

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A.KEHAMILAN

1.Definisi

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. (Prawirohardjo, 2010,h;213).

Proses kehamilan merupakan maternal yang bersinambungan dan terdiri dari : ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm. (Manuaba, 2010,h;75). Lama kehamilan berlangsung sampai persalinan aterm adalah sekitar 280 sampai 300 hari dengan perhitungan sebagai berikut :

- a) Usia kehamilan sampai 28 minggu dengan berat janin 1000 g bila berakhir disebut keguguran.
- b) Usia kehamilan 29 sampai 36 minggu bila terjadi persalinan di sebut prematuritas.
- c) Usia kehamilan 37 sampai 42 minggu disebut aterm.
- d) Usia kehamilan melebihi 42 minggu di sebut kehamilan lewat waktu atau postdatism (serotinus).

Dari definisi di atas dapat di simpulkan bahwa kehamilan adalah peristiwa

yang dimulai dari konsepsi (pembuahan) dan berakhir dengan permulaan persalinan, pada kehamilan normal akan berlangsung selama 40 minggu.

2. Mendiagnosa Kehamilan

Untuk mendiagnosa kehamilan dari awal seringkali tidaklah mudah, diantaranya yaitu:

a. Tanda Dugaan Kehamilan (Mnuaba, 2010.h;107).

a) Amenorea (terlambat datang bulan)

b) Mual dan Muntah

Karena adanya pengaruh dari hormon progesteron dan estrogen menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual dan muntah terutama pada pagi hari sering disebut dengan morning sickness namun masih dalam batas fisiologis, keadaan ini masih bisa diatasi.

c) Ngidam

Biasanya wanita hamil pada umumnya mengalami ngidam atau menginginkan sesuatu pada saat dia hamil.

d) Sinkop atau pingsan

Terjadi gangguan sirkulasi ke daerah kepala menyebabkan iskemia susunan syaraf pusat dan menimbulkan pingsan. Keadaan ini akan hilang di usia kehamilan 16 minggu.

e) Payudara tegang

Pengaruh hormon estrogen dan progesteron dan somatomotrofin yang menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang. Ujung

syaraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

f) Sering miksi

Desakan rahim ke depan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi.

g) Konstipasi

Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus, menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.

h) Pigmentasi kulit

Keluarnya melanophore stimulating hormone hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi kulit disekitar pipi, pada dinding perut, dan sekitar payudara.

i) Epulis

Heftrofi gusi yang disebut epulis, dapat terjadi pada saat kehamilan.

j) Varises atau penampakan pembuluh darah vena

Karena adanya pengaruh dari hormon estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama bagi m,ereka yang memiliki bakat penampakan ini terjadi pada daerah genetalia eksterna, kaki dan betis, dan payudara. Dan penampakan pembuluh darh dapat hilang setelah persalinan.

b. Tanda – tanda kemungkinan hamil

a. Tanda-tanda keungkinan hamil (Rustam mochtar, 2012.h;35).

a) Perut membesar.

b) Uterus membesar : terjadi perubahan dalam bentuk, besar dan

konsistensi rahim.

- c) Tanda hegar : ditemukannya serviks dan istmus uteri yang lunak pada pemeriksaan bimanual saat usia kehamilan 4 sampai 6 minggu.
 - d) Tanda chadwick : perubahan warna menjadi kebiruan yang terlihat di porsio, vagina dan labia. tanda tersebut timbul akibat pelebaran vena karena peningkatan kadar estrogen.
 - e) Tanda piskacek : pembesaran dan pelunakan rahim ke salah satu sisi rahim yang berdekatan dengan tuba uterina.
 - f) Kontraksi – kontraksi kecil uterus jika di rangsang = braxton-hicks.
 - g) Teraba balotement.
 - h) Reaksi kehamilan positif.
- b. Tanda pasti (tanda positif)
- a) Gerakan janin yang dapat dilihat, dirasa atau diraba, juga bagian-bagian janin.
 - b) Denyut jantung janin :
 - (a).Di dengar dengan stetoskop-monoaural, linneec.
 - (b).Dicatat dan didengar dengan alat doppler.
 - (c).Dicatat dengan fetu-electrokardiogram.
 - (d).Dilihat pada ultrasonografi.
 - c) Terlihat tulang-tulang janin dalam foto rontgen.
- c. Perubahan fisiologis pada kehamilan, menurut (Manuaba, 2010,h;85).

Dengan terjadinya kehamilan maka seluruh sistem genetalia wanita mengalami perubahan yang mendasar sehingga dapat menunjang perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahim.

Plasenta dalam perkembangannya mengeluarkan hormon somatomamotropin, estrogen dan progesteron yang menyebabkan perubahan pada bagian-bagian tubuh di bawah ini :

1) Perubahan fisik Pada kehamilan TM I

a). Uterus

Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hiperplasia, sehingga menjadi berat 1000 gram saat akhir kehamilan. Otot rahim mengalami hiperplasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena pertumbuhan janin.

b). Vagina

Vagina dan vulva mengalami peningkatan pembuluh darah karena pengaruh estrogen sehingga tampak semakin berwarna merah dan kebiru-biruan (tanda Chadwicks).

c). Ovarium

Dengan terjadinya kehamilan, indung telur yang mengandung korpus luteum gravidarum akan meneruskan fungsinya sampai terbentuknya plasenta yang sempurna pada usia 16 minggu.

d). Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi.

Fungsi hormon mempersiapkan payudara untuk pemberian ASI dijabarkan sebagai berikut :

a. Estrogen, berfungsi :

- (a). Menimbulkan hipertrofi sistem saluran payudara.
- (b). Menimbulkan penimbunan lemak dan air serta garam sehingga payudara tampak makin membesar.
- (c). Tekanan serat saraf akibat penimbunan lemak, air dan garam menyebabkan rasa sakit pada payudara.

b. Progesteron, berfungsi :

- (a). Mempersiapkan asinus sehingga dapat berfungsi.
- (b). Meningkatkan jumlah sel asinus.

c. Somatomotropin, berfungsi :

- (a). Mempengaruhi sel asinus untuk membuat kasein, laktalbumin, dan laktoglobulin.
- (b). Penimbunan lemak disekitar alveolus payudara.
- (c). Merangsang pengeluaran kolostrum pada kehamilan.

e) Sirkulasi Darah ibu

Peredaran darah ibu dipengaruhi beberapa faktor, antara lain:

- (a). Meningkatkan kebutuhan sirkulasi darah sehingga dapat memenuhi kebutuhan perkembangan dan pertumbuhan janin dalam rahi.
- (b). Terjadi hubungan langsung antara arteri dan vena pada sirkulasi retroplasenter.
- (c). Pengaruh hormon estrogen dan progesteron makin meningkat.

Akibat dari faktor tersebut dijumpai beberapa perubahan peredaran darah.

- (a). Pengeluaran air liur secara berlebihan
- (b). Daerah lambung terasa lebih panas

(c).Terjadi mual dan skit / pusing kepala terutama pagi hari

(d).Muntah yang terjadi disebut emesis gravidarum.

f) Plasenta dan air ketuban

Plasenta berbentuk bundar dengan ukuran 15 cm X 20 cm dengan tebal 2,5 sampai 3 cm dan berat plasenta 500 g. Tali pusat yang menghubungkan plasenta panjangnya 25 sampai 60 cm. Plasenta terbentuk sempurna pada minggu 16 di mana desidua parietalis dan desidua kapsularis telah menjadi satu. Plasenta adalah akar janin untuk menghisap nutrisi dari ibu dalam berbentuk oksigen, asam amino, vitamin, mineral, dan zat lainnya ke janin dan membuang sisa metabolisme janin dan karbondioksida.

d. Kebutuhan dasar pada ibu hamil Trimester I ialah :

- a) Pola istirahat yang cukup
- b) Kebutuhan gizi dan nutrisi ibu hamil
- c) Rileksasi
- d) Diet ringan untuk mengatasi mual muntah
- e) Pengetahuan/ informasi tentang ibu hamil
- f) Olahraga atau senam hamil
- g) Menjaga personal hygiene
- h) Pemberian imunisasi TT

2. Perubahan fisik pada Trimester II antara lain yaitu :

- a) Terjadinya pembesaran pada pembuluh-pembuluh darah alat genitalia
- b) Konsistensi serviks menjadi lunak dan akan mengeluarkan sekresi lebih banyak.

- c) Pada usia kehamilan 16 minggu cavum uteri sama sekali diisi oleh ruang amnion yang terisi janin dan istimus menjadi bagian korpus uteri. Pada usia 16 minggu mulai terbentuk plasenta dan menggantikan fungsi korpus luteum graviditatum.
- d) Pada kehamilan 12 minggu ke atas puting susu dapat mengeluarkan cairan berwarna putih agak jernih yang disebut colostrum.
- e) Biasanya terjadi konstipasi karena pengaruh hormon progesteron yang meningkat.
- f) Penurunan tekanan oksigen sehingga wanita hamil sering mengeluhkan sesak nafas.

Kebutuhan dasar ibu hamil Trimester II ialah :

- a) Penggunaan pakaian dalam yang berbahan katun untuk mempermudah penyerapan keringat
- b) Kebutuhan gizi yaitu peningkatan konsumsi protein, vitamin, dan zatbesi.

3. Perubahan fisik pada Trimester III antara lain yaitu :

- a) Istmus lebih nyata menjadi korpus uteri dan berkembang menjadi segmen bawah rahim
- b) Kepala janin mulai turun ke pintu atas panggul, sehingga keluhan sering kencing akan timbul karena kandung kencing mulai tertekan.
- c) Kenaikan berat badan sekitar 5,5 kg, penambahan berat badan mulai awal kehamilan sampai akhir adalah 10-12 kg.
- d) Sakit pinggang yang diakibatkan oleh hormon progesteron dan hormon relaxing yang menjadikan relaksasi jaringan ikat dan otot-otot,

biasanya terjadi pada satu minggu terakhir kehamilan (Sujiyatini,2008 h; 55-69).

Kebutuhan dasar ibu hamil Trimester III yaitu :

- a) Mempersiapkan rencana tempat kelahiran, memilih penolong (tenaga kesehatan) untuk membantu proses persalinan
- b) Mempersiapkan rencana jika terjadi komplikasi
- c) Konseling tentang tanda-tanda persalinan
- d) Konseling tentang tanda bahaya persalinan

4. Perubahan psikologis pada kehamilan, (Yunita, 2010.h;72)

a. Perubahan psikologi pada trimester 1

Perubahan psikologis yang terjadi pada kehamilan trimester 1 di dasari pada teori revarubin. Teori ini menekankan pada pencapaian peran sebagai ibu, dimana untuk mencapai peran ini seorang wanita memerlukan proses belajar melalui serangkaian aktifitas..

Perubahan psikologi pada ibu

- (1)Terbuka atau diam – diam
- (2)Perasaan ambivalent terhadap kehamilannya.
- (3)Berkembang perasaan khusus, mulai tertarik karena akan menjadi ibu.
- (4)Antipati karena ada perasaan tidak nyaman terutama pada ibu yang tidak menginginkan kehamilan.
- (5)Perasaan gembira.
- (6)Ada perasaan cemas karena akan punya tanggung jawab sebagai ibu.
- (7)Menerima atau menolak perubahan fisik.

b. Perubahan psikologi pada trimester II

1) Perubahan psikologi pada ibu

- a) Ibu mengalami perubahan fisik yang lebih nyata.
- b) Ibu merasakan adanya pergerakan janin karena ia menerima dan menganggap sebagai bagian dari dirinya.
- c) Dorongan seksual dapat meningkat atau menurun.
- d) Mencari perhatian suami.
- e) Berkonsentrasi pada kebutuhan dirinya dan bayinya.
- f) Perasaan lebih berkembang sehingga ibu mulai mempersiapkan perlengkapan bayinya.
- g) Perasaan cenderung lebih stabil.

c. Perubahan psikologi pada trimester III

1) Perubahan psikologi pada ibu

- a) Kecemasan dan ketegangan semakin meningkat oleh karena perubahan postur tubuh atau terjadi gangguan body image.
- b) Merasa tidak feminim menyebabkan perasaan takut perhatian suami berpaling atau tidak menyenangkan kondisinya.
- c) 6-8 minggu menjelang persalinan perasaan takut semakin meningkat, merasa cemas terhadap kondisi bayi dan dirinya.
- d) Adanya perasaan tidak nyaman.
- e) Sukar tidur oleh karena kondisi fisik atau frustrasi terhadap persalinan.
- f) Menyibukan diri dalam persiapan menghadapi persalinan.

5. Tanda bahaya kehamilan

- a. Perdarahan pervagina
- b. Sakit kepala menetap
- c. Nyeri perut yang hebat
- d. Pandangan kabur
- e. Pergerakan janin berkurang
- f. Odema pada wajah dan tungkai
- g. Demam tinggi
- h. Ketuban pecah dini
- i. Kejang

6. Ketidaknyamanan dalam kehamilan

Menurut varney, 2007.h;539-543 tanda ketidaknyamanan dalam kehamilan:

- a. Nause adalah mual muntah yang terjadi pada saat perut kosong dan paling sering pada siang dan sore hari ataupun sepanjang hari.
- b. Salivas berlebih
- c. Keletihan
- d. Nyeri punggung bagian atas
- e. Leukorea adalah sekresi vagina dalam jumlah besar dengan konsistensi kental atau cair.
- f. Sering buang air kecil
- g. Nyeri ulu hati
- h. Konstipasi
- i. Insomnia
- j. Kesemutan dan baal pada jari

8. Asuhan Pada Kehamilan

Menurut (Prawirohardjo,2010.h;96) asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selma kehamilan.

Ada 6 alasan penting untuk mendapatkan asuhan antenatal, yaitu :

- 1) Membangun rasa saling percaya antara klien dan petugas kesehatan
- 2) Mengupayakan terwujudnya kondisi terbaik bagi ibu dan bayi yang dikandungnya
- 3) Memperoleh informasi dasar tentang kesehatan ibu dan kehamilannya
- 4) Mengidentifikasi dan menata laksana kehamilan resiko tinggi
- 5) Memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan dalam menjaga kualitas kehamilan dan merawat bayinya
- 6) Menghindarkan gangguan kesehatan selama kehamilan yang akan membahayakn keselamatan ibu hamil dan bayi yang dikandungnya.

Tujuan pemeriksaan dan pengawasan ibu hamil menurut (Rustam Mochtar,2012.h;38).

Tujuan umum adalah menyiapkan seoptimal mungkin fisik dan mental ibu dan anak selama dalam kehamilan, persalinan, dan nifas dengan demikian didapatkan ibu dan anak yang sehat

Tujuan khusus adalah

- 1) Mengenali dan menangani penyulit-penyulit yang mungkin dijumpai dalam kehamilan persalinan, dan nifas.
- 2) Mengenali dan mengobati penyakit-penyakit yang mungkin diderita sedini mungkin.

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

Menurut (Sumarni,2011.h;72) Dalam asuhan kehamilan ada beberapa penanganankehamilannormal yaitu :

- a) Memantau kemajuan kehamilan seperti, tekanan darah, nadi, respirasi, oedema, suhu, tinggi fundus uteri, detak jantung janin, dan gerakan janin
- b) Memberikan zat besi
- c) Memeriksa imunisasi TT
- d) Memberikan konseling ;
 - (a). Gizi
 - (b). Senam
 - (c).Perubahan fisiologis hamil
 - (d).Kunjungan ulang
 - (e).Tanda bahaya
 - (f).Persiapan, rencana persalinan
 - (g).Personal hygiene
 - (h).Petunjuk dini untuk cegah t
 - (i).Terlambat dalam ambil keputusan
 - (j).Perawatan payudara
 - (k).Ketidaknyamanan pada ibu hamil

Hamil dengan masalah khusus

- a. Memberi seluruh asuhan ibu hamil normal
- b. Memberikan konseling khusus sesuai kebutuhan dan masalah
- c. Merujuk ke dokter untuk konsultasi
- d. Merencanakan secara dini jika tidak aman untuk partus dirumah

Menurut Manuaba, 2010 jadwal pemeriksaan antenatal care

1) Trimester I dan II

- a) Setiap bulan sekali
- b) Diambil data tentang laboratorium
- c) Pemeriksaan ultrasonografi
- d) Nasehat tentang diet empat sehat lima sempurna, tambahan protein
- e) Observasi adanya penyakit yang dapat mempengaruhi kehamilan, komplikasi kehamilan
- f) Rancangan untuk pengobatan penyakitnya, menghindari terjadinya komplikasi kehamilan dan imunisasi tetanus I.

2) Trimester III

- a) Setiap dua minggu sekali sampai ada tanda kelahiran
- b) Evaluasi data laboratorium untuk melihat hasil pengobatan
- c) Diet empat sehat lima sempurna
- d) Pemeriksaan ultrasonografi
- e) Imunisasi tetanus II
- f) Observasi adanya penyakit yang menyertai kehamilan, komplikasi hamil trimester ketiga
- g) Rencana pengobatan

- h) Nasihat tentang tanda in partu, kemana harus datang untuk melahirkan.

Menurut (Roestam Muchtar, 2012.h;38) jadwal kunjungan pemeriksaan antenatal adalah sebagai berikut

- 1) Periksa pertama kali yang ideal adalah sedini mungkin ketika haidnya terlambat 1bulan
- 2) Periksa ulang 1 kali sebulan sampai umur kehamilan 7 bulan
- 3) Periksa ulang 2 kali sebulan sampai umur kehamilan 9 bulan
- 4) Periksa ulang setiap minggu sesudah kehamilan 9 bulan
- 5) Periksa khusus bila ada keluhan-keluhan.

8. Komplikasi Pada Kehamilan

1. Perdarahan

a. Pengertian*

Perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu. Perdarahan sebelum, sewaktu, dan sesudah bersalin adalah kelainan yang tetap berbahaya dan mengancam jiwa ibu.(Moctar, 2010.h.40).

Perdarahan yang berhubungan dengan kehamilan dibedakan dalam dua kelompok utama yaitu perdarahan antepartum dan perdarahan postpartum. Perdarahan antepartum adalah perdarahan pervaginam yang terjadi sebelum bayi lahir. Perdarahan yang terjadi sebelum kehamilan 28 minggu sering kali berhubungan dengan aborsi dan kelainan. Perdarahan kehamilan setelah 28 minggu dapat

disebabkan karena terlepasnya plasenta secara prematur trauma atau penyakit saluran kelamin bagian bawah.

b. Klasifikasi

1). Plasenta Previa

a). Pengertian

keadaan dimana plasenta berimplantasi pada tempat abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. (Moctar, 2010)

b). Etiologi menurut (Mochtar, 2012.h;185).

Banyak penyebab plasenta previa yang belum diketahui atau belum jelas. Teori dan faktor-faktor dikemukakan sebagai etiologinya.

- (a). Endometrium yang inferior
- (b). Chorion leave yang persisten
- (c). Korpus luteum yang bereaksi lambat

c). Tanda dan gejala

Perdarahan pada kehamilan setelah 288 minggu atau pada kehamilan lanjut, sifat perdarahannya tanpa sebab, tanpa nyeri, dan berulang. Kadang-kadang perdarahan terjadi pada pagi hari setelah bangun tidur.

2). Solusio Plasenta

a) Pengertian

Suatu keadaan dimana plasenta yang letaknya normal terlepas dari perlekatannya sebelum janin lahir biasanya dihitung sejak kehamilan 28 minggu.(Mochtar, 2012.h;191).

b) Klasifikasi

Menurut derajat lepasnya plasenta

(a).Solusio Plasenta Paralis

Bila hanya sebagian saja plasenta yang terlepas dari tempat perlekatannya

(b).Solusio Plasenta Totalis

Bila seluruh plasenta sudah terlepas dari perlekatannya

(c).Kadang-kadang plasenta ini turun ke bawah dan dapata teraba pada pemeriksaan dalam, biasanya disebut dengan prolapsus plasenta

c) Etiologi Solusio Plasenta

Sebab yang jelas terjadi solusio plasenta belum diketahui hanya para ahli mengemukakan teori:

Akibat turunya tekanan darah secara tiba-tiba oleh spasme dari arteri yang menuju keruangan interviler, terjadilah anoksemia dari jaringan bagian distalnya. Sebelum ini menjadi nekrotis spasme hilang dan darah kembali mengalir ke dalam intervili, namun pembuluh darah distal tadi sudah demikian rapuhnya serta mudah pecah , sehingga terjadi hematoma.yang lambat laun melepaskan plasenta dari rahim.

2. Pre – eklamsia dan eklamsia

a. Pengertian

Eklamsia yaitu kelanjutan dari preeklamsia berat dengan tambahan gejala kejang dan/ atau koma. Menjelang kejang-kejang dapat didahului gejala subjektif yaitu nyeri kepala di daerah frontal, nyeri epigastrium, penglihatan semakin kabur, dan terdapat mual dan muntah dan pemeriksaan penunjang hiper-refleksia atau mudah terangsang, selama kejang-kejang dapat terjadi kenaikan suhu 40° C, frekuensi nadi bertambah cepat, dan tekanan darah meningkat. (Ida Ayu Chandranita Manuaba, 2012, hal. 267).

b. Klasifikasi

a. Preeklamsia Ringan

Tekanan darah 140/90 mmHg atau lebih yang diukur pada posisi berbaring terlentang; atau kenaikan diastolik 15mmHg atau lebih; atau kenaikan sistolik 30 mmHg atau lebih.cara pengukurang sekurang-kurangnya pada 2 kali pemeriksaan dengan jarak periksa 1 jam, sebaiknya 6 jam. Edema umum, kaki, jari tangan, dan muka; atau kenaikan berat badan 1 kg atau lebihper minggu. Proteinuria kwantitatif 0,3 gr atau lebih per liter, kwantitatif 1 + atau 2 + pada urin kateter atau midstream.

b. Preeklamsia Berat

Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih. Proteinuria 5 gr atau lebih per liter. Oliguria, yaitu jumlah urin kurang dari 500

cc per 24 jam. Adanya gangguan serebral, gangguan visus dan rasa nyeri pada epigastrium. Terdapat edema paru dan epigastrium.

(Icesmi Sukarni K, 2013, h; 170).

c. Tanda dan gejala

Tanda-tanda pre eklamsia biasanya timbul dalam urutan penambahan berat badan yang berlebihan, diikuti oedema, hipertensi, dan akhirnya proteinuria. Pada pre eklamsia ringan tidak ditemukan gejala-gejala subjektif, pada preeklamsia ditemukan sakit kepala di daerah frontal, skotomata, diploma, penglihatan kabur, nyeri di daerah epigastrium, mual dan muntah-muntah.

Gejala -gejala ini sering ditemukan pada preeklamsia yang meningkat dan merupakan petunjuk bahwa preeklamsi akan timbul.(Marmi.dkk, 2011, hal. 67).

3. Kelainan letak (letak lintang/letak sungsang)

a. Pengertian

Presentasi bokong adalah janin letak memanjang dengan bagian terendahnya bokong, kaki, atau kombinasi keduanya. (Mochtar, 2010.h;243)

b. Etiologi

Menurut (Prawirohardjo,2008.h;207), etiologi pada presentasi bokong meliputi :

a) Multiparitas

b) Hidramnion

- c) Hidrosefalus
 - d) Plasenta previa
 - e) Panggul sempit
 - f) Kelainan uterus
 - g) Lilitan tali pusat atau tali pusat pendek
 - h) Terdapat tumor di pelvis minor yang mengganggu kepala janin ke pintu atas panggul (PAP).
 - i) Kehamilan ganda
- c. Tanda dan gejala
- (a) Sering kali ibu merasa kehamilannya terasa penuh dibagian atas.
 - (b) Ibu merasa gerakan janin terasa lebih banyak pada bagian bawah.
 - (c) Pada pemeriksaan palpasi
 - I. Fundus uteri dapat diraba bagian yang keras, bulat dan melenting yakni kepala.
 - II. Bagian bawah terasa bagian yang lunak, tidak rata dan tidak melenting yakni bokong.
 - (d) Pada pemeriksaan auskultasi

Denyut jantung janin pada umumnya ditemukan setinggi atau sedikit lebih tinggi dari pada umbilicus.
 - (e) Apabila masih ada keragu-raguan,Harusdipertimbangkan untuk melakukan pemeriksaan ultrasonografik.

4. Ketuban pecah dini

a. Pengertian

Ketuban pecah dini didefinisikan sebagai pecahnya ketuban sebelum waktunya melahirkan. Hal ini dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan. KPD preterm adalah KPD sebelum usia kehamilan 37 minggu. KPD yang memanjang adalah KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum waktunya melahirkan. Ketuban pecah dini merupakan pecahnya selaput ketuban sebelum ada tanda - tanda persalinan. (Norma,dwi, 2013.h;135).

b. Etiologi

Ketuban pecah dalam persalinan secara umum disebabkan oleh kontraksi uterus dan peregangan berulang. Selaput ketuban pecah karena daerah tertentu terjadi perubahan biokimia yang menyebabkan selaput ketuban inferior rapuh, bukan karena seluruh selaput ketuban rapuh.

Terdapat keseimbangan antara sintesis dan degradasi ekstraseluler matriks. Perubahan struktur, jumlah sel, dan katabolisme kolagen menyebabkan aktivitas kolagen berubah dan menyebabkan selaput ketuban pecah.

c. Tanda dan gejala

- a) Tanda yang terjadi adalah keluarnya cairan ketuban yang merembes melalui vagina.

- b) Aroma air ketuban berbau manis dan tidak seperti bau amoniak, mungkin cairan tersebut masih merembes atau menetaes, dengan ciri pucat dan bergaris warna darah.
- c) Cairan ini tidak akan berhenti atau kering karena terus diproduksi sampai kelahiran. Tetapi jika duduk atau berdiri kepala janin yang sudah terletak di bawah biasanya “mengganjal” atau “menyumbat” kebocoran untuk sementara.
- d) Demam, bercak vagina yang banyak, nyeri perut, denyut jantung janin bertambah cepat merupakan tanda - tanda infeksi. (Nugroho,2012.h;).

5. Kehamilan Kembar

a. Pengertian

Kehamilan Kembar merupakan kehamilan dengan dua janin atau lebih. Kehamilan kembar dapat memberikan risiko yang lebih tinggi terhadap bayi dan ibu. Oleh karena itu, dalam menghadapi persalinan kembar harus dilakukan pengawasan hamil yang lebih intensif. Faktor yang dapat meningkatkan kemungkinan hamil kembar faktor ras, keturunan, umur wanita, dan paritas. Pada kehamilan kembar dengan distensi uterus yang berlebihan dapat terjadi persalinan prematur. Frekuensi hidramnion pada hamil kembar sekitar 10 kali lebih besar dari pada kehamilan tunggal. Keregangan otot rahim yang menyebabkan iskemia uteri dapat meningkatkan kemungkinan pre-eklamsia dan eklamsia.

Keluhan pada kehamilan kembar diantaranya terasa sesak napas, sering ingin berkemih, edema tungkai, dan pembesaran pembuluh darah (varises).

Untuk memperkecil penyulit ibu dan janin, kehamilan kembar perlu penanganan yang lebih intensif dengan melakukan pengawasan hamil lebih sering, melakukan pemeriksaan laboratorium dasar, dan pengobatan intensif terhadap kekurangan nutrisi dan preparat Fe.

Pada kehamilan kembar jika dilakukan pemeriksaan akan diteukan tanda-tanda seperti tiga bagian besar, dua balltoment, Djj berada 10 denyut, diagnosa pasti (USG, foto abdomen).

b. Kemungkinan penyulit kehamilan kembar:

Pada ibu: anemia, pre-eklamsia/eklamsia, persalinan prematur, perjalanan persalinan lebih lama, pospartum atonia uteri dapat disertai perdarahan.

Pada janin: hidramnion, kelainan posisi janin, kelainan kongenital, plasenta previa, solusio plasenta, pertumbuhan janin terhambat, angka kesakitan/kematian tinggi.

Komplikasi pada kehamilan kembar : hidramnion, prematuritas, kelainan letak, plasenta previa, Solusio plasenta, monster vetus.

Pada kehamilan kembar sering terjadi keluhan seperti :

- a. Keluhan subjektif: sesak napas, sering kencing, edema varises.
- b. Keluhan objektif : hiperemesis, pre-eklamsia/ eklamsia, dan hidramnion.

B.PERSALINAN

a. Pengertian

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun ke dalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri). (Manuaba, 2010.h;104).

Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal. (Prawirohardjo, 2010.h;335).

b. Sebab – sebab yang menimbulkan persalinan

Menurut (Prawirohardjo, 2009), sebab terjadinya persalinan sampai kini masih merupakan teori – teori yang kompleks. Faktor – faktor hormonal, prostaglandin, struktur uterus, sirkulasi uterus, pengaruh saraf, dan nutrisi di sebut sebagai faktor – faktor yang mengakibatkan persalinan mulai.

a) Faktor Hormonal

Perubahan – perubahan dalam biokimia dan biofisika telah banyak mengungkapkan mulai dan berlangsungnya partus, antara lain penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Seperti di ketahui progesteron merupakan penenang bagi otot – otot uterus. Menurunnya

kedua hormon ini terjadi kira – kira 1-2 minggu sebelum partus dimulai.

b) Pengaruh prostaglandin

Kadar prostaglandin dalam kehamilan dari minggu ke 15 hingga aterm meningkat, lebih – lebih sewaktu partus. Seperti telah di kemukakan plasenta menjadi tua dengan tuanya kehamilan. Villi koriales mengalami perubahan, sehingga kadar estrogen dan progesteron menurun.

c) Struktur uterus

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot – otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi.

d) Sirkulasi uterus

Faktor lain yang dikemukakan adalah tekanan pada ganglion servikal dari pleksus frankenhauser yang terletak di belakang serviks. Bila ganglion ini tertekan, kontraksi uterus dapat di bangkitkan.

2. Tanda – tanda permulaan persalinan

Menurut (Rustam Mochtar, 2012.h;70). tanda – tanda permulaan persalinan meliputi :

- a) *Lightening* atau *settling* atau *dropping*, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul, terutama pada primigravida. Pada multipara, hal tersebut tidak begitu jelas.
- b) Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.
- c) Sering buang air kecil atau sulit berkemih (*polakisuria*) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.

- d) Perasaan nyeri di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi – kontraksi lemah uterus, kadang – kadang di sebut “ *false labor pains* ”.
- e) Serviks menjadi lembek, mulai mendatar, dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah (*bloody show*).

3. Tanda – tanda *in-partu*

Tanda *in-partu* menurut(Rustam Mochtar,2012.h;69), yaitu :

- a) Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
- b) Keluar lendir bercampur darah (*show*) yang lebih banyak karena robekan – robekan kecil pada serviks.
- c) Kadang – kadang, ketuban pecah dengan sendirinya.
- d) Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan.

4. Faktor – faktor dalam persalinan

Faktor – faktor dalam persalinan menurut (Manuaba,2010.h;169). yaitu :

- a) Kekuatan mendorong janin keluar (*power*)
His (kontraksi otot rahim), kontraksi otot – otot dinding perut, kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan, kerenggangan dan kontraksi ligamentum rotundum.
- b) Pasanger (janin dan plasenta).
- c) Passage (jalan lahir lunak dan jalan lahir tulang).

.5. Tahapan persalian

Partus di bagi menjadi 4 tahap menurut Winkjosastro (2009), yaitu :

a). Kala I

Kala I adalah kala pembukaan, pada kala I serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm, kala I berlangsung kira – kira 13jam.

Kala I di bagi menjadi 2 fase, yaitu :

- 1) Fase laten : berlangsung selama 8 jam, pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.
- 2) Fase aktif : di bagi lagi menjadi 3 fase, yaitu :
 - (a). Fase akselerasi : dalam waktu 3 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm.
 - (b). Fase dilatasi maksimal : dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.
 - (c). Fase deselasi : pembukaan menjadi lambat kembali, dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 menjadi lengkap.
- 3) Kebutuhan dasar bagi ibu bersalin pada kala I yaitu :
 - a) Asuhan fisik dan psikologis
 - b) Kehadiran seorang pendamping
 - c) Pengurangan rasa sakit dapat dengan memberikan rangsangan, pendekatan dengan ibu, sentuhan dan masase, kompres hangat maupun dingin
 - d) Penerimaan atas sikap dan perilakunya
 - e) Informasi dan kepastian tentang hasil persalinan yang aman
 - f) Kebutuhan makan dan minum
 - g) Kebutuhan eliminasi (kandung kencing harus kosong)
 - h) Pemilihan posisi yang nyaman bagi ibu (Sumarah, 2008.h;72).

a) Kala II

Kala II di sebut juga kala pengeluaran, oleh karena berkat kekuatan his dan kekuatan mengedan janin didorong keluar sampai

lahir.Kala II his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira – kira 2 sampai 3 menit sekali. Kala II berlangsung rata – rata 1.5 jam. (Rustam mochtar,2010.h;71).

Kebutuhan dasar ibu bersalin pada kala II yaitu :

- a) Dukungan emosional
- b) Pendamping persalinan
- c) Masase pada pinggang
- d) Mengajari cara pernafasan
- e) Memberikan kebebasan posisi persalinan
- f) Pemberian nutrisi untuk tenaga saat mengejan.(Sumarah, 2008.h;74).

b) Kala III

Dalam kala III atau kala uri plasenta terlepas dari dinding uterus dan di lahirkan.Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak di atas pusat.Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya.Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri.

Kebutuhan dasar ibu bersalin kala III :

- a) Memberikan kesempatan pada ibu untuk memeluk bayinya dan menyusui segera
- b) Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan
- c) Pencegahan infeksi pada kala III
- d) Memantau keadaan ibu (tanda vital, kontraksi, perdarahan)
- e) Melakukan kolaborasi atau rujukan bila terjadi ke gawatdaruratan

- f) Pemenuhan kebutuhan nutrisi
- g) Meberikan motifasi dan pendampingan selama kala III.(Sumarah, 2008.h;75).

c) Kala IV

Kala IV mulai dari lahirnya plasenta dan lamanya 2 jam. Pada satu jam pertama observasi di lakukan setiap 15 menit sedangkan pada jam ke 2 observasi di lakukan setiap 30 menit.

Kebutuhan pada ibu bersalin kala IV yaitu :

- a) Pemeriksaan fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 20-30 menit selama jam kedua
- b) Memeriksa tekanan darah,nadi,kandung kemih, dan perdarahan selama 15 menit pada jam pertama dan 30 menit pada jam kedua
- c) Memberikan minum untuk pencegahan dehidrasi
- d) Membersihkan perinium dan mengenakan pakaian ibu yang bersih dan kering
- e) Membantu ibu untuk mobilisasi dini.(Sumarah, 2008.h;75).

6.Mekanisme persalinan normal:

Persalinan kala II dimulai setelah pembukaan serviks lengkap dan berakhir dengan lahirnya seluruh badan janin.mekanisme persalinan merupakan pergerakan kepala janin dalam rongga dasar panggul untuk menyesuaikan diri dengan luas panggul sehingga kepala dapat lahir secara spontan.diameter kepala janin berusaha menyesuaikan dengan diameter terbesar dalam ukuran panggul ibu.

Ada tiga ukuran diameter kepala janin yang digunakan sebagai patokan dalam mekanisme persalinan normal,antara lain:

a. Jarak biparietal

Merupakan diameter melintang terbesar dari kepala janin, dipakai di dalam definisi penguncian (engagement).

b. Jarak suboksiput bregmatika

Jarak antara batas dari leher dan oksiput ke anterior fontanel, ini adalah diameter yang bersangkutan dengan presentasi kepala.

c. Jarak oksipitomental

Merupakan diameter terbesardari kepala janin merupakan diameter yang bersangkutan dengan presentasi dahi.

Mekanisme persalinan normal terbagi dalam beberapa tahap gerakan kepala janin di dasar panggul yang diikuti dengan lahirnya seluruh anggota badan bayi.

1. Penurunan kepala.

Terjadi selama proses persalinan karena daya dorong dari kontraksi uterus yang efektif, posisi, serta kekuatan meneran dari pasien.

2. Penguncian (engagement)

Tahap penurunan pada waktu diameter biparietal dari kepala janin telah melalui lubang masuk panggul pasien.

3. Fleksi.

Dalam proses masuknya kepala janin ke dalam panggul, fleksi menjadi hal yang sangat penting karena dengan fleksi diameter kepala janin terkecil dapat bergerak melalui panggul, tahannya akan meningkatkan fleksi menjadi bertambah besar yang sangat diperlukan agar saat sampai di dasar panggul kepala janin sudah dalam keadaan fleksi maksimal.

4. Putaran paksi dalam

Putaran internal dari kepala janin akan membuat diameter anteroposterior (yang lebih panjang) dari kepala menyesuaikan diri dengan diameter anteroposterior dari panggul pasien. Kepala akan berputar dari arah diameter kanan, miring ke arah diameter PAP dari panggul tetapi bahu tetap miring ke kiri, dengan demikian hubungan normal antara as panjang kepala janin dengan as panjang dari bahu akan berubah dari leher akan berputar 45 derajat. Hubungan antara kepala dan panggul ini akan terus berlanjut selama kepala janin masih berada dalam panggul.

Pada umumnya rotasi penuh dari kepala ini akan terjadi ketika kepala telah sampai di dasar panggul atau segera setelah itu. Perputaran kepala yang dini kadang-kadang terjadi pada multipara atau pasien yang mempunyai kontraksi efisien.

a) Lahirnya kepala dengan cara ekstensi.

Cara kelahiran ini untuk kepala dengan posisi oksiput posterior, proses ini terjadi karena gaya tahanan dari dasar panggul, dimana gaya tersebut membentuk lengkungan carus, yang mengarahkan kepala ke atas bergeser kebawah simfisis pubis dan bekerja sebagai titik poros. uterus yang berkontraksi kemudian memberikan tekanan di kepala yang menyebabkannya ekstensi lebih lanjut saat lubang vulva-vagina membuka lebar.

b) Resitusi

Perputaran kepala sebesar 45 derajat baik ke kanan atau ke kiri, bergantung kepada arah dimana ia mengikuti perputaran menuju posisi oksiput anterior.

c). Putaran paksi luar.

Putaran terjadi secara bersamaan dengan putaran internal dari bahu. Pada saat kepala janin mencapai dasar panggul, bahu akan mengalami perputaran dalam arah yang sama dengan kepala janin agar terletak dalam diameter yang besar dari rongga panggul. Bahu anterior akan terlihat pada lubang vulva vaginal, dimana akan bergeser di bawah simfisis pubis.

d). Lahirnya bahu dan seluruh anggota badan bayi.

Bahu posterior akan mengembungkan perineum dan kemudian dilahirkan dengan cara fleksi lateral. Setelah bahu dilahirkan, seluruh tubuh janin lainnya akan dilahirkan mengikuti sumbu carus. (Nugraheny, Sulistyawati, 2010, h; 110-111).

7. Penatalaksanaan

Langkah-langkah asuhan persalinan normal

a. Mengenali gejala dan tanda kala II

1) Mendengar, melihat dan memeriksa gejala dan tanda Kala Dua

a) Ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran

b) Ibu merasakan regangan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina

c) Perineum tidak menonjol

d) Vulva dan spingter ani membuka

b. Menyiapkan pertolongan persalinan

2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana Komplikasi ibu dan bayi baru lahir untuk asfiksia.

Tempat datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

- a) Mengelar kain di atas perut ibu, tempat resusitasi dan ganjal bahu bayi
- b) Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.

3) Memakai celemek plastik

4) Melepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

5) Memakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan dalam.

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

c. Memastikan pembukaan lengkap pada keadaan janin baik

7) membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.

a) Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang

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

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

- 8) Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.
Bila selaput ketuban dalam pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkantung tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
- 10) Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi / saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/menit).
 - a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
 - b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
- d. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran
- 11) Memberitahukan bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - a) Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
 - b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar.

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

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

- a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
- b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
- c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
- d) Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi
- e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
- f) Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum).
- g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
- h) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah 120 menit (2jam) meneran (primigravida) atau 60 menit (1jam) meneran (multigravida).

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

e. Persiapan pertolongan kelahiran bayi

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

16) Meletakkan kain bersih yang dilipat sepertiga bagian di bawah bokong ibu

17) Membuka tutup partuset dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan

18) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

f. Persiapan pertolongan kelahiran bayi

Lahirnya kepala

19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi depleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran perlahan sambil bernafas cepat dan dangkal.

20) Memeriksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi

a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi. *

b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara dua klem tersebut.

21) Menunggu kepala bayi melakukan paksi luar secara spontan

Lahirnya bahu

22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara bipareatal.

Anjurkan ibu untuk meneran saat ada kontraksi. Dengan lembut gerakan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan gerakan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang

Lahirnya badan dan tungkai

- 23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah, gunakan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebaelah atas.
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut kepinggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukan telunjuk diantara kaki dan peganmg masing-masing mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya)

g. Penanganan bayi baru lahir

25) Melakukan penilaian (selintas) :

- a) Apakah bayi menangis kuat dan bernapas tanpa kesulitan?
- b) Apakah bayi bergerak aktif

Jika bayi tidak menangis, tidak bernapas atau megap-megap segera lakukan tindakan resusitasi (langkah 25 ini berlanjut ke langkag-langkah prosedur resusitasi bayi baru lahir dengan asfiksia).

26) Mengeringkan dan posisikan tubuh bayi diatas perut ibu

- a) Keringakn bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya (tanpa membersihkan verniks) kecuali bagian tangan.
- b) Ganti handuk basah dengan handuk kering
- c) Pastikan bayi dalam kondisi mantap dia atas perut ibu

27) Memeriksa kembali perut ibu untuk memastikan tak adabayi lain dalam uterus (bayi tunggal)

28) Membertahuakan pada ibu bahwa penolong akan menyuntikan oksitosin (agar uterus berkontraksi baik)

- 29) Dalam waktu satu menit setelah bayi lahir, suntukan oksitosin 10 unit (intramuskular) di sepertiga paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
- 30) Dengan menggunakan klem, jepit tali pusat,(dua meit setelah lahir) pada sekitar 3 cm dari pusar (umbilikus) bayi. Dari sisi luar klem penjepit, dorong isi talipusatke arah distal (ibu dan lakukan penjepitan kedua pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat
- a) Dengan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit kemudian lakuakn pengguntingan tali pusat (lindungi perut bayi) dianatara dua klem tersebut.
 - b) Ikat tali pusat dengan benang DTT /steril pada satu sisi kemudian lingkarkan kembali benang kesisi berlawanan dan lakukan ikatan kedua menggunakan dengan simpul kunci.
 - c) Lepaskan klem dan masukan ke dalam wadah yang telah disediakan.
- 32) Menemaptka bayi untuk melakuakn kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakan posisi bayi tengkurap di dada ibu. Luaruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada sampai perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posoisi lebih rendah dari puting payudara ibu,.
- 33) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi di kepala bayi.

h.penatalaksanaan aktif kala tiga

- 34) Memindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva.

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

36) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur diatas.

a) Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

i. Mengeluarkan Plasenta

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

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

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

(1). Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.

(2).Lakukan katektisasi (asetik) jika kandung kemih penuh.

(3).Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.

(4).Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.

(5).Segera rujuk jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir.

(6).Bila terjadi perdarahan, lakukan plasenta manual.

38) Saat plasenta muncul di introitus vagina , lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta pada wadah yang telah disediakan.

a) Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.

Rangsangan Taktil (Masase) Uterus

39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)

a) Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik melakukan rangsangan taktil/masase.

IX MENILAI PERDARAHAN

40) Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.

41) Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan

j). Melakukan asuhan pascapersalinan

42) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.

43) Memberi cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi (di dada ibu paling sedikit 1 jam).

a) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.

b) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

44) Melakukan penimbangan bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin k 1 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral setelah satu jam kontak kulit ibu –bayi.

45) Memberikan suntikan imunisasi hepatitis B (setelah 1 jam pemberian vitamin k1) dipaha kanan anterolateral.

a) Letakan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan.

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

k. Evaluasi

46) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam

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

b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan

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

d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik,melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.

- 47) Mengajarkan ibu atau keluarga cara melakukan uterus dan menilai kontraksi
- 48) Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- 49) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam ke 2 pasca persalinan
 - a) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam persalinan
 - b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal
- 50) Memeriksa kembali kondisi bayi yang telah memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5)

I. Kebersihan dan keamanan

- 51) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
- 52) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
- 53) Memersihkan badan ibu menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
- 54) Memastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan
- 55) Menekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%

56) Mencelubkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

57) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan tisu atau handuk pribadi yang kering dan bersih

m. DOKUMENTASI

58) Melengkapi patograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

9. Deteksi dini

a. Persalinan lama

a) Pengertian

Persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primi, dan lebih dari 18 jam pada multi.

b) Etiologi

Sebab – sebab terjadinya partus lama adalah multikomplek, tergantung pengawasan selagi hamil, pertolongan persalian yang baik dan penatalaksanaanya.

Faktor – faktor penyebabnya antara lain :

- a) Kelainan letak janin
- b) Kelainan – kelainan panggul
- c) Kelainan His
- d) Pimpinan partus yang salah
- e) Janin besar atau ada kelainan kongenital
- f) Primi tua

g) Perut gantung, grandemulti

h) Ketuban pecah dini

c) Tanda dan gejala

a) Pada ibu

Gelisah, letuh, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernapasan cepat, dan meteorismus. Di daerah lokal sering dijumpai : ring v/d bandl, edema vulva, edema serviks, cairan ketuban berbau, terdapat mekonium. (Mochtar, 2012.h;213)

b). Pada janin

(a).Denyut jantung janin cepat/hebat/tidak teratur bahkan negatif : air ketuban terdapat mekonium, kental kehijau – hijauan, berbau.

(b).Kaput sutsadenum yang besar

(c).Moulage kepala yang hebat

(d).Kematian janin dalam kandungan (KJDK)

(e).Kematian janin intra partal (KJIP)

(Mochtar, 2012.h;213)

b. Ruptur uteri

Ruptur uteri atau robekan uterus merupakan peristiwa yang sangat berbahaya, yang umumnya terjadi pada persalinan kadang – kadang terjadi pada kehamilan terutama pada kehamilan trimester dua dan tiga.

(Manuaba, 2010.h;232)

c. Laserasi jalan lahir

a) . Pengertian

Robekan yang terjadi pada perineum, vagina, serviks, atau uterus,

dapat terjadi secara spontan maupun akibat tindakan manipulatif pada pertolongan persalinan. (Nugroho, 2010.h;88)

b). Essential diagnosis/cardinal sign

Dicurigai jika perdarahan tetap berlangsung setelah memastikan kontraksi uterus baik dan tidak terdapat sisa jaringan pada uterus ditemukan pada pemeriksaan jalan lahir setelah kelahiran.

c). Diagnosis

Bila perdarahan masih berlangsung meski kontraksi uterus baik dan tidak didapatkan adanya retensi plasenta maupun adanya sisa plasenta, kemungkinan telah terjadi perlukaan jalan lahir.

d). Pemeriksaan fisik menurut, (Nugroho, 2010)

Pemeriksaan :

(1) Inspeksi dengan teliti terhadap vagina, serviks.

(2) Laserasi diklasifikasikan berdasarkan luasnya robekan :

a). Derajat satu :

Mukosa vagina, Komisura posterior, Kulit perineum

Tidak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan dan aposisi luka baik.

b).Derajat dua :

Mukosa vagina, Komisura posterior, Kulit perineum, Otot perineum

c) Derajat tiga

Mukosa vagina, Komisura posterior, Kulit perineum, Otot perineum, Otot sfingter ani.

d) Derajat empat

Mukosa vagina, Komisura posterior, Kulit perineum ,Otot perineum,Otot sfingter ani, Dinding depan rektum.

d. Infeksi atau sepsis

Kuman penyebab infeksi yang masuk ke dalam saluran genital, menjadi salah satu penyebab kematian pada ibu.

e. Ketuban pecah dini

Ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput secara spontan disertai keluarnya cairan berupa air dari vagina setelah kehamilan berusia 22 minggu, 1 jam atau lebih sebelum proses persalinan berlangsung.

f. Pre-eklamsia dan eklamsia

a) Pengertian

Pre-eklamsia merupakan penyulit kehamilan yang akut dan dapat terjadi ante, intra, dan postpartum. (Prawirohardjo, 2009) eklamsia yang terjadi dalam kehamilan menyebabkan kelainan pada susunan syaraf seperti, sakit kepala, gangguan visus, hiperrefleksi, kejang – kejang (konvulsi), dan koma (Mochtar, 2012.h;314)

g. Macam – macam malposisi

a) Posisi oksiput posterior

Keadaan dimana oksiput berada di arah posterior dari diameter transversal pelvis dari satu bentuk kelainan putar paksi dalam (internal rotation) pada proses persalinan.

b) Posisi oksiput transversal

Adanya kemacetan pada panggul tengah dan biasanya karena

diameter panggul tengah yang tidak memadai seperti pada panggul android.

Macam – macam malpresentasi :

a) Presentasi Dahi

Presentasi dahi terjadi manakala kepala janin dalam sikap ekstensi sedang. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba daerah sinsiput yang berada diantara ubun – ubun besar dan pangkal hidung.

b) Presentasi muka

Presentasi muka terjadi apabila sikap janin ekstensi maksimal sehingga oksiput mendekat kearah punggung janin dan dagu menjadi bagian presentasinya. Diagnosis presentasi muka ditegakkan apabila pada pemeriksaan vaginal dapat diraba, mulut, hidung, tepi orbita, dan dagu.

c) Presentasi majemuk

Presentasi majemuk adalah terjadinya prolaps satu atau lebih ekstremitas pada presentasi kepala ataupun bokong. Presentasi majemuk dapat pula terjadi manakala bokong memasuki panggul bersamaan dengan tangan.

d) Presentasi bokong

a. Pengertian

Presentasi bokong adalah janin letak memanjang dengan bagian terendahnya bokong, kaki, atau kombinasi keduanya. (Mochtar, 2010.h;215)

b. Klasifikasi presentasi bokong

(a).Letak bokong murni (*frank breech*)

Teraba bokong, kedua kaki menjungkit ke atas sampai kepala bayi, kedua kaki bertindak sebagai spalk.

(b).Letak bokong kaki sempurna (*complete breech*)

Teraba bokong, kedua kaki berada di samping bokong.

(c). Letak bokong tidak sempurna (*incomplete breech*)

Teraba bokong, di samping bokong teraba satu kaki.

(d).Letak kaki

Bila bagian terendah teraba salah satu dan kedua kaki atau lutut, dapat dibedakan : letak kaki, bila kaki terendah, letak lutut bila lutut terendah. (Manuaba, 2010.h.492).

c. Menentukan cara persalinan

Untuk menentukan cara persalinan pada presentasi bokong di perlukan pertimbangan berdasarkan ada tidaknya kontra indikasi persalinan vaginal, umur kehamilan, taksiran berat janin, dan persetujuan pasien. Percobaan persalinan vaginal tidak dilakukan apabila didapatkan kontra indikasi persalinan vaginal bagi ibu atau janin, presentasi kaki (dan variannya), hiperekstensikepala janin, berat bayi >3.600 gram, tidak adanya informed consent, dan tidak adanya petugas yang berpengalaman melakukan pertolongan.

Luaran yang buruk pada persalinan vaginal bergantung pada berbagai hal yaitu stimulasi persalinan, kala II > 60 menit, keterampilan penolong, persalinan kala I fase aktif yang lambat, (nuligravida < 1,2 cm/jam, multigravida < 1,5 cm/jam), luaran tidak dipengaruhi oleh induksi persalinan, paritas, penggunaan CTG, dan anetesi epidural. (Prawirohardjo, 2010.h;515).

C.NIFAS

a. Definisi

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah placenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula atau sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Wanita yang melalui periode puerperium disebut dengan puerpura. Puerperium (nifas) berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu yang diperlukan untuk pulihnya alat kandungan pada keadaan yang normal. Masa nifas (puerperium) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti pra-hamil. Batasan waktu yang paling singkat (minimum) tidak ada batas waktunya, bahkan bias jadi dalam waktu yang relative pendek darah sudah keluar, sedangkan batasan maksimumnya adalah 40 hari. (Ambarwati dan Wulandari; 2008, hal. 1).

b. Tahapan Masa Nifas

Menurut (Ambarwatiwulandari,2008.h;3), nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu:

1) Puerperium Dini

Kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam dianggap telah berhasil dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2) Puerperium Intermedial

Kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

3) Remote Puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bias berminggu-minggu, bulanan, tahunan.

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Perubahan Sistem Reproduksi

Menurut (Sukarni, Wahyu2013,h;47), Dalam masa nifas, alat-alat genetalia interna maupun eksterna akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan yang terjadi didalam tubuh seorang wanita sangat menakjubkan. Uterus atau Rahim yang bobotnya 60 gram sebelum kehamilan secara perlahan-lahan bertambah besarnya hingga 1 kg selama masa kehamilan dan setelah persalinan akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Perubahan yang terjadi diantaranya:

a) Involusi uterus

Pengembalian uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan disebut involusi. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Pada akhir tahap ketiga persalinan, uterus berada digaris tengah, kira-kira 2 cm dibawah umbilicus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis. Pada saat ini, uterus kira-kira sebesar uterus sewaktu usia kehamilan 16 minggu kira-kira sebesar grapefruit atau jeruk asam dengan berat kira-kira 1000 gram.

Selama 12 jam, tinggi fundus mencapai kurang lebih 1 cm di atas umbilicus. Beberapa hari kemudian, perubahan involusi

berlangsung dengan cepat. Fundus turun kira-kira 1-2 cm setiap 24 jam. Fundus normal dapat berada dipertengahan antar aumbilikus dan simfisis pubis pada hari pasca partum minggu ke-6. Uterus tidak dapat dipalpasi pada abdomen pada hari ke-9 pascapartum.. uterus yang pada waktu hamil penuh (full-term) mencapai 11 kali berat sebelum hamil, berinfolusi menjadi kira-kira 500 gram 1 minggu setelah melahirkan dan 350 gram 2 minggu setelah melahirkan. Seminggu setelah melahirkan, uterus berada didalam panggul sejati lagi. Pada minggu ke-6, berat uterus menjadi 50-60 gram.

Peningkatan kadar esterogen dan progesterone berkontribusi terhadap pertumbuhan pasif uterus selama masa hamil. Pertumbuhan uterus prenatal bergantung pada hyperplasia, peningkatan jumlah sel-sel otot, dan hipertrofi atau pembesaran sel-sel yang sudah ada. Penurunan kadar hormone tersebut menyebabkan autolysis selama pascapartum. Autolysis adalah merusak secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Sel tambahan yang terbentuk selama masa hamil menetap sehingga menyebabkan ukuran uterus sedikit lebih besar setelah hamil. Subinvolusi merupakan kegagalan uterus untuk kembali ke keadaan tidak hamil. Penyebab dari subinvolusi yang paling sering adalah fragmen plasenta yang tertahan dan infeksi. (Roito, dkk, 2013; hal. 59-60).

(Sukarni,Wahyu,2013.h;48), proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

1) Iskemia Miometrium

Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relative anemi dan menyebabkan serat otot atrofi.

2) Autolysis

Merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi didalam otot uterine. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga 10 kali panjangnya dari semula dan lima kali lebih lebar dari semula selama kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai pengrusakan secara langsung jaringan hipertropi yang berlebihan hal ini disebabkan karena penurunan hormone esterogen dan progesterone.

3) Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterin sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplay darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi perdarahan.

b) Involusi Tempat Plasenta

Segera setelah plasenta dan ketuban dikeluarkan, kontraksi vascular dan thrombosis menurunkan tempat plasenta ke suatu area yang meninggi dan bernodul tidak teratur. Pertumbuhan endometrium ke atas menyebabkan pelepasan jaringan nekrotik dan mencegah pembentukan jaringan parut yang menjadi

karakteristik penyembuhan luka. Proses penyembuhan yang unik memungkinkan endometrium mengubah siklusnya menjadi biasa dan implantasi serta plasentasi untuk kehamilan di masa yang akan datang. Regenerasi endometrium selesai pada akhir minggu ke-3 pascapartum, kecuali pada bekas tempat plasenta. Regenerasi pada tempat tersebut biasanya tidak tuntas sampai enam minggu setelah melahirkan. (Roito, dkk, 2013; hal. 61)

c) Perubahan Ligamen

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fascia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah janin lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sedia kala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retroflexi. Tidak jarang pula wanita mengeluh "kandungannya turun" setelah melahirkan oleh karena ligament, fascia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur. (Sukarni dan Wahyu, 2013; hal. 341-342)

d) Perubahan pada Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama dengan uterus. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh dengan pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi/ perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama dilatasi, serviks tidak pernah kembali pada keadaan sebelum hamil.

Bentuknya seperti corong karena disebabkan oleh korpus uteri yang menyebabkan kontraksi, sedangkan serviks tidak

berkontraksi sehingga pada perbatasan antara korpus uteri dan serviks terbentuk cincin.

Muara serviks yang berdilatasi 10 cm pada waktu persalinan, menutup secara bertahap. Setelah bayi lahir, tangan masih bias masuk rongga rahim, setelah 2 jam dapat dimasuki 2-3 jari, pada minggu ke-6 postpartum serviks menutup. (Ambarwati dan Wulandari, 2008; hal.79).

e) Lochea

Menurut (Sukarni dan Wahyu2013.h;342), Dengan adanya involusi uterus, maka lapisan luar dari decidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Decidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Campuran antara darah dan decidua tersebut dinamakan Lochia, yang biasanya berwarna merah muda atau putih pucat.

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/ alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau yang amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Secret mikroskopik Lochea terdiri dari eritrosit, peluruhan decidua, sel epitel dan bakteri. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi.

Menurut Ambarwati dan Wulandari (2008), Pengeluaran Lochea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya diantaranya:

1) Lochea Rubra/ Merah (Kruenta)

Lochea ini muncul pada hari pertama sampai hari ke empat masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi) dan meconium.

2) Lochea Sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecoklatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 postpartum.

3) Lochea Serosa

Lochea ini berwarna kuning kecoklatan kerana mengandung serum, leukosit dan robekan/ laserasi plasenta. Muncul pada hari ke-7 sampai hari ke-14 postpartum.

4) Lochea Alba/ Putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bias berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum.

Lochea rubra yang menetap pada awal periode postpartum menunjukkan adanya perdarahan postpartum sekunder yang mungkin disebabkan tertinggalnya sisa/ selaput plasenta. Lochea serosa atau alba yang berlanjutan bias menandakan adanya endometritis, terutama jika disertai demam, rasa sakit atau nyeri tekan pada abdomen. Bila terjadi infeksi, keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan lochea

purulenta. Pengeluaran lochea yang tidak lancer disebut dengan lochea statis.

f) Vagina dan Perineum

Estrogen pascapartum yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae. Vagina yang semula sangat teregang dapat kembali secara bertahap ke ukuran sebelum hamil, enam sampai delapan minggu setelah bayi lahir. Rugae akan kembali terlihat pada sekitar minggu ke-4, walaupun tidak akan semenonjol wanita nulipara. Pada umumnya, rugae dapat memipih secara permanen. Mukosa tetap atrofik pada ibu yang menyusui sekurang-kurangnya sampai menstruasi dimulai kembali. Penebalan mukosa vagina terjadi seiring pemulihan fungsi ovarium. Kekurangan estrogen menyebabkan penurunan jumlah pelumas vagina dan penipisan mukosa vagina. Kekeringan lokal dan rasa tidak nyaman saat koitus atau dyspareunia menetap sampai fungsi ovarium kembali normal dan menstruasi dimulai lagi. Biasanya wanita dianjurkan menggunakan pelumas larut air saat melakukan hubungan seksual untuk mengurangi nyeri. Pada awalnya introitus mengalami eritematosa dan edematosa, terutama pada daerah episiotomy atau jahitan laseri. Perbaikan yang cermat, pencegahan atau pengobatan dini hematoma, dan hygiene yang baik diperlukan sehingga episiotomy dapat terlihat jelas. Proses penyembuhan luka episiotomy, sama dengan luka operasi lain. Tanda-tanda infeksi seperti nyeri, merah, panas, bengkak, atau rabas atau tapian insisi yang tidak saling

mendekat dapat terjadi. Penyembuhan harus berlangsung dalam dua sampai tiga minggu.

Hemoroid (varises anus) umumnya terlihat. wanita sering mengalami gejala terkait seperti rasa gatal, tidak nyaman, dan perdarahan berwarna merah terang pada waktu defekasi. Ukuran hemoroid biasanya mengecil beberapa minggu setelah bayi lahir. (Roito, dkk, 2013; hal. 63-64).

2) Perubahan Sistem Pencernaan

Menurut Sukarni dan Wahyu (2013), perubahan fisiologis system pencernaan pada masa nifas, diantaranya:

a). Nafsu Makan

Ibu biasanya lapar segera setelah melahirkan, sehingga ia boleh mengkonsumsi makanan ringan. Ibu sering kali cepat lapar setelah melahirkan dan siap makan pada 1-2 jam post primordial, dan dapat ditoleransi dengan diet yang ringan. Kerap kali untuk pemulihan nafsu makan, diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema.

a) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan

analgesia dan anastesia bias memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

b) Pengosongan Usus

Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama dua sampai tiga hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini bias disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada awal masa pascapartum, diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang makan atau dehidrasi. System pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu yang bereangsur-angsur untuk kembali normal. Pola makan ibu nifas tidak akan seperti biasa dalam beberapa hari dan perineum ibu akan terasa sakit untuk defekasi. Faktor-faktor tersebut mendukung konstipasi pada ibu nifas dalam minggu pertama. Suppositoria dibutuhkan untuk membantu eliminasi pada ibu nifas. Akan tetapi proses konstipasi juga dapat dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan ibu dan kekhawatiran lukanya akan terbuka bila ibu buang air besar.

3) Perubahan Sistem Perkemihan

Menurut (Roito, dkk 2013.h;61), perubahan hormonal pada masa hamil (kadar steroid yang tinggi) turut menyebabkan peningkatan fungsi ginjal pascapartum. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Diperlukan kira-kira dua sampai delapan minggu untuk hipotonia pada kehamilan dan dilatasi ureter serta pelvis ginjal kembali ke keadaan sebelum hamil. Pada

sebagian kecil wanita, dilatasi traktus urinarius dapat menetap selama tiga bulan.

4) Perubahan Sistem Muskuloskeletal/ Diastasis Rectus Abdominkus

Adaptasi system musculoskeletal ibu yang terjadi selama masa hamil secara terbalik pada masa pascapartum. Adaptasi ini mencakup hal-hal yang membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat gravitasi ibu akibat pembesaran rahim. Stabilitas sendi lengkap pada minggu ke-6 sampai minggu ke-8 setelah wanita melahirkan. Akan tetapi, walaupun semua sendi lain kembali normal sebelum hamil, kaki wanita tidak mengalami perubahan setelah melahirkan.

a) Dinding perut dan peritoneum

Setelah persalinan, dinding perut longgar karena diregang begitu lama, tetapi biasanya pulih kembali dalam 6 minggu. Kadang-kadang pada wanita yang asthenis terjadi diastasis dari otot-otot rectus abdominis sehingga sebagian dari dinding perut digaris tengah hanya terdiri dari peritoneum, fascia tipis dan kulit. Tempat yang lemah ini menonjol kalau berdiri atau mengejan.

b) Kulit abdomen

Kulit abdomen yang melebar selama masa kehamilan tampak melonggar dan mengendur sampai berminggu-minggu atau bahkan berbulan-bulan yang dinamakan striae. Melalui latihan postnatal, otot-otot dari dinding abdomen seharusnya dapat normal kembali dalam beberapa minggu.

c) Striae

Striae pada dinding abdomen tidak dapat menghilang sempurna melainkan membentuk garis lurus yang samar. Ibu postpartum memiliki tingkat diastasis sehingga terjadi pemisah muskulus rektus abdominialis tersebut dapat dilihat dari pengkajian keadaan umum, aktivitas, paritas, jarak kehamilan yang dapat menentukan berapa lama tonus otot kembali normal.

d) Perubahan ligament

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis serta fascia yang meregang sewaktu kehamilan dan partus, setelah janin lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retroflexi. Tidak jarang pula wanita mengeluh “ kandungannya turun” setelah melahirkan oleh karena ligament, fascia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur.

e) Simpisis pubis

Meskipun relative jarang, tetapi simpisis pubis yang terpisah ini merupakan penyebab utama morbiditas maternal dan kadang-kadang penyebab ketidakmampuan jangka panjang. Hal ini biasanya ditandai oleh nyeri tekan signifikan pada pubis disertai peningkatan nyeri saat bergerak ditempat tidur atau saat berjalan. Pemisahan simpisis dapat dipalpsi. Seringkali klien tidak mampu berjalan tanpa bantuan.

Sementara pada kebanyakan wanita gejala menghilang setelah beberapa minggu atau bulan, pada beberapa wanita lain gejala dapat menetap sehingga diperlukan kursi roda. (Sukarni dan Wahyu, 2013; hal. 350-352).

5) Perubahan Endokrin

Menurut Ambarwati dan Wulandari (2008), perubahan endokrin pada masa nifas diantaranya adalah perubahan pada:

a) Hormone plasenta

Selama periode pasca partum terjadi perubahan hormone yang besar. Pengeluaran plasenta menyebabkan penurunan signifikan hormon-hormon yang diproduksi oleh plasenta. Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan.

Penurunan hormone *Human Placental Lactogen* (HPL), esterogen dan progesterone serta plasental *enzyme insulinase* membalik efek diabetogenik kehamilan, sehingga kadar gula darah menurun secara bermakna pada nifas. Ibu diabetic biasanya membutuhkan insulin dalam jumlah yang jauh lebih kecil selama beberapa hari. Karena perubahan hormone normal ini membuat masa nifas menjadi suatu periode transisi untuk metabolisme karbohidrat, interpretasi tes toleransi glukosa lebih sulit pada saat ini.

b) Hormone Pituitary

Prolactin darah meningkat dengan cepat, pada wanita tidak menyusui menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH

meningkat pada fase konsentrasi folikuler pada minggu ke-3, dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c) Hormone Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan dari kelenjar bawah otak bagian belakang (posterior), bekerja terhadap otot uterus dan jaringan payudara. Selama tahap ketiga persalinan, oksitosin menyebabkan pemisahan plasenta. Kemudian seterusnya bertindak atas otot yang menahan kontraksi, mengurangi tempat plasenta dan mencegah perdarahan. Pada wanita yang memilih menyusui bayinya, isapan sang bayi merangsang keluarnya oksitosin lagi dan ini membantu uterus kembali ke bentuk normal dan pengeluaran air susu.

d) Hipotalamik Pituitary Ovarium

Untuk wanita yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Seringkali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar esterogen dan progesterone. Diantara wanita laktasi sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu. Diantara wanita yang tidak laktasi 40% menstruasi setelah 6 minggu, 65% setelah 12 minggu dan 90% setelah 24 minggu. Untuk wanita laktasi 80% menstruasi pertama anovulasi dan untuk wanita yang tidak laktasi 50% siklus pertama anovulasi.

6) Perubahan Tanda-tanda Vital

Menurut Roito, dkk (2013), beberapa perubahan tanda-tanda vital dapat terlihat, jika ibu dalam keadaan normal. Peningkatan kecil sementara, baik peningkatan tekanan darah systole maupun diastole dapat timbul dan berlangsung selama empat hari setelah ibu melahirkan. Fungsi pernafasan kembali ke fungsi saat ibu tidak hamil pada bulan ke-6 setelah ibu melahirkan. Setelah Rahim kosong, diafragma menurun, aksis jantung kembali normal, dan impuls tidak maksimum, dan EKG kembali normal.

7) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Pada persalinan pervaginam kehilangan darah sekitar 300-400 cc. bila kelahiran melalui section caesaria kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan terdiri dari volume darah dan haemokonsentrasi. Apabila pada persalinan pervaginam haemokonsentrasi akan naik dan pada section caesaria haemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu.

Setelah melahirkan shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relative akan bertambah. Keadaan ini akan menimbulkan beban pada jantung dan dapat menimbulkan dekompensasi kodis pada penderita vitium cordia. Untuk keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan timbulnya haemokonsentrasi sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya hal ini terjadi pada hari ke tiga sampai lima hari postpartum.

8) Perubahan Hematologi

Leukositosis mungkin terjadi selama persalinan, sel darah merah berkisar 15.000 selama persalinan. Peningkatan sel darah putih berkisar antara 25.000-30.000 merupakan manifestasi adanya infeksi pada persalinan lama, dapat meningkat pada awal nifas yang terjadi bersamaan dengan peningkatan tekanan darah, volume plasma dan volume sel darah merah. Pada 2-3 hari postpartum konsentrasi hematocrit menurun sekitar 2% atau lebih. Total kehilangan darah pada saat persalinan dan nifas berkisar antara 1500 ml. 200-500 ml hilang pada saat persalinan; 500-800 ml hilang pada minggu pertama postpartum dan 500 ml hilang pada saat masa nifas. (Wulandari dan Handayani, 2011; hal. 106).

d. Adaptasi Psikologis dalam Masa Nifas

a) Adaptasi psikologis ibu masa nifas

Menurut Wulandari dan Handayani (2011), ada 3 tahap adaptasi psikologis ibu dalam masa nifas, diantaranya :

1) Fase taking in

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi lebih pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu kondisi ibu perlu dipahami dengan

menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya. Disamping nafsu makan ibu memang meningkat.

Gangguan psikologi yang mungkin dirasakan ibu, diantaranya:

- a) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya misal jenis kelamin tertentu, warna kulit, jenis rambut, dan lain-lain.
- b) Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan fisik yang dialami ibu misal rasa mules karena Rahim berkontraksi untuk kembali kepada keadaan yang semula, payudara bengkak, nyeri luka jahitan.
- c) Rasa bersalah karena belum bias menyusui bayinya.
- d) Suami atau keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayi dan cenderung melihat saja tanpa membantu. Ibu akan merasa tidak nyaman karena sebenarnya hal tersebut bukan hanya tanggungjawab ibu semata.

2) Fase taking hold

Fase ini berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase taking hold, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggungjawabnya dalam merawat bayi. Selain itu perasaannya sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh karena itu ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menereima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

3) Fase letting go

Fase ini merupakan fase menerima tanggungjawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

b) Post Partum Blues

Ada kalanya ibu mengalami perasaan sedih yang berkaitan dengan bayinya. Keadaan ini disebut dengan *baby blues*, yang disebabkan karena perubahan perasaan yang dialami ibu saat hamil sehingga sulit menerima kehadiran bayinya. Perubahan perasaan ini merupakan respon alami terhadap rasa lelah yang dirasakan. Selain itu, juga karena perubahan fisik dan emosional selama beberapa bulan kehamilan. Disini hormone memainkan peranan utama dalam hal bagaimana ibu bereaksi terhadap situasi yang berbeda. Setelah melahirkan dan lepasnya plasenta dari dinding Rahim, tubuh ibu mengalami perubahan besar dalam jumlah hormone sehingga membutuhkan waktu untuk menyesuaikan diri. Disamping perubahan fisik, hadirnya seorang bayi dapat membuat perbedaan besar dalam kehidupan ibu dalam hubungannya dengan suami, orang tua, maupun anggota keluarga lain. Perubahan ini akan kembali secara perlahan setelah ibu menyesuaikan diri dengan peranan barunya dan tumbuh kembali dalam keadaan normal.

e. Asuhan kebidanan Pada Masa Nifas Normal

Peran seorang bidan dalam melakukan asuhan kebidanan pada masa nifas adalah untuk memastikan ibu merasa nyaman dalam menjalani peran barunya dan selalu memberi dukungan dalam proses adaptasi yang diberikan ibu. Asuhan mmasa nifas normal merupakan wewenang dan tanggung jawab bidan untuk melaksanakan kompetensi dan keterampilan memberikan asuhan yang sesuaio dengan kebutuhan individu. (Suherni,2013).

Menurut obstetri (wiliam,2008), penatalaksanaan perawatan selama puerperium meliputi penatalaksanaan perawatan selama puerperium awal, pedoman untuk sisa masa puerperium, pelaksanaan kunjungan pada dua minggu pascapartum, dan pelaksanaan pemeriksaan pada empat hingga enam minggu pascapartum. Sebagai bidan mempunyai tanggung jawab sebagai berikut :

- a) Melakukan evaluasi kontinu dan penatalaksanaan perawatan kesejahteraan wanita.
- b) Memberikan pemulihan dan ketidaknyamanan fisik.
- c) Memberikan bantuan dalam menyusui.
- d) Memfasilitasi pelaksanaan peran sebagai orang tua.
- e) Melakukan pengkajian bayi dan kunjungan rumah.
- f) Memberikan pedoman antisipasi dan intruksi.
- g) Melakukan penapisan kontinu untuk komplikasi puerperium.

Kebutuhan dasar pada ibu nifas meliputi :

- a) Pemenuhan nutrisi dan cairan
- b) Ambulasi dini

- c) Buang air kecil dan buang air besar
 - d) Kebersihan diri
 - e) Istirahat
 - f) Melakukan hubungan seksual setelah darah merah berhenti dan ibu dapat memasukan satu atau dua jari kedalam vagina tanpa rasa nyeri
 - g) Melatih senam nifas.
- h) Komplikasi masa nifas

a. Definisi

Infeksi masa nifas.

Infeksi masa nifas adalah istilah umum yang digunakan untuk menyatakan adanya infeksi bakteri apapun yang menyerang setelah kelahiran. Referensi infeksi nifas referensi infeksi nifas yang tertua ditemukan dalam catatan Hipokrates pada abad ke-5 sebelum masehi, De Mulireum Morbis, ia menghubungkan kondisi ini dengan retensi isi usus, Riwayat infeksi nifas dibahas secara lebih rinci pada Williams Obstetricks edisi sebelumnya.

b. klasifikasi

a. METRITIS

Metritis merupakan infeksi uterus setelah persalinan yang merupakan salah satu penyebab kematian ibu. Bila pengobatan terlambat atau kurang adekuat dapat menjadi abses pelvik, peritonitis, syok septik, thrombosis vena yang dalam, emboli pulmonal, infeksi pelvik yang menahun, dispareunia, penyumbatan tuba dan infertilitas.

b. Bendungan payudara

Bendungan Payudara adalah peningkatn aliran vena dan limfe pada payudara dalam rangka mempersiapkan diri untuk laktasi. Hal ini bukan disebabkan overdistensi dari saluran sistem laktasi.

c. Infeksi payudara

Infeksi payudara sesudah persalinan.

1) Mastitis

Payudara tegang/indurasi dan kemerahan

(a).Berikan kloksasilin 500 mg setiap 6 jam selama 10 hari. Bila diberikan sebelum terbentuk abses biasanya keluhannya akan berkurang

(b).Sangga payudara

(c).Kompres dingin

(d).Bila diperlukan berikan parasetamol 500 mg per oral setiap 4 jam *

(e).Ibu harus didorong menyusui bayinya walau ada pus

(f).Ikuti perkembangan 3 hari setelah pemberian pengobatan.

2) Abses payudara

Terdapat masa padat, mengeras dibawah kulit yang kemerahan.

a) Diperlukan anastesi umum(ketamin)

b) Insisi radial dari tengah dekat pinggir areola, ke pinggir supaya tidak memotong saluran ASI

c) Pecahkan kantung pus dengan tissue forceps atau jari tangan

d) Pasang tampon dan drain

- e) Tampon dan drain di angkat setelah 24 jam
- f) Berika kloksasilin 500 mgsetiap 6 jam selama 10 hari
- g) Sangga payudara
- h) Kompres dingin
- i) Berikan parasetamol 500 mg setiap 4 jam sekali bila diperlukan
- j) Ibu di dorong tetap memberikan ASI walau ada pus

Lakukan follow up setelah pemberian pengobatan selama 3 hari.

3). Tromboflebitis

Perluasan infeksi nifas yang paling sering ialah perluasan atau invasi mikroorganisme patogen yang mengikuti aliran darah disepanjang vena dancabang-cabangnya sehingga terjadi tromboflebitis.

Klasifikasi *

a. Pelviotromboflebitis

Pelviotromboflebitis mengenai vena-vena dinding uterus dan ligamentum latum, yaitu vena ovarika, vena uterina dan vena hipogastrika. vena yang paling sering terkena ialah vena ovarika dekstrakarena infeksi pada tempat implantasi plasenta terletak dibagian atas uterus; proses biasanya unilateral. Perluasan infeksi dari vena ovarika sinistra ialah ke vena kava inferior. Peritoneum, yang menutupi vena ovarika dekstra, mengalami inflamasi dan akan menyebabkan perisalpingo ooforitis dan periapendisitis. Perluasan infeksi dari vena uterina ialah ke vena iliaka komunis

b. romboflebitis femoralis

Tromboflebitis femoralis mengenai vena-vena pada tungkai, misalnya vena femoralis, vena poplitea dan vena safena.

c. pelviotromboflebitis

Nyeri, yang terdapat pada perut bagian bawah dan/atau perut bagian samping, timbul pada hari ke 2-3 masa nifas dengan atau tanpa panas.

d. Tromboflebitis femoralis

a). Penilaian klinik

(a)Keadaan umum tetap baik, suhu badan subfebris selama 7-10 hari, kemudian suhu mendadak naik kira-kira pada hari 10-20, yang disertai dengan menggigil dan nyeri sekali.

(b)Pada salah satu kaki yang terkena biasanya kaki kiri, akan memberikan tanda-tanda sebagai berikut:

1. Kaki sedikit dalam keadaan fleksi dan rotasi ke luar serta sukar bergerak, lebih panas dibanding dengan kaki lainnya.
2. Seluruh bagian dari salah satu vena pada kaki terasa tegang dan keras pada paha bagian atas.
3. Nyeri hebat pada lipat paha dan daerah paha,
4. Reflektorik akan terjade spasme arteria sehingga kaki, menjadi bengkak, tegang, putih, nyeri dan dingin, pulsasi menuru.
5. Edema kadang-kadang terjadi sebelum atau setelah nyeri dan pada umumnya terdapat pada paha bagian atas, tetapi lebih sering dimulai dari jari-jari kaki dan pergelangan kaki, kemudian meluas dari bawah ke atas.

6. Nyeri pada betis, yang dapat terjadi spontan atau dengan memijat betis atau dengan menregangkan tendo achilles (tanda Homan).

D.BAYI BARU LAHIR

a. Definisi

Bayi baru lahir normal merupakan bayi baru lahir dalam dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai apgar >7 dan tanpa cacat bawaan. (Rukiyah, 2013: h;2).

Neonatus ialah bayi yang baru mengalami proses kelahiran dan harus menyesuaikan diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstra uterin. beralih dari ketergantungan mutlak pada ibu menuju kemandirian fisiologi. Tiga faktor yang mempengaruhi perubahan fungsi dan proses vital neonatus yaitu maturasi, adaptasi dan toleransi. Selain itu pengaruh kehamilan dan proses persalinan mempunyai peranan penting dalam morbiditas dan mortalitas bayi. Empat aspek transisi pada bayi baru lahir yang paling dramatis dan cepat berlangsung adalah pada sistem pernafasan, sirkulasi, kemampuan menghasilkan sumber glukosa.

Tanda-tanda bayi baru lahir normal (Rukiyah, 2013: h;2)

- a. Appearance color (warna kulit), weluruh tubuh kemerah-merahan
- b. Pulse (heart rate) atau frekuensi jantung > 100x/menit
- c. Grimace (reaksi terhadap rangsangan), menangis, batuk/bersin, tonus otot, gerakan aktif

d. usaha nafas dan bayi menangis kuat.

(c) Klasifikasi klinik nilai apgar (mochtar,2013.h;90)

c. Nilai 7-10 bayi normal

d. Nilai 4-6 bayi asfiksia ringan- sedang

e. Nilai 0-3 bayi asfiksia berat.

d. Adaptasi bayi baru lahir terhadap kehidupan luar uterus (Rukiyah,2013.h;38).

Periode adaptasi terhadap kehidupan di luar rahim disebut dengan periode transisi. Periode ini berlangsung hingga 1 bulan atau lebih setelah kelahiran untuk beberapa sistem tubuh, transisi yang paling nyata dan cepat terjadi adalah pada sistem pernafasan dan sirkulasi, sistem termoregulasi, dan dalam kemampuan mengambil serta menggunakan glukosa.

a. Perubahan sistem pernafasan.

Faktor yang berperan pada rangsangan nafas pertama bayi yaitu hipoksia pada akhir persalinan dan rangsangan fisik lingkungan luar rahim yang merangsang pusat pemanasan otak dan tekanan terhadap rongga dada yang terjadi pada kompresi paru-paru selama persalinan yang merangsang masuknya udara kedalam paru-paru dengan mekanisme.

b. Perubahan pada sistem peredaran darah

Setelah lahir darah bayi harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan mengantarkan ke jaringan. Untuk membuat sirkulasi yang baik guna mendukung kehidupan luar rahim harus terjadi 2 perubahan besar penutupan foramen ovale pada atrium jantung.

c. Sistem pengaturan tubuh

1) Pengaturan suhu

Suhu dingin luar menyebabkan air ketuban menguap melalui kulit sehingga mendinginkan darah bayi.

2). Mekanisme kehilangan panas

Bayi dapat kehilangan panas tubuhnya melalui evaporasi yaitu penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh bayi sendiri karena setelah lahir tidak segera dikeringkan dan diselimuti.

Konduksi yaitu melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Konveksi yaitu pada bayi saat terpapar udara yang lebih dingin. Dan Radiasi adalah ketika bayi ditempatkan didekat benda-benda yang mempunyai suhu lebih rendah dari suhu tubuh bayi.

3). Metabolisme glukosa

Untuk memfungsikan otak sehingga memerlukan glukosa dalam jumlah tertentu. Pada BBL glukosa darah akan menurun dalam waktu cepat 1-2 jam.

4).perubahan sisitem gastrointestinal

Reflek gumoh dan reflek batuk yang matang sudah terbentuk pada saat lahir. Sedangkan sebelum lahir bayi sudah mulai menghisap dan menelan walaupun kemampuannya masih terbatas.

5).perubahan sisitem kekebalan tubuh

Sistem imunitas BBL belum matang sehingga rentan terhadap infeksi. Kekebalan alami yang dimiliki bayi diantaranya perlindungan oleh kulit memberan mukosa, fungsi jaringan saluran nafas, pembentukan

koloni mikroba oleh kulit dan usus, perlindungan kimia oleh lingkaran asam lambung, kekebalan alami juga disediakan pada tingkat sel oleh sel darah yang membantu membunuh organisme asing.

e. Asuhan pada bayi baru lahir

a. Pemantauan 2 jam

Pemantauan 2 jam pertama bayi baru lahir bertujuan melihat kemampuan bayi menghisap dengan kuat, bayi tampak aktif atau lunglai, dan warna kulit bayi kemerahan atau biru. Seorang bidan sebelum meninggalkan pasien perlu melihat apakah terdapat gangguan pernafasan, hipotermi, infeksi dan cacat bawaan (Prawirohardjo. 2008, h. 136).

b. Pemantauan 0-6 jam

- 1) Asuhan bayi baru lahir normal dilaksanakan segera setelah lahir, dan diletakan didekat Ibu, serta dalam ruanagan yang sama.
- 2) Asuhan bayi baru lahir dengan komplikasi dilaksanakan dalam 1 ruangan dengan ibunya atau diruangan khusus (Direktorat Kesehatan Khusus. 2010, h.20)

c. Asuhan 2-6 hari

Pemeriksaan pada bayi baru lahir meliputi :

1) Menilai pertumbuhan bayi

Cara yang paling mudah dan paling sering digunakan untuk memantau dan menilai pertumbuhan bayi adalah mengukur berat badan.

2) Pemberian minuman dan nutrisi

a) Pemberian minum

Pastikan bayi diberi minum sesegera mungkin setelah lahir.

b) Pemberian ASI eksklusif

Menganjurkan Ibu untuk memberikan ASI secara dini dan menjelaskan manfaat pemberian ASI eksklusif (Sudarti. 2010, h.32).

d. Asuhan 6-28 hari

- 1) Pemeriksaan neonatus pada periode ini dapat dilaksanakan di pelayanan kesehatan atau melalui kunjungan rumah.
- 2) Pemeriksaan neonatus dilakukan di dekat Ibu bayi didampingi ibu atau keluarga saat dilakukan pemeriksaan (Direktorat Kesehatan Khusus. 2010, h.20).

e. Asuhan dirumah

Pelayanan kesehatan neonatus sedikitnya dilakukan 3 kali :

- 1) KN 1 pada 6-48 jam
- 2) KN 2 pada 3-7 hari
- 3) KN 3 pada 8-28 hari

f. Asuhan 6 minggu pertama

Asuhan yang diberikan pada bayi usia 6 minggu yaitu mempertahankan suhu normal bayi.

f.komplikasi pada bayi baru lahir

1) Asfiksia

Asfiksia berarti berarti hipoksia yang progresif, penimbunan CO₂ dan asidosis. bila proses ini berlangsung terlalu jauh dapat mengakibatkan kerusakan otak atau kematian. Asfiksia juga dapat mempengaruhi fungsi organ vital lainnya (Prawirohardjo,2009, h;347).

Pada asfiksia tiga hal yang perlu mendapat perhatian :

Denyut jantung janin

Frekuensi normal ialah 120 - 160 denyutan seminit. Apabila frekuensi denyutan turun sampai dibawah 100 permenit di luar his dan lebih - lebih jika tidak teratur, hal itu merupakan tanda bahaya.

2).Sepsis neonatorum

Merupakan infeksi sistemik pada neonatus yang disebabkan oleh jamur,bakteri,virus.

Tanda dan gejalanya:

- a) Gejala umum : tampak sakit, tidak mau minum, suhu naik turun, dan sklerema.
- b) Gejala gastrointestinal : Muntah, diare, hepatomegali, perutkembang.
- c) Gejala saluran nafas : Dispneu, takipneu, sianosis.
- d) Gejala kardiovaskuler : Takikardi, edema, dehidrasi
- e) Gejala syaraf pusat : Letergi, iritabel, kejang
- f) Gejala hematologi : Ikterus, splenomegali, pleki / perdarahan, lekopenia.

(Fauziah,2013.h;43).

3). Bayi Baru Lahir Rendah (BBLR)

Bayi Baru Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari 2500 gram. Panjang badan sama dengan atau kurang dari dari 46 cm, lingkar kepala sama dengan atau kurang dari 30 cm, rambut lanugo masih banyak,jaringan lemak subkutan tipis atau kurang, tulang rawan daun telinga belum sempurna pertumbuhannya, tumit mengkilat, telapak

kaki halus, genetalia belum sempurna, labia minora belum tertutup oleh labia mayora, klitoris menonjol (pada bayi perempuan). Testis belum turun ke dalam skrotum, pigmentasi dan rugae pada skrotum kurang (pada bayi laki-laki), tonus otot melemah sehingga bayi kurang aktif dan pergerakan lemah, fungsi saraf yang belum atau tidak efektif dan tangisannya lemah, jaringan kelenjar mammae masih kurang akibat pertumbuhan otot dan jaringan lemak masih kurang, verniks kaseosa tidak ada atau sedikit bila ada (Rukiyah, Yuliyanti, 2013, h;245).

E. MASA ANTARA

a. Pengertian

Masa antara adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Agar dapat mencapai hal tersebut, maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. Cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga.

Metode kontrasepsi bekerja dengan dasar mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi sel telur wanita (fertilisasi), atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang di dalam rahim. Kontrasepsi dan reversibel adalah metode kontrasepsi yang dapat dihentikan setiap saat pada efek lama dalam mengembalikan kesuburan atau kemampuan untuk kembali memiliki anak. Metode kontrasepsi permanen atau yang disebut dengan sterilisasi adalah metode kontrasepsi permanen atau yang kita sebut sterilisasi

adalah metode kontrasepsi yang tidak dapat mengembalikan kesuburan karena melibatkan tindakan operasi.

Pemilihan kontrasepsi didasarkan pada tujuan penggunaan, yaitu :

- a. Menunda kehamilan, pasangan dengan istri berusia dibawah 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya

Cirri-ciri kontrasepsi yang diperlukan yaitu :

- 1) Reversibilitas yang tinggi
- 2) Efektifitas yang relative tinggi, misalnya pil, AKDR (IUD), dan KB secara sederhana.

- b. Menjarangkan kehamilan (mengatur kesuburan). Masa saat istri berusia 20-30 tahun adalah cara yang paling baik untuk melahirkan anak dengan jarak kelahoiran 3-4 tahun.

Cirri-ciri kontrasepsi yang diperlukan yaitu :

- 1) Reversibilitas cukup tinggi
- 2) Efektifitas cukup tinggi
- 3) Dapat dipakai 3-4 tahun
- 4) Tidak menghambat air susu ibu (ASI)

Kontrasepsi yang sesuai misalnya : AKDR (IUD), pil, suntik, cara sederhana, susuk, kontrasepsi mantap.

- c. Mengakhiri kesuburan (tidak ingin hamil lagi). Saat usia istri diatas 30 tahun dianjurkan untuk mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 anak.

Cirri-ciri kontrasepsi yang diperlukan yaitu :

- 1) Reversibilitas rendah
- 2) Efektifitas sangat tinggi

- 3) Dapat dipakai jangka panjang
- 4) Tidak menambah kelainan yang sudah ada

Kontrasepsi yang sesuai, misalnya : kontrasepsi mantap (tubektomi/vasektomi), susuk KB, AKDR, suntik, pil dan cara sederhana (Icemi Sukarni K, 2013).

b. Jenis-jenis Kontrasepsi antara lain :

a. Metode sederhana (tanpa alat, dengan alat)

1) Metode sederhana tanpa alat

a) Metode kalender

Metode kalender menggunakan prinsip pantang berkala, yaitu tidak melakukan persetubuhan pada masa subur istri. Berikut ini merupakan langkah menentukan masa subur : tentukan siklus haid terpendek, tentukan siklus haid terpanjang, siklus haid terpendek dikurangi 18, siklus haid terpanjang dikurangi 11, tentukan masa ovulasi (hasil langkah 3 sampai dengan hasil langkah 4), tentukan masa aman (mulai dari hasil langkah 3 dikurangi 1 sampai dengan hasil langkah 4 ditambah 1 (Ari Sulistyawati, 2013, h. 49).

b) Metode suhu basal

Menjelang ovulasi suhu basal tubuh akan turun dan kurang lebih 24 jam setelah ovulasi suhu basal akan naik lagi sampai lebih tinggi dari pada suhu sebelum ovulasi. Suhu basal dicatat dengan teliti setiap hari. Suhu basal di ukur pagi hari segera setelah bangun tidur dan sebelum melakukan aktifitas (Ari Sulistyawati, 2013, h. 51).

c) Metode lender serviks

Metode ovulasi didasarkan pada pengenalan terhadap perubahan lender serviks selama siklus siklus menstruasi yang menggambarkan masa subur dalam siklus dan waktu fertilitas maksimal dalam masa subur (Ari Sulistyawati, 2013, h. 52).

d) Koitus interruptus

Cara kerja : alat kelamin pria (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina dan kehamilan dapat dicegah (Manuaba, 2012, h.596).

e) MAL (metode amenore laktasi)

Cara kerja : penundaan ovulasi dengan mengandalkan pemberian ASI eksklusif.

Keuntungan : efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada 6 bulan pertama pasca persalinan), tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping sistemik, tanpa biaya, meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi.

Kekurangan : efektif hanya sampai kembalinya haid atau sampai 6 bulan, hanya untuk wanita yang memberikan ASI eksklusif secara teratur, tidak melindungi dari IMS.

Cara menyusui bayi agar kontrasepsi MAL efektif :

Bayi disusui secara on de mand, membiarkan bayi menyusui sampai melepas isapannya sendiri, menganjurkan menyusui pada malam hari juga, menyusui bayi selama 6 bulan(Ari Sulistyawati, 2013, h. 51)..

2) Metode sederhana dengan alat

a) Kondom

Mekanisme kerja : menghalangi masuknya sperma ke dalam vagina, sehingga pembuahan dapat dicegah

Keuntungan : murah, mudah didapat, tidak memerlukan pengawasan, mengurangi kemungkinan PMS

Kontraindikasi : alergi terhadap kondom karet (Ari Sulistyawati, 2013, h. 55).

b) Spermisida

Cara kerja : menyebabkan sel membrane sperma terpecah , memperlambat pergerakan sperma dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur.

Kekurangan spermisida : merepotkan menjelang hubungan senggama, nilai kepuasan berkurang, dapat menimbulkan iritasi/alergi, kejadian kehamilan tinggi sekitar 30-35% (Manuaba, 2012, h. 597).

b. Metode modern

1) Kontrasepsi oral

Jenis : monofasik pil, bifasik pil, dan trifasik pil

Cara kerja : menahan ovulasi, mencegah implantasi, lender serviks mengental sehingga sulit dilalui sperma.

Kontraindikasi : hamil, tromboflebitis, gangguan tromboemboli, kerusakan hati, perdarahan genitalia abnormal, karsinoma payudara, karsinoma endometrium, wanita perokok, diabetes mellitus (Ari Sulistyawati, 2013, h. 70).

2) Suntik/ injeksi

Jenis : depomendroksiprogesteron asetat (DMPA), depo noretisteron anantat (depo noristerat)

Cara kerja : mencegah ovulasi, mengentalkan lender serviks, menjadikan selaput lender rahim tipis dan atrofi, menghambat transportasi gamet oleh tuba

Kontraindikasi : diabetesmillitus disertai komplikasi, hamil, memiliki riwayat perdarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya, kanker payudara, tidak dapat menerima gangguan haid (Ari Sulistyawati, 2013, h. 75).

3) Implant

Jenis : norplant (6 batang, lama kerja 5 tahun), implanon (1 batang, lama kerja 3 tahun), jadena dan indoplant (2 batang, cara kerja 3 tahun).

Cara kerja : lender serviks menjadi kental, mengganggu pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi, mengurangi transportasi sperma, menekan ovulasi.

Kontraindikasi : hamil, perempuan dengan perdarahan pervaginam, memiliki benjolan/ kanker payudara, perempuan yang tidak dapat menerima perubahan pola haid, memiliki miom uterus, mengalami gangguan toleransi glukosa (Manuaba, 2012, h.603).

4) Intra uterine devices (IUD)

Mekanisme kerja : sampai saat ini belum ada orang yang yakin bagaimana mekanisme kerja AKDR dalam mencegah kehamilan. Ada yang berpendapat bahwa AKDR sebagai benda asing yang

menimbulkan reaksi radang setempat, dengan sebutan leukosit yang dapat melarutkan blastosis atau sperma

Efek samping : nyeri pada waktu pemasangan, kejang rahim, nyeri pelvic, perforasi uterus, infeksi pelvic, endometritis.

Kontraindikasi : hamil, radang panggul, karsinoma uteri, tumor ovarium, kelainan uterus, gonorrhoe, servicitis, dismenorea, kelainan haid (Ari Sulistyawati, 2013, h. 87).

c. Metode operasi

1) Tubektomi

Tindakan yang dilakukan pada kedua saluran telur wanita yang mengakibatkan wanita yang bersangkutan tidak akan mendapat keturunan lagi.

Indikasi tubektomi : umur termuda 25 tahun dengan 4 anak hidup, umur 30 tahun dengan 3 anak hidup, umur 35 tahun dengan 2 anak hidup (Ari Sulistyawati, 2013, h. 113).

2) Vasektomi

Beberapa metode vasektomi/ menutup vasdeferens antara lain : menjepit vas deferens, menutup vas deferens dengan menggunakan tutup semacam jarum, hanya mengikat vas deferens (Ari sulistiawati, 2013, h.121).

1. Penapisan kontrasepsi

a. Metode Kontrasepsi alamiah

Yang seharusnya tidak menggunakan metode kontrasepsi alamiah menurut Saifudin (2010, MK-38) antara lain :

- 1) Perempuan yang dari faktor usia, paritas atau masalah kesehatan membuat kehamilan merupakan risiko tinggi.
- 2) Perempuan sebelum mendapat haid (menyusui segera setelah abortus), kecuali Metoda Ovulasi Billing (MOB).
- 3) Perempuan dengan siklus haid yang tidak teratur, kecuali MOB.
- 4) Perempuan yang pasangannya tidak mau berpantang selama waktu tertentu dalam siklus haid.
- 5) Perempuan yang tidak suka menyentuh daerah genitalianya.

b. Metode kontrasepsi sederhana

Yang seharusnya menggunakan metode kontrasepsi sederhana menurut Ari sulistyawati (2013, h. 54) antara lain yaitu :

- 1) Pasangan yang taat beragama atau mempunyai alasan filosofi untuk tidak menggunakan metode-metode lain
- 2) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera
- 3) Pasangan yang memerlukan metode sementara sambil menunggu metode yang lain
- 4) Pasangan yang membutuhkan metode pendukung
- 5) Pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur.

c. Metode kontrasepsi hormonal

1) Kontrasepsi suntik progestin

Yang boleh menggunakan kontrasepsi suntik menurut Saifudin (2010, MK-43), antara lain :

- a) Usia reproduksi
- b) Telah memiliki anak

- c) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang yang memiliki efektifitas tinggi
 - d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi yang sesuai
 - e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui
 - f) Setelah abortus atau keguguran
 - g) Telah memiliki banyak anak, tetapi belum menghendaki tubektomi
 - h) Perokok
 - i) Tekanan darah <180/110 mmHg dengan masalah gangguan pembekuan darah atau dengan anemia bulan sabit
 - j) Tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung esterogen
 - k) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi
 - l) Anemia defisiensi besi
 - m) Mendekati usia menopause yang tidak mau atau tidak boleh menggunakan pil kontrasepsi kombinasi.
- 2) Kontrasepsi pil

Yang boleh menggunakan kontrasepsi mini pil antara lain :

- a) Usia reproduksi.
- b) Telah memiliki anak, atau yang belum memiliki anak.
- c) Menginginkan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif selama periode menyusui.
- d) Pasca persalinan dan tidak menyusui.
- e) Perokok segala usia.

- f) Mempunyai tekanan darah tinggi (selama < 180/100 mmHg) atau dengan masalah pembekuan darah.
- g) Tidak boleh menggunakan estrogen atau lebih senang tidak menggunakan estrogen.

3) Kontrasepsi implant

Yang boleh menggunakan kontrasepsi implant menurut Ari Sulistyawati (2013, h. 82) antara lain yaitu :

- a) Perempuan pada usia reproduksi
- b) Telah memiliki anak maupun yang belum
- c) Menghendaki kontrasepsi yang memiliki efektivitas tinggi dan menghendaki pencegahan kehamilan jangka panjang.
- d) Menyusui dan membutuhkan kontrasepsi
- e) Pasca persalinan dan tidak menyusui
- f) Pasca keguguran
- g) Tidak menginginkan anak lagi, tetapi menolak sterilisasi
- h) Riwayat kehamilan ektopik
- i) Tekanan darah dibawah 180/110 mmHg, dengan masalah pembekuan darah atau anemia bulan sabit
- j) Perempuan yang tidak boleh menggunakan kontrasepsi hormonal yang mengandung esterogen
- k) Perempuan yang sering lupa menggunakan pil.

d. Metode kontrasepsi mekanik (IUD)

Menurut Ari Sulistyawati (2013, h.107) yang tidak boleh menggunakan metode kontrasepsi mekanik (IUD) antara lain yaitu :

- 1) Perempuan hamil

- 2) Perempuan dengan penyakit radang panggul
 - 3) Terdapat tumor ovarium
 - 4) Terdapat kelainan uterus
 - 5) Penderita gonorea
 - 6) Servisititis
 - 7) Kelainan haid
 - 8) Dismenorea
 - 9) Kavum uteri yang kurang dari 6,5 cm
- e. Metode kontrasepsi mantap
- Yang boleh menggunakan kontrasepsi mantap menurut Ari Sulistyawati (2013, h.120) antara lain :
- 1) Perempuan umur termuda 25 tahun dengan 4 anak hidup
 - 2) Perempuan 30 tahun dengan 3 anak hidup
 - 3) Perempuan umur 35 tahun dengan 2 anak hidup.

F. TINJAUAN TEORI ASUHAN KEBIDANAN

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (PP IBI, 2006)

Asuhan kebidanan adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan / masalah dalam bidang kesehatan ibu hamil, masa persalinan, nifas, bayi baru lahir, dan keluarga berencana (PP IBI, 2006)

Dalam pembuatan karya tulis ini penulis menggunakan manajemen kebidanan menggunakan SOAP, meliputi :

a. S (Data Subyektif)

Pengkajian data yang diperoleh dalam anamnesis, berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhan yang dicatat sebagai kutipan langsung / ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis, data akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

b. O (Data Obyektif)

Data berasal dari asuhan observasi yang jujur dari pemeriksaan pasien, pemeriksaan laboratorium / pemeriksaan diagnostik lainnya. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data obyektif, data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

c. A (Assesment)

Pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan data obyektif. Analisis yang tepat akurat mengikuti perkembangan data pasien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pasien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan / tindakan yang tepat.

d. P (Planning)

Perencanaan dibuat saat ini dan yang akan datang.

Tinjauan asuhan kebidanan komprehensif, sebagai berikut :

A. Data Subyektif

1) Biodata yang mencakup identitas pasien

a) Nama

Identitas di mulai dengan nama pasien, yang harus jelas dan lengkap ; nama depan, nama tengah (bila ada), nama keluarga, dan nama panggilan akrabnya (Matondang, DKK. 2009, h : 5)

b) Umur

Umur pasien dikaji karena usia dibawah 16 tahun atau diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. (Varney,2008)

c) Agama

Data tentang agama dan suku bangsa juga memantapkan identitas, disamping itu perilaku seseorang tentang kesehatan dan penyakit sering berhubungan dengan agama dan suku bangsa. Kebiasaan, kepercayaan dan tradisi dapat menunjang namun tidak jarang dapat menghambat perilaku hidup sehat (Matondang, DKK. 2009,h;6)

d) Pendidikan

Berpengaruh dalam tindakan kebidanan dan untuk mengetahui sejauh mana tingkat intelektualnya, sehingga bidan dapat memberikan konseling yang sesuai dengan tingkat pendidikan klien (Eny,2009,h;132).

e) Pekerjaan

Status pekerjaan mempengaruhi frekuensi kunjungan ANC, sehingga dapat mendeteksi komplikasi secara dini (Ambarwati,2009.h;132)

2) Keluhan utama

Anamnesis tentang penyakit pasien diawali dengan keluhan utama, yaitu keluhan atau gejala yang menyebabkan pasien dibawa berobat, perlu diperhatikan bahwa keluhan utama tidak selalu merupakan keluhan yang pertama disampaikan oleh pasien (Matondang, DKK.2009. h; 6-7)

3) Riwayat kesehatan

Data ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, kronis seperti : jantung, DM, Hipertensi dan asma (Eny, 2007,h : 133)

4) Riwayat perkawinan

Yang perlu dikaji adalah berapa kali menikah, status menikah sah atau tidak, karena bila melahirkan tanpa status yang jelas akan berkaitan dengan psikologisnya (Eny, 2009,h;133)

5) Riwayat obstetrik

a) Riwayat menstruasi

Menanyakan usia saat menarche, frekuensi : rentang jika tidak teratur, lamanya, jumlah darah yang keluar, karakteristik darah yang keluar, periode menstruasi terakhir, dismenorhea, perdarahan pada uterus disfungsi, penggunaan alat kebersihan, gejala premenstruasi / sindrom premenstruasi dan gejala perimenopause (Varney. 2006, h;33)

b) Riwayat KB

Yang perlu dikaji adalah ibu hamil apakah ibu pernah menggunakan KB atau tidak. Pada saat menjelang persalinan hormon progesteron tidak cepat turun sehingga kepekaan uterus terhadap oksitosin yang dapat menimbulkan kontraksi otot – otot rahim berkurang (Wiknjosastro, 2007. H;319)

6) Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Pola nutrisi ibu selama hamil diperlukan untuk pertumbuhan janin, uterus, buah dada dan organ lain, jika pola nutrisi tidak tercukupi dapat terjadi anemia pada kehamilan, perdarahan, berat badan ibu hamil tidak bertambah secara normal yaitu 11,5 – 16 kg (Varney,2008.h;548).

b) Pola Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar. Adakah keluhan saat BAB dan BAK, frekuensi untuk menilai gangguan pencernaan, pengaruh kontraksi pada uterus yaitu kepala janin sulit turun ke rongga panggul jika kandung kemih dan kolon dalam keadaan penuh (Hanifah, 2007,h;592).

c) Pola istirahat

Menggambarkan pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam pasien tidur siang dan tidur malam, kebiasaan sebelum tidur misalnya membaca, mendengarkan musik.

d) Pola personal hygiene

Dikaji untuk mengetahui apakah ibu selalu menjaga kebersihan tubuh terutama pada daerah genitalia. Menggambarkan frekuensi mandi, gosok gigi, ganti pakaian, dan keramas selama hamil dan terakhir melakukan aktifitas tersebut. (Sarwono, 2009.h;32)

B. Data Obyektif

1. Vital sign

Ditujukan untuk mengetahui keadaan ibu yang berkaitan dengan kondisi yang dialami.

a) Temperatur / suhu

Suhu tubuh normal adalah 35,8 – 37 derajat celcius.

b) Nadi

Nadi berkisar antara 60 – 80 x/menit.

c) Pernafasan

Rentan nilai normal pernafasan yaitu 20 – 30 x/menit. (Eny, 2009.h;139)

d) Tekanan darah

Tekanan darah untuk mengetahui tekanan darah ibu pada waktu bersalin. Pastikan mengecek dengan baik dan dilakukan di antara kontraksi (Varney, 2007.h; 686)

2. Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Keadaan umum dikaji untuk mengetahui kesadaran umum klien, apakah pasien terlihat dalam keadaan baik atau tidak.

b) Tinggi badan

Tinggi badan yang normal minimal adalah 145 cm, jika kurang dari 145 cm dapat dicurigai mempunyai panggul sempit, panggul sempit merupakan salah satu penyulit pada saat persalinan.

c) Status present

a. Kepala

Pemeriksaan kepala digunakan untuk mengetahui bentuk kepala, adanya masa pada kepala, kesimetrisan kepala. (Varney, 2008)

b. Mata

Pemeriksaan pada mata meliputi kesimetrisan, konjungtiva, dan sklera terdapat anemis atau tidak. (Varney, 2008)

c. Mulut

Pemeriksaan pada mulut, kebersihan lidah, ada atau tidaknya caries dan stomatitis pada mulut. (Varney, 2008)

d. Telinga

Pemeriksaan telinga meliputi kesimetrisan pada telinga, ada atau tidaknya serumen dan pengeluaran cairan pada telinga (Varney, 2008).

e. Leher

Pemeriksaan leher dilakukan untuk mendeteksi tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tyroid dan vena jugularis (Varney, 2008).

f. Dada dan axila

Untuk menilai adanya benjolan dan gangguan pada pernafasan.

g. Ekstremitas

Pemeriksaan ekstremitas meliputi ada atau tidaknya varices dan oedem (Varney, 2008.h;34)

d) Status obstetrikus

a. Inspeksi

Muka : apakah ada cloasma gravidarum atau tidak, apakah ada oedema dimuka.

Dada : untuk mengetahui pembesaran mammae, puting susu menonjol, datar / masuk, pengeluaran colostrum dan cairan, benjolan pada payudara, pembesaran kelenjar ketiak.

Abdomen : untuk mengetahui pembesaran abdomen dan kesesuaian dengan umur kehamilan.

b. Palpasi

1) Mamae : untuk mengetahui pengeluaran kolostrum.

2) Abdomen :

Leopold I : menentukan bagian yang terletak difundus uteri dan menentukan tinggi fundus uter. Sehingga perkiraan usia kehamilan dapat disesuaikan dengan tanggal haid terakhir. (Manuaba, 2010.h;117)

Leopold II : menentukan batas samping uterus dan menentukan letak punggung janin yang membujur dari atas ke bawah menghubungkan bokong dan kepala. (Winkjosastro, 2007.h;156)

Leopold III : menentukan bagian yang terdapat di atas simfisis pubis. (Manuaba, 2010.h;117)

Leopold IV : menentukan bagian mana yang sudah masuk dalam pintu atas panggul. (Manuaba, 2010.h;117)

3) Pengukuran TFU

Pada kehamilan 28 minggu TFU normalnya 25 cm, pada kehamilan 32 minggu TFU 27 cm, pada kehamilan 36 minggu TFU 30 cm. Pada kehamilan 40 minggu TFU turun kembali dan terletak kira-kira 3 jari dibawah prosesus xifoideus (Manuaba, 2010)

4) Auskultasi DJJ

Gangguan kondisi kesehatan janin dicerminkan dari DJJ yang kurang dari 120 atau lebih 160 kali per menit. Kegawatan janin ditunjukan dari DJJ yang kurang dari 100 atau lebih dari 180 kali per menit (JNPKKR.2008.H;41).

5) Pemeriksaan dalam

a) Cairan vagina : terdapat bercak darah, perdarahan pervaginam atau mekonium.

b) Vagina : luka parut divagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perineum atau tindakan episiotomi sebelumnya.

c) Pembukaan : untuk mengetahui pembukaan dan penipisan serviks.

d) Effacement : sudah masuk kedalam rongga panggul atau belum, dan penipisan berapa persen.

e) Bagian terbawah : apakah bagian terbawah janin kepala, pastikan penunjuknya (ubun ubun kecil, ubun ubun besar, atau frontela magna) dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau tumpang tindih tulang kepala dan apakah ukuran kepala janin sesuai dengan ukuran jalan lahir (JNPKKR, 2008. H;44)

6) pemeriksaan penunjang

a) Rontgenografi

Pemeriksaan ini hanya boleh dikerjakan bila terdapat keragu – ragan dalam diagnosis kehamilan dan atas indikasi yang mendesak sekali, sebab janin sangat peka terhadap sinar X.

b) Ultrasonografi (USG)

Alat ini menjadi sangat penting dalam diagnosis kehamilan dan kelainan – kelainan karena gelombang suara sampai saat ini dinyatakan tidak berbahaya.

c) Fetal electro cardio grafi (ECG)

d) Tes laboratorium

Banyak tes yang dapat dilakukan, tetapi yang paling populer adalah tes inhibisi koagulasi.

C. Assesement

Assesment merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif keadaan pasien yang saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subyektif maupun data obyektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Hal ini juga menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan pasien dan analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data pasien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan / tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan interpretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup : diagnosis / masalah kebidanan, diagnosis / masalah potensial serta perlunya antisipasi diagnosis/masalah potensial dan tindakan segera.

D. Planning

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

Dalam planing juga harus mencantumkan evaluasi yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai atau tindakan / asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tinadakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan. (Muslihatun, Mufdilah, Setyawati, 2009).

1. Landasan Hukum Kewenangan Bidan

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya dimasyarakat, seorang bidan mempunyai kewenangan yang diatur dalam peraturan dan perundang-undangan kesehatan. Hal ini dimaksudkan untuk melindungi secara hukum baik untuk bidan maupun untuk masyarakat terhadap malpraktek yang mungkin dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan, peraturan, perundangannya adalah sebagai berikut, Landasan hukum dalam praktik kebidanan yaitu :

Peraturan menteri : Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 1464/Menkes/per/x/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan (Depkes RI, 2010)

Bab III penyelenggaraan praktik

Pasal 9 : Bidan dalam menjalankan praktik, berwenang untuk memberikan pelayanan meliputi :

- 1) Pelayanan kesehatan ibu
- 2) Pelayanan kesehatan anak

3) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana

Pasal 10

- 1) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 huruf 3 diberikan pada masa pra hamil, kehamilan, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui masa antara dua kehamilan.
- 2) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat 1 meliputi
 - a) Pelayanan konseling pada masa pra hamil
 - b) Pelayanan antenatal pada kehamilan normal
 - c) Pelayanan persalinan normal
 - d) Pelayanan ibu menyusui
 - e) Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan
- 3) Bidan dalam memberikan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat 2
 - a) Episiotomi
 - b) Penjahitan luka jalan lahir tingkat 1 dan 2
 - c) Penanganan kegawat daruratan dilanjutkan dengan perujuk
 - d) Pemberian tablet FE pada ibu hamil
 - e) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
 - f) Fasilitas/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif
 - g) Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala 3 dan postpartum
 - h) Penyuluhan dan konseling
 - i) Bimbingan pada kelompok ibu hamil
 - j) Pemberian surat keterangan kematian

k) Pemberian surat keterangan cuti bersalin

1. Standar pelayanan kebidanan

a. Standar 9: asuhan persalinan kala 1

Bidan menilai secara tepat bahwa persalinan sudah mulai, kemudian memberikan asuhan dan pemantauan yang memadai, dengan memperhatikan kebutuhan klien selama proses persalinan berlangsung.

b. Standar 10: persalinaan kala 2 yang aman

Bidan memerlukan pertolongan persalinan yang aman dengan sikap sopan dan penghargaan terhadap klien serta memerhatikan tradisi setempat

c. Standar 11: penatalaksanaan aktif persalinaan kala III

Bidan melakukan penanganan tali pusat dengan benar untuk membantu pengeluaran plasenta dan selaput ketuban secara lengkap

d. Standar 12: penanganan kala II dengan komplikasi gawat janin melalui episiotomi.

Bidan mengenali secara tepat tanda gawat janin pada kala II yang lama dan segera melakukan episiotomi dengan aman untuk memperlancar persalinaan, diikuti dengan penjahitan perineum.

2. Menurut IBI (2009,h.116) tentang peran dan Fungsi dan Kompetensi

Bidan :

1) Peran sebagai pelaksana

a) Tugas Mandiri

Memberikan asuhan kebidanan pada wanita usia subur yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana :

(1) Mengkaji kebutuhan pelayanan keluarga berencana pada PUS/WUS.

(2) Menentukan diagnosa dan kebutuhan pelayanan

(3) Menyusun rencana pelayanan KB sesuai prioritas masalah bersama klien

(4) Melaksanakan asuhan sesuai dengan rencana yang telah di buat

(5) Mengevaluasi asuhan kebidanan yang telah diberikan

(6) Membuat rencana tindak lanjut pelayanan bersama klien

(7) Membuat pencatatan dan pelaporan

b) Tugas kolaborasi / kerjasama

Menerapkan manajemen pada setiap asuhan kebidanan sesuai fungsi kolaborasi dengan melibatkan klien dan keluarga.

(1) Mengkaji masalah yang berkaitan dengan komplikasi dan keadaan kegawatan yang memerlukan tindakan kolaborasi

(2) Menentukan diagnosa, prognosa dan prioritas kegawatan yang memerlukan tindakan kolaborasi

(3) Merencanakan tindakan sesuai dengan prioritas kegawatan dan hasil kolaborasi serta kerjasama dengan klien.

- (4) Melaksanakan tindakan sesuai dengan rencana dan dengan melibatkan klien
- (5) Mengevaluasi hasil tindakan yang telah di berikan
- (6) Menyusun rencana tindak lanjut bersama klien
- (7) Membuat pencatatan dan pelaporan.

c) Tugas ketergantungan / merujuk

Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi keterlibatan klien dan keluarga.

- (1) Mengkaji kebutuhan asuhan kebidanan yang memerlukan tindakan di luar lingkup kewenangan bidan dan memerlukan rujukan
- (2) Menentukan diagnosa, prognosa, dan prioritas serta sumber – sumber dan fasilitas untuk kebutuhan intervensi lebih lanjut bersama klien / keluarga.
- (3) Mengirim klien untuk keperluan intervensi lebih lanjut kepada petugas / institusi pelayanan kesehatan yang berwenang dengan dokumentasi yang lengkap
- (4) Membuat pencatatan dan pelaporan serta mendokumentasikan seluruh kejadian dan intervensi.

d) Peran bidan sebagai pengelola

- (1) Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan terutama pelayanan kebidanan untuk individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat di wilayah kerja dengan melibatkan masyarakat/klien.

- (2) Bersama tim kesehatan dan pemuka masyarakat mengkaji kebutuhan terutama yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak untuk meningkatkan dan mengembangkan program pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya.
 - (3) Menyusun rencana kerja sesuai dengan hasil pengkajian dengan masyarakat.
 - (4) Mengelola kegiatan-kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta KB sesuai dengan rencana.
 - (5) Mengkoordinir mengawasi dan membimbing kader, dukun atau petugas kesehatan lain dalam melaksanakan program/ kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan anak serta KB.
 - (6) Mengembangkan strategi untuk meningkatkan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak serta KB termasuk pemanfaatan sumber-sumber yang ada pada program dan sektor terkait.
 - (7) Menggerakkan, mengembangkan kemampuan masyarakat dan memelihara kesehatannya dengan memanfaatkan potensi-potensi yang ada.
 - (8) Mempertahankan, meningkatkan mutu dan keamanan praktek profesional melalui pendidikan, pelatihan, magang dan kegiatan-kegiatan dalam kelompok profesi.
 - (9) Mendokumentasikan seluruh kegiatan yang telah dilaksanakan.
- e) Peran Sebagai Pendidik
- (1) Memberikan pendidikan dan penyuluhan kesehatan kepada

individu keluarga kelompok dan masyarakat tentang penanggulangan masalah kesehatan khususnya yang berhubungan dengan pihak terkait kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana.

- (2) Bersama klien pengkaji kebutuhan akan pendidikan dan penyuluhan kesehatan masyarakat khususnya dalam bidang kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana.
- (3) Bersama klien pihak terkait menyusun rencana penyuluhan kesehatan masyarakat sesuai dengan kebutuhan yang telah dikaji, baik untuk jangka pendek maupun jangka panjang.
- (4) Menyiapkan alat dan bahan pendidikan dan penyuluhan sesuai dengan rencana yang telah disusun.
- (5) Melaksanakan program/rencana pendidikan dan penyuluhan kesehatan masyarakat sesuai dengan rencana jangka pendek dan jangka panjang melibatkan unsur-unsur yang terkait termasuk masyarakat.
- (6) Bersama klien mengevaluasi hasil pendidikan/penyuluhan kesehatan masyarakat dan menggunakannya untuk memperbaiki dan meningkatkan program di masa yang akan datang.
- (7) Mendokumentasikan semua kegiatan dan hasil pendidikan / penyuluhan kesehatan masyarakat secara lengkap dan sistematis.

e) Peran bidan sebagai peneliti / investigator

- (1) Melakukan intervestigasi atau penelitian terapan dalam bidang kesehatan baik secara mandiri maupun secara kelompok
- (2) Mengidentifikasi kebutuhan investigasi yang akan dilakukan

- (3) Menyusun rencana kerja pelatihan
- (4) Melaksanakan investigasi sesuai dengan rencana
- (5) Mengolah dan menginterpretasikan data hasil investigasi
- (6) Menyusun laporan hasil investigasi dan tindak lanjut.

Memanfaatkan hasil investigasi untuk meningkatkan dan mengembangkan program kerja atau pelayanan kesehatan.

