatikan. Kemampuan mendengarkan (listening skills) dan menyediakan waktu yang cukup merupakan dukungan yang tidak ternilai bagi ibu. Kehadiran suami dan keluarga sangat di butuhkan dalam fase ini.

b) Fase taking hold

Fase taking hold adalah periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan yang sangat sensitif, sehingga mudah tersinggung dan marah. Dukungan moral sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

c) Fase leting go

Fase leting go adalah periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Terjadi peningkatan akan perawatan akan diri dan bayinya. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi ebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawa diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya. Pendidikan kesehatan yang

diberikan pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

Dukungan suami dan keluarga masih terus diperlukan ibu. Suami dan keluarga dapat membantu merawat bayi, mengerjakan urusan rumah tangga sehingga tidak terlalu terbebani. Ibu memerlukan istirahat yang cukup sehingga mendapatkan kondisi fisik yang bagus untuk dapat merawatnya.

6. Komplikasi dan Penyakit pada Masa Nifas

Menurut Walyani (2015,h.152-155) menjelaskan bahwa komplikasi dan penyakit pada masa nifas adalah:

a) Infeksi Masa Nifas, diantaranya adalah:

(1) Infeksi pada Vulva, Vagina, dan Serviks

(a) Vulvitis

Vulvitis adalah luka bekas episiotomi atau robekan perineum yang kena infeksi. Pada luka infeksi bekas sayatan episiotomi atau luka perineum, jaringan sekitarnya membengkak, tepi luka menjadi merah dan bengkak, jahitan mudah terlepas, luka yang terbuka menjadi ulkus dan mengeluarkan pus.

(b) Vaginitis

Infeksi vagina dapat terjadi secara langsung pada luka vagina atau melalui perineum. Permukaan mukosa

membengkak dan kemerahan, terjadi ulkus, serta getah mengandung nanah dan keluar dari daerah ulkus. Penyebaran dapat terjadi, tetapi pada umumnya infeksi tinggal terbatas.

(c) Servisititis

Infeksi serviks sering juga terjadi, akan tetapi biasanya tidak menimbulkan banyak gejala. Luka serviks yang dalam, luas, dan langsung ke dasar ligamentum latum dapat menyebabkan infeksi yang menjalar ke parametrium.

(2) Endometritis

Endometritis adalah infeksi yang terjadi pada endometrium. Jenis infeksi ini biasanya yang paling sering terjadi. Kuman-kuman yang masuk endometrium, biasanya pada luka bekas implantasi plasenta dan dalam waktu singkat. Tanda dan gejalanya antara lain:

- (a) Uterus membesar
- (b) Nyeri pada saat perabaan uterus
- (c) Uterus lembek
- (d) Suhu meningkat
- (e) Nadi menurun

b) Infeksi Saluran Kemih

Infeksi saluran kemih (ISK) adalah infeksi bakteri yang terjadi pada saluran kemih. Kejadian saluran kemih pada masa nifas relative tinggi dan hal ini dihubungkan dengan hipotoni kandung kemih akibat trauma kandung kemih waktu persalinan, pemeriksaan dalam yang sering, kontaminasi kuan dari perineum, atau katerisasi yang sering (Walyani, 2015; h. 157). Bakteri *Escherecia coli* merupakan penyebab yang sering ditemukan pada kasus ISK. Bakteri ini dapat berasal dari flora usus yang keluar sewaktu buang iar besar, dan jika bakteri berkembang biak akan menjalar ke saluran kencing dan naik ke kandung kemih dan ginjal, inilah yang menyebabkan ISK.

c) Metritis

Metritis adalah inspeksi uterus setelah persalinan yang merupakan salah satu penyebab terbesar kematian ibu. Bila pengobatan terlambat atau kurang adekuat dapat menjadi abses pelvic yang menahun, peritonitis, syok septik, thrombosis yang dalam, emboli pulmonal, infeksi felvik yang menahun. Dispareunia, penyumbatan tuba dan infertilitas (Walyani. 2015; h. 159).

(1) tanda dan gejala :

- (a) demam mengigil dan nyeri perut bagian bawah
- (b) lochea berbau nanah

(c) uterus nyeri tekan

(d) perdarahan pervaginam dan syok.

d) Bendungan Payudara

Menurut Walyani (2015;h. 160) merupakan peningkatan aliran vena dan limfe pada payudara dalam rangka mempersiapkan diri untuk laktasi. Hal ini bukan disebabkan overdistensi dari saluran sistem laktasi. Tanda dan gejala :

Perlu dibedakan untuk payudara bengkak dengan payudara penuh.

Pada payudara bengkak: payudara edema, sakit, puting susu kencang, kulit mengkilat walau tidak merah. Dan ASI tidak keluar kemudian badan menjadi demam setelah 24 jam. Sedangkan pada payudara penuh: payudara terasa berat, panas, dan keras. Bila ASI dikeluarkan tidak ada demam. Tanda gejala yang selalu ada: buah dada nyeri dan bengkak, 3-5 hari nifas serta tanda gejala kadang-kadang ada: buah dada bengkak, kedua buah dada terkena.

e) Abses payudara

Menurut Walyani (2015;h.168) menjelaskan bahwa abses payudara merupakan penyakit yang sulit untuk sembuh sekaligus mudah untuk sembuh. Peluang kekambuhan bagi yang pernah mengalaminya berkisar diantara 40-50%. Penyakit ini disebabkan oleh infeksi bakteri, salah satunya adalah staphylococcus aureus.

Bakteri yang secara alami bisa di temukan pada kulit manusia itu bisa masuk apabila ada luka pada payudara terutama disekitar putting susu. Tanda dan Gejala :

- (1) Sakit pada payudara ibu tampak lebih parah
- (2) Payudara lebih mengkilap dan berwarna merah
- (3) Benjolan terasa lunak karena berisi nanah, kadang-kadang keluar cairan nanah melalui putting susu, bakteri terbanyak penyebab nanah pada payudara adalah stafilokokus aureus dan spesies streptokokus.
- (4) Pada lokasi payudara yang terkena akan tampak membengkak, bengkak dengan getah bening di bawah ketiak.
- (5) Nyeri dan teraba masa pada area yang terkena
- (6) Demam dan kedinginan, menggigil
- (7) Rasa akit secara keseluruhan
- (8) Malaise, dan timbul limfadenopati pectoralis, axiller, parasternalis, dan subclavia.

E. KB

1. Pengertian KB

Keluarga berencana adalah upaya untuk peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga,

peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera (Marmi.2016;h.83).

Keluarga berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga (Marmi,2016;h.83-84).

Jadi dapat disimpulkan bahwa keluarga berencana merupakan program yang di adakan oleh pemerintah dalam upaya untuk menjarangkan atau mengatur jarak kehamilan yang aman.

2. Tujuan Program KB

Menurut Marmi (2016;h.84-85) menjelaskan bahwa adapun tujuan program dari keluarga berencana dibagi menjadi dua, yaitu:

a) Tujuan Umum

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

b) Tujuan khusus

Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia, sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia. Menciptakan penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

3. Sasaran Program KB

Menurut Handayani (2010) dalam Marmi (2016), sasaran program keluarga berencana dibagi menjadi dua yaitu sasaran secara langsung dan sasaran tidak langsung.

a) Sasaran secara langsung adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan.

b) Sasaran tidak langsung adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.

4. Manfaat Program Keluarga Berencana

a) Manfaat bagi ibu

Untuk mengatur jumlah dan jarak kelahiran sehingga dapat memperbaiki kesehatan tubuh karena mencegah kehamilan yang berulang kali dengan jarak yang dekat. Peningkatan kesehatan

mental dan sosial karena adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang serta melakukan kegiatan lainnya.

b) Manfaat bagi anak yang dilahirkan

Anak dapat tumbuh secara wajar karena ibu yang hamil dalam keadaan sehat. Setelah lahir, anak akan mendapatkan perhatian, pemeliharaan dan makanan yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan dan direncanakan.

c) Manfaat bagi anak-anak lain

Dapat memberikan kesempatan kepada anak agar perkembangan fisiknya lebih baik karena setiap anak memperoleh makanan yang cukup dari sumber yang tersedia dalam keluarga. Perkembangan mental dan sosialnya lebih sempurna karena pemeliharaan yang lebih baik dan lebih banyak waktu yang dapat diberikan oleh ibu untuk setiap anak. Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik karena sumber-sumber pendapatan keluarga tidak habis hanya untuk mempertahankan hidup semata.

d) Bagi suami

Program KB bermanfaat untuk memperbaiki kesehatan fisik, mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta memiliki lebih banyak waktu luang untuk keluarganya.

e) Manfaat bagi program KB bagi seluruh keluarga

Dapat meningkatkan kesehatan fisik, mental dan sosial setiap anggota keluarga. Dimana kesehatan anggota keluarga tergantung dari kesehatan seluruh keluarga. Setiap anggota keluarga akan mempunyai kesempatan yang lebih besar untuk memperoleh pendidikan.

5. Jenis Kontrasepsi

Menurut Marmi (2016;h.122-123) menjelaskan bahwa metode kontrasepsi dapat dikelompokkan diantaranya menurut:

a) Pemakaian yang dapat di gunakan oleh laki-laki atau perempuan

(1) Kontrasepsi untuk wanita:

(a) Metode mekanis: Kap serviks (cervikal kap), Difragma, Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR/ intrauterine device (IUD)

(b) Metode hormonal/ kimiawi:

Pil KB, Suntikan KB, IMPLANT/SUSUK kb, Spermaticide.

(2) Kontrasepsi untuk laki-laki: Metode mekanis: kondom Kb dan Metode Operatif: medis Operatif Pria (MOP) / vasektomi.

b) Metode yaitu sederhana atau modern

(1) Metode kontrasepsi sederhana/alamiah/tradisional:

(a) Metode kalender/ pantang berkala/ metode ritmil dariknaus danogino (the safe periode)

- (b) Metode suhu basal
- (c) Metode lendir serviks/ metode ovulasi
- (d) Metode senggama terputus (coitus interruptus)
- (e) Tidak langsung berefek kontrasepsi: metode laktasi (menyusui).
- (f) Aborsi

(2) Metode kontrasepsi modern/ konvensional:

- (a) Metode mekanis: Kondom KB, Kap serviks (cervical cap), Diafragma, Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR/ Intra Uterine Device (IUD)
- (b) Metode Hormonal: Pil KB, Implan / susuk KB, Suntikan KB
- (c) Kimiawi: Supositorial, Jelly/cream/ pasta, Tablet berbusa, Aerosol
- (d) Metode operatif: Medis operatif wanita (MOW)/Tubektomi dan Medis Operatif pria (MOP)/Vasektomi

6. Metode Kontrasepsi Sederhana (Tanpa Alat): KB Alamiah

Menurut Marmi (2016;h.124-152) menjelaskan bahwa metode kontrasepsi sederhana atau alamiah diantaranya adalah:

a) Metode kalender/ pantang berkala

Metode kalender atau pantang berkala merupakan metode keluarga berencana alamiah (KBA) yang paling tua. Metode kalender ini berdasarkan pada siklus haid/ menstruasi wanita.

Kanus berpendapat bahwa ovulasi terjadi tepat 14 hari sebelum menstruasi berikutnya. Sedangkan Ogio berpendapat bahwa ovulasi tidak selalu terjadi tepat 14 hari sebelum menstruasi, tetapi dapat terjadi antara 12 atau 16 hari sebelum menstruasi berikutnya. Hasil penelitian kedua ahli ini menjadi dasar dari KBA sistem kalender. Pantang berkala adalah cara/ metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan hubungan seksual atau senggama pada masa subur/ ovulasi.

a) Keuntungan:

- (1) Lebih sederhana
- (2) Dapat digunakan untuk semua wanita yang sehat
- (3) Tidak membutuhkan alat atau pemeriksaan khusus dalam penerapannya
- (4) Tidak mengganggu pada saat hubungan seksual
- (5) Kontrasepsi dengan menggunakan metode kalender dapat menghindari resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi.
- (6) Tidak memerlukan biaya
- (7) tempat pelayanan kontrasepsi.

b) Keterbatasan:

- (1) Memerlukan ketjasama yang baik dari pasangan suami istri
- (2) Harus ada motivasi dan disiplin pasangan dalam menjalankannya
- (3) Suami istri tidak dapat melakukan hubungan seksual setiap saat
- (4) Pasangan suami istri harus tahu masa subur dan masa tidak subur
- (5) Harus mengamati siklus menstruasi minimeleman kali siklus.
- (6) Siklus mentruasi yang tidak teratur (menjadi penghambat)
- (7) Lebih efektif bila dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain.

b) Metode suhu basal tubuh

Suhu tubuh basal adalah suhu terendah yang dicapai tubuh selama istirahat atau dalam keadaan istirahat (tidur). Pengukuran suhu basal dilakukan pada pagi hari segera setelah bangun tidur dan sebelum melakukan aktivitas lainnya. Tujuan pencatatan suhu basal untuk mengetahui kapan terjadinya masa subur/ ovulasi. Suhu basal tubuh diukur dengan alat yang berupa termometer basal. Termometer basal dapat digunakan secara oral, per vagina,

atau melalui dubur dan ditempatkan pada lokasi serta waktu yang sama selama 5 menit. Suhu tubuh normal sekitar 35.5-36⁰ Celcius. Pada waktu ovulasi, suhu akan turun terlebih dahulu dan naik menjadi 37-38 derajat kemudian tidak akan kembali pada suhu 35⁰ celcius. Pada saat itulah terjadi masa subur/ ovulasi. Kondisi kenaikan suhu tubuh ini akan terjadi sekitar 3-4 hari, kemudian akan turun kembali sekitar 2 derajat dan akhirnya kembali pada suhu normal sebelum menstruasi. Hal ini terjadi karena produksi progesterone menurun.

a) Keuntungan:

- (1) Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran pada pasangan suami istri tentang masa subur/ovulasi
- (2) Membantu wanita yang mengalami siklus haid yang tidak teratur mendeteksi masa subur.
- (3) Dapat digunakan sebagai kontrasepsi ataupun meningkatkan kesempatan untuk hamil.
- (4) Membantu menunjukkan perubahan tubuh lain pada saat mengalami masa subur/ ovulasi seperti perubahan lendir serviks.
- (5) Metode suhu basal tubuh yang mengendalikan adalah wanita itu sendiri.

b) Keterbatasan:

- (1) Membutuhkan motivasi dari pasangan suami istri
- (2) Memerlukan konseling dan KIE dari tenaga kesehatan
- (3) Suhu tubuh basal dapat dipengaruhi oleh beberapa penyakit, gangguan tidur, merokok, alkohol, stres, penggunaan narkoba maupun selimut elektirk.
- (4) Pengukuran suhu tubuh harus dilakukan pada waktu yang sama
- (5) Tidak mendeteksi awal masa subur
- (6) Memebutuhkan masa pantang yang lama.

c) Metode Simptotermal or Syntothermal Methode

Metode simptotermal merupakan metode keluarga berencana alamiah (KBA) yang mengidentifikasi masa subur dari siklus menstruasi wanita. Metode simptotermal mengkombinasikan metode suhu basal tubuh dan mukosa serviks. Akan tetapi, ada teori lain yang menyatakan bahwa metode ini mengamati tiga indikator kesuburan yaitu perubahan suhu basal, perubahan mukosa atau lendir serviks dan perhitungan masa subur melalui metode kalender.

a) keuntungan:

- (1) Tidak ada efek fisik seperti obat-obatan, alat, bahan kimia atau operasi yang dibutuhkan

- (2) aman dan ekonomis
- (3) meningkatkan hubungan kerja sama antar pasangan
- (4) dapat langsung dihentikan apabila pasangan menginginkan kehamilan
- (5) tidak memerlukan tindak lanjut atau alat kontrasepsi lain setelah belajar metode simptotermal yang benar.

b) keterbatasan:

- (1) tidak cocok digunakan oleh wanita yang mempunyai bayi, berpenyakit, pasca perjalanan maupun konsumsi alkohol.
- (2) metode simptotermal kurang efektif karena pengguna harus mengamati dan mencatat suhu basal tubuh maupun perubahan lendir serviks.
- (3) metode simptotermal memerlukan pelatihan atau instruksi yang benar.

d) Metode pengamatan lendir serviks (metode ovulasi)

Metode mukosa serviks atau ovulasi billings ini dikembangkan oleh Ds. John, Evelyn Billings dan Fr Maurice Catarinich di Melbourne, Australia dan kemudian menyebar ke seluruh dunia. Metode ini tidak menggunakan obat atau alat, sehingga dapat diterima oleh pasangan taat agama dan budaya yang berpantang dengan kontrasepsi modern. Metode mukosa serviks atau metode ovulasi

merupakan metode keluarga berencana alamiah (KBA) dengan cara mengenal masa subur dari siklus menstruasi dengan mengamati lendir serviks dan perubahan rasa pada vulva menjelang hari-hari ovulasi.

(1) Kelebihan:

- (a) Mudah digunakan
- (b) Tidak memerlukan biaya
- (c) Metode mukosa serviks merupakan metode keluarga berencana alami lain yang mengamati tanda-tanda kesuburan.

(2) Kekurangan:

- (a) Tidak efektif bila digunakan sendirisebaiknya dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain.
- (b) Tidak cocok untuk wanita yang tidak menyukai menyentuh alat kelaminnya.
- (c) Wanita yang memiliki infeksi saluran reproduksi dapat mengaburkan tanda-tanda kesuburan.
- (d) Wanita yang menghasilkan sedikit lendir.

c) Metode Amenorea Laktasi

Metode Amenorea Laktasi (MAL) atau Lactational Amenorhea Methode (LAM) adalah metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya

diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya. MAL atau LAM dapat dikatakan sebagai metode keluarga berencana alamiah (KBA) atau natural family planning, apabila dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain.

(1) Keterbatasan:

- (a) Memerlukan persiapan dimulai sejak kehamilan.
- (b) Metode ini hanya efektif digunakan selama 6 bulan setelah melahirkan, belum mendapat haid dan menyusui secara eksklusif.
- (c) Tidak melindungi dari penyakit menular seksual termasuk Hepatitis B ataupun HIV/AIDS.
- (d) Tidak menjadi pilihan bagi wanita yang tidak menyusui.
- (e) Kesulitan dalam mempertahankan pola menyusui secara eksklusif.

d) Senggama Terputus (Coitus Interruptus)

Nama lain dari coitus interruptus adalah senggama terputus atau ekspulsi atau pancaran ekstra vaginal atau withdrawal method atau pull-out method coitus interruptus atau senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional atau alamiah, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum mencapai ejakulasi.

(1) Kelebihan

- (a) Alami
- (b) Efektif bila dilakukan dengan benar
- (c) Tidak mengganggu produksi ASI
- (d) Tidak ada efek samping
- (e) Tidak membutuhkan biaya
- (f) Tidak memerlukan persiapan khusus.
- (g) Dapat di kombinasikan dengan metode konsepsi lain
- (h) Dapat digunakan setiap waktu.

(2) Keterbatasan:

- (a) Sangat tergantung pada pihak pria dalam mengontrol ejakulasi dan tumpahan sperma selama kehamilan.
- (b) Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual (orgasme).
- (c) Sulit mengontrol tumpahan sperma selama penetrasi, sesaat dan setelah interupsi coitus.
- (d) Tidak melindungi dari penyakit menular seksual.
- (e) Kurang efektif untuk mencegah kehamilan.

7. Metode Kontrasepsi Sederhana dengan Alat

Menurut Marmi (2016;h.154-188) Metode kontrasepsi sederhana adalah suatu upaya mencegah atau menghalangi pembuahan atau pertemuan antara sel telur dengan sperma dengan metode-metode

atau cara yang dapat dikerjakan sendiri oleh peserta keluarga berencana, hanya membutuhkan alat sederhana yang tidak memerlukan obat-obatan dan tanpa pemeriksaan medis terlebih dahulu. Metode barrier adalah metode kontrasepsi dengan cara menghalangi pertemuan sperma dengan sel telur yang sifatnya sementara. Yakni menghalangi masuknya sperma dari vagina sampai kanalis servikalis. Metode ini antara lain sebagai berikut:

a) Kondom (karet KB)

Kondom adalah salah satu alat kontrasepsi yang terbuat dari karet atau lateks, berbentuk tabung tidak tembus cairan dimana salah satu ujungnya tertutup rapat dan dilengkapi kantung untuk menampung sperma.

(1) Keterbatasan kondom :

- (a) efektivitas tidak terlalu tinggi
- (b) tingkat efektivitas tergantung pada pemakaian kondom yang benar
- (c) adanya pengurangan sensitifitas pada penis
- (d) harus selalu tersedia ssetiap kali hubungan seksual
- (e) perasaan malu membeli di tempat umum
- (f) masalah pembuangan kondom bekas pakai.

(2) Keuntungan kondom:

- (a) Mencegah sperma masuk ke saluran reproduksi wanita

- (b) Sebagai alat kontrasepsi
- (c) Sebagai pelindung dari infeksi Organisme PMS
- (d) Mengurangi insiden kanker serviks
- (e) Mencegah imuno infertilitas
- (f) Tidak memerlukan resep dan pemeriksaan khusus
- (g) Tidak mengganggu kesehatan klien
- (h) Tidak mengganggu produksi ASI

b) Barrier Intra Vaginal

Metode ini merupakan metode untuk menghalangi masuknya spermatozoa ke dalam traktus genitalia interna wanita dan mematikan spermatozoa oleh spermidnya.

(1) keuntungan:

- (a) mencegah kehamilan
- (b) mengurangi insidensi penyakit akibat hubungan seks

(2) keterbatasan:

- (a) angka kegagalan relatif tinggi
- (b) aktivitas hubungan seksual harus dihentikan sementara untuk memasang alatnya
- (c) perlu dipakai secara konsisten, hati-hati dan terus menerus pada setiap senggama.

c) Difragma

Difragma adalah kap berbentuk bulat cembung seperti topi yang menutupi mulut rahim, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutupi serviks. Difragma dapat dipasang 6 jam atau lebih sebelum melakukan senggama. Bila senggama dilakukan berulang kali pada saat yang sama, maka perlu ditambahkan permisid setiap sebelum senggama berikutnya. Diafragma tidak boleh dikeluarkan selama 6-8 jam setelah senggama selesai, pembilasan (douching) tidak diperkenankan, diafragma dapat di biarkan didalam vagina selama 24 jam setelah senggama selesai, lebih lama dari itu kemungkinan dapat timbul infeksi.

(1) Kelebihan:

- (a) Efektif bila digunakan dengan benar
- (b) Tidak mengganggu produksi ASI
- (c) Tidak mengganggu hubungan seksual karena telah dipersiapkan sebelumnya.
- (d) Tidak mengganggu kesehatan klien
- (e) Tidak mempunyai pengaruh sistemik.

(2) Keterbatasan:

- (a) Efektifitas tidak terlalu tinggi (angka kegagalan 6-16 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama, bila digunakan dengan spermisida
- (b) Keberhasilan kontrasepsi ini tergantung pada cara penggunaan yang benar
- (c) Memerlukan motivasi dari pengguna agar selalu berkesinambungan dalam penggunaan alat kontrasepsi.
- (d) Dapat menyebabkan infeksi saluran uretra
- (e) Harus masih terpasang selama 6 jam pasca senggama.

d) Kimiawi Spermaticide

Bahan terdiri dari spermaticide dan bahan tempat mengandung spermaticide tersebut, biasanya gelatin atau minyak. Khasiat kontrasepsinya disebabkan oleh sifat kimiawinya, tetapi juga karena sifat fisiknya menyulitkan pergerakan sperma karena kental. Zat yang paling dulu dipergunakan sebagai spermaticide adalah kinin, tetapi kemudian dipakai juga acidum borum, ac lacticum, chinosol, hexyl resorcinol, ac ricinoleicum, dan formaldehyde. Kontrasepsi kimiawi dapat berbentuk suppositoria, jelly, cream, tissue atau busa.

(1) Kelebihan:

- (a) Efektif seketika
- (b) Tidak mengganggu produksi ASI
- (c) Sebagai pendukung metode lain
- (d) Tidak mengganggu kesehatan klien
- (e) Tidak mempunyai pengaruh sistemik
- (f) Mudah digunakan
- (g) Meningkatkan lubrikasi selama hubungan seksual.
- (h) Tidak memerlukan resep ataupun pemeriksaan medik.
- (i) Memberikan perlindungan terhadap penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS dan HBV.

(2) Keterbatasan:

- (a) Efektifitas kurang
- (b) Spermisida akan jauh lebih efektif, bila menggunakan kontrasepsi lain (misal kondom)
- (c) Keefektifan tergantung pada kepatuhan cara penggunaannya.
- (d) Tergantung motivasi dari pengguna dan selalu dipakai setiap melakukan hubungan seksual
- (e) Hanya efektif selama 1-2 jam dalam satu kali pemakaian.
- (f) Harus selalu tersedia sebelum senggama dilakukan.

8. Metode Kontrasepsi Modern Hormonal

Menurut Marmi (2010;h.190-250) menjelaskan bahwa macam-macam metode kontrasepsi modern hormonal adalah:

a) Pil KB (oral contraceptive pill)

Pil KB atau oral contraceptive pill merupakan alat kontrasepsi hormonal yang berupa obat dalam bentuk pil yang dimasukkan melalui mulut (diminum), berisi hormon estrogen dan atau progesterone, yang bertujuan untuk mengendalikan kelahiran atau mencegah kehamilan dengan menghambat pelepasan sel telur dari ovarium setiap bulannya. Terdapat juga pil KB kombinasi yaitu pil KB yang mengandung sintesis hormon estrogen dan progesterone yang mencegah kehamilan dengan cara menghambat terjadinya ovulasi (pelepasan sel telur oleh indung telur) melalui penekanan hormon LH dan FSH, mempertebal lendir mukosa serviks, dan menghalangi pertumbuhan lapisan endometrium.

(1) Jenis pil KB kombinasi adalah:

(a) Monofasik

Menurut Everett (2008) dalam Marmi (2016;h.193) Monofasik adalah pil kombinasi yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen dan progesterone dalam dosis yang sama dengan 7 tablet

tanpa hormon aktif. Pil jenis ini adalah pil yang paling banyak digunakan.

(b) Bifasik

Menurut Everett (2008) dalam Mami (2016;h.193) Bifasik adalah pil kombinasi yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen dan progesterone dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif. Biasanya pil ini diberi kode dengan warna yang berbeda, misalnya BiNovum.

(c) Trifasik

Trifasik adalah pil kombinasi yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen dan progesterone dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(2) Kelebihan:

- (a) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (b) Mudah dihentikan setiap saat
- (c) Jangka panjang
- (d) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil hentikan
- (e) Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat.

(3) Kekurangan:

- (a) Mengurangi jumlah perdarahan
- (b) Mengurangi lama atau hari perdarahan haid
- (c) Mengurangi rasa nyeri selama haid (dismenore). Sebab POK diduga menghambat produksi prostaglandin.
- (d) Menyebabkan siklus haid lebih teratur
- (e) Meniadakan mittelschmerz (sakit yang timbul saat ovulasi).
- (f) Mengurangi anemia (fe defisiensi)
- (g) Kadang-kadang mengurangi ketegangan pra haid (gelisah, mudah tersinggung, emosi yang tidak stabil dan depresi) yang terjadi 7-10 hari sebelum haid yang akan datang).

b) Suntikan KB

(1) Jenis KB suntik:

(a) Kontrasepsi Suntik Progestin

adalah suatu sintesa progestin yang mempunyai efek asli dari tubuh wanita dan merupakan suspensi steril medroxy progesteron asetat dalam air, yang mengandung progesterone asetat 150 mg. Kontrasepsi ini telah dipakai lebih dari 90 negara, telah digunakan selama kurang lebih 20 tahun dan sampai saat ini akseptornya berjumlah kira-kira 5 juta wanita.

(2) Kelebihan:

- (a) Sangat efektif
- (b) Pencegahan kehamilan jangka panjang
- (c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- (d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, gangguan pembekuan darah.
- (e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI
- (f) Klien tidak perlu menyimpan pil
- (g) Dapat digunakan oleh perempuan > 35 tahun sampai perimenopause.
- (h) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
- (i) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara
- (j) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.
- (k) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell).

(3) Keterbatasan:

- (a) Sering ditemukan gangguan haid
- (b) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan).

- (c) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.
 - (d) Permasalahan kenaikan berat badan merupakan efek samping tersering.
 - (e) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan PMS, Hepatitis B maupun HIV.
 - (f) Terlambatnya kesuburan setelah penghentian pemakaian
 - (g) Terlambat kembalinya kesuburan bukan karena terjadinya kerusakan atau kelainan pada organ melainkan karena belum habisnya pelepasan obat suntikan.
 - (h) Terjadinya perubahan lipid serum pada penggunaan jangka panjang.
 - (i) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, sakit kepala, nervositas, dan jerawat.
- c) Implan atau Susuk KB

Implan adalah alat kontrasepsi berupa kapsul kecil karet terbuat dari silikon, berisi levonorgestrel, terdiri 6 kapsul kecil dan panjang 3 cm sebesar batang korek api yang disusukan dibawah kulit lengan atas bagian dalam oleh dokter atau bidan yang sudah

terlatih. Implan adalah metode kontrasepsi yang hanya mengandung progesterone dengan masa kerja panjang, dosis rendah, reversible untuk wanita. Obat yang terdapat dalam setiap batang itu akan berdifusi secara teratur masuk ke dalam peredaran darah.

(1) Kelebihan:

- (a) Daya guna tinggi
- (b) Perlindungan jangka panjang
- (c) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan
- (d) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- (e) Bebas dari pengaruh estrogen
- (f) Tidak mengganggu ASI
- (g) Tidak mengganggu kegiatan senggama
- (h) Klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan
- (i) Dapat di cabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.
- (j) Menurunkan angka kejadian kelainan jinak payudara
- (k) Melindungi diri dari penyebab penyakit radang panggul dan endometritis.

(2) Keterbatasan:

- (a) Timbul keluhan seperti nyeri kepala
- (b) Peningkatan atau penurunan berat badan
- (c) Nyeri payudara
- (d) Kegelisahan (nervousness)
- (e) Timbul jerawat
- (f) Vagina menjadi kering
- (g) Membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan
- (h) Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi menular seksual termasuk AIDS.
- (i) Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai dengan keinginan akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan, efektivitasnya menurun bila menggunakan obat-obatan tuberculosis (rifampisin) atau obat epilepsi (fenitoin dan barbiturate).

9. Metode Kontrasepsi Modern AKDR (IUD)

Menurut Marmi (2016;h.251-303) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) adalah satu alat kontrasepsi modern yang telah dirancang sedemikian rupa (baik bentuk, ukuran, bahan dan masa aktif fungsi kontrasepsinya) yang dimasukkan ke dalam rahim yang sangat efektif, reversible dan berjangka panjang, dan dapat dipakai oleh semua

perempuan usia reproduktif sebagai suatu usaha pencegahan kehamilan.

a) Keuntungan AKDR:

- (1) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
- (2) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-308A dan tidak perlu diganti)
- (3) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
- (4) Meningkatkan kenyamanan seksual, karena tidak perlu takut hamil
- (5) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A)
- (6) Tidak mempengaruhi kualitas ASI
- (7) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak ada infeksi)
- (8) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- (9) Tidak ada interaksi dengan obat-obat.
- (10) Membantu mencegah kehamilan ektopik
- (11) AKDR modern bersifat efektif dan bekerja lama
- (12) AKDR sangat mudah dilakukan dan pemulihan kesuburan berlangsung dengan cepat.

b) Keterbatasan AKDR:

- (1) Dapat terjadi kehamilan diluar kandungan atau abortus spontan.
- (2) Keluhan suami
- (3) Efek samping yang umum terjadi:
 - (a) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan).
 - (b) Haid lebih lama dan banyak
 - (c) Perdarahan (spotting) antar menstruasi.
 - (d) Saat haid lebih sakit (desminore).

10. Kontrasepsi Modern dengan Metode Operatif atau Mantab Sterilisasi.

Menurut Marmi (2016;h.251-303) menjelaskan bahwa macam-macam kontrasepsi Modern dengan Metode Operatif atau Mantab Sterilisasi adalah:

a) MOW (Tubektomi)

MOW (Metode operasi wanita) atau tubektomi adalah tindakan penutupan terhadap kedua saluran telur kanan dan kiri, yang menyebabkan sel telur tidak dapat melewati sel telur, dengan demikian sel telur dapat bertemu dengan sperma laki-laki sehingga tidak terjadi kehamilan.

(1) Kelebihan Tubektomi:

- (a) Efektifitas hampir 100%
- (b) Kegagalan dari pihak pasien tidak ada.
- (c) Tidak mempengaruhi proses menyusui (breastfeeding).
- (d) Tidak bergantung pada faktor senggama
- (e) Pembedahan sederhana, dapat dilakukan anastesi lokal.
- (f) Tidak ada efek samping dalam jangka panjang.
- (g) Lebih aman, praktis, dan efektif.

(2) Keterbatasan:

- (a) Resiko dan efek samping pembedahan
- (b) Kadang-kadang sedikit merasakan nyeri pada saat operasi.
- (c) Infeksi mungkin saja terjadi, bila prosedur operasi tidak benar.
- (d) Kesuburan sulit kembali karena tubektomi merupakan kontrasepsi permanen.

b) Vasektomi (MOP)

Vasektomi adalah tindakan memotong dan menutup saluran sperma (vasdeferens) yang menyalurkan sperma keluar dari testis. Vasektomi telah dikenal sejak lama. Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vas deferens, sehingga menghambat perjalanan

spermatozoa dan tidak didapatkan spermatozoa didalam semen atau ejakulat (tidak ada penghantaran spermatozoa dari testis ke penis).

(1) Keuntungan:

- (a) Teknik operasi kecil dan sederhana
- (b) Komplikasi yang ditemukan tidak terlalu berat.
- (c) Efektifitas hampir 100% dan Biaya murah terjangkau
- (d) Bisa dilakukan operasi rekanalisis.
- (e) Efektif, aman, morbiditas dan mortalitas rendah.
- (f) Sederhana dan hanya memerlukan waktu 5-10 menit.
- (g) Menyenangkan bagi aseptor karena memerlukan anestesi lokal biasa.
- (h) Secara kultural, sangat dianjurkan di negara-negara dimana wanita merasa malu untuk ditangani oleh dokter pria atau kurang tersedia dokter wanita dan paramedis wanita.

(2) Keterbatasan:

- (a) Cara ini tidak langsung efektif tapi memerlukan waktu sampai sperma menjadi negatif dalam analisa semen.
- (b) Diperlukan suatu tindakan operatif.
- (c) Kadang-kadang menyebabkan komplikasi seperti perdarahan atau infeksi.

- (d) Kontap pria sebelum memberikan perlindungan total sampai semua spermatozoa, yang sudah ada di dalam sistem reproduksi distal dari tempat oklusi vas deferens, dikeluarkan.

11. Penapisan KB

Tabel 2.3Daftar Tilik Penapisan Klien, Metode Nonoperatif

Metode Hormonal(pil kombinasi,pil progetin, suntik dan susuk)
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih
Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata
Apakah pernah nyeri hebat pada betis, paha/dada, atau tungkai bengkak
Apakah pernah tekanan darahdi atas 160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolik).
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara
Apakah anda sedang minum obat-obatan Anti kejang (epilepsi).
AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin)
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu
Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain
Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)
Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik
Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4 jam)
Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)
Apakah pernah mengalami dismenorea berat yang membutuhkan analgetika dan atau istirahat baring.
Apakah pernah mengalami perdarahan bercak antara haid setelah senggama.
Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung valvular atau kongenital.

Tabel 2.4 Daftar Tilik Penapisan Klien, Metode Operasi (Tubektomi)

Keadaan Klien	Dapat dilakukan pada fasilitas rawat jalan	Dapat di fasilitas rujukan
Keadaan umum (anamnesa dan pemeriksaan fisik)	Keadaan umum baik, tidak ada tanda-tanda penyakit jantung, paru, atau ginjal.	Diabetes, gangguan pembekuan darah, jantung, paru atau ginjal.
Keadaan emosional	tenang	Cemas, takut
Tekanan darah	< 160/100 mmHg	≥ 160/100 mmHg
Berat badan	35-85 kg	
Riwayat operasi abdomen/anggul	Bekas seksio sesarea (tanpa perlekatan)	Operasi abdomen lainnya, perlekatan atau terdapat elainan pada pemeriksaan panggul.
Riwayat radang panggul, hamil ektopik, apendisitis	Pemeriksaan dalam normal	Pemeriksaan dalam kelainan.
Anemia	Hb ≥ 8 g/%	Hb < 8 g/%

Tabel 2.6 Daftar Tilik Penapisan Klien, Metode Operasi (Vasektomi)

Keadaan Klien	Dapat dilakukan pada fasilitas rawat jalan	Dilakukan pada fasilitas rujukan
Keadaan umum (anamnesa dan pemeriksaan fisik)	Kesadaran umum baik, tidak ada tanda-tanda penyakit jantung, paru, atau ginjal	Diabetes tidak terkontrol dan riwayat gangguan pembekuan darah, tanda-tanda penyakit jantung, paru, atau ginjal
Keadaan emosional	tenang	Cemas dan takut
Tekanan darah	< 160/100 mmHg	≥ 160/100 mmHg
Infeksi atau kelainan skrotum/ inguinal	Normal	Tandainfeksi/kelainan
Anemia	Hb ≥ 8 g/%	Hb < 8 gr/%

II. TINJAUAN ASUHAN KEBIDANAN

Tinjauan Asuhan Kebidanan terdiri dari :

A. Manajemen Asuhan Kebidanan

Manajemen Asuhan Kebidanan sesuai dengan standar asuhan kebidanan berdasarkan Kepmenkes Nomor 938/Menkes/SK/III/2007 adalah:

1. 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 anamnesa; biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya).

(3) Data Objektif (hasil Pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang).

2. Standar II : Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

a) Pernyataan Standar

Bidan menganalisa data yang di peroleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

- b) Kriteria Rumusan Diagnosa dan atau Masalah
 - (1) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan
 - (2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
 - (3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

3. Standar III : Perencanaan

a) Pernyataan Standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang di tegakkan.

b) Kriteria Perencanaan:

- (1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien; tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif.
- (2) Melibatkan klien / pasien dan atau keluarga
- (3) Mempertimbangkan kondisi psikologis, 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.

4. Standar IV : Implementasi

a) 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.

b) Kriteria Perencanaan :

- (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 privasi 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

5. 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/pasien / keluarga.
- (3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- (4) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

6. 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 asuhan kebidanan.

b) Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan :

- (1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia

- (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 analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- (6) 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.

B. Standar asuhan kebidanan

Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan ataumasalah kebidanan, perencanaan, implmentasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan (Kepmenkes RI.2007).

III. ASPEK HUKUM

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, kewenangan yang dimiliki bidan meliputi:

A. Pasal 9

Bidan dalam menjalankan praktik, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi :

1. pelayanan kesehatan ibu.
2. Pelayanan kesehatan anak
3. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

B. Pasal 10

1. Pelayanan kesehatan ibu diberikan pada masa pra hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan.
2. Pelayanan kesehatan ibu bagaimana dimaksud meliputi
3. Pelayanan konseling pada masa pra hamil.
4. Pelayanan antenatal pada kehamilan normal.
5. Pelayanan persalinan normal.
6. Pelayanan ibu nifas normal.
7. Pelayanan ibu menyusui dan,
8. Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan.

C. Pasal 11

1. Pelayanan kesehatan anak diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak pra sekolah.
2. Bidan dalam melakukan pelayanan kesehatan anak berwenang untuk :
 - a) Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi pencegahan hipotermi, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatus (0 – 28 hari) dan perawatan tali pusat
 - b) Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk.
 - c) Penanganan kegawatdaruratan, di lanjutkan dengan merujuk.
 - d) Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah.
 - e) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak pra sekolah.
 - f) Pemberian konseling dan penyuluhan.
 - g) Pemberian surat keterangan kelahiran, dan
 - h) Pemberian surat keterangan kematian.

D. Pasal 12

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, berwenang untuk :

1. Memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

2. Memberi alat kontrasepsi oral dan kondom.

E. Pasal 13

Bidan juga berwenang untuk menjalankan program pemerintah dan melakukan pelayanan kesehatan meliputi :

1. Memberi alat kontrasepsi suntikan, alat kontrasepsi dalam Rahim, dan memberikan pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit.
2. Asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit kronis tertentu dilakukan dibawah supervise dokter.
3. Penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai pedoman yang ditetapkan.
4. Melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan.
5. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah.
6. Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas.
7. Melaksanakan deteksi dini merujuk dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya.
8. Pencegahan penyalahgunaan Narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukasi.
9. Pelayanan kesehatan lainnya merupakan program pemerintah.

F. Pasal 20

1. Dalam melakukan tugasnya bidan wajib melakukan pencatatan dan pelaporan sesuai dengan pelayanan yang diberikan.
2. Pelaporan sebagaimana dimaksud ditujukan ke puskesmas wilayah tempat praktik.

