

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

I. Tinjauan Medis

A. Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Kehamilan merupakan waktu transisi, yakni suatu masa antara kehidupan sebelum memiliki anak yang sekarang berada dalam kandungan dan kehidupan nanti setelah anak tersebut lahir (Helen Varney, 2007; h.501).

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi menjadi 3 trimester, dimana trimester 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) (Prawihardjo, 2014; hal 213).

Lama kehamilan yaitu 280 hari atau 40 pekan (minggu) atau 10 bulan (*lunar months*). Kehamilan dibagi atas triwulan (trimester): I antara minggu 0 – 12, II antara minggu 12 – 28, dan III antara minggu 28 – 40 (Rustam Mochtar, 2012; h.35).

Menurut Rustam Mochtar, 2012 Kehamilan dibagi atas 3 triwulan (trimester), yaitu :

- 1) Kehamilan triwulan I antara minggu 0-12 umur kehamilan
- 2) Kehamilan triwulan II antara minggu 12-28 umur kehamilan
- 3) Kehamilan triwulan III antara minggu 28-40 umur kehamilan.

2. Proses kehamilan

a. Ovulasi

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

b. Spermatozoa

Pada setiap hubungan seksual dikeluarkan sekitar 3 cc sperma yang mengandung 40 sampai 60 juta spermatozoa setiap cc. Bentuknya seperti cebong yaitu memiliki kepala, leher dan ekor. Sebagian besar spermatozoa mengalami kematian dan hanya

beberapa ratus yang dapat mencapai tuba fallopi yang dapat hidup selama tiga hari (Manuaba, 2012; h.93).

c. Konsepsi

Pertemuan inti ovum dengan inti spermatozoa disebut konsepsi atau fertilisasi dan membentuk zigot. Konsepsi terjadi pada *pars ampularis tuba*, tempat paling luas yang dindingnya penuh jonjot dan tertutup sel yang mempunyai silia (Manuaba, 2012; h.94).

d. Nidasi atau Implantasi

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

e. Pembentukan Plasenta

Nidasi atau Implantasi terjadi pada bagian fundus uteri di dinding depan atau belakang. Mendorong sel blastula mengadakan diferensiasi. Sel yang dekat dengan ruangan eksoselom membentuk "entoderm" dan yolk sac (kantong kuning telur) sedangkan sel lain membentuk "ektoderm" dan ruangan amnion. Awalnya yolk sac berfungsi sebagai pembentuk darah bersama dengan hati, limpa, dan sumsum tulang belakang. Pada minggu kedua dan ketiga terbentuk

bakal jantung dengan pembuluh darahnya yang menuju *body stalk* (bakal tali pusat). Vili korealis menghancurkan desidua sampai pembuluh darah, sehingga sejak saat itu embrio mendapat nutrisi dari darah ibu secara langsung. Bagian desidua yang dihancurkan membagi plasenta menjadi sekitar 15 sampai 20 kotiledon maternal dan sekitar 200 kotiledon fetus (Manuaba, 2012; h.102).

3. Pertumbuhan dan Perkembangan Hasil Konsepsi

Menurut (Mochtar, 2012; h.16) ovum yang telah dibuahi segera membelah diri sambil bergerak (dengan bantuan rambut getar tuba) menuju ruang rahim. Ovum yang telah dibuahi kemudian melekat pada mukosa rahim untuk selanjutnya bersarang diruang rahim, kemudian diikuti dengan implantasi atau nidasi. Dari pembuahan sampai nidasi, diperlukan waktu kira – kira 6-7 hari.

Pertumbuhan mudigah (embrio) bermula dari lempeng embrional (embryonal plate), yang selanjutnya berdiferensiasi menjadi tiga unsur lapisan: sel-sel ektodermasi, sel-sel mesodermal, dan sel-sel entodermal. Ruang amnion akan tumbuh pesat mendesak eksoselom sehingga dinding ruang amnion mendekati korion. Mesoblas diantara ruang amnion dan mudigah menjadi padat, disebut *body stalk*, yang merupakan jembatan antara mudigah dan dinding trofoblas dan akan menjadi tali pusat (Mochtar, 2012; h.19)

Menurut Williams, 2014; h.81, pertumbuhan dan perkembangan janin, yaitu:

- Minggu ke 0 : Sperma membuahi ovum (fertilisasi: konsepsi) kemudian hasil konsepsi membentuk blastokista, dan implantasi blastokista. Vilus korionik primitive dibentuk segera setelah implantasi yang disebut sebagai embrio.
- Minggu ke 4 : System kardiovaskuler terbentuk sehingga terbentuklah sirkulasi dalam embrio. Pada minggu ini embrio memiliki panjang 4-5 mm. Bakal lengan dan tungkai telah terbentuk, dan selubung amnion mulai terlepas dari body stalk, yang selanjutnya menjadi tali pusat.
- Minggu ke 6 : Embrio memiliki panjang 22-24 mm, serta kepala berukuran relative besar dibandingkan badan. Jantung telah terbentuk sempurna. Jari-jari tangan dan kaki telah ditemukan, dan lengan menekuk pada siku. Bibir atas telah sempurna, dan telinga luar membentuk peninggian definitive pada masing-masing sisi kepala.
- Minggu ke 8 : Pertumbuhan dan pematangan struktur-struktur yang dibentuk saat periode embrionik.
- Minggu ke 12 : Uterus biasanya teraba tepat diatas simfisis pubis, dan panjang kepala-bokong janin adalah 6-7 cm. Pusat penulangan telah timbul pada sebagian besar tulang janin, jari tangan dan kaki juga telah berdiferensiasi. Kulit dan kuku telah berkembang dan muncul tunas-tunas rambut yang terbesar. Genetalia externa mulai memperlihatkan tanda pasti jenis kelamin laki-laki atau perempuan.

Minggu ke 16 : Panjang kepala-bokong janin adalah 12 cm, dan berat janin 110 g. Jenis kelamin telah dapat ditentukan.

Minggu ke 20 : Janin sekarang memiliki berat lebih dari 300 g, dan berat ini mulai bertambah secara linear. Sejak titik ini, janin bergerak kurang lebih setiap menit, dan aktif sekitar 10-30-persen total waktu. Kulit janin telah menjadi kurang transparan, lanugo seperti beledu menutupi seluruh tubuh janin dan telah terbentuk sebagian rambut di kulit kepala.

Minggu ke 24 : Janin sekarang memiliki berat sekitar 630 g, kulit secara khas tampak keriput, dan penimbunan lemak dimulai. Kepala masih relative alis dan bulu mata biasanya dapat dikenali. Periode kanalikular dan perkembangan paru-paru, saat membesarnya bronkus dan bronkiolus serta berkembangnya duktus alveolaris, hampir selesai.

Minggu ke 28 : Panjang kepala-bokong sekitar 25 cm dan berat janin sekitar 1100 g, kulit janin yang tipis berwarna merah dan ditutupi oleh verniks caseosa. Membrane pupil baru saja menghilang dari mata.

Minggu ke 32 : Janin telah mencapai panjang kepala-bokong 28 cm dan berat sekitar 1800 g, kulit permukaan masih merah dan keriput.

Minggu ke 36 : Panjang kepala-bokong pada janin usia ini adalah sekitar 32 cm, dan berat janin sekitar 2500 g. Karena penimbunan lemak subkutan, tubuh menjadi lebih bulat, serta gambaran keriput pada wajah telah menghilang.

Minggu ke 40 : Merupakan periode saat janin dianggap aterm menurut usia yang dihitung dari awal periode menstruasi terakhir. Janin telah berkembang sempurna. Panjang kepala-bokong sekitar 36 cm dan berat kira-kira 3600 g.

4. Perubahan Fisiologis Kehamilan

a. Saluran reproduksi

1) Uterus

Selama beberapa minggu pertama, uterus mempertahankan bentuknya yang mirip buah pir, tetapi seiring dengan kemajuan kehamilan, korpus dan fundus mengambil bentuk lebih membulat, dan menjadi hampir *sferis* pada 12 minggu. Kemudian organ ini mengalami peningkatan pesat dalam ukuran panjangnya daripada lebarnya dan mengambil bentuk ovoid. Uterus yang terus membesar ini kemudian berkontak dengan dinding anterior abdomen, menggeser usus ke lateral dan superior, dan terus tumbuh sehingga akhirnya mencapai hati (William, 2014; h.113).

Tabel 2.1 Ukuran tinggi fundus uteri menurut Spiegelberg.

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

Sumber: Rustam Mochtar, 2012; h.41

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

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

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

Sumber . Rustam Mochtar,2012; h.42 .

2) Serviks

Satu bulan setelah konsepsi, serviks sudah mulai mengalami perlunakan dan sianosis mencolok. Terjadi karena peningkatan vaskularitas dan edema serviks keseluruhan, disertai oleh hipertrofi dan hiperplasia kelenjar serviks (Straach, dkk 2005 dalam William, 2014; h.114).

3) Ovarium

Selama kehamilan, ovulasi berhenti dan pematangan folikel – folikel baru ditunda. Biasanya hanya satu *korpus luteum* yang ditemukan pada wanita hamil (William, 2014; h.114).

4) Tuba uterina

Otot – otot tuba uterina hanya sedikit mengalami hipertrofi selama kehamilan. Namun, epitel vulva tuba menjadi agak mendatar (William, 2014; h.115).

5) Vagina dan Perineum

Terjadi peningkatan *vaskularitas* dan *hiperemia* di kulit dan otot perineum dan vulva, disertai perlemakan jaringan ikat dibawahnya, menyebabkan warna vagina menjadi keunguan (tanda Chadwick). Ketebalan vulva, melonggarnya jaringan ikat, dan hipertrofi sel otot polos sehingga terbentuk gambaran berpaku - paku halus. Sekresi vagina meningkat berupa cairan putih agak kental. pH berkisar 3,5 sampai 6. Disebabkan oleh peningkatan produksi asam laktat dari glikogen di epitel vagina oleh kerja *Lactobacillus acidophilus* (William, 2014; h.116).

b. Kulit

Meningkatnya aliran darah ke kulit selama kehamilan berfungsi untuk mengeluarkan kelebihan panas yang terbentuk karena meningkatnya metabolisme. Alur – alur kemerahan yang sedikit cekung di kulit abdomen, payudara dan paha. Disebut *striae gravidarum* atau *stretch marks*. Osman, dkk (2007) melaporkan bahwa 48% mengalami *striae gravidarum* di perut, 25% di payudara dan 25% di paha. Otot dinding abdomen tidak dapat menahan tegangan yang mengenyainya akibat dari itu otot rektus terpisah di garis tengah, menciptakan suatu *diastasis rekti* dengan derajat bervariasi. Hiperpigmentasi, garis tengah pada abdomen

linea alba atau linea nigra (hitam kecoklatan). Muncul bercak – bercak kecoklatan dengan berbagai ukuran di wajah dan leher atau cloasma gravidarum. Pigmentasi di aerola dan kulit genital juga dapat bertambah. Perubahan – perubahan ini akan menghilang atau berkurang setelah persalinan (William, 2014; h.116).

c. Payudara

Pada minggu – minggu awal kehamilan sering merasakan nyeri payudara. Setelah bulan kedua membesar dan memperlihatkan vena – vena halus di bawah kulit. Puting menjadi jauh lebih besar, bewarna lebih gelap dan lebih tegak. Beberapa bulan pertama pemijatan puting akan mengeluarkan cairan kuning kental kolostrum. Pada aerola lebih lebar dan lebih gelap, tersebar sejumlah tonjolan kecil kelenjar *montgomery*. Ukuran payudara yang berubah membesar tidak berkaitan dengan volume air susu yang dihasilkan (William, 2014; h.116).

d. Perubahan Metabolik

1) Penambahan berat badan

Disebabkan oleh *uterus* dan isinya, payudara dan peningkatan volume darah serta cairan *ekstrasel ekstravaskular*. Hytten (1991) melaporkan bahwa penambahan berat badan selama kehamilan adalah sekitar 12,5 kg (William, 2014; h.117).

2) Metabolisme air

3) Metabolisme protein

4) Metabolisme karbohidrat

5) Metabolisme lemak

6) Metabolisme elektrolit dan mineral (William, 2014; h.119).

e. Perubahan Hematologis

Setelah 32 sampai 34 minggu kehamilan, *hipervolemia* yang telah lama diketahui besarnya adalah 40 sampai 45% di atas volume darah tak hamil. Mulai meningkat pada trimester pertama minggu ke 12 (William, 2014; h.119).

f. Sistem kardiovaskular

Perubahan pada fungsi jantung mulai tampak selama 8 minggu pertama kehamilan (McLaughlin dan Roberts, 1999 dalam William, 2014. h.123). berkurangnya resistensi vaskular sistemik dan meningkatnya kecepatan jantung. Dalam posisi terlentang, tekanan vena femoralis terus meningkat, dari sekitar 8 mmHg menjadi 24 mmHg menjelang aterm membuktikan mengalami hambatan kecuali pada posisi berbaring lateral (William, 2014; h.123).

g. Saluran pernapasan

Diafragma terangkat sekitar 4 cm selama kehamilan. Pergerakannya pun lebih besar dibandingkan tak hamil. Jumlah oksigen yang diperlukan meningkat (William, 2014; h.127).

h. Sistem kemih

Ukuran ginjal sedikit meningkat. *Clearance kreatinin* pada kehamilan rerata sekitar 30% lebih tinggi daripada nilai 100 sampai 115 ml/mnt pada wanita tak hamil (Lindheimer, dkk., 2000 dalam William, 2014; h.129).

i. Saluran pencernaan

Lambung dan usus tergeser oleh uterus yang terus membesar. Pada wanita hamil tekanan intraesofagus berkurang dan tekanan intralambung meningkat. Gusi mengalami hiperemia dan melunak selama kehamilan dan dapat berdarah setelah trauma ringan. Haemoroid terjadi disebabkan konstipasi dan peningkatan tekanan di vena – vena dibawah uterus yang membesar (William, 2014; h.131).

5. Perubahan Psikologis Kehamilan

Semua emosi yang dirasakan oleh wanita hamil cukup labil. Ia dapat memiliki reaksi yang ekstrem dan suasana hatinya kerap berubah dengan cepat. Reaksi emosional dan persepsi mengenai kehidupan juga dapat mengalami perubahan. Menjadi sangat sensitif dan cenderung bereaksi berlebihan. Merasa sangat takut akan kematian baik pada dirinya sendiri dan pada bayinya. Tidak dapat mengendalikan dirinya sendiri dan cenderung menuntut (Varney, 2007; h. 501).

Trimester pertama adalah periode penyesuaian atau penerimaan terhadap kenyataan. 80% mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan, depresi dan kesedihan. Waktu dimana terjadi penurunan libido tapi tidak menentukan bahwa wanita hamil trimester pertama tidak ada hasrat hubungan seksual (Varney, 2007;h. 501).

Trimester kedua merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan. Lebih banyak bersosialisasi dengan wanita hamil lainnya, sudah dapat menerima kehamilan, mempersiapkan peran baru. Mengalami kemajuan untuk berhubungan seksual. Hilang rasa menuntut

kasih sayang namun mencari kasih sayang dari orang terdekatnya (Varney, 2007;h. 502).

Trimester ketiga disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Wanita mulai menyadari bayi sebagai makhluk terpisah sehingga ia tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Fokusnya hanya tentang kelahiran dan bayinya dengan rasa waspada. Merasakan ketidaknyamanan fisik (Varney, 2007;h. 503).

6. Tanda – Tanda Kehamilan

Tanda kemungkinan kehamilan :

- a. Amenorea (terlambat haid). Konsepsi dan Nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan *folikel de Graaf* dan ovulasi. Dengan mengetahui hari pertama haid terakhir dengan perhitungan rumus *Naegle*, dapat ditentukan perkiraan persalinan.
- b. Mual dan muntah (emesis). Pengaruh esterogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual dan muntah terutama pada pagi hari disebut *morning sickness*. Dalam batas yang fisiologis, keadaan ini dapat diatasi. Akibat mual dan muntah, nafsu makan berkurang.
- c. Ngidam. Yaitu menginginkan makanan tertentu.
- d. Sinkope atau pingsan. Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan *iskemia* susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkop atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.

- e. Payudara tegang. Pengaruh esterogen-progesteron dan *somatomamotrofin* menimbulkan deposit lemak, air dan garam pada payudara.
 - f. Sering miksi. Desakan rahim ke depan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh.
 - g. Konstipasi. Pengaruh progesteron dapat menghambat *peristaltik* usus
 - h. Pigmentasi kulit. Keluarnya melanophore stimulating hormone hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi kulit di sekitar pipi, dinding perut dan sekitar payudara.
 - i. *Epulis*
 - j. Varises. Pengaruh esterogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah.
7. Tanda – Tanda Kemungkinan Hamil
- a. Perut Membesar.
 - b. Uterus Membesar
 - c. Karena terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi rahim.
 - d. Tanda Hegar
Ditemukan di serviks dan isthmus uteri yang lunak pada pemeriksaan bimanual saat usia kehamilan 4 sampai 6 minggu
 - e. Tanda Chadwick
Perubahan warna menjadi kebiruan yang terlihat di porsio vagina dan labia. Tanda tersebut timbul akibat pelebaran vena karena peningkatan kadar estrogen.

f. Tanda Piskacek

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

g. *Braxton Hicks*

Kontraksi – kontraksi kecil uterus jika di rangsang.

h. Teraba Ballotement

Fenomena bandul atau pantulan balik. Hal ini dapat dikenali dengan jalan menekan tubuh janin melalui dinding abdomen atau tangan pemeriksa. Fenomena bandul jenis ini disebut ballotment in toto. Jenis lain dari pantulan ini adalah ballotment kepala yaitu hanya kepala janin yang terdorong dan memantul kembali ke dinding uterus atau tangan pemeriksa setelah memindahkan dan menerima tekanan balik cairan ketuban di dalam kavum uteri (Manuaba, 2010; h.107-109).

8. Tanda Pasti Hamil

- a. Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasa juga bagian - bagian janin
- b. Denyut jantung janin yang dibuktikan dengan :
 - 1) Didengar dengan stetokop-monoaural Laennec
 - 2) Dicatat dan didengar dengan alat Doppler
 - 3) Dicatat dengan foto-elektrokardiogram
 - 4) Dilihat dari ultrasonograf
- c. Terlihat tulang - tulang janin dalam foto rontgen.

9. Tanda Bahaya Kehamilan

Pada umumnya 80 – 90 % kehamilan akan berlangsung normal dan hanya 10 – 12 % kehamilan disertai dengan penyulit atau berkembang menjadi kehamilan patologis.

- a. Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan di bawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum. Penyebab yang sama dan menimbulkan gejala perdarahan pada kehamilan muda dan ukuran pembesaran uterus yang di atas normal pada umumnya disebabkan oleh mola hidatidosa. Perdarahan pada kehamilan lanjut atau di atas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa. Bila mendekati saat persalinan, perdarahan dapat disebabkan oleh solusio plasenta (40%) atau vasa previa (5%) dari keseluruhan kasus perdarahan antepartum.
- b. Preeklampsia. Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan diatas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah di atas normal sering diasosiasikan dengan preeklampsia. Gejala lainnya yaitu: hiperrefleksia (irritabilitas susunan saraf pusat), sakit kepala atau cepalgia, gangguan penglihatan seperti pandangan kabur, nyeri epigastrik, oliguria, tekanan darah naik, sistolik (20-30 mmHg) dan diastolik (10-20 mmHg) diatas normal. Proteinuria, edema menyeluruh.

- c. Nyeri hebat di daerah *abdominopelvikum*. Bila terjadi pada kehamilan trimester dua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda – tanda seperti tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan, bagian – bagian janin sulit diraba, uterus tegang dan nyeri, janin mati di dalam rahim bisa jadi itu tanda dari solusio plasenta.
- d. Dan gejala lain yang harus diwaspadai yaitu muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan, disuria, menggigil atau demam, ketuban pecah dini atau sebelum waktunya (Sarwono, 2010; h.281).

10. Faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan (Ari Sulistyawati, 2011).

a. Faktor fisik

1) Status Kesehatan

a) Kehamilan pada usia tua

b) Kehamilan multiple

c) Kehamilan dengan HIV

2) Status Gizi

3) Gaya Hidup

4) Perokok/Alkoholik

5) Hamil diluar nikah/kehamilan yang tidak diharapkan

b. Faktor Psikologis

1) Stresor internal

2) Stresor Eksternal

3) Dukungan keluarga

4) Penyalahgunaan obat

5) Kekesrasan yang dilakukan oleh pasangan

c. Faktor Lingkungan, Sosial, dan Budaya

1) Kebiasaan, Adat istiadat

2) Fasilitas kesehatan

3) Ekonomi

4) Kekerasan dalam kehamilan

5) Tingkat pendidikan

6) Pekerjaan

11. Keluhan – keluhan saat kehamilan

a. Trimester I:

1) Mual muntah awal kehamilan dan reda pada kehamilan empat bulan.

2) Hidung tersumbat dan epistaksis terjadi disebabkan edema nasal akibat kenaikan kadar estrogen

3) Sering berkemih yang disebabkan uterus yang bertambah besar yang menekan kandung kemih, terlihat pada trimester pertama dan selanjutnya pada trimester ketiga.

4) Nyeri tekan pada payudara terjadi ada awal kehamilan dan berlangsung terus selama kehamilan karena perubahan hormonal.

5) Terjadi hiperpalisipasi, kemungkinan ini terjadi sebagai reaksi lokal terhadap pengaruh estrogen

6) *Leukorea* (peningkatan keluaran vagina berwarna putih)

- 7) Sakit kepala karena tekanan emosi, ketegangan mata, pembengkakan vaskuler dan kongesti sinus akibat stimulasi hormonal

b. Trimester II

- 1) Nyeri epigastrium yang disebabkan oleh regurgitasi isi lambung yang bersifat asam kedalam esofagus.
- 2) Edema mata kaki karena penurunan curah balik pada ekstremitas bagian bawah
- 3) Varices vena karena sirkulasi yang buruk dan melemahnya dinding pembuluh darah
- 4) Hemoroid bisa terjadi karena tekanan uterus kehamilan pada spina, yang mengganggu sirkulasi vena
- 5) Konstipasi disebabkan oleh penurunan peristaltik usus dan pergeseran usus karena uterus hamil, tidak memadainya asupan cairan atau penggunaan suplemen besi
- 6) Nyeri punggung akibat perubahan postur tubuh yang berhubungan dengan peningkatan lekuk vertebra lumbasakral akibat pembesaran uterus
- 7) Kram kaki bisa disebabkan spasme otot *grastoknemios*, kemungkinan karena kalsium yang kurang memadai
- 8) Berkunang – kunang karena perubahan hipertensi portunal
- 9) Nafas pendek terjadi karena tekanan yang dikeluarkan pada diafragma uterus yang membesar.
- 10) Uterus yang membesar mengakibatkan sulit tidur

11) Nyeri ligamentum uterus uteri akibat peregangan dan hipertropi ligamen.

c. Trimester III

Terjadi banyak perubahan psikologis (Diah wulandari, 2012; h.67).

1) Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

a) Mengunjungi berkala kepada ibu hamil

b) Pelayanan kesehatan ibu hamil diwujudkan melalui pemberian pelayanan antenatal sekurang - kurangnya empat kali selama masa kehamilan, dengan distribusi waktu minimal satu kali pada trimester pertama (usia kehamilan 0-12 minggu), satu kali pada trimester kedua (usia kehamilan 12-24 minggu), dan dua kali pada trimester ketiga (usia kehamilan 24 minggu sampai persalinan). Standar waktu pelayanan tersebut dianjurkan untuk menjamin perlindungan terhadap ibu hamil dan atau janin berupa deteksi dini faktor risiko, pencegahan, dan penanganan dini komplikasi kehamilan. Pelayanan antenatal yang dilakukan diupayakan memenuhi standar kualitas, yaitu:

- (1) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan.
- (2) Pengukuran tekanan darah;
- (3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA);
- (4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);

- (5) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi;
- (6) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan;
- (7) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ);
- (8) Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana);
- (9) Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya);
- (10) Tatalaksana kasus.
(Profil Kesehatan Indonesia, 2014; h.87).

2) Menilai kesejahteraan janin

Melakukan berbagai pemeriksaan yaitu: pengukuran tinggi fundus uteri, gerakan janin, denyut jantung janin, ultrasonografi, besar janin, letak dan posisi janin, dan penilaian luas panggul.

3) Edukasi kesehatan bagi ibu hamil

Beberapa informasi penting adalah sebagai berikut:

- a) Nutrisi yang adekuat: setiap harinya adalah 2.500 kalori, jumlah protein 85 gram, kalsium 1,5 gram, zat besi 30 mg, dan asam folat 400 mikrogram.

- b) Perawatan payudara: pengurutan secara hati – hati payudara untuk mengeluarkan sekresi dan membuka *duktus* dan *sinus laktiferus*. Basuhan lembut setiap hari, pembersihan puting susu dengan gliserin dan alkohol dan sebaiknya gunakan penopang payudara yang sesuai.
- c) Perawatan gigi: dua kali pemeriksaan gigi selama masa kehamilan, dianjurkan untuk selalu menyikat gigi setelah makan.
- d) Kebersihan tubuh dan pakaian: gunakan pancuran atau gayung pada saat mandi. Gunakan pakaian longgar, bersih serta nyaman, hindari memakai sepatu ber hak tinggi, alas kaki yang keras dan korset pada perut ibu.
- e) Melakukan gerakan ringan dan istirahat yang cukup.

(Sarwono, 2010; h.284).

4) Komplikasi dalam kehamilan

- a) Hiperemesis Gravidarum adalah mual muntah yang berlebihan pada wanita hamil karena keadaan umumnya menjadi buruk, karena terjadi dehidrasi.
- b) Toksemia Gravidarum adalah kumpulan gejala – gejala dalam kehamilan yang merupakan trias HPE (Hipertensi, Proteinuria, Edema) yang kadang – kadang bila keadaan lebih parah di ikuti oleh KK (kejang – kejang / konvulsi dan koma). Istilah lain pre-eklampsia dan eklampsia.

- c) Abortus (keguguran) adalah (menurut eastman) pengeluaran hasil konsepsi pada umur kehamilan kurang dari 28 minggu sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Beratnya terletak antara 400 – 1000 gram.
- d) Kelainan Letak Kehamilan (Kehamilan Ektopik) adalah kehamilan dengan hasil konsepsi berimplantasi diluar endometrium rahim.
- e) Penyakit trofoblas adalah karena kehamilan yang berasal dari kelainan pertumbuhan trofoblas placenta dibagi atas empat bentuk klinik patologis yaitu: Mola hidatidosa, *Mola invasif*, *Choriocarcinoma*, dan *Plasental site throphoblastic tumor*.
- f) Penyakit dan Kelainan Plasenta dan Tali Pusat
- g) Penyakit plasenta:
- 1) Infark plasenta (jaringan putih keras berukuran kecil sampai beberapa cm persegi baik pada permukaan maternal maupun pada permukaan fetal plasenta), kalsifikasi plasenta (bila plasenta menjadi tua, timbulah penimbunan kalsium pada lapisan atas desidua basalis / tempat sekitar tertanamnya vili), tumor plasenta (kista plasenta, *fibromata*, *miksfibromata*, *hemangioma* dan *korioangioma*), plasentitis dan *korio-amnionitis* (infeksi plasenta, korion, dan amnion yang disebabkan oleh pemeriksaan dalam yang berulang – ulang), *insufisiensi*

plasenta (ketidaksanggupan plasenta mencukupi kebutuhan oksigenasi, zat – zat makanan, ekskresi dan hormon bagi janin).

2) Kelainan dan penyakit tali pusat: kelainan *insersi* tali pusat (umumnya *berinsersi* pada permukaan *fetal* di bagian tengah namun ini tidak pada tempat umumnya), kelainan panjang tali pusat dan kelainan lainnya (normalnya 55 cm, terpendek 2-3 cmdan terpanjang 200 cm, lilitan tali pusat, kelainan bawaan tali pusat, *varises* tali pusat, dan *edema* tali pusat).

h) Air Ketuban (*Liquor Amnii / Amniotic Fluid*) dan Kelainannya: oligo hidramnion (air ketuban kurang dari normal, yaitu lebih kecil dari ½ liter), hidramnion (jumlah air ketuban jauh lebih banyak dari normal, biasanya kalau lebih dari 2 liter), ketuban pecah dini (pecahnya ketuban pembukaan pada primi kurang dari 3 cm dan *multipara* kurang dari 5 cm).

i) Kehamilan ganda atau hamil kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih (Rostam Mochtar, 2012; h.139).

j) Anemia pada kehamilan

Adalah anemia karena kekurangan zat besi. Karena kebutuhan zat besi pada ibu hamil 900 mg fe untuk meningkatkan jumlah sel darah merah dan membentuk sel darah merah janin dan plasenta. Pada pemeriksaan Hb

dapat dilakukan dengan menggunakan Hb sahli di golongan sebagai berikut :

- 1) Hb 11 gr% tidak anemia
- 2) Hb 9-10 gr % anemia ringan
- 3) Hb 7-8 gr % anemia sedang
- 4) Hb <7 gr% anemia berat

Pengaruh pada kehamilan dan janin adalah dapat terjadi abortus, persalinan prematuritas, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, ancaman dekompensasi kordis (Hb<6gr%), mola hidatidosa, hiperemesis gravidarum, perdarahan antepartum, ketuban pecah dini (KPD). Pengobatan dengan tablet fe (Manuaba, 2010;h.237-240).

12. Asuhan Kehamilan

Asuhan kehamilan (Asrinah,dkk, 2010, h.6)

a. Trimester pertama / sebelum minggu ke 14

- 1) Membina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu sehingga mata rantai penyelamatan jiwa telah terbina jika di perlukan.
- 2) Mendeteksi masalah yang dapat diobati sebelum mengancam jiwa ibu
- 3) Mencegah masalah seperti tetanus neonatorum, anemia defisiensi zat besi, maupun penggunaan praktik tradisional yang merugikan

- 4) Memulai persiapan persalinan dan kesiapan menghadapi komplikasi
- 5) Mendorong perilaku yang sehat (nutrisi, latihan, kebersihan, kesehatan dan sebagainya)

b. Trimester kedua / sebelum minggu ke 28

- 1) Membina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu sehingga mata rantai penyelamatan jiwa telah terbina jika di perlukan.
- 2) Mendeteksi masalah yang dapat diobati sebelum mengancam jiwa ibu
- 3) Mencegah masalah seperti tetanus neonatorum, anemia defisiensi zat besi, maupun penggunaan praktik tradisional yang merugikan
- 4) Memulai persiapan persalinan dan kesiapan menghadapi komplikasi
- 5) Mendorong perilaku yang sehat (nutrisi, latihan, kebersihan, kesehatan dan sebagainya)
- 6) Kewaspadaan khusus mengenai PIH (tanya ibu mengenai gejala PIH, pantau tekanan darahnya, oedema, proteinuria)

c. Trimester ketiga / sebelum minggu ke 40

- 1) Membina hubungan saling percaya antara bidan dan ibu sehingga mata rantai penyelamatan jiwa telah terbina jika di perlukan.

- 2) Mendeteksi masalah yang dapat diobati sebelum mengancam jiwa ibu
- 3) Mencegah masalah seperti tetanus neonatorum, anemia defisiensi zat besi, maupun penggunaan praktik tradisional yang merugikan
- 4) Memulai persiapan persalinan dan kesiapan menghadapi komplikasi
- 5) Mendorong perilaku yang sehat (nutrisi, latihan, kebersihan, kesehatan dan sebagainya)
- 6) Kewaspadaan khusus mengenai PIH (tanya ibu mengenai gejala PIH, pantau tekanan darahnya, oedema, proteinuria).

II. Persalinan

A. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan ibu sendiri) (Manuaba, 2010. h.164).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil *konsepsi* (janin + uri) yang dapat hidup di dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan lain (Rostam Mochtar, 2012; h.69).

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan disebut normal apabila prosesnya terjadi pada usia cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai

adanya penyulit atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Johariyah, 2012. Hal 1)

Menurut buku Johariyah, 2012 bentuk persalinan berdasarkan definisi adalah sebagai berikut:

1) Persalinan spontan

Bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

2) Persalinan buatan

Bila proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

3) Persalinan anjuran

Bila kekuatan yang diperlukan untuk persalinan ditambahkan dari luar dengan jalan rangsangan.

B. Tujuan asuhan persalinan

Menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi yang semisal mungkin agar prinsip keaamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang diinginkan (optimal) (APN, 2014).

C. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

1. Teori penurunan hormon: 1-2 minggu sebelum partus, mulai terjadi penurunan kadar hormon *esterogen* dan *progesteron*.
2. Teori plasenta menjadi tua: penuaan *plasenta* akan menyebabkan turunnya kadar esterogen dan progesteron sehingga terjadi kekejangan pembuluh darah. Hal tersebut akan menimbulkan kontraksi rahim.

3. Teori distensi rahim: rahim yang menjadi besar dan menegang menyebabkan iskemia otot – otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenta.
4. 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.
5. Induksi partus: gagang laminaria, amniotomi, tetesan oksitosin.

Sedangkan faktor – faktor yang berperan dalam persalinan adalah:

a. Kekuatan mendorong janin keluar (power)

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

b. Faktor janin

c. Faktor jalan lahir

(Rostam Mochtar, 2012; h.70).

D. Mekanisme persalinan (Williams, 2014)

Pada awitan persalinan, posisi janin terhadap jalan lahir penting untuk mengetahui rute kelahiran. Sehingga, posisi janin di dalam rongga uterus harus ditentukan saat awitan persalinan. Orientasi janin sehubungan dengan pelvis maternal di bahas dalam kaitannya dengan letak, presentasi, sikap, dan posisi janin.

1. Letak janin

Hubungan antara aksis panjang janin terhadap ibu disebut dengan istilah letak janin dan terbagi menjadi memanjang atau melintang.

Kadang-kadang, aksis janin dan maternal dapat melewati sudut 45 derajat, membentuk letak oblik, yang tidak stabil dan selalu menjadi letak memanjang atau melintang saat persalinan. Factor predisposisi letak melintang meliputi multiparitas, plasenta previa, hidramnions, dan anomaly uterus.

2. Presentasi janin

Bagian terpresentasi adalah bagian tubuh janin yang terendah di dalam maupun di bagian terdekat jalan lahir. Bagian tersebut dapat dirasakan melalui serviks pada pemeriksaan vagina. Maka, pada letak memanjang, bagian yang terpresentasi adalah kepala atau bokong, sehingga disebut (secara berurutan) presentasi kepala dan bokong. Ketika letak janin pada aksis panjangnya adalah transversal, bahu merupakan bagian yang terpresentasi dan di rasakan melalui serviks pada pemeriksaan vagina.

3. Postur atau sikap janin

Pada beberapa bulan terakhir kehamilan, janin membentuk postur khusus yang disebut sebagai sikap atau habitus. Normalnya, janin membentuk massa ovoid yang secara kasar sesuai dengan bentuk rongga Rahim. Janin menjadi terlipat atau membungkuk kearah dirinya sendiri sedemikian rupa sehingga bagian punggung menjadi berbentuk cembung, kepala mengalami fleksi maksimal sehingga dagu hamper menyentuh dada, paha terfleksi di depan abdomen, dan tungkai tertekuk pada lutut. Pada semua presentasi kepala, lengan biasanya menyilang di depan dada atau sejajar pada masing-masing sisi.

Umbilicus terletak pada celah diantaranya dan ekstremitas bawah. Postur yang khas ini disebabkan oleh cara pertumbuhan janin dan penyesuaian dirinya terhadap rongga Rahim.

Pengecualian yang abnormal terhadap sikap ini terjadi ketika kepala janin meluas secara progresif dari presentasi verteks ke presentasi wajah. Akibatnya terjadi perubahan progresif sikap janin dari kontur kolumna vertebralis yang konveks (fleksi) menjadi konkaf (ekstensi)

4. Posisi janin

Posisi mengacu pada hubungan antara bagian yang dianggap sebagai bagian presentasi janin terhadap sisi kanan atau kiri jalan lahir. Dengan demikian, masing-masing presentasi dapat memiliki dua posisi kanan atau kiri. Oksiput, dagu (mentum), dan sacrum janin masing-masing adalah titik penentu pada presentasi verteks, wajah, atau bokong. Karena bagian presentasi janin dapat berada baik di posisi kanan ataupun kiri, terhadap presentasi oksipital kanan dan kiri, presentasi dagu kanan dan kiri, presentasi sacrum kanan dan kiri, yang masing-masing disingkat menjadi LO dan RO (Left and Right Occiput), LM dan RM (Left and Right Mental) serta LS dan RS (Left and Right Sacral).

E. Tanda – Tanda Persalinan

- a. Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur
- b. Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karna robekan-robekan kecil pada serviks

- c. Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya
- d. Pada pemeriksaan dalam, *serviks* mendatar dan telah ada pembukaan (Roestam Mochtar, 2012;h.70).

F. Persalinan yang Berisiko (Tindakan Kolaborasi)

Kondisi dan komplikasi yang dibahas adalah yang paling umum terjadi, dan pada kenyataannya dapat terjadi sebelum atau tanpa persalinan.

1. Seksio sesaria sebelumnya.

Risiko untuk wanita mengalami ruptur uterus ketika berusaha menjalani persalinan melalui vagina setelah *seksio sesaria* sebelumnya, risiko meningkat jika persalinan diinduksi dengan zat selain prostaglandin.

Risiko untuk wanita yang mengalami *seksio sesaria* berulang adalah cedera pada kandung kemih dan usus, perdarahan, infeksi luka dan peningkatan masalah pernapasan pada bayi baru lahir.

2. Persalinan / kelahiran prematur

Persalinan yang dimulai setiap saat setelah awal minggu gestasi ke-20 sampai akhir minggu gestasi ke-37. Faktor resiko predisposisi:

- a. Status sosial ekonomi rendah
- b. Status nutrisi yang buruk
- c. Riwayat persalinan atau kelahiran prematur
- d. Satu atau lebih aborsi spontan pada trimester kedua
- e. Jarak yang pendek antar kehamilan
- f. Kehamilan kembar

- g. Penyalahgunaan zat (sigaret, alkohol, obat - obatan)
 - h. Asuhan pranatal yang tidak adekuat
 - i. Anomali uterus
 - j. Ketuban pecah dini
 - k. Kekerasan fisik yang parah selama kehamilan
 - l. Abrupsio plasenta atau plasenta previa
 - m. Kematian janin
 - n. Polihidramnion
3. Ketuban pecah dini

Didefinisikan sebagai pecah ketuban sebelum awitan persalinan, tanpa memerhatikan usia *gestasi*. Sesuai dengan jam dari waktu pecah sampai awitan persalinan.

4. *Amnionitis* dan *korioamnionitis*

Amnionitis adalah *inflamasi* kantong *amnion* dan cairan *amnion*. *Korioamnionitis* adalah *inflamasi korion*. Kondisi ini hampir selalu berdampingan. Paling sering terjadi akibat ketuban pecah yang lama (lebih dari 24 jam), dengan atau tanpa persalinan yang memanjang, pada pemeriksaan dalam atau manipulasi vagina atau prosedur intrauteri yang berulang.

5. Prolaps tali pusat

Ada dua jenis prolaps tali pusat yaitu menumbung (*frank*): masuk kedalam serviks dan terkemuka (*occult*): berada disamping bagian presentasi, tetapi tidak masuk kedalam serviks. Bahayanya adalah hipoksia janin.

6. *Disporposi sefalopelvik*

Adalah *disporposi* antara ukuran janin (ukuran janin besar, bahu lebar) dan ukuran pelviks (riwayat fraktur dan perviks yang sempit). Indikasi lainnya seperti malpresentasi.

7. Disfungsi uterus

Diidentifikasi berdasarkan sedikitnya kemajuan pendataran serviks atau dilatasi atau penurunan bagian presentasi janin. Disfungsi uterus dapat mencerminkan masalah biokimia pada wanita yang disebabkan, sebagai contoh, oleh stres, yang mengakibatkan perubahan produksi endorfin dan katekolamin, pada akhirnya akan mempengaruhi aktivitas uterus.

8. Kelelahan ibu (*distres maternal: ketoasidosis*)

(Varney, 2008; h.780).

G. Tahapan Persalinan (Kala)

1. Kala I waktu untuk pembukaan *serviks* sampai menjadi pembukaan lengkap 10 cm.

Inpartu (*partus* mulai) ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (*bloody*

show) karena *serviks* mulai membuka (*dilatasi*) dan mendatar (*effecement*). Dibagi atas 2 fase:

a. Fase laten: pembukaan *serviks* yang berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm, lamanya 7 – 8 jam.

b. Fase aktif: berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase.

Yaitu periode akselerasi berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4

cm, dilatasi maksimal selama 2 jam pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm, deselerasi berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap).

2. Kala II (kala pengeluaran janin), sewaktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mendedan mendorong janin keluar hingga lahir. Pada kala ini, his terkoordinasi, kuat, cepat, dan lebih lama, kira – kira 2 – 3 menit sekali. Kepala janin telah turun dan masuk ke ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot – otot dasar panggul yang melalui lengkung refleks menimbulkan rasa mendedan.
3. Kala III (kala pengeluaran uri) waktu untuk pelepasan dan pengeluaran uri. Setelah bayi lahir, kontraksi rahim beristirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat, 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. Proses biasanya berlangsung 5 – 30 menit setelah lahir, pehgeluaran darah kira – kira 100 – 200 cc.
4. Kala IV mulai dari lahirnya uri, selama 1 – 2 jam. Adalah kala pengawasan selama 1 jam setelah bayi lahir dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap bahaya pendarahan postpartum. Lamanya persalinan pada primi dan multi sebagai berikut:

Tabel 2.3 Lamanya persalinan pada primi dan multi

	Primi	Multi
Kala I	13 jam	7 jam
Kala II	1 jam	½ jam
Kala III	½ jam	¼ jam
Lama Persalinan	14 ½ jam	¾ jam

Sumber: Roestam Mochtar, 2012; h.71.

H. 60 langkah persalinan menurut (Sarwono Prawirohardjo, 2014)

Melihat tanda dan gejala kala dua

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

Menyiapkan pertolongan persalinan

2. Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3. Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
4. Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai atau pribadi yang bersih.
5. Memakai satu sarung DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6. Mengisap oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali

di partus set atau wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik).

Memastikan pembukaan lengkap dengan janin baik

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi).
8. Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.
10. Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 kali/menit).
 - a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

- b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dalam semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

Menyiapkan ibu dan keluarga untuk Membantu Proses Meneran

11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
 - a. Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
 - b. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran (Pada saat ada HIS, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
13. Lakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran :
 - a. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - b. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - c. Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak maminta ibu berbaring terlentang).
 - d. Menganjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi.

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

Persiapan pertolongan kelahiran bayi

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

Menolong kelahiran bayi

Lahirnya Kepala

- 18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan

yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, biarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir.

19. Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kassa yang bersih.
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:
 - a. Jika tali pusat melilit janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b. Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahirnya bahu

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
23. Setelah kedua bahu di lahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan

lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

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

Penanganan Bayi Baru Lahir

25. Menilai bayi selintas dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.
26. Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin IM.
27. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem kearah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
28. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di Antara dua klem tersebut.
29. Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi

bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernafas, ambil tindakan yang sesuai.

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

Oksitosin

31. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
32. Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
33. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit. IM di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.

Penegangan Tali Pusat Terkendali

34. Memindahkan klem pada tali pusat.
35. Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.

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

Mengeluarkan Plasenta

37. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
 - a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva.
 - b. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit.
 - 1) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit I.M.
 - 2) Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
 - 3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - 4) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
 - 5) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.
38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.
 - a. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.

Pemijatan Uterus

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

Menilai Perdarahan

40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketubanl engkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus.
 - a. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.
41. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

Melakukan prosedur pascapersalinan

42. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
43. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5 % membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air desinfeksitingkat tinggi dan mengeringkan dengan kain yang bersih dan kering.
44. Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikatkan disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
45. Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang bersebrangan dengan simpul mati yang pertama.

46. Melepaskan klem bedah dan dan meletakkanya kedalam larutan klorin 0,5 %.
47. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
48. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
49. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervagina.
 - a. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan.
 - b. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan.
 - c. Setiap 20-30 menit pada jam kedua pascapersalinan.
 - d. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
 - e. Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia local dan menggunakan teknik yang sesuai.
50. Mengajarkan pada ibu atau keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
51. Mengevaluasi kehilangan darah.
52. Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan.
 - a. Memeriksa temperature tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.
 - b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

Kebersihan dan Keamanan

53. Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
54. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi kedalam tempat sampah yang sesuai.
55. Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
56. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Mengajukan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
57. Mendekontaminasi daerah yang di gunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5 % dan membilas dengan air bersih.
58. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 %, membalikkan bagian dalam keluar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
59. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

Dokumentasi

60. Melengkapi patograf (halaman depan dan belakang) (Sarwono, 2010; h.341-347).

I. Asuhan Persalinan

1. Asuhan Persalinan Kala I

a. Diagnosa

Ibu sudah dalam persalinan kala I jika pembukaan servik kurang dari 4 cm dan kontraksi terjadi teratur minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik.

b. Penanganan

- 1) Bantulah ibu jika sudah tampak gelisah, ketakutan dan kesakitan
- 2) Jika ibu tampak kesakitan lakukan asuhan yang diperlukan
- 3) Penolong tetap menjaga privasi ibu dalam persalinan
- 4) Menjelaskan kemajuan persalinan dan perubahan yang terjadi serta prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil-hasil pemeriksaan.
- 5) Penuhi kebutuhan cairan ibu
- 6) Sarankan ibu untuk berkemih sesring mungkin

c. Pemantauan

Tabel 2.4 pemantauan persalinan kala I

Parameter	Frekuensi pada fase laten	Frekuensi pada fase aktif
Tekanan darah	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Suhu badan	Setiap 4 jam	Setiap 2 jam
Nadi	Setiap 30-60 menit	Setiap 30-60 mmenit
Denyut jantung janin	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Kontraksi	Setiap 1 jam	Setiap 30 menit
Pembukaan servik	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam
Penurunan	Setiap 4 jam	Setiap 4 jam

Sumber : Saifudin (2010; h.N-9)

d. Pemeriksaan dalam

Pemeriksaan dalam sebaliknya dilakukan setiap 4 jam selama kala I pada persalinan dan setelah selaput ketuban pecah.

Yang perlu dicatat pada pemeriksaan dalam :

- 1) Warna cairan amnion
- 2) Dilatasi serviks
- 3) Penurunan kepala

e. Kemajuan Persalinan dalam Kala I

Kemajuan yang cukup baik

- 1) Kontraksi uterus yang progresif dengan peningkatan frekuensi dan durasi
- 2) Kecepatan pembukaan servik
- 3) Servik tampak dipenuhi bagian terbawah janin

Kemajuan yang kurang baik

- 1) Kontraksi yang tidak teratur dan tidak sering pada fase laten
- 2) Kecepatan pembukaan servik lambat dari 1 cm per jam selama persalinan fase aktif
- 3) Servik tidak dipenuhi oleh bagian bawah janin

2. Asuhan Persalinan Kala II

a. Diagnosa

Persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap atau kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.

b. Penanganan

- 1) Memberikan dukungan terus menerus pada ibu
- 2) Menjaga kebersihan diri ibu

- 3) Memberi dukungan mental untuk mengurangi kecemasan atau ketakutan ibu
- 4) Mengatur posisi ibu
- 5) Menjaga kandung kemih tetap kosong
- 6) Memberikan cukup minum
- c. Posisi ibu saat meneran
 - 1) Bantu ibu untuk memperoleh posisi yang paling nyaman baginya
 - 2) Ibu dibimbing mengejan selama his, anjurkan ibu untuk mengambil napas
 - 3) Periksa DJJ pada saat kontraksi dan setelah kontraksi untuk memastikan janin tidak mengalami bradikardi (<120)
 - 4) Letakkan bayi diatas perut ibu
 - 5) Secara menyeluruh, keringkan bayi, bersihkan matanya, dan nilai pernapasan bayi
 - 6) Klem dan potong tali pusat
 - 7) Pastikan bahwa bayi tetap hangat dan memiliki kontak kulit dengan kulit dengan dada ibu
3. Asuhan Persalinan kala III
 - a. Manajemen aktif kala III meliputi :
 - 1) Pemberian oksitosin dengan segera
 - 2) Pengendalian tarikan pada tali pusat
 - 3) Pemijatan uterus segera setelah lahir
 - b. Penanganan
 - 1) Memberikan oksitosin untuk merangsang uterus berkontraksi, diberikan dalam 2 menit setelah kelahiran bayi

- 2) Lakukan peregangan tali pusat terkendali atau PTT dengan cara:
 - a) Satu tangan diletakkan pada korpus uteri tepat diatas simfisis pubis. Selama kontraksi dengan mendorong korpus uteri dengan gerakan dorso kranial ke arah belakang dan kearah kepala ibu
 - b) Tangan yang satu memegang tali pusat dengan klem 5-6 cm didepan vulva
 - c) Jaga tahanan ringan pada tali pusat dan tunggu adanya kontraksi kuat (2-3 menit)
 - d) Selama kontraksi, lakukan tarikan terkendali pada tali pusat yang terus menerus dalam tegangan yang sama dengan tangan ke uterus
- 3) PTT dilakukan hanya selama uterus berkontraksi
- 4) Begitu plasenta terlepas keluarkan dengan menggerakkan tangan atau klem pada tali pusat mendekati plasenta, keluarkan plasenta dengan gerakan kebawah dan keatas sesuai dengan jalan lahir. Kedua tangan dapat memegang plasenta dengan perlahan memutar plasenta searah jarum jam untuk mengeluarkan selaput ketuban
- 5) Segera setelah plasenta dan selaputnya dikeluarkan, masase fundus uterus agar menimbulkan kontraksi
- 6) Jika menggunakan manajemen aktif dan plasenta belum juga lahir dalam waktu 15 menit, berikan oksitosin 10 unit IM dosis kedua, dalam jarak waktu 15 menit pemberian oksitosin dosis pertama

- 7) Jika menggunakan manajemen aktif dan plasenta belum juga lahir dalam waktu 30 menit :
- a) Periksa kandung kemih dan lakukan kateterisasi jika kandung kemih penuh
 - b) Periksa adanya tanda-tanda pelepasan plasenta
 - c) Berikan oksitosin 10 unit IM dosis ketiga, dalam jarak 15 menit dari pemberian oksitosindosis pertama
 - d) Siapkan rujukan jika tidak ada tanda-tanda pelepasan plasenta
 - e) Periksa ibu secara seksama dan jahit semua robekan pada serviks atau vagina atau perbaiki episiotomi

4. Asuhan Persalinan Kala IV

a. Diagnosa

Dua jam pertama setelah persalinan merupakan waktu yang kritis bagi ibu dan bayi, petugas/bidan harus memastikan bahwa keduanya dalam kondisi yang stabil dan mengambil tindakan yang tepat untuk melakukan stabilisasi.

b. Penanganan

- 1) Periksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan 20-30 menit selama jam kedua
- 2) Periksa tekanan darah, nadi, kandung kemih, dan perdarahan setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua
- 3) Anjurkan ibu untuk minum agar mencegah dehidrasi

- 4) Bersihkan perineum ibu dan kenakan pakaian ibu yang bersih dan kering
- 5) Biarkan ibu beristirahat dan bantu ibu pada posisi yang nyaman
- 6) Biarkan bayi berada pada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi
- 7) Ajari ibu dan keluarga tentang bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi dan tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi.

J. Patograf

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

K. Penggunaan Patograf

World Health Organization (WHO, 2000) telah memodifikasi patograf agar lebih sederhana dan lebih mudah digunakan. Fase laten telah dihilangkan, dan pencatatan pada patograf dimulai dari fase aktif ketika pembukaan servik 4 cm.

Patograf harus digunakan untuk:

- 1) Semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan sampai dengan kelahiran bayi sebagai elemen penting asuhan persalinan.
- 2) Semua tempat pelayanan pelayanan persalinan (rumah, puskesmas, klinik, bidan swasta, rumah sakit, dll).
- 3) Semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (spesialis obstetri dan ginekologi, bidan, dokter umum, residen, dan mahasiswa kedokteran) (Sarwono, 2010; h.316).

II. Nifas

A. Pengertian Nifas

Periode pascapartum adalah masa dari kelairan plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil. Periode ini disebut juga puerperium, dan wanita yang mengalami puerperium disebut puerpera. Periode pemulihan pascapartum berlangsung sekitar enam minggu (Varney, 2008; h.958).

Masa nifas atau puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu (Sarwono, 2010; h.356).

Masa nifas (puerperium) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat – alat kandungan kembali seperti prahamil. Lamanya masa nifas yaitu 6 – 8 minggu (Roestam Mochtar, 2012; h.87).

B. Perubahan Fisiologis Nifas

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

Tabel 2.5 Tinggi fundus uteri, berat uterus menurut masa involusi

Involusi	Tinggi fundus uteri	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	31 Gram

Sumber: Roestam Mochtar, 2012; h.87.

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

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

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

C. Tanda – tanda vital.

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

D. Perubahan fisik lain.

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

2. Penurunan berat badan rata – rata 12 pon (4,5 kg) pada waktu melahirkan.
 3. Perubahan gastrointestinal, wanita akan merasa lapar mulai satu atau dua jam setelah melahirkan. Konstipasi kemungkinan terjadi masalah pada puerperium awal karena kurangnya makanan padat dan menahan defekasi.
 4. Dinding abdomen. Striae gravidarum tidak dapat dihilangkan secara sempurna, tetapi dapat berubah menjadi garis putih keperakan yang halus setelah periode beberapa bulan. Dinding abdomen lunak setelah melahirkan karena dinding ini meregang selama kehamilan.
- E. Perubahan hematologi. Hemoglobin, hematokrit, dan hitung eritrosit sangat bervariasi dalam puerperium awal sebagai akibat fluktuasi volume darah, volume plasma, dan kadar volume sel darah merah. Kadar ini dipengaruhi oleh status hidrasi wanita saat itu, volume cairan yang ia dapat selama persalinan, dan reduksi volume darah total normal wanita dari peningkatan kadar volume darah selama kehamilan. Faktor ini menyebabkan kehilangan darah sedikitnya dua hingga empat hari pascapartum (Varney, 2008; h.958).

F. Fase Psikologis Ibu Masa Nifas

1. Fase Taking In

Yaitu fase ketergantungan ibu yang berlangsung 1-2 hari pasca melahirkan. Dalam fase taking in ibu berfokus kepada dirinya sendiri, sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Adaptasi terhadap ketidaknyamanan yang dialami antara lain rasa mulas, nyeri

pada luka jahitan, kurang tidur dan kelelahan. Hal yang perlu diperhatikan ialah istirahat yang cukup, komunikasi yang baik dan asupan nutrisi.

Gangguan-gangguan psikologi yang dialami ibu nifas pada fase taking in adalah:

- a. Kekecewaan pada bayinya
- b. Ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami
- c. Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya
- d. Kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya

2. Fase Taking Hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu selalau merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan tanggung jawab merawat anak. Perasaan ibu menjadi sensitif sehingga mudah tersinggung. Pada periode ini, ibu sangat membutuhkan dukungan dari orang lain, terutama keluarganya dan bidan (petugas kesehatan). Periode taking hold dianggap masa perpindahan dari keadaan ketergantungan menjadi keadaan mandiri.

3. Fase Letting Go

Fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah percaya diri untuk merawat bayi dan dirinya, serta kepercayaan dirinya sudah meningkat.

G. Masalah – Masalah Psikologis Pada Masa Nifas

1. Baby Blues

Diperkirakan hampir 50-70% seluruh wanita pasca melahirkan akan mengalami baby blues atau post natal syndrome yang terjadi pada hari ke 4-10 hari pasca persalinan.

Penyebab terjadinya baby blues adalah hormon progesteron yang telah meningkat sejak masa kehamilan kemudian pasca persalinan hormon ini mengalami penurunan secara tiba-tiba sehingga mempengaruhi keadaan fisik dan emosi.

2. Depresi Post Partum

Post partum blues dialami 80% wanita setelah bersalin, yakni semacam perasaan sedih atau uring-uringan pada ibu dan timbul dalam jangka waktu 2-14 hari pasca persalinan. Depresi post partum adalah perasaan sedih yang dibawa ibu sejak masa hamil yang berkaitan dengan sikap ibu yang sulit menerima kehadiran bayinya.

3. Depresi Masa Nifas

Depresi masa nifas ialah keadaan yang sangat serius, karena pada masa ini ibu harus memerlukan istirahat dan dukungan dari orang-orang disekitarnya. Biasanya penyebab depresi masa nifas berkaitan dengan kesibukan ibu mengurus anak yang lain sebelum melahirkan anaknya. Gejala-gejala psikis dari ibu yang mengalami depresi masa nifas adalah tidak mau mengurus diri atau bayinya, gampang murung, mudah marah dan terkadang mengalami halusinasi pendengaran.

H. Tahapan Masa Nifas

1. Puerperium dini yaitu kepulihan saat ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan – jalan. Dalam agama islam, dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
2. Puerperium intermediat, yaitu kepulihan menyeluruh alat – alat genitalia yang lamanya 6 – 8 minggu.
3. Puerperium lanjut, yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan kembali sehat sempurna, terutama jika selama hamil atau sewaktu persalinan timbul komplikasi. Waktu untuk mencapai kondisi sehat sempurna dapat berminggu – minggu, bulanan, atau tahunan. (Roestam Mochtar, 2012; h.87).

I. Deteksi Dini Komplikasi Masa Nifas

1. Pendarahan pasca persalinan adalah komplikasi yang terjadi pada tenggang waktu di antara persalinan dan masa pascapersalinan. Faktor predisposisi anemia, penyebab pendarahan paling sering adalah *atonia uteri* serta *retensio plasenta*, yang lain adalah *laserasi serviks* atau vagina, ruptura uteri dan inversio uteri.
2. Infeksi nifas seperti *sepsis*, dengan demam salah satu gejala / tanda yang paling mudah dikenali. Faktor *predisposisi* yaitu persalinan macet, ketuban pecah dini, pemeriksaan dalam terlalu sering, pemantauan janin *intravaginal*, dan bedah *sesar*. Penyebab infeksi adalah kuman salah satunya *streptococcus pyogenes*.

3. Eklampsia, ibu dengan persalinan yang diikuti oleh eklampsia atau preeklampsia berat, harus dirawat inap. Pengobatan terpilih menggunakan magnesium sulfat ($MgSO_4$).
4. Komplikasi pascapersalinan lain adalah: infeksi saluran kemih, retensio urin, atau inkontinensia.
5. Masalah psikologis, dapat dihindari dengan adanya dukungan sosial serta dukungan pelaksana pelayanan kesehatan selama kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan (Sarwono, 2010; h.357).

J. Involusi alat-alat kandungan (Rustam Mochtar, 2012)

1. Uterus secara bengesur-asur menjadi kecil (berinvolusi) hingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.
2. Bekas implantasi uri: placentar bed mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu keenam 2,4 cm dan akhirnya pulih.
3. Luka-luka pada jalan lahir jika tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari.
4. Rasa nyeri, yang disebut after pains (merian atau mulas-mulas) disebabkan kontraksi Rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pasca persalinan. Perlu diberikan pengertian pada ibu mengenai hal tersebut dan jika terlalu mengganggu, dapat diberikan obat-obat anti nyeri dan anti mulas.

5. Lokia adalah cairan secret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas:
 - a. Lokia rubra (cruenta): berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, vernik kaseosa, lanugo, dan meconium, selama 2 hari pasca persalinan.
 - b. Lokia sanguinolenta: berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir, hari ke 3-7 pascapersalinan.
 - c. Lokia serosa: berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pascapersalinan.
 - d. Lokia rubra: cairan putih, setelah 2 minggu.
 - e. Lokia purulenta: terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
 - f. Lokia stasis: lokia tidak lancar keluarinya.
6. Serviks setelah persalinan, bentuk serviks agak menganga seperti corong, berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih bisa dimasukan ke rongga Rahim, setelah 2 jam dapat dilalui oleh 2-3 jari, setelah 7 hari biasanya dapat dilalui 1 jari.
7. Ligamen-ligamen: ligament fascia dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan setelah bayi lahir secara berangsur-angsur menjadi ciut dan putih kembali. Akibatnya, tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum rotundum menjadi kendur. Setelah melahirkan, wanita Indonesia memiliki kebiasaan “berkusuk” atau “berurut”. Sewaktu

dikusuk, tekanan intra abdomen bertambah tinggi. Karena ligamentum, fascia dan jaringan penunjang menjadi kendur setelah melahirkan, jika dilakukan kusuk/urut banyak wanita akan mengeluh kandungannya turun atau terbalik. Untuk memulihkan kembali, sebaiknya dengan latihan-latihan dan senam pasca persalinan.

K. Asuhan Kebidanan Masa Nifas

1. Kunjungan Masa nifas

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

- a. Pada 6 jam sampai dengan 3 hari pasca persalinan.
- b. Pada hari ke 4 sampai dengan hari ke-28 pasca persalinan.
- c. Pada hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 pasca persalinan.

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

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

(Menurut Saifudin, 2009; h.375)

L. Tujuan asuhan masa nifas

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

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

- a. Melakukan evaluasi kontinu dan penatalaksanaan perawatan kesejahteraan wanita
- b. Memberi pemulihan dari ketidaknyamanan fisik
- c. Memberi bantuan dalam menyusui
- d. Memfasilitasi pelaksanaan peran sebagai orangtua
- e. Melakukan pengkajian bayi selama kunjungan rumah
- f. Memberikan pedoman antisipasi dan instruksi
- g. Melakukan penampisan kontinu untuk komplikasi *puerperium* (Varney, 2008; h.968).

III. Bayi Baru Lahir

A. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37 – 42 minggu dengan berat lahir antara 2500 - 4000 gram (Sarwono, 2005 dalam Sondakh, 2013; h.150).

Bayi lahir normal adalah bayi yang lahir cukup bulan, 38 – 42 minggu dengan berat badan sekitar 2500 – 3000 gram dan panjang badan sekitar 50 – 55 cm (Sarwono, 2005 dalam Sondakh, 2013; h.150).

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi usia 0-28 hari (depkes, 2010).

B. Fisiologis Bayi Baru Lahir

Adaptasi neonatal (bayi baru lahir) adalah proses penyesuaian fungsional neonatus dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan diluar uterus. Kemampuan adaptasi fisiologis ini disebut juga homeostosis (Muslihatun, 2010 h.11).

Transisi kehidupan ekstrauteri terjadi di 4 area, yaitu:

1. Perubahan sistem pernapasan

Perkembangan sistem pulmoner terjadi sejak masa embrio, tepatnya pada umur kehamilan 24 hari. Pada umur kehamilan 24 hari bakal paru-paru terbentuk. Pada umur kehamilan 26-28 hari kedua bronchi membesar. Pada umur kehamilan 6 minggu terbentuk segmen bronchus. Pada umur kehamilan 12 minggu terjadi diferensiasi alveolus. Pada umur kehamilan 34-36 minggu struktur paru-paru matang, artinya paru-paru sudah bisa mengembangkan sistem alveoli. Selama dalam masa uterus, janin mendapat oksigen dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi (Muslihatun, 2011; h.12). Rangsangan gerakan pertama kali karena tekanan

mekanik dari toraks sewaktu melalui jalan lahir (stimulasi mekanik), penurunan $p_a O_2$ dan kenaikan $p_a CO_2$ merangsang kemoreseptor yang terletak di sinus karotikus (stimulasi sensorik) dan refleksi defiasi hering breur.

Pernapasan pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 menit pertama sesudah lahir. Usaha pertama kali bayi mempertahankan tekanan alveoli, selain adanya surfaktan yang dengan menarik nafas dan mengeluarkan nafas dengan merintih sehingga udara tertahan didalam. Respirasi pada neonatus biasanya pernapasan diafragmatik dan abdominal, sedangkan frekuensi dan dalamnya belum teratur. Apabila surfaktan berkurang, maka alveoli akan kolaps dan paru-paru kaku sehingga terjadi atelektasis.

Dalam keadaan anoksia neonatus masih dapat mempertahankan hidupnya karena adanya kelanjutan metabolisme anaerobik.

2. Sistem temperatur tubuh

Terdapat empat mekanisme kemungkinan hilangnya panas tubuh dari baru lahir ke lingkungannya (Muslihatun, 2011 h.12-13).

a. Konduksi

Panas yang dihantarkan dari tubuh bayi ke benda sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi (pemindahan panas dari tubuh bayi ke objek lain melalui kontak langsung). Contoh konduksi, ialah menimbang bayi tanpa alas timbangan, tangan penolong yang dingin memegang bayi baru lahir, menggunakan

stetoskop dingin untuk pemeriksaan bayi baru lahir (Muslihatun, 2011 h.12-13).

b. Konveksi

Panas hilang dari tubuh bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung kepada kecepatan dan suhu udara). Contoh konveksi, ialah membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir di dekat jendela, membiarkan bayi baru lahir di ruang terpasang kipas angin (Muslihatun, 2011 h.13).

c. Radiasi

Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara 2 objek yang mempunyai 2 suhu yang berbeda). Contoh radiasi, ialah bayi baru lahir dibiarkan dalam ruangan dalam air conditioner (AC) tanpa diberikan pemanas (*radiant warmer*), bayi dibiarkan dalam keadaan telanjang, bayi didekatkan dengan ruang yang dingin, misalnya tembok (Muslihatun, 2011 h.13).

d. Evaporasi

Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap). apabila bayi baru lahir dibiarkan dalam satu suhu ruangan 25°C , maka bayi kehilangan panas melalui konveksi, radiasi dan evaporasi 200 per kilogram berat badan (per kg BB). Mencegah hilangnya panas pada bayi baru

lahir ,ialah mengerikan bayi secara seksama, menyelimuti bayi dengan selimut tau kain bersih,kering dan hangat,menutup kepala bayi,menganjurkan bayi untuk memeluk dan menyusukan bayinyan jangan segera menimbang atau memandikan bayi baru lahir (Muslihatun, 2010 h.13)..

3. Metabolisme

Luas permukaan tubuh neonatus, relatif lebih luas dari tubuh orang dewasa sehingga metabolisme basal per KG BB akan lebih besar. Bayi baru lahir harus menyesuaikan diri dengan lingkungan baru sehingga energi diperoleh dari metabolisme karbohidrat dan lemak (Muslihatun, 2010 h.14). Pada jam-jam pertama energi didapatkan dan perubahan karbohidrat. Pada hari kedua,energi berasal dari pembakaran lemak. Setelah mendapat susu kerang lebih pada hari keenam, pemenuhan kebutuhan energi bayi 60% didapatkan dari lemak dan 40% dari karbonhidrat.

4. Peredaran darah

Darah yang direoksigenasikan meninggalkan plasenta melalui satu-satunya vena umbilika. Vena umbilika berjalan di dalam tali pusat ke umbilikus dan dari sana ada vena kecil yang berjalan ke porta hepatis. Hampir tidak ada darah masuk ke dalam hati sebab vena umbilika langsung sambung dengan vena kava inferior melalui sebuah pembuluh darah, yang disebut duktus venosus, sebuah struktur yang ada hanya pada masa fetus. Di dalam vena kava inferior, darah berjalan ke atas dan mencapai atrium kanan. Sebagian

besar darah bukan masuk ke dalam ventrikel kanan (sebagaimana sirkulasi orang dewasa), bukan masuk atrium kiri, tetapi melalui lubang fetal yang hanya untuk sementara ada di dalam septum interatrial, yang disebut foramen ovale.

Setelah mencapai atrium kiri, darah masuk melalui katup mitral ke dalam ventrikel kiri. Kontraksi ventrikel kiri mendorong darah masuk ke dalam aorta ascendens. Sebagian besar darah didistribusikan ke jantung, otak dan anggota atas. Darah yang tertinggal dalam lingkungan aorta masuk ke dalam aorta torasika – abdominalis descendens. Setelah beredar dalam otak dan anggota atas, darah kembali ke jantung melalui kava superior dan mencapai atrium kanan. Darah berjalan terus ke bawah ke dalam atrium kanan, kemudian melalui lubang trikuspid darah masuk ke dalam arteri pulmonalis (Muslihatun, 2010 h. 15).

Paru-paru dalam masa fetus tidak aktif dan hanya mendapat sedikit darah. Sebagian besar darah dalam arteri pulmonalis disalurkan langsung ke dalam aorta melalui sebuah arteri besar berotot yang disebut duktus arteri yang bergabung dengan aorta dekat akhir lengkungan aorta torasika descendens. Sebagian besar darah yang telah dideoksigenisasi yang melalui duktus arteriois dan sebagian kecil darah yang berisi oksigen mencapainya melalui lengkungan aorta. Setelah bayi lahir, paru akan berkembang mengakibatkan tekanan arterioler dalam paru menurun. Tekanan dalam jantung kanan menurun, sehingga tekanan jantung kiri lebih besar

yang mengakibatkan menutupnya foramen ovale secara fungsional. Hal ini terjadi pada jam-jam pertama setelah kelahiran oleh karena tekanan dalam paru turun dan tekanan dalam aorta desendens naik serta disebabkan oleh rangsangan biokimia (Pa O₂ yang naik) dan duktus arteriosus berobliterasi. Kejadian ini terjadi pada hari pertama kehidupan bayi baru lahir.

Aliran darah paru hari pertama ialah 4-5 liter per menit/m² dan bertambah pada hari kedua dan ketiga (3,54 liter/m²) karena penutupan duktus arteriosus. Tekanan darah pada waktu lahir dipengaruhi oleh jumlah darah yang melalui tranfusi plasenta dan pada jam pertama sedikit menurun, untuk kemudian naik lagi dan menjadi konstan kira-kira 85-40 mmHg (Muslihatun, 2010 h.16).

5. Keseimbangan air dan fungsi ginjal

Tubuh bayi baru lahir mengandung relatif banyak air dan kadar natrium lebih besar dari kalium karena ruangan ekstraseluler luas. Fungsi ginjal belum sempurna karena jumlah nefron masih belum sebanyak orang dewasa, ketidakseimbangan luas permukaan glomerulus dan volume tubulus proksimal, serta renal *blood flow* relatif kurang bila dibandingkan dengan orang dewasa (Muslihatun, 2010 h.18)

6. Immunoglobulin

Neonatus tidak terdapat sel plasma pada sumsum tulang, lamina propia ilium serta apendiks. Plasenta merupakan sawar sehingga fetus bebas dari antigen dan stres imunologis. Pada bayi

baru lahir hanya terdapat gama globulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat melalui plasenta (lues, toksoplasma, herpes simpleks dan lain-lain), reaksi imunologis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma dan antibodi gamma A, G dan M (Muslihatun, 2010 h.18).

7. Traktus digestivus

Pengeluaran mekonium dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah terbentuk dan berwarna biasa. Enzim dalam traktus digestivus sudah terdapat pada neonatus kecuali amilase pankreas (Muslihatun, 2010 h.18)

8. Hati

Hati menunjukkan perubahan kimia dan morfologis, yaitu kenaikan kadar protein serta penurunan kadar lemak dan glikogen. Sel hemopoetik juga mulai berkurang. Enzim hati belum aktif benar pada waktu bayi baru lahir, daya detoksifikasi hati belum sempurna, contohnya pemberian obat kloramfenikol dengan dosis lebih dari 50 mg/kg BB/hari dapat menimbulkan *grey baby syndrome* (Muslihatun, 2010 h.19).

9. Keseimbangan asam basa

Derajat keasaman (pH) darah pada waktu lahir rendah, karena glikolisis anaerobik. Dalam 24 jam neonatus telah mengkompensas asidosis ini (Muslihatun, 2010 h. 19).

Bayi baru lahir dikatakan normal jika:

- 1) Berat badan lahir bayi antara 2500 – 4000 gram.
- 2) Panjang badan bayi 48 – 50 cm.

- 3) Lingkar dada bayi 32 – 34 cm.
- 4) Lingkar kepala bayi 33 – 35 cm.
- 5) Bunyi jantung dalam menit pertama \pm 180 kali/menit, kemudian turun sampai 140 – 120 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
- 6) Pernapasan cepat pada menit – menit pertama kira – kira 80 kali/menit disertai pernapasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10 – 15 menit.
- 7) Kulit kemerah – merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa.
- 8) Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik
- 9) Kuku telah agak panjang dan lemas
- 10) Genitalia: testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
- 11) Refleks isap, menelan, dan morro telah terbentuk.
- 12) Eliminasi, urin, dan mekonium normalnya keluar pda 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket (Sondakh, 2013; h.150).

C. Adaptasi fisiologis BBL terhadap kehiupan di luar uterus

1. Adaptasi pernapasan: dalam waktu 30 detik sesudah kelahiran, menyebabkan perangsangan pusat pernapasan dalam otak yang melanjutkan rangsangan tersebut untuk menggerakkan *diafragma*, serta otot – otot pernapasan lainnya. Tekanan rongga dada bayi pada saat melalui jalan lahir per vaginam mengakibatkan paru – paru kehilangan 1/3 dari

cairan yang terdapat di dalamnya, sehingga tersisa 80 – 100 mL. Setelah bayi lahir, cairan yang hilang tersebut akan diganti dengan udara.

2. Adaptasi kardiovaskular: sirkulasi perifer lambat, menyebabkan akrosianosis (pada tangan, kaki, dan sekitar mulut). Denyut nadi berkisar 120-160 kali/menit saat bangun dan 100 kali/menit saat tidur. Rata – rata tekanan darah adalah 80/60 mmHg, dan bervariasi sesuai dengan ukuran dan tingkat aktivitas bayi.
3. Perubahan termogulasi dan metabolik: suhu bayi baru lahir dapat turun beberapa derajat karena lingkungan eksternal lebih dingin daripada lingkungan pada uterus. Suplai lemak subkutan yang terbatas dan area permukaan kulit yang besar dibandingkan dengan berat badan menyebabkan bayi mudah menghantarkan panas pada lingkungan.
4. Adaptasi neurologis: secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan – gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas.
5. Adaptasi gastrointestinal: enzim – enzim digesif yang dipetik untuk menghantarkan makanan sudah terbentuk saat lahir. Pencernaan protein dan karbohidrat telah tercapai namun pada lemak kurang baik karena tidak adekuatnya enzim pankreas dan lipase. Kelenjar saliva imatur saat lahir yaitu sedikit saliva diolah sampai bayi berusia 3 bulan. Pengeluaran mekonium dalam 24 jam, berwarna hitam kehijauan, lengket, dan mengandung darah.

6. Adaptasi ginjal: laju filtrasi glomerulus relatif pada saat lahir disebabkan oleh tidak adekuatnya area permukaan glomerulus.
7. Adaptasi Hati: hati memproduksi zat yang esensial untuk pembekuan darah. Penyimpanan zat besi sampai 5 bulan.
8. Adaptasi imun: bayi baru lahir tidak dapat membatasi organisme penyerang di pintu masuk. Imaturitas jumlah sistem perlindungan secara signifikan meningkatkan risiko infeksi pada periode bayi baru lahir (Sondakh, 2013; h.151).

D. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

1. Pernafasan: sulit atau lebih dari 60 kali per menit
 2. Kehangatan: terlalu panas ($> 38^{\circ}\text{C}$ atau terlalu dingin $< 36^{\circ}\text{C}$)
 3. Warna: kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru atau pucat, memar
 4. Pemberian makan: hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah
 5. Tali pusat: merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
 6. Infeksi: suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah). Bau busuk, pernafasan sulit
 7. Tinja/kemih: tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, sering, hijau tua, ada lendir atau darah pada tinja
 8. Aktivitas: menggigil, atau tangis tidak bisa, sangat mudah tersinggung, lemah, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, kejang halus, tidak bisa tenang, menangis terus menerus
- (Saifuddin, dkk, 2010; h.N-36).

E. Pola sehari – hari beberapa hari pertama bayi lahir

1. Makan

Akan lapar setiap 2 – 4 jam sepanjang hari. Maka dari itu bangunkan bayi untuk diberi makan setiap 3 – 4 jam. Bayi hanya memerlukan ASI atau susu formula selama enam bulan pertama. Jika diberi makanan lagi akan menyebabkan reaksi alergi.

2. Tidur

Bayi perlu banyak tidur, sediakan lingkungan yang nyaman dan minimalkan gangguan atau stimulasi. Atur posisi tidur terlentang.

3. Defekasi dan berkemih

Bayi memiliki feses lengket berwarna hitam kehijauan selama dua hari pertama (mekonium). Feses bayi yang diberi ASI akan berubah warna menjadi hijau – emas, lunak, dan terlihat bibit (*seedy*). Bayi yang diberi susu formula memiliki feses berwarna cokelat gelap, seperti pasta, atau padat. Defekasi 1 atau 4 kali per hari. Berkemih minimal 4 sampai 5 popok per hari.

4. Perawatan kulit

Digunakan saat mandi adalah sabun yang lembut, jangan merendam seluruh badan bayi sampai puntung tali pusat lepas dan kering. Akan terjadi dalam 1 – 2 minggu. Sebelum tali pusat lepas, apus sekeliling dasar tali pusat dengan kain lembap. Lipat depan popok ke arah bawah sehingga tali pusat tidak teriritasi. Hindari penggunaan bedak dan krim wangi untuk membantu mencegah ruam akibat popok.

(Varney, 2008; h.897).

F. Penyulit Pada Neonatus

1. Asfiksia Neonatorum

Adalah keadaan bayi yang tidak dapat bernapas spontan dan teratur, sehingga dapat menurunkan O_2 dan makin meningkatkan CO_2 yang menimbulkan akibat buruk dalam kehidupan lanjut.

2. Perlukaan kelahiran persalinan

- a. Perlukaan kulit
- b. Kaput suksedaneum: muncul karena kepala janin terlalu lama tertekan dasar panggul. Kaput melampaui batas tulang dan akan menghilang beberapa hari.
- c. Sefalhematoma: perdarahan *subperitonia*, dengan batas jelas pada satu tulang tengkorak. Dapat terjadi disertai fraktur tulang tengkorak. Bila tidak ada kelainan penyerta, maka tidak memerlukan pengobatan dan akan menghilang 2 sampai 12 minggu.
- d. Perdarahan subkonjungtiva: dapat terjadi pada persalinan spontan, tidak menimbulkan bahaya dan akan diserap setelah beberapa hari.
- e. *Paralisis pleksus brakialis*: terjadi pada tarikan kepala yang terlalu berat, sehingga merusak *pleksus brakialis*. Bentuk kelainan otot lengan: kelemahan pada *fleksi* dan *abduksi*, rotasi keluar, dan refleks *biceps* dan *morro* hilang. Kesembuhan berlangsung beberapa minggu sampai 6 bulan.
- f. Perdarahan jaringan otak: disebabkan oleh *hipoksia* primer semenjak kehamilan dan trauma persalinan.

- g. Fraktur tulang klavikula: sering terjadi pada kesulitan persalinan bahu, gejalanya yang mungkin terjadi adalah hilangnya kekuatan pada sisi fraktur dan refleks morro hilang.

3. Kelainan kongenital

Merupakan kelainan pertumbuhan struktur organ janin sejak saat pembuahan. Merupakan penyebab terjadinya keguguran, lahir mati, atau kematian setelah persalinan pada minggu pertama. Yang sering dijumpai adalah anensefali, kelainan fusi jaringan organ tubuh (*spinabifida*), *labiokisis*, *palatokisis*, *labiopalatokisis*, gangguan pembentukan alat tubuh (*atresia vagina*, *atresia anus*, *atresia esofagus*, *hipospadia*).

4. Infeksi neonatorum

- a. Sepsis neonatorum dan meningitis: penyebabnya ibu telah menderita penyakit infeksi, ketuban pecah dini, persalinan lama atau terlantar, persalinan dengan tindakan operasi vaginal.
- b. Aspirasi pneumonia: ditandai dengan sering tidur (*letargi*), berat badan cepat turun, kurang minum, sering terjadi *apnea*.
- c. Diare: kuman yang sering menyebabkan diare adalah *Escherichia coli* (*E.coli*).
- d. Tetanus neonatorum: masuknya kuman *tetanus – klostridium tetani* – sebagian besar melalui tali pusat. Masa inkubasinya sekitar 3 sampai 10 hari. Menyebabkan kerusakan pada pusat motorik, jaringan otak, pusat pernapasan, dan jantung.
- e. Ikterus neonatorum: dalam batas normal pada hari kedua sampai hari ketiga dan menghilang pada hari kesepuluh. Disebabkan hemolisis

darah janin dan selanjutnya diganti menjadi darah dewasa. Kernikterus adalah akumulasi bilirubin dalam jaringan otak sehingga dapat mengganggu fungsi otak dan menimbulkan gejala klinis sesuai tempat akumulasi tersebut.

5. Bayi dengan berat badan lahir rendah

Penyebab kelahiran bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram, yaitu karena usia kehamilan kurang dari 37 minggu, berat badan lebih rendah dari semestinya, sekalipun cukup bulan, atau karena kombinasi keduanya.

6. Kematian perinatal

Adalah kematian hasil *konsepsi* setelah mencapai usia 28 minggu atau berat badan janin diatas 1000 gram.

(Manuaba, 2010; h.421).

G. Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir

Kunjungan neonatal tiga kali (dua kali pada minggu pertama dan satu kali pada 8–28 hari) yaitu pada umur 6-48 jam, umur 3-7 hari, dan umur 8-28 hari (Profil Kesehatan Indonesia, 2014; h.110).

Kunjungan Neonatus (KN) Dilakukan sejak bayi usia satu hari sampai usia 28 hari.

1. KN 1 Dilakukan pada umur 2 jam-3 hari (Profil Kesehatan Indonesia 2014; h.110)

Menurut marmi (2012) h 87 mengatakan bahwa asuhan yang diberikan yaitu: perawatan tali pusat ,pemberian ASI eksklusuf ,menjaga kehangatan bayi ,konseling tanda-tanda bahaya BBL, Imunisasi,perawatan bayi sehari-hari dan pencegahan infeksi.

2. KN 2 dilakukan pada umur 3-7 hari (Profil Kesehatan Indonesia 2014; h.110)
Menurut marmi (2012) h.73. asuhan yang diberikan bidan pada saat kunjungan kepada bayi umur 6 hari adalah beritahu hasil pemeriksaan pada ibu, anjurkan ibu menjaga kehangatan bayi, anjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi, beritahu ibu bahwa akan dilakukan kunjungan rumah.

3. KN 3 dilakukan pada umur 8-28 hari (Profil Kesehatan Indonesia 2014; h.110)

Memberitahu ibu hasil pemeriksaan, menganjurkan ibu tetap menjaga kehangatan bayi, menganjurkan ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif sampai 6 bulan, memberikan konseling imunisasi BCG dan polio 1 serta menganjurkan ibu untuk melakukan imunisasi BCG dan polio.

IV. Masa Antara (KB)

A. Pengertian KB

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

Menurut WHO (Expert Committee, 1970), tindakan yang membantu individu/pasutri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga.

Keluarga Berencana (family planning/planned parenthood) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi (Sulistiyawati, Ari, 2014; h.13).

B. Tujuan KB

Sejalan dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 Tentang Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, Dan Sistem Informasi Keluarga, program Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu strategi untuk mengurangi kematian ibu khususnya ibu dengan kondisi 4T; terlalu muda melahirkan (di bawah usia 20 tahun), terlalu sering melahirkan, terlalu dekat jarak melahirkan, dan terlalu tua melahirkan (di atas usia 35 tahun). Selain itu, program KB juga bertujuan untuk meningkatkan kualitas keluarga agar dapat timbul rasa aman, tenang, dan harapan masa depan yang lebih baik dalam mewujudkan kesejahteraan lahir dan kebahagiaan batin. KB merupakan salah satu cara yang paling efektif untuk meningkatkan ketahanan keluarga, kesehatan, dan keselamatan ibu, anak, serta perempuan. Pelayanan KB menyediakan informasi, pendidikan, dan cara-cara bagi laki-laki dan perempuan untuk

dapat merencanakan kapan akan mempunyai anak, berapa jumlah anak, berapa tahun jarak usia antara anak, serta kapan akan berhenti mempunyai anak (Profil kesehatan Indonesia, 2014; h.101).

C. Syarat kontrasepsi

Kontrasepsi hendaknya memenuhi syarat sebagai berikut:

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

(Mochtar, 2012;h.195).

D. Jenis KB

1. Metode Tradisional

- a. *Douce*. Atau *douching* membersihkan daerah vagina dengan cara menyemprotkan zat pembersih vagina setelah senggama. Namun angka keberhasilan metode ini sangat rendah karena metode ini keliru. Saat *ejakulasi* sperma masuk ke dalam vagina sampai ke tulang serviks atau saluran *serviks*, dan mustahil penyemprotan hingga ke daerah tersebut.
- b. *Koitus Interuptus*. Atau menarik kembali pada saat pria merasa akan ejakulasi. Angka keberhasilan cukup tinggi tergantung

pengendalian diri yang ideal pada pria. Namun pria sering kali menganggap metode ini menghambat kepuasan seksual (Varney. 2007; h.413).

2. Metode Keluarga Berencana Alami

- a. Metode kalender: hanya dapat memprediksi kapan masa subur wanita dalam siklus menstruasinya sehingga kemungkinan besar bisa hamil. Perkiraan ini didasarkan pada waktu ovulasi seperti yang ditetapkan berdasarkan perhitungan kalender, yang dibuat dari riwayat menstruasi selama 8 sampai 12 siklus menstruasi.
- b. Metode lendir serviks: didasarkan pada pengenalan perubahan lendir serviks selama siklus menstruasi, yang menggambarkan masa subur dalam siklus dan waktu fertilitas maksimal dalam masa subur.
- c. Metode suhu basal tubuh: mendeteksi kapan ovulasi terjadi dengan peningkatan suhu tiba – tiba satu hingga dua hari.
- d. Metode gejala suhu: mengamati lendir serviks dan perubahan suhu basal pada masa ovulasi atau masa subur wanita.
- e. Metode amenore laktasi: kehamilan jarang terjadi selama enam bulan pertama setelah melahirkan di antara wanita menyusui. Ovulasi dapat dihambat oleh kadar prolaktin yang tinggi. Dan wanita yang belum mengalami perdarahan pervaginam setelah 56 hari pascapartum (Varney. 2007; h.423).

3. Metode barrier

a. Macamnya

1) Kondom

Merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan di antaranya lateks (karet), plastik (*vinil*), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat hubungan seksual (Affandi, 2011; h.MK-17).

2) Diagfragma

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

b. Cara kerjanya

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

c. Manfaat kontrasepsi

- 1) Efektif bila digunakan dengan benar
- 2) Tidak mengganggu produksi ASI
- 3) Tidak mengganggu kesehatan klien
- 4) Tidak mempunyai pengaruh sistemik
- 5) Murah dan dapat dibeli secara umum
- 6) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus

- 7) Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda.

(Affandi, 2011;h.MK-18)

d. Keterbatasan

- 1) Efektivitas tidak terlalu tinggi
- 2) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi
- 3) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung)
- 4) Pada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi
- 5) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual
- 6) Beberapa klien malu untuk membeli kondom di tempat umum
- 7) Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah (Affandi, 2011;h.MK-19).

4. Kontrasepsi hormonal

- a. Menggunakan hormon *esterogen* dan *progesteron* atau salah satunya. Macamnya adalah:

- 1) Kontrasepsi hormonal pil: dengan sistem 28 (terus diminum tanpa berhenti) dan sistem 22/21 (berhenti minum selama 7 sampai 8 hari dengan mendapat kesempatan menstruasi).
- 2) Kontrasepsi hormonal suntikan: *depoprovera* (interval 12 minggu), *Norigest* (interval 8 minggu), dan *Cyclofem* (interval 4 minggu).

- 3) Kontrasepsi hormonal susuk: setiap kapsul mengandung 36 mg *Levonorgestrel* yang akan dikeluarkan setiap harinya sebanyak 80 mcg.
- b. Fungsi dari kontrasepsi hormonal yaitu:
 - 1) Menghalangi *FSH* dan *LH* sehingga tidak terjadi pelepasan ovum
 - 2) Mengentalkan lendir serviks
 - 3) Mengganggu peristaltik tuba fallopi.
 - c. Keuntungan dari kontrasepsi hormonal:
 - 1) Efektifitasnya tinggi
 - 2) Sangat mudah didapatkan dan metode ini sering digunakan
 - 3) Tidak mengganggu proses laktasi pada ibu
 - d. Kerugian dari kontrasepsi hormonal:
 - 1) Perdarahan (menstruasi) tidak menentu
 - 2) Mempengaruhi fungsi ginjal dan hati pada metode pil
(Manuaba, 2010; h.597)
5. AKDR atau alat kontrasepsi dalam rahim
- a. Waktu penggunaan: setiap waktu haid. Setelah menderita abortus.
 - b. Cara kerja:
 - 1) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi
 - 2) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
 - 3) Mencegah sperma dan ovum bertemu dan juga Implantasi telur dalam uterus

c. Keuntungan:

- 1) Efektifitasnya tinggi, dapat dirasakan segera setelah pemasangan
- 2) Metode jangka panjang kurang lebih sepuluh tahun
- 3) Tidak mempengaruhi hubungan seksual dan meningkatkan kenyamanan hubungan seksual
- 4) Tidak ada efek samping hormonal
- 5) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI
- 6) Dapat dipasang segera setelah melahirkan
- 7) Dapat digunakan sampai menopause

d. Kerugian:

- 1) Perubahan siklus haid, 3 bulan pertama akan berkurang, dan selanjutnya akan lebih lama dan banyak
- 2) Saat haid lebih sakit dan mengeluarkan *spotting*
- 3) Dapat terjadi penyakit radang panggul
- 4) Merasakan nyeri pada hari pertama hingga kedua setelah pemasangan
- 5) AKDR mungkin dapat terlepas sendiri tanpa diketahui maka harus sering memeriksa posisi benang dari waktu ke waktu (Affandi, 2012; h.MK-81).

6. Kontrasepsi mantap

Metode ini sangat efektif dan perlu prosedur bedah untuk melakukan sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan

tambahan lainnya. Bertujuan untuk sperma tidak dapat bertemu lagi dengan ovum. Macam – macamnya:

- a. Tubektomi: metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Dengan cara mengoklusi tuba fallopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin).
- b. Vasektomi: metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi. Dengan cara mengoklusi vas deferens (mengikat dan memotong atau memasang cincin) (Affandi, 2012; h.MK-90).



Tabel 2.6. Daftar Tilik Penapisan Klien, Metode Nonoperatif

Metode Hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk)	Ya	Tidak
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan ^{1,2}		
Apakah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid setelah senggama		
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata		
Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual		
Apakah pernah nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema)		
Apakah pernah tekanan darah diatas 160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolik)		
Apakah adamasasa atau benjolan pada payudara		
Apakah anda sedang minum obat-obatan anti kjang (epilepsi) ³		
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 (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/perdaraha bercak antara haid atau setelah senggama

Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung valvular atau kongenital

- 1) Apabila klien menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan maka pil kombinasi adalah metode pilihan terakhir
- 2) Tidak cocok untuk pil progestin (minipil), suntikan (DMPA atau NET-EN), atau susuk
- 3) Tidak cocok untuk semua suntikan progestin (DMPA atau NET-EN)
- 4) Tidak cocok untuk AKDR pelepas - progestin

Jika semua keadaan diatas adalah “Tidak” (negatif) dan tidak dicurigai adanya kehamilan, maka dapat diteruskan dengan konseling metode khusus. Bila respon banyak yang “ya” (positif), berarti klien perlu dievaluasi sebelum keputusan akhir dibuat. (BKKBN, 2010)

Tabel 2.7 Daftar Tilik Penapisan Klien, Metode Operasi (Tubektomi)

Keadaan Klien	Dapat dilakukan pada fasilitas rawat jalan	Dilakukan di fasilitas rujukan
Keadaan umum (anamnesis pemeriksaan fisik)	umum dan Keadaan umum baik, tidak ada tanda-tanda penyakit jantung, paru, atau ginjal	Diabetes tidak terkontrol, riwayat gangguan pembekuan darah, ada tanda-tanda penyakit

		jantung, paru atau ginjal
Keadaan emosional	Tenang	Cemas, takut
Tekanan darah	< 160/100 mmHg	≥ 160/100 mmHg
Berat badan	35-85 kg	>85 kg; <35 kg
Riwayat operasi abdomen / panggul	Bekas seksio sesarea (tanpa perlekatan)	Operasi abdomen lainnya, perlekatan atau terdapat kelainan pada pemeriksaan panggul
Riwayat radang panggul, hamil ektopik, apendisitis	Pemeriksaan dalam normal	Pemeriksaan dalam ada kelainan
Anemia	Hb ≥ 8 g%	Hb < 8 g%

Sumber : BKKBN (2010)

Tabel 2.8. : Daftar Tilik Penapisan Klien, Metode Operasi (Vasektomi)

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

Sumber : BKKBN (2010)

II. Tinjauan Asuhan Kebidanan

A. Pendokumentasian asuhan kebidanan dengan cara 7 langkah Varney

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

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

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

Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

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

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

5. Meninjau data laboratorium. Pada langkah ini, dikumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Pada langkah ini, bidan mengumpulkan data dasar awal secara lengkap.

Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Kegiatan yang dilakukan adalah menginterpretasikan semua data dasar yang telah dikumpulkan sehingga ditemukan diagnosis atau masalah. Diagnosis yang dirumuskan adalah diagnosis dalam lingkup praktik kebidanan, perihal yang berkaitan dengan pengalaman klien ditemukan dari hasil pengkajian.

Langkah III : Identifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

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

Langkah IV : Identifikasi Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan Segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien. Ada kemungkinan, data yang diperoleh memerlukan tindakan yang harus segera dilakukan oleh bidan, sementara kondisi yang lain masih bisa menunggu beberapa waktu lagi.

Langkah V : Perencanaan Asuhan yang Menyeluruh

Direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi dilihat juga dari apa yang akan diperkirakan terjadi selanjutnya, apakah dibutuhkan konseling dan apakah perlu merujuk klien. Setiap asuhan yang direncanakan harus disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu bidan dan pasien.

Langkah VI : Pelaksanaan

Melaksanakan rencana asuhan yang sudah dibuat pada langkah ke-5 secara aman dan efisien. Kegiatan ini bisa dilakukan oleh bidan atau anggota tim kesehatan yang lain. Jika bidan tidak melakukan sendiri, bidan tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam situasi ini, bidan harus berkolaborasi dengan tim kesehatan lain atau dokter. Dengan demikian, bidan harus bertanggung jawab atas terlaksananya rencana asuhan yang menyeluruh yang telah dibuat bersama tersebut.

Langkah VII : Evaluasi

Dilakukan oleh bidan adalah:

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

B. Pendokumentasian asuhan kebidanan dengan cara SOAP

Dokumentasi SOAP (Subjektif, Objektif, Assessment, Planning)

1. Pembuatan grafik metode SOAP merupakan pengelolaan informasi yang sistematis yang mengatur penemuan dan konklusi kita menjadi suatu rencana asuhan.
2. Metode ini merupakan inti sari dari proses penatalaksanaan kebidanan guna menyusun dokumentasi asuhan.
3. SOAP merupakan urutan langkah yang dapat membantu kita mengatur pola pikir kita dan memberikan asuhan yang menyeluruh.

SOAP

1. Subjektif

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

2. Objektif

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

3. Assessment

- a) Pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan data) data subjektif dan objektif
- b) Diagnosis atau masalah

- c) Diagnosis atau masalah potensial
- d) Antisipasi diagnosis atau masalah potensial atau tindakan segera

4. Planning

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

C. Aspek Hukum

1. Landasan hukum kewenangan bidan

Berdasarkan PEMENKES RI nomor 1464/MENKES/PER/XI/2010 tentang penyelenggaraan praktik bidan pada:

Pasal 9 dijelaskan bahwa bidan dalam menjalankan praktiknya, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak dan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Pasal 10 menjelaskan bahwa dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu meliputi konseling pada masa pra kehamilan, kehamilan normal, persalinan normal, ibu nifas normal, ibu menyusui dan konseling pada masa antara dua kehamilan.

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

Pasal 12 konseling tentang kesehatan reproduksi perempuan dan KB tercantum.

1. Wewenang bidan Berdasarkan PEMENKES RI nomor 1464/MENKES/PER/XI/2010 tentang penyelenggaraan praktik bidan menyebutkan bahwa dalam pasal 14 bidan yang menjalankan praktik di daerah yang tidak memiliki dokter, dapat melakukan pelayanan kesehatan di luar kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 9.

2. Standar Kompetensi Bidan

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

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

Kompetensi ke 2 Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh dimasyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua.

Kompetensi ke 3 Bidan memberi asuhan *antenatal* bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu.

Kompetensi ke 4 Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap

terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin selama persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.

- Kompetensi ke 5 Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.
- Kompetensi ke 6 Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.
- Kompetensi ke 7 Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan–5 bulan).
- Kompetensi ke 8 Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.
- Kompetensi ke 9 Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita atau ibu dengan gangguan sistem reproduksi.

(KEPMENKES RI,2010;h.5).