

BAB II

TINJAUAN TEORI

I. TINJAUAN MEDIS

A. KEHAMILAN

1. Definisi kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga minggu ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2014. Hal: 213).

Kehamilan adalah hasil dari “kencan” sperma dan sel telur. Dari sekitar 20-40 juta sperma yang dikeluarkan hanya 1 sperma yang bisa membuahi sel telur. Dalam prosesnya, perjalanan sperma untuk menemui sel telur penuh dengan perjuangan.(Elisabeth, 2015. hal:69)

Berdasarkan pengertian diatas maka kehamilan adalah hasil dari sperma dan sel telur dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi, yang dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi. Akan

berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional.

2. Tanda-tanda kehamilan

Menurut Elisabeth (2015; hal:69-72) Untuk dapat menegakkan kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala kehamilan:

a. Tanda dugaan hamil

1) Amenorea (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de graf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lama nya amenorea dapat dinformasikan dengan memastikan hari pertama haid terakhir (HPHT). Tetapi, amenorhea juga dapat disebabkan oleh penyakit kronik tertentu, tumor pituitari, perubahan dan faktor lingkungan, malnutrisi, dan biasanya gangguan emosional seperti ketakutan akan kehamilan.

2) Mual (*nause*) dan muntah (*emesis*)

Pengaruh estrogen dan progesteron terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut morning siknes.

3) Ngidam (menginginkan makan tertentu)

Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu. Ngidam sering terjadi pada bulan-bulanan pertama kehamilan dan akan menghilang dengan tuanya kehamilan.

4) Pingsan (*Syncope*)

Terjadi gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan pingsan. Hal ini sering terjadi terutama jika berada pada tempat yang ramai, biasanya akan hilang setelah 16 minggu.

5) Kelelahan

Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (basal metabolisme rate-BMR) pada kehamilan yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akibat aktifitas metabolisme hasil konsepsi.

6) Payudara tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan sistem duktus pada payudara, sedangkan progesteron menstimulasi perkembangan sistem alveolar payudara.

7) Sering miksi

Desakan rahim kedepan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Frekuensi miksi yang sering, terjadi pada trimester pertama akibat desakan uterus ke kandung kemih. Pada trimester kedua umumnya keluhan ini akan berkurang karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada trimester ketiga, gejala bisa timbul karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kemih.

8) Konstipasi atau obstipasi

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

9) Pigmentasi kulit

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

- a) Sekitar pipi: cloasma gravidarum (penghitaman pada dahi, pipi, hidung, dan leher)
- b) Dinding perut: striae lividae/gravidarum, striae nigra, linea alba menjadi lebih hitam (linea grisea/nigra)
- c) Sekitar payudara: hiperpigmentasi aerola mammae
- d) Sekitar pantat dan paha atas: terdapat striae akibat pembesaran bagian tersebut.

10) Epulis

Hipertropi papila gingivae/gusi, sering terjadi pada trimester pertama.

11) Varises

Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises dapat terjadi disekitar genitalia eksterna, kaki dan betis, serta payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat hilang setelah persalinan.

b. Tanda kemungkinan

- 1) Perut membesar
 - 2) Uterus membesar: terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi.
 - 3) Tanda hegar: ditemukannya serviks dan isthmus uteri yang lunak pada pemeriksaan bimanual saat usia kehamilan 4 sampai 6 minggu
 - 4) Tanda chanwick: Perubahan warna menjadi kebiruanyang terlihat di porsio, vagina dan labia.
 - 5) Tanda piscaseck: pembesaran dan pelunakan rahim salah satu sisi rahim yang berdekatan dengan tuba uterina.
 - 6) Kontraksi-kontraksi kecil uterus jika dirangsang= Braxton-hicks
 - 7) Teraba ballotement
 - 8) Reaksi kehamilan positif
- (Mochtar,2013;hal 35-36)

c. Tanda pasti (*positive sign*)

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

Tanda pasti kehamilan terdiri atas hal-hal berikut:

1) Gerakan janin pada rahim

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

2) Denyut jantung janin

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

3) Bagian-bagian janin

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

4) Kerangka janin

Kerangka janin dapat dilihat dengan foto rontgen maupun USG. (Elisabeth,2015; hal:73-74)

3. Perubahan anatomi dan fisiologi pada perempuan hamil

a. Uterus

Adalah suatu struktur otot yang cukup kuat, bagian luarnya ditutupi oleh peritoneum, sedangkan rongga dalamnya dilapisi oleh mukosa rahim. Bentuknya seperti bola lampu yang gepeng atau buah alpukat yang terdiri dari 3 bagian yaitu: badan rahim (korpus uteri) berbentuk segetiga, leher rahim (serviks uteri) berbentuk silinder, rongga rahim (kavum uteri). (Elisabeth,2015; hal:27)

b. Serviks

Satu bulan setelah konsepsi serviks akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersamaan dengan terjadinya hipertrofi dan hiperplasia pada kelenjar-kelenjar serviks. Berbeda kontras dengan korpus, serviks hanya memiliki 10-15 % otot polos. Jaringan ikat ekstraseluler serviks terutama kolagen tipe 1 dan 3 dan sedikit tipe 4 pada brana basalis. Diantara molekul-molekul kolagen itu, berkatalasi glikosaminoglikan dan proteoglikan, terutama dermatan sulfat, asam hialuronat, dan heparin sulfat. Juga ditemukan fibronektin dan elastin diantara serabut kolagen. Rasiko tertinggi elastin terhadap kolagen terdapat di ostium interna. Baik elastin maupun otot polos semakin menurun jumlahnya mulai dari ostium interna ke ostium eksterna. (Prawirohardjo,2014; hal: 177-179)

c. Ovarium (indung telur)

Ovarium terdiri dari bagian luar (korteks) dan bagian dalam (medulla). Pada korteks terdapat folikel-folikel primordial kira-kira 100.000 setiap bulan satu folikel akan matang dan keluar, kadang keluar 2 sekaligus secara bersamaan, folikel primer ini akan menjadi folikel de graaf. (Elisabeth,2015; hal:31)

d. Vagina dan Perineum

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot diperineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat berwarna keunguan yang dikenal dengan tanda chandwick. Perubahan ini meliputi penipisan mukosa dan hilangnya sejumlah jaringan ikat dan hipertrofi dari sel-sel otot polos. (Prawirohardjo,2014; hal: 178)

e. Kulit

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang-kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama striae gravidarum. Pada banyak perempuan kulit digaris pertengahan perutnya (linea alba) akan berubah menjadi hitam kecoklatan yang disebut dengan linea nigra. Kadang-kadang akan muncul dalam ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher yang disebut dengan chloasma atau melasma gravidarum. Selain itu, pada aerola dan daerah genital juga akan terlihat pigmentasi yang berlebihan. Pigmentasi yang berlebihan itu biasanya akan hilang atau sangat jauh berkurang setelah persalinan. Kontrasepsi oral juga bisa menyebabkan terjadinya hiperpigmentasi yang sama. (Prawirohardjo,2014; hal: 179)

f. Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena-vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Putting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama suatu cairan berwarna kekuningan yang disebut kolustrum dapat keluar. Kolustrum ini berasal dari kelenjar-kelenjar asinus yang mulai bersekresi. Meskipun dapat dikeluarkan, air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh *prolactin inhibiting hormone*. (Prawirohardjo,2014; hal: 179)

4. Perubahan dan adaptasi psikologi dalam masa kehamilan

a. Trimeter Pertama

Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian. Penyesuaian yang dilakukan wanita adalah terhadap kenyataan bahwa ia sedang mengandung. Sebagian besar wanita merasa sedih dan ambivalen tentang kenyataan bahwa ia hamil. Kurang lebih 80 % wanita mengalami kekecewaan, penolakan, kecemasan, depresi dan kesedihan. Meski beberapa wanita mengalami peningkatan seksual, tetapi secara umum trimester pertama merupakan waktu terjadinya penurunan libido dan hal ini memerlukan komunikasi yang jujur dan terbuka terhadap pasangan masing-masing. Banyak wanita merasakan kebutuhan kasih sayang yang besar dan cinta kasih tanpa seks. Libido secara umum sangat dipengaruhi oleh

kelelahan, mual, depresi, payudara yang membesar dan nyeri, kecemasan, kekhawatiran, dan masalah-masalah lain yang merupakan normal pada trimester pertama.

b. Trimester kedua

Trimester kedua sering dikenal sebagai periode kesehatan yang baik, yakni ketika wanita merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan yang normal dialami saat hamil. Duka cita tersebut timbul karena ia harus merelakan hubungan, kedekatan, dan peristiwa maupun aspek tertentu yang ia miliki dalam peran sebelumnya yang akan terpengaruh dengan hadirnya bayi dan peran ibu.

Sebagian besar wanita merasa lebih erotis selama trimester kedua, kurang lebih 80 % wanita mengalami kemajuan yang nyata dalam hubungan seksual mereka dibanding pada trimester pertama dan sebelum hamil. Trimester kedua relative terbebas dari segala ketidaknyamanan fisik, dan ukuran perut wanita belum menjadi masalah besar, lubrikasi vagina semakin banyak pada masa ini, kecemasan, kekhawatiran dan masalah-masalah yang sebelumnya menimbulkan ambivalensi pada wanita tersebut mereda, dan ia menjadi seorang yang mencari kasih sayang dari pasangannya, dan semua faktor ini turut mempengaruhi peningkatan libido dan kepuasan seksual

c. Trimester Ketiga

Trimester tiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran seorang bayi.

Trimester ketiga merupakan waktu, persiapan yang aktif terlihat dalam menanti kelahiran bayi dan menjadi orang tua sementara perhatian utama wanita terfokus pada bayi yang akan segera dilahirkan. Wanita tersebut menjadi lebih protektif terhadap bayi, mulai menghindari keramaian atau seseorang atau apapun yang dianggap berbahaya. Ia membayangkan bahaya mengintip dalam dunia diluar sana. Memilih nama untuk bayinya merupakan persiapan menanti kelahiran bayi.

Wanita akan kembali merasakan ketidaknyamanan fisik yang semakin kuat menjelang akhir kehamilan. Ia akan merasa canggung, jelek, berantakan, dan memerlukan dukungan yang sangat besar dan konsisten dari pasangannya. Pada pertengahan trimester ketiga, peningkatan hasrat seksual yang terjadi pada trimester sebelumnya akan menghilang karena abdomennya yang semakin besar menjadi halangan. Alternative posisi dalam berhubungan seksual dan metode alternative untuk mencapai kepuasan dapat membantu atau dapat menimbulkan perasaan bersalah jika ia merasa tidak nyaman dengan cara-cara tersebut. (Elisabeth,2015; hal:64-67)

5. Ketidaknyamanan Selama Kehamilan dan Cara Mengatasinya

Dalam proses kehamilan terjadi perubahan sistem dalam tubuh ibu yang semuanya membutuhkan suatu adaptasi, baik fisik maupun psikologis. Dalam proses adaptasi tersebut tidak jarang ibu akan mengalami ketidaknyamanan yang meskipun hal itu adalah fisiologis maupun tetap perlu diberikan suatu pencegahan dan perawatan. Beberapa ketidaknyamanan dan cara mengatasinya adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Ketidaknyamanan Masa Hamil dan Cara Mengatasinya

No	Ketidaknyamanan	Cara mengatasi
1.	Sering buang air kecil. Trimester I dan III	<ul style="list-style-type: none"> a. Penjelasan mengenai sebab terjadinya b. Kosongkan saat ada dorongan untuk kencing c. Perbanyak minum pada siang hari d. Jangan kurangi minum untuk mencegah nokturia, kecuali jika nokturia sangat mengganggu tidur di malam hari e. Batasi minum kopi, teh dan soda f. Jelaskan tentang bahaya infeksi saluran kemih dengan menjaga posisi tidur, yaitu dengan berbaring miring ke kiri dan kaki ditinggikan untuk mencegah diuresis.
2.	Stirae gravidarum. Tampak jelas pada bulan ke 6-7	<ul style="list-style-type: none"> a. Gunakan Emolien topical atau antipruritik jika ada indikasinya b. Gunakan baju longgar yang dapat menompang payudara dan abdomen
3	Hemoroid Timbul Trimester II dan III	<ul style="list-style-type: none"> a. Hindari konstipasi b. Makan makanan yang berserat dan banyak minum c. Gunakan kompres es atau air hangat d. Dengan perlahan masukkan kembali anus setiap selesai BAB
4	Kelelahan/Fatigue. Pada Trimester I	<ul style="list-style-type: none"> a. Yakinkan bahwa ini normal pada awal kehamilan b. Dorong ibu untuk sering beristirahat c. Hindari istirahat yang berlebihan
5	Keputihan Terjadi di Trimester I, II atau III	<ul style="list-style-type: none"> a. Tingkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari b. Memakai pakaian dalam dari bahan katun dan mudah menyerap c. Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur
6	Keringat bertambah. Secara perlahan terus meningkat sampai akhir kehamilan	<ul style="list-style-type: none"> a. Pakailah pakaian yang tipis dan longgar b. Tingkatkan asupan cairan c. Mandi secara teratur
7	Sembelit	<ul style="list-style-type: none"> a. Tingkatkan diet asupan cairan

No	Ketidaknyamanan	Cara mengatasi
	Trimester II dan III	<ul style="list-style-type: none"> b. Buah prem atau jus prem c. Minum cairan dingin atau hangat, terutama saat perut kosong d. Istirahat cukup e. Senam hamil f. Membiasakan buang air besar secara teratur g. Buang air besar segera setelah ada dorongan
8	Kram pada kaki. Setelah usia kehamilan 24 minggu	<ul style="list-style-type: none"> a. Kurangi konsumsi susu (kandungan fosfornya tinggi) b. Latihan dorsofleksi pada kaki dan meregangkan otot yang terkena c. Gunakan penghangat untuk otot
9	Mengidam (<i>pica</i>) Trimester I	<ul style="list-style-type: none"> a. Tidak perlu dikhawatirkan selama diet memenuhi kebutuhannya b. Jelaskan tentang bahaya makanan yang tidak bisa diterima, mencakup gizi yang diperlukan serta memuaskan rasa mengidam atau kesukaan menurut kultur
10	Napas sesak. Trimester II dan III	<ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan penyebab fisiologis b. Dorong agar secara sengaja mengatur laju dan dalamnya pernapasan pada kecepatan normal yang terjadi c. Merentangkan tangan diatas kepala serta menarik napas panjang d. Mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernapasan interkostal
11	Nyeri ligamentum notundum. Trimester II dan III	<ul style="list-style-type: none"> a. Berikan penjelasan mengenai penyebab nyeri b. Tekuk lutut kearah abdomen c. Mandi air hangat d. Gunakan bantal pemanas pada area yang terasa sakit hanya jika tidak terdapat kontraindikasi e. Gunakan sebuah bantal untuk menopang uterus dan bantal lainnya letakkan diantara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring
12	Berdebar-debar (Palpitasi Jantung) Mulai akhir Trimester I	<ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan bahwa hal ini normal pada kehamilan
13	Panas perut (<i>heartburn</i>) Mulai bertambah sejak Trimester II dan bertambah semakin lamanya kehamilan. Hilang pada waktu persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Makan sedikit-sedikit tapi sering b. Hindari makan berlemak dan berbumbu tajam c. Hindari rokok, asap rokok, alkohol dan coklat d. Hindari berbaring setelah makan e. Tidur dengan kaki ditinggikan
14	Perut Kembang Trimester II dan III	<ul style="list-style-type: none"> a. Hindari makan yang mengandung gas b. Mengunyah makanan secara sempurna c. Lakukan senam secara teratur d. Pertahankan saat buang air besar yang teratur
15	Pusing/sinkop Trimester II dan III	<ul style="list-style-type: none"> a. Bangun secara perlahan dari posisi istirahat b. Hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang hangat dan sesak c. Hindari berbaring dalam posisi terlentang
16	Mual dan muntah Trimester I	<ul style="list-style-type: none"> a. Hindari bau atau faktor penyebabnya b. Makan biscuit kering atau roti bakar secara sebelum

No	Ketidaknyamanan	Cara mengatasi
		bangun dari tempat tidur di pagi hari
		c. Makan sedikit tapi sering
		d. Duduk tegak setiap kali selesai makan
		e. Hindari makanan yang berminyak dan berbumbu
		f. Makan makanan kering di antara waktu makan
		g. Minum minuman yang berkarbonat
		h. Hindari menggosok gigi setelah makan
		i. Istirahat sesuai kebutuhan
17	Sakit punggung atas dan bawah Trimester II dan III	a. Gunakan posisi tubuh yang baik b. Gunakan bra yang menopang dengan ukuran yang tepat c. Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung
18	Varises pada kaki Trimester II dan III	a. Tinggikan kaki sewaktu berbaring b. Jaga agar kaki tidak bersilangan c. Hindari berdiri atau duduk terlalu lama d. Senam untuk melancarkan peredaran darah e. Hindari pakaian atau korset yang ketat

Sumber : Sulistyawati, (2011; hal:124-127)

6. Deteksi Dini Terhadap Komplikasi Ibu dan Janin

Tanda-tanda dini bahaya komplikasi ibu dan janin masa kehamilan. Kehamilan merupakan hal yang fisiologis. Salah satu asuhan yang dilakukan pada seorang bidan untuk menapis adanya risiko yaitu melakukan pendeteksian dini adanya komplikasi yang mungkin akan terjadi selama masa hamil muda. Adapun komplikasi ibu dan janin yang mungkin terjadi pada masa hamil muda seperti perdarahan pervaginam, hipertensi gravidarum, maupun nyeri perut bagian bawah. (Elisabeth, 2015. hal 145-152).

a. Perdarahan Pervaginam

1) Abortus

Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan pada sebelum 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu hidup diluar

kandungan. Abortus spontan adalah abortus terjadi secara alamiah tanpa buatan untuk mengakhiri kehamilannya biasanya sering disebut dengan keguguran. Abortus buatan adalah abortus yang terjadi akibat tertentu dengan tujuan untuk mengakhiri proses kehamilannya. Biasanya sering disebut dengan aborsi atau abortus provokatus. Adapun jenis-jenis abortus yaitu:

a) Abortus imminens

Abortus yang mengancam, perdarahannya bisa berlanjut dalam beberapa hari ataupun dapat berulang. Dalam kondisi ini masih mungkin bisa dipertahankan dengan beberapa resiko untuk terjadinya prematuritas atau gangguan pertumbuhan dalam rahim.

b) Abortus insipiens

Abortus insipiens didiagnosa wanita hamil yang ditemukan perdarahan banyak, kadang-kadang keluar gumpalan darah disertai nyeri karen kontraksi rahim yang kuat dan ditemukan adanya dilatasi serviks sehingga jari pemeriksa dapat masuk dan ketuban dapat diraba.

c) Abortus incomplitus

Didiagnosis apabila sebagian dari hasil konsepsi telah lahir atau teraba pada vagina, tetapi sebagian tertinggal (biasanya jaringan plasenta). Perdarahan biasanya terus berlangsung, banyak dan membahayakan ibu. Serviks

membuka karena masih ada benda didalam rahim yang dianggap sebagai benda asing.

d) Abortus Complitus

Hasil konsepsi lahir dengan lengkap pada keadaan ini *Curretage* tidak perlu dilakukan. Perdarahan segera berkurang setelah isi rahim dikeluarkan dan selambat-lambatnya dalam 10 hari perdarahan akan berhenti sama sekali, karena dalam masa ini luka rahim telah sembuh dan epitelisasi telah selesai. Serviks dengan segera menutup kembali.

2) Kehamilan Ektopik

Kehamilan Ektopik adalah kehamilan yang terjadi diluar rahim, misalnya dalam tuba, ovarium, rongga perut, serviks, partsinterstisialis tuba atau dalam tanduk rudimenter rahim. Kehamilan ektopik dikatakn terganggu apabila berakhir dengan abortus atau rupture tuba.

a) Mola Hidatidosa

Hamil mola adalah suatu kehamilan dimana setelah fertilisasi, hasil konsepsi tidak berkembang menjadi embrio tetapi terjadi proliferasi dari vili korialis disertai dengan degenerasi hidrofik. Uetrus melunak dan adanya janin, cavum uteri hanya terisi oleh jaringan seperti rangkaian buah anggur korialis yang seluruhnya atau sebagian

berkembang tidak wajar berbentuk gelembung-gelembung seperti anggur.

b) Hipertensi Gravidarum

Hipertensi gravidarum (hipertensi kronik) hipertensi yang menetap oleh sebab apapun, yang sudah ditemukan pada umur kehamilan kurang dari 20 minggu, atau hipertensi yang menetap setelah 6 minggu pasca persalinan.

3) Nyeri Perut Bagian Bawah

Nyeri perut pada kehamilan 22 minggu atau kurang. Hal ini mungkin gejala utama kehamilan ektopik atau abortus.

7. Tanda Bahaya Kehamilan

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

- a. Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum. Penyebab yang sama dan menimbulkan gejala perdarahan pada kehamilan muda dan ukuran pembesaran uterus yang diatas normal pada umumnya disebabkan oleh mola hidatidosa. Perdarahan pada kehamilan lanjut atau di atas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa.

b. Preeklampsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan diatas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah di atas normal sering diasosiasikan dengan preeklampsia. Gejala lainnya yaitu hiperrefleksia (iritabilitas susunan saraf pusat), sakit kepala atau cepalgia, gangguan penglihatan seperti pandangan kabur, nyeri epigastrik, oliguria, tekanan darah naik, sistolik (20-30 mmHg) dan diastolik (10-20 mmHg) diatas normal.

c. Nyeri hebat didaerah abdominopelvikum.

Bila terjadi pada kehamilan trimester dua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda-tanda seperti tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan, bagian-bagian janin sulit diraba, uterus tegang dan nyeri, janin mati didalam rahim bisa jadi itu tanda dari solusio plasenta.

d. Dan gejala lain yang harus diwaspadai yaitu muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan, disuria, menggigil atau demam, ketuban pecah dini atau sebelum waktunya (Prawirohardjo, 2014; hal.281-284).

8. Asuhan kehamilan

a. Standar pelayanan atau asuhan 10T, adalah sebagai berikut:

1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan

pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.

Pengukuran tinggi badan pada pertama kali kunjungan dilakukan untuk menapis adanya faktor resiko pada ibu hamil. Tinggi badan ibu hamil kurang dari 145 cm meningkatkan resiko untuk terjadinya CPD (Cephalo Pelvic Disproportion)

2) Ukur tekanan darah

Pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah \geq 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah, dan atau proteinuria)

3) Nilai status Gizi (ukur lingkar lengan atas/LiLA)

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko KEK(kurang energi kronis) disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LiLA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi berat lahir rendah (BBLR).

4) Ukur tinggi fundus uteri atau TFU

Pengukuran TFU pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan.

5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika, pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120 kali/menit atau DJJ cepat lebih dari 160 kali/menit menunjukkan adanya gawat janin

6) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid (TT) bila diperlukan.

Tabel 2.2 Tetanus Toksoid (TT)

Imunisasi TT	Selang waktu minimal pemberian imunisasi	Lama perlindungan
TT 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	12 bulan setelah TT 3	10 tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	≥ 25 tahun

Sumber : PMK No 97; hal:36

7) Beri tablet tambah darah (tablet besi)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak kontak pertama.

8) Pemeriksaan laboratorium (rutin dan khusus)

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada ibu hamil adalah pemeriksaan laboratorium rutin dan khusus. Pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada setiap ibu hamil yaitu golongan darah, hemoglobin darah, dan pemeriksaan spesifik daerah endemis/epidemis (malaria, HIV, dll). Sementara pemeriksaan laboratorium khusus adalah pemeriksaan laboratorium lain yang dilakukan atas indikasi pada ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal.

9) Tatalaksana/ penanganan Kasus

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

10) Temu wicara

Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal yang meliputi:

- a) Kesehatan ibu
- b) Perilaku hidup bersih dan sehat
- c) Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan
- d) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi
- e) Asupan gizi seimbang
- f) Gejala penyakit menular dan tidak menular
(PMK No 97; hal:35-41)

B. PERSALINAN

1. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks, dan janin turun kedalam jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2014; hal 100)

Persalinan atau kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi karena cukup bulan (36-42 minggu) dan bersifat spontan kurang dari 18 jam tanpa ada faktor penyulit dan komplikasi baik bagi ibu maupun janin. (Yongky,dkk. 2012. hal.47).

Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa persalinan adalah suatu proses pengeluaran janin dan plasenta dari dalam rahim melalui jalan lahir atau jalan lain (dengan bantuan) yang telah cukup bulan dan dapat hidup diluar kandungan.

2. Tanda-tanda Persalinan

a. Tanda-tanda permulaan persalinan

1) Lightening

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk kedalam panggul. Gambaran lightening pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara ketiga P, yaitu: *Power* (his), *Passage* (jalan lahir), dan *passenger* (bayi dan plasenta). Pada multipara gambarannya menjadi tidak sejelas pada primigravida, karena masuknya kepala janin ke dalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan.

2) Terjadinya HIS permulaan

Pada saat hamil muda sering terjadi kontraksi Braxton Hicks yang kadang dirasakan sebagai keluhan karena rasa sakit yang menimbulkan. Adanya perubahan kadar hormon estrogen dan progesteron menyebabkan oksitosin semakin meningkat dan dapat menjalankan fungsinya dengan efektif untuk menimbulkan kontraksi atau his permulaan. (Sulistiyawati,2013. hal:6)

b. Tanda-tanda inpartu

- 1) Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur.
- 2) Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks
- 3) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya
- 4) Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan. (Mochtar,2012. hal:70)

3. Tahapan Persalinan

a. Kala I (Pembukaan)

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm (pembukaan lengkap). Proses ini terbagi menjadi dua fase yaitu Fase Laten (8 jam) dimana serviks membuka sampai 3 cm Fase Aktif (7 jam) dimana serviks membuka 3-10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering terjadi selama fase aktif. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan pada multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan Kurve Friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm per jam dan pembukaan multigravida 2 cm per jam.

b. Kala II (Pengeluaran Bayi)

Kala II adalah kala pengeluaran bayi, dimulai dari pembukaan lengkap sampai bayi baru lahir. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir.

Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Diagnosis persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.

c. Kala III (Pelepasan Plasenta)

Kala III adalah waktu untuk pelepasan dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5-10 menit. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda sebagai berikut:

- 1) Uterus menjadi berbentuk bundar
- 2) Uterus terdorong keatas, kerana plasenta dilepas ke segmen bawah rahim.
- 3) Tali pusat bertambah panjang
- 4) Terjadi perdarahan.

d. Kala IV (Observasi)

Kala IV mulai dari lahirnya plasenta selama 1-2 jam. Pada kala IV dilakukan observasi terhadap perdarahan pascapersalinan, paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Tingkat kesadaran pasien
- 2) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, pernafasan

3) Kontraksi uterus

4) Terjadinya perdarahan. Perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc. (Sulistiyawati,2013. hal:7-9)

4. Mekanisme Persalinan

Mekanisme persalinan adalah cara penyesuaian diri dan lewatnya janin melalui panggul ibu. (harry & william, 2010. hal: 86). Kekuatan-kekuatan yang ada pada ibu seperti kekuatan his dan kekuatan mengejan, keadaan jalan lahir, dan janinnya sendiri.

Masuknya kepala melintasi pintu atas panggul dapat dalam keadaan sinklitismus, ialah bila arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang pintu atas panggul. Akibat sumbu kepala janin yang eksentrik atau tidak simetris, dengan sumbu lebih mendekati suboksiput, maka tahanan oleh jaringan dibawahnya terhadap kepala yang akan menurun, menyebabkan kepala mengadakan fleksi disalam rongga panggul.

Kepala yang sedang turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan. Akibat kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intrauterin disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi, disebut pula putaran paksi dalam. Didalam hal mengadakan rotasi ubun-ubun kecil akan berputar kearah depan, sehingga di dasar panggul ubun-ubun kecil dibawah simfisis, dan dengan suboksiput sebagai hipomoklion, kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan. Pada tiap his

vulva lebih membuka dan kepala janin makin tampak. Perineum menjadi makin lebar dan tipis, anus membuka dinding rektum. Dengan kekuatan his bersama dengan kekuatan mengejan, berturut-turut tampak bregma, dahi, muka, dan akhirnya dagu. Sesudah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi, yang disebut putaran paksi luar. Putaran paksi luar ini ialah gerakan kembali keposisi sebelum putaran paksi dalam terjadi, untuk menyesuaikan kedudukan kepala dengan punggung anak. (Prawirohardjo, 2014. hal:310-313).

5. Asuhan Persalinan Normal

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, 2014; hal:335)

60 langkah Asuhan Persalinan Normal yaitu:

- a. Melihat tanda dan gejala kala dua
 - 1) Mengamati tanda dan gejala kala dua
 - a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya
 - c) Perineum menonjol
 - d) Vulva-vagina dan sfingter anal membuka

e) Menyiapkan Pertolongan Persalinan

- 2) memastikan kelengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai didalam partus set.
 - 3) Mengenakan baju menutup atau celemek plastik yang bersih.
 - 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai dibawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
 - 5) Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
 - 6) Mengisap oksitosin 10 unit kedalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah diinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik.
- b. Memastikan Pembukaan lengkap dengan janin baik
- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kassa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kassa yang

terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar didalam larutan dekontaminasi, langkah #9)

- 8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
 - 9) mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5 % dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit. mencuci kedua tangan (seperti diatas).
 - 10) Memeriksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 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.
- c. Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.

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

- e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan member semangat pada ibu.
 - f) Menganjurkan asupan cairan per oral
 - g) Menilai DJJ setiap lima menit
 - h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu pripara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
 - i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat diantara kontraksi
 - j) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera
- d. Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi
- 14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi
 - 15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu.
 - 16) Membuka partus set
 - 17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan

e. Menolong Kelahiran Bayi

Lahirnya kepala bayi

18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan.

Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir

19) Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih. (langkah ini tidak harus dilakukan)

20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi

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

b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengeklemnya di dua tempat dan memotongnya

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

Lahir bahu

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

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

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

Penanganan Bayi Baru Lahir

25) Menilai bayi dengancepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi

sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi ditempat yang memungkinkan).

Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.

26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikkan oksitosin /i.m

27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu)

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

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

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

Oksitosin

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

- 32) Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik
- 33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikkan oksitosin 10 unit I.M di gluteus atan 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu

Penegangan Tali pusat terkendali

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

Mengeluarkan Plasenta

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

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

b) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit:

i) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit I.M

ii) Menilai kandung kemih dan dilakukan katektisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu

iii) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan

iv) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya

v) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran

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

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

Pemijatan uterus

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

Menilai Perdarahan

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

Melakukan Prosedur Pascapersalinan

- 42) Menilai ulang uterus dan memastikannya dengan baik
- 43) Mencelupkan kedua tangan memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering
- 44) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau meningkatkan tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat
- 45) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama
- 46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %
- 47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya.

Memastikan handuk atau kainnya bersih dan kering.

- 48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI
- 49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam
 - a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan
 - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pascapersalinan
 - c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua persalinan

- d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri
- e) Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai

50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus

51) Mengevaluasi kehilangan darah

52) Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pascapersalinan

- a) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascaoperasi
- b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal

Kebersihan

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

54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai

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

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

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

58) Mencilupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5 %, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit

59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir

Dokumentasi

60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang)

(Prawirihardjo,2014; hal: 341-347)

6. Perubahan Fisiologis

a. Perubahan fisiologis persalinan kala I

1) Uterus

Saat mulai persalinan, jaringan dari miometrium berkontraksi dan berelaksasi seperti otot pada umumnya. Dengan perubahan

bentuk otot uterus pada proses kontraksi, relaksasi, dan retraksi, maka kavum uterus lama kelamaan semakin mengecil. Proses ini merupakan salah satu faktor yang menyebabkan janin turun ke pelviks.

Kontraksi uterus mulai dari fundus dan terus melebar sampai kebawah abdomen dengan dominasi tarikan ke arah fundus (fundal dominan). Kontraksi uterus berakhir dengan masa yang berpanjangan dan sangat kuat pada fundus.

2) Serviks

Sebelum onset persalinan, serviks mempersiapkan kelahiran dengan berubah menjadi lembut. Saat persalinan mendekat, serviks mulai menipis dan membuka.

a) Penipisan serviks (effacement) *

Seiring dengan bertambah efektifnya kontraksi, serviks mengalami perubahan bentuk menjadi lebih tipis. Hal ini disebabkan oleh kontraksi uterus yang bersifat fundal dominan sehingga seolah-olah serviks tertarik ke atas dan lama kelamaan menjadi tipis. Panjangnya serviks pada akhir kehamilan normal berubah-ubah (dari beberapa mm-3 cm). Dengan dimulainya persalinan, panjang serviks berkurang secara teratur sampai menjadi sangat pendek (hanya beberapa mm). Serviks yang sangat tipis ini disebut dengan “menipis penuh”

b) Dilatasi

Proses ini merupakan kelanjutan dari effacement. Setelah serviks dalam kondisi menipis penuh, maka tahap berikutnya adalah pembukaan. Serviks membuka disebabkan daya tarikan otot uterus ke atas secara terus-menerus saat uterus berkontraksi. Dilatasi dan diameter serviks dapat diketahui melalui pemeriksaan intravagina. Berdasarkan diameter pembukaan serviks, proses ini terbagi dalam 2 fase yaitu

i) Fase laten

Berlangsung selama kurang lebih 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai diameter 3 cm.

ii) Fase aktif

Dibagi menjadi 3 fase yaitu:

- (1) Fase akselesasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm kini menjadi 4 cm
- (2) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm
- (3) Fase deselerasi. Pembukaan melambat kembali, dalam 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap (10 cm). Pembukaan lengkap berarti bibir serviks

dalam keadaan tak teraba dan diameter lubang serviks adalah 10 cm.

Fase diatas dijumpai pada primigravida. Pada multigravida tahapannya sama namun waktunya lebih cepat untuk setiap fasenya. Kala I selesai apabila pembukaan serviks telah lengkap. Pada primigravida berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multigravida kir-kira 7 jam

7. Patologis

a. Kala I memanjang

1) Masalah

Fase lebih dari 8 jam, persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih tanpa kelahiran bayi (persalinan lama), dilatasi serviks dikanan garis waspada pada partograf.

2) Penanganan

Nilai dengan segera keadaan umum ibu hamil dan janin (termasuk tanda vital dan tingkat hidrasi atau kesadaran), kaji kembali partograf tentukan apakah pasien berada dalam persalinan (nilai frekuensi dan lamanya his), perbaiki keadaan umum dengan memberi dukungan emosional, perubahan posisi sesuai APN, periksa keton dalam urine dan berikan cairan, baik peroral maupun parental, dan upayakan buang air kecil (katerisasi hanya kalau perlu), berikan analgesia tramadol atau

petidin 25 mg secara IM (maximum 1 mg/kg BB) atau morfin 10 mg IM, jika pasien merasakan nyeri sangat.

3) Diagnosis

Factor penyebab persalinan lama :

- a) His tidak adekuat
- b) Factor janin
- c) Factor jalan lahir

4) Penanganan khusus

- a) Persalinan palsu/belum inpartu (false labour)

Periksa apakah ada infeksi saluran kemih atau ketuban pecah. Jika didapatkan adanya infeksi, obati secara adekuat.

Jika tidak ada, pasien boleh rawat jalan

- b) Fase laten memanjang (prolonged latent phase)

Diagnosis fase laten memanjang dibuat secara retrospektif.

Jika his berhenti, pasien disebut belum inpartu atau persalinan palsu. Jika his makin teratur dan pembukaan

makin bertambah lebih dari 4 cm, pasien masuk dalam fase laten. Fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada tanda-tanda

kemajuan, lakukan penilaian ulang terhadap serviks:

- (1) Jika tidak ada pembukaan pada pendaftaran atau pembukaan serviks dan tidak gawat janin, mungkin pasien belum inpartu
- (2) Jika ada kemajuan dalam pendaftaran dan pembukaan serviks (lakukan penilaian ulang setiap 4 jam, jika pasien

tidak masuk fase aktif setelah dilakukan pemberian oksitosin selama 8 jam, lakukan section cesarea.

- (3) Jika didapatkan tanda-tanda infeksi (demam, cairan vagina baerbau) : lakukan akselerasi persalinan dengan oksitosin, berikan antibiotika kombinasi sampai persalinan (ampicillin 2 gram IV setiap 6 jam, ditambah gentamicin 5 mg/kg BB IV setiap 24 jam, jika terjadi persalinan pervaginam stop antibiotika pascapersalinan, jika dilakukan section caserio, lanjutkan antibiotika ditambah metronidazole 500 mg IM setiap 8 jam sampai ibu bebas demam selama 48 jam.

c) Fase aktif memanjang

- (1) Jika tidak ada tanda-tanda disproporsi cepalopelvik atau obstruksi dan ketuban masih utuh, pecahnya ketuban.
- (2) Nilai his (kurang dari 3 his dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik pertimbangkan adanya insersio uteri) jika his adekuat (3 kali dalam 10 menit lamanya lebih dari 40 detik pertimbangkan adanya disproporsi, obstruksi, malposisi atau malpresentasi)
- (3) Lakukan penanganan umum yang akan memperbaiki his dan mempercepat kemajuan persalinan. (Saifuddin, 2010, hal: M-48-50)

C. NIFAS

1. Definisi Nifas

Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu (Juraida Roito, dkk., 2013 hal: 1)

Masa nifas adalah suatu periode dalam minggu-minggu pertama setelah kelahiran. Lamanya “periode” ini tidak pasti, sebagian besar menganggapnya antara 4 sampai 6 minggu. (william, edisi 23; 2013; hal:674)

Masa nifas adalah suatu periode yang dimulai dari setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil.

2. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Asuhan masa nifas bertujuan menjaga kesehatan ibu dan bayi baik fisik maupun psikis, melaksanakan skrining yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayi, memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi, perawatan bayi agar tetap sehat, dan memberikan pelayanan keluarga berencana (KB). (Juraida, dkk., 2013 hal:1)

3. Kebutuhan dasar ibu masa nifas

a. Nutrisi dan cairan

Kebutuhan kalori selama menyusui proposional dengan jumlah air susu ibu yang kandungan kalori ASI yang dihasilkan ibu dengan nutrisi baik adalah 70 kal/100 ml dan kira-kira 85 kal diperlukan oleh ibu untuk tiap 100 ml yang dihasilkan. Ibu memerlukan tambahan 20 gr protein di atas kebutuhan normal ketika menyusui. Sumber protein dapat diperoleh dari protein hewani dan protein nabati. Protein hewani antara lain telur, daging, ikan, udang, kerang, susu, dan keju. Sementara itu, protein nabati banyak terkandung dalam tahu, tempe, kacang-kacangan, dan lain-lain. Nutrisi lain yang diperlukan selama laktasi adalah asupan cairan. Ibu menyusui dianjurkan minum 2-3 liter per hari dalam bentuk air putih, susu, dan jus buah (anjurkan ibu untuk minum setiap kali menyusui)

b. Ambulasi

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan untuk secepat mungkin membimbing penderita keluar dari tempat tidurnya dan membimbingnya secepat mungkin untuk berjalan. Pada persalinan normal sebaiknya ambulasi dikerjakan setelah 2 jam (ibu boleh miring ke kiri atau ke kanan untuk mencegah adanya trombus)

c. Eliminasi

Buang air kecil (BAK). Setelah ibu melahirkan, terutama bagi ibu yang pertama kali melahirkan akan terasa pedih bila BAK. Keadaan ini kemungkinan disebabkan oleh iritasi pada uretra sebagai akibat persalinan sehingga penderita takut BAK. Buang air besar (BAB). Defekasi (buang air besar) harus ada dalam 3 hari postpartum.

d. Kebersihan diri dan perineum

1) Personal hygiene

Mandi ditempat tidur dilakukan sampai ibu dapat mandi sendiri di kamar mandi. Bagian yang paling utama dibersihkan adalah puting sus dan mammae.

2) Perineum

Bila sudah buang air besar atau buang air kecil, perineum harus dibersihkan secara rutin. Caranya dengan sabun yang lembut minimal sehari sekali. Biasanya ibu akan takut akan jahitan yang lepas, juga merasa sakit sehingga perineum tidak dibersihkan dan tidak dicuci. Cairan sabun yang hangat atau sejenisnya sebaiknya dipakai setelah ibu buang air kecil atau buang air besar.

e. Istirahat

Umumnya wanita sangat lelah setelah melahirkan, akan terasa lebih lelah bila partus berlangsung agak lama. Hal ini mengakibatkan susah tidur, alasan lainnya adalah terjadi gangguan

pola tidur karena beban kerja bertambah, ibu harus bangun malam untuk meneteki, atau mengganti popok yang sebelumnya tidak pernah dilakukan.

f. Seksual

Dinding vagina kembali pada keadaan sebelum hamil dalam waktu 6-8 minggu. Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti, dan ibu dapat memasukkan 1 atau 2 jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu darah merah berhenti dan ibu tidak merasakan ketidaknyamanan, maka aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.

g. Keluarga berencana

Kontrasepsi berasal dari kata kontra berarti mencegah atau melawan dan konsepsi yang berarti pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan.

h. Latihan/ senam nifas

Senam nifas adalah senam yang dilakukan ibu-ibu setelah melahirkan setelah keadaan tubuhnya pulih kembali. Senam nifas bertujuan untuk mempercepat penyembuhan, mencegah timbulnya komplikasi, serta memulihkan dan menguatkan otot-otot punggung, otot dasar panggul dan otot perut.

(vivian, 2014; hal: 71-81)

4. Tanda Bahaya masa nifas

- a. Pendarahan lewat jalan lahir
- b. Keluar cairan berbau dari jalan lahir
- c. Bengkak di wajah, tangan dan kaki, atau sakit kepala dan kejang-kejang
- d. Demam lebih dari 2 hari
- e. Payudara bengkak, merah disertai rasa sakit
- f. Ibu terlihat sedih, murung dan menangis tanpa sebab (depresi)

Ibu segera dibawa ke fasilitas kesehatan (Puskesmas atau Rumah Sakit) bila ditemukan salah satu tanda bahaya di atas. (Buku KIA, 2015; hal:17)

5. Deteksi Dini Komplikasi Pada Masa Nifas Dan Penanganannya

Komplikasi pada masa nifas biasanya jarang ditemukan selama pasien mendapatkan asuhan yang berkualitas, mulai dari masa kehamilan sampai dengan persalinannya.

- a. Perdarahan per vaginam
 - 1) Atonia uteri
 - 2) Robekan jalan lahir
 - 3) Retensio plasenta
 - 4) Tertinggalnya sisa plasenta
 - 5) Inversio uteri

b. Infeksi masa nifas

Infeksi nifas mencakup semua peradangan yang disebabkan oleh masuknya kuman-kuman ke dalam alat genital pada waktu persalinan dan nifas.

c. Sakit kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan kabur

d. Pembengkakan di wajah atau ekstremitas

e. Demam, muntah, rasa sakit waktu berkemih

f. Payudara berubah menjadi merah, panas, dan sakit

g. Kehilangan napsu makan untuk jangka waktu yang lama

h. Rasa sakit, merah, dan pembengkakan kaki

i. Merasa sedih atau tidak mampu untuk merawat bayi dan dirinya sendiri

(sulistyawati,2013; hal:173-196)

6. Jadwal Kunjungan Rumah

a. Menurut Vivian (2014, hal: 95-96) kunjungan nifas dibagi menjadi

3 kunjungan yaitu

1) Kunjungan 1 (hari ke-1 sampai hari ke-7)

a) Pemberian ASI

b) Perdarahan

c) Involusi uterus

d) Penyuluhan tanda-tanda bahaya baik bagi ibu maupun bayinya

2) Kunjungan II (hari ke-8 sampai hari ke-28)

a) Diet: makanan seimbang, banyak mengandung protein, makanan berserat, dan air sebanyak 8-10 gelas perhari

- b) Kebersihan/perawatan diri sendiri
 - c) Senam
 - d) Kebutuhan akan istirahat
 - e) Mengkaji tanda-tanda post-partum blues
 - f) Keluarga berencana
- 3) Kunjungan III (hari ke-29 sampai ke-42)
- a) Penapisan adanya kontradiksi terhadap metode keluarga berencana yang belum dilakukan
 - b) Riwayat tambahan tentang periode waktu sejak pertemuan terakhir
 - c) Evaluasi fisik dan panggul spesifik tambahan yang berkaitan dengan kembalinya saluran reproduksi dan tubuh pada status tidak hamil. (Vivian, 2014;hal 95-96)
- b. Adapun menurut Sitti Saleha (2009, hal: 83) menyebutkan bahwa kunjungan nifas ada 4 kali yaitu:
- 1) 6-8 jam setelah setelah persalinan
 - a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut
 - c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
 - d) Pemberian ASI awal

- e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
 - f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
- 2) 6 hari setelah persalinan
- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak bau
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperhatikan tanda-tanda penyulit
 - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari
- 3) 2 minggu setelah persalinan
- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak bau
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
 - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat

- d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperhatikan tanda-tanda penyulit
- e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari

4) 6 minggu setelah persalinan

- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami atau bayinya
- b) Memberikan konseling KB secara detail
- c) Menganjurkan/ mengajak ibu membawa bayinya ke posyandu atau pemeriksaan untuk pertimbangan dan imunisasi

7. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi

1) Uterus

Pengembalian uterus ke keadaan sebelum hamil setelah melahirkan disebut involusi. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

2) Kontraksi

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir. Hal ini diduga sebagai respons terhadap penurunan volume intrauterin yang sangat besar.

3) Afterpain

Tonus uterus yang meningkat pada primipara menyebabkan fundus pada umumnya tetap kencang. Relaksasi dan kontraksi yang periodik sering dialami multipara dan dapat menimbulkan nyeri yang bertahan sepanjang masa awal puerperium.

4) Tempat Plasenta

Segera setelah plasenta dan ketuban dikeluarkan, kontraksi vaskular dan trombosis menurunkan tempat plasenta ke suatu area yang meninggi dan bernodul tidak teratur.

5) Lokia

Rabas uterus yang keluar setelah bayi lahir seringkali disebut lokia. Lokia awal berwarna merah, kemudian berubah menjadi merah tua atau merah coklat. Lokia rubra terutama mengandung darah dan debris desidua serta debris trofoblastik. Aliran menyembur, menjadi merah muda atau coklat setelah 3-4 hari (lokia serosa).

6) Serviks

Serviks menjadi lunak segera setelah ibu melahirkan. Serviks memendek dan konsistensinya menjadi lebih padat dan kembali ke bentuk semula 18 jam pascapartum. Serviks setinggi segmen bawah uterus tetap edematosa, tipis, dan rapuh selama beberapa hari setelah ibu melahirkan.

7) 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.

(Juraido,dkk; 2013)

8. Proses Adaptasi Psikologis Masa Nifas

Reva Rubin membagi periode ini menjadi 3 bagian, antara lain:

a. Periode “Taking In”

Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif. Dalam memberikan asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu. Pada tahap ini, bidan dapat menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya. Bidan harus dapat menciptakan suasana yang nyaman bagi ibu sehingga ibu dapat dengan leluasa dan terbuka mengemukakan permasalahan yang dihadapi pada bidan.

b. Periode “Taking Hold”

Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi. Ibu

berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya, ibu juga berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi seperti menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya.

c. Periode “Letting Go”

Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini. (sulistyawati, hal:87-89)

D. BAYI BARU LAHIR

1. Definisi

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram. Bayi lahir normal adalah bayi yang lahir cukup bulan, 38-42 minggu dengan berat badan sekitar 2500-3000 gram dan panjang badan sekitar 50-55 cm. (sondakh,2013; hal:150)

2. Tanda-tanda Bayi Baru Lahir

a. Kriteria fisik BBL normal

- 1) Cukup bulan : Usia Kehamilan 37-42 minggu
- 2) Berat badan lahir : 2500-4000 gr (sesuai masa kehamilan)

- 3) Panjang badan : 48-50 cm
- 4) Lingkar dada bayi : 32-34 cm
- 5) Lingkar kepala bayi : 33-35 cm

b. Tanpa kongenital atau trauma persalinan (sondakh,2013; hal:150)

3. Adaptasi Fisiologi Bayi Baru Lahir (BBL)

Adaptasi bayi baru lahir adalah proses penyesuaian fungsional BBL dari kehidupan di dalam uterus ke kehidupan di luar uterus.

a. Adaptasi pernafasan

- 1) Pernafasan awal dipicu oleh faktor fisik, sensorik dan kimia.
 - a) Faktor-faktor fisik meliputi usaha yang diperlukan untuk mengembangkan paru-paru dan mengisi alveolus yang kolaps (misalnya, perubahan dalam gradien tekanan)
 - b) Faktor sensorik meliputi suhu, bunyi, cahaya, suara, dan penurunan suhu
 - c) Faktor kimia, meliputi perubahan dalam darah (misalnya, penurunan kadar oksigen, peningkatan kadar karbon dioksida, dan penurunan pH) sebagai akibat asfiksia-sementara selama kelahiran.
- 2) Frekuensi pernafasan bayi baru lahir berkisar 30-60 kali/menit
- 3) Sekresi lendir mulut dapat menyebabkan bayi batuk dan muntah, terutama selama 12-18 jam pertama.
- 4) Bayi baru lahir lazimnya bernapas melalui hidung. Pernafasan pertama pada bayi normal terjadi dalam waktu 30 detik. Tekanan

rongga dada bayi pada saat melalui jalan lahir per vaginam mengakibatkan paru-paru kehilangan 1/3 dari cairan yang terdapat di dalamnya, sehingga tersisa 80-100 mL. Setelah bayi lahir, cairan yang hilang tersebut akan diganti dengan udara.

b. Adaptasi Kardiovaskular

- 1) Berbagai perubahan anatomi berlangsung setelah lahir. Beberapa perubahan terjadi dengan cepat, dan sebagian lagi terjadi seiring dengan waktu.
- 2) Sirkulasi perifer lambat, yang menyebabkan akrosianosis (pada tangan, kaki, dan sekitar mulut)
- 3) Denyut nadi berkisar 120-160 kali/menit saat bangun dan 100 kali/menit saat tidur.

c. Perubahan termoregulasi dan metabolik

- 1) Suhu bayi baru lahir dapat turun beberapa derajat karena lingkungan eksternal lebih dingin daripada lingkungan pada uterus.
- 2) Kehilangan panas cepat dalam lingkungan yang dingin terjadi melalui konduksi, konveksi, radiasi, dan evaporasi
- 3) Trauma dingin (hipotermi) pada bayi baru lahir dalam hubungannya dengan asidosis metabolik dapat bersifat mematikan, bahkan pada bayi cukup bulan yang sehat

d. Adaptasi Neurologis

- 1) Sistem neurologi bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna.

- 2) Perkembangan neonatus terjadi cepat. Saat bayi tumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalnya kontrol kepala, tersenyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang

e. Adaptasi Gastrointestinal

- 1) Enzim-enzim digestif aktif saat lahir dan dapat menyongkong kehidupan ekstrauterin pada kehamilan 36-38 minggu
- 2) Perkembangan otot dan refleks yang penting untuk menghantarkan makanan sudah berbentuk saat lahir
- 3) Pencernaan protein dan karbohidrat telah tercapai, pencernaan dan absorpsi lemak kurang baik karena tidak adekuatnya enzim-enzim pankreas dan lipase
- 4) Pengeluaran mekonium, yaitu feses berwarna hitam kehijauan, lengket, dan mengandung darah samar, diekresikan dalam 24 jam pada 90 % bayi baru lahir yang normal.

f. Adaptasi Ginjal

- 1) Penurunan kemampuan untuk mengekskresikan obat-obatan dan kehilangan cairan yang berlebihan mengakibatkan asidosis dan ketidakseimbangan cairan
- 2) Sebagian besar bayi baru lahir berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir dan 2-6 kali sehari pada 1-2 hari pertama, setelah itu, mereka berkemih 5-20 kali dalam 24 jam.
- 3) Urin dapat keruh karena lendir dan garam asam urat, noda kemerahan (debu batu bata) dapat diamati pada popok karena kristal asam urat

g. Adaptasi Hati

- 1) Penyimpanan zat besi ibu cukup memadai bagi bayi sampai 5 bulan kehidupan ekstrauterin, pada saat ini, bayi baru lahir menjadi rentan terhadap defisiensi zat besi
- 2) Hati juga mengontrol jumlah bilirubin tak terkonjugasi yang bersirkulasi, pigmen berasal dari haemoglobin dan dilepaskan bersamaan dengan pemecahan sel-sel darah merah
- 3) Bilirubin tak terkonjugasi dapat meninggalkan sistem vaskular dan menembus jaringan ekstrasvaskular lainnya (misalnya: kulit, sklera, dan membran mukosa oral) mengakibatkan warna kuning yang disebut jaundice atau ikterus.

h. Adaptasi Imun

Imaturitas jumlah sistem pelindung secara signifikan meningkatkan risiko infeksi pada periode bayi baru lahir

- 1) Respons inflamasi berkurang, baik secara kualitatif maupun kuantitatif
- 2) Fagositosis lambat
- 3) Keasaman lambung dan produksi pepsin dan tripsin belum berkembang sempurna sampai usia 3-4 minggu.
- 4) Immunoglobulin A hilang dari saluran pernapasan dan perkemihan, kecuali jika bayi tersebut menyusu ASI, IgA juga tidak terdapat dalam saluran GI. (Sondakh,2013;150-157)

4. Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial meliputi tatalaksana Bayi baru

Lahir:

a. Pada saat lahir 0 (nol) sampai 6 (enam) jam meliputi:

- 1) Menjaga bayi tetap hangat
- 2) Inisiasi menyusui dini
- 3) Pemotongan dan perawatan tali pusat
- 4) Pemberian suntikan vitamin K1
- 5) Pemberian salep mata antibiotik
- 6) Pemberian imunisasi hepatitis B0
- 7) Pemeriksaan fisik bayi baru lahir
- 8) Pemantauan tanda bahaya
- 9) Penanganan asfiksia bayi baru lahir
- 10) Pemberian tanda identitas diri, dan
- 11) Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil, tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu

b. Setelah lahir 6 (enam) jam sampai 28 (dua puluh delapan) hari meliputi:

- 1) Menjaga bayi tetap hangat
- 2) Perawatan tali pusat
- 3) Pemeriksaan bayi baru lahir
- 4) Perawatan dengan metode kanguru pada bayi berat lahir rendah
- 5) Pemeriksaan status vitamin K1 profilaksis dan imunisasi
- 6) Penanganan bayi baru lahir sakit dan kelainan bawaan dan

- 7) Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil, tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.
- c. Pelayanan neonatal esensial dilakukan paling sedikit 3 (tiga) kali kunjungan yang meliputi:
- 1) 1 (satu) kali pada umur 6-48 jam
 - 2) 1 (satu) kali pada umur 3-7 hari, dan
 - 3) 1 (satu) kali pada umur 8-28 hari

(Permenkes no 53, 2014; hal:3-4)

5. Pemeriksaan Reflek BBL

Tabel 2.3 Refleks bayi

Refleks	Respon Normal	Respon Abnormal
Rooting dan menghisap	Bayi baru lahir menolehkan kepala ke arah stimulus, membuka mulut, dan mulai menghisap bila pipi, bibir, atau sudut mulut bayi disentuh dengan jari atau puting	Respon yang lemah atau tidak ada respons terjadi pada prematuritas, penurunan atau cedera neurologis, atau depresi sistem saraf pusat (SSP)
Menelan	Bayi baru lahir menelan berkoordinasi dengan menghisap bila cairan ditaruh dibelakang lidah	Muntah, batuk, atau regurgitasi cairan dapat terjadi; kemungkinan berhubungan dengan sianosis sekunder karena prematuritas, defisit neurologi, atau cedera; terutama terlihat setelah laringoskopi
Ekstrusi	Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting	Ekstrusi lidah secara kontinu atau menjulurkan lidah yang berulang-ulang terjadi pada kelainan SSP dan kejang
Moro	Ekstensi simetris bilateral dan aduksi seluruh ekstremitas, dengan ibu jari dan jari telunjuk membentuk huruf 'c', diikuti dengan adduksi ekstremitas dan kembali ke fleksi relaks jika posisi bayi berubah tiba-tiba atau jika bayi diletakkan telentang pada permukaan yang datar	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf pelifer (pleksusbrakhialis) atau fraktur klavikula atau fraktur tulang panjang lengan atau kaki
Melangkah	Bayi akan melangkah dengan 1 kaki dan kemudian kaki lainnya dengan gerakan berjalan bila 1 kaki disentuh pada permukaan rata	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf SSP atau perifer atau fraktur tulang panjang kaki
Merangkak	Bayi akan berusaha untuk merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf SSP dan gangguan neurologis

Refleks	Respon Normal	Respon Abnormal
Tonik leher atau fencing	permukaan datar Ekstremitas pada satu sisi dimana saat kepala di tolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi di tolehkan ke satu sisi selagi beristirahat	Respons persisten setelah bulan ke empat dapat menandakan cedera neurologis. Respons menetap tampak pada cedera SSP dan gangguan neurologis
Terkejut	Bayi melakukan abduksi dan fleksi seluruh ekstremitas dan dapat mulai menangis bila mendapat gerakan mendadak atau suara keras	Tidak adanya respons dapat menandakan defisit neurologis atau cedera. Tidak adanya respons secara lengkap dan konsisten terhadap bunyi keras dapat menandakan ketulian. Respons dapat menjadi tidak ada atau berkurang selama tidur malam
Ekstensi silang	Kaki bayi yang berlawanan akan fleksi dan kemudian ekstensi dengan cepat seolah-olah berusaha untuk memindahkan stimulus ke kaki yang lain bila di letakkan terlentang; bayi akan mengekstensikan satu kaki sebagai respons terhadap stimulus pada telapak kaki	Respons yang lemah atau tidak ada respons yang terlihat pada cedera saraf perifer atau fraktur tulang panjang.
Glabellar "blink"	Bayi akan berkedip bila dilakukan 4 atau 5 ketuk pertama pada hidung saat mata terbuka	Terus berkedip dan gagal untuk berkedip menandakan kemungkinan gangguan neurologis
Pallmar grasp	Jari bayi akan melekuk disekeliling benda dan menggenggamnya seketika bila jari diletakkan ditangan bayi	Respons ini berkurang pada prematuritas. Asimetris terjadi pada kerusakan saraf perifer (pleksus brakhialis) atau fraktur humerus. Tidak ada respons yang terjadi pada defisit neurologis yang berat
Plantar grasp	Jari bayi akan melekuk disekeliling benda seketika bila jari diletakkan di telapak kaki bayi	Respons yang berkurang terjadi pada prematuritas. Tidak ada respons yang terjadi pada defisit neurologis yang berat.
Tanda babinski	Jari-jari kaki bayi akan hiperektensi dan terpisah seperti kipas dari dorso fleksi ibu jari kaki bila satu sisi kaki di gosok dari tumit ke atas melintasi bantalan kaki	Tidak ada respons yang terjadi pada defisit SSP

Sumber: Sondakh, 2013 hal: 154

6. Pemeriksaan Fisik Bayi

a. Kepala

Pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutup/melebar, adanya caput succedaneum, cephal hematoma, kraniotabes, dan sebagainya

b. Mata

Pemeriksaan terhadap perdarahan, subkonjungtiva, tanda-tanda infeksi (pus)

c. Hidung dan mulut

Pemeriksaan terhadap labio skisis, labiopalatoskisis, dan refleksi isap (dinilai dengan mengamati bayi saat menyusu)

d. Telinga

Pemeriksaan terhadap preauricular tog, kelainan daun/bentuk telinga

e. Leher

Pemeriksaan terhadap hematoma sternocleidomastoideus, ductus thyroglossalis, hygroma colli.

f. Dada

Pemeriksaan terhadap bentuk, pembesaran buah dada, pernapasan, retraksi intercostal, subcostal sifoid, merintih, pernapasan cuping hidung, serta bunyi paru-paru (sonor, vesikular, brokial, dan lain-lain)

g. Jantung

Pemeriksaan terhadap pulsasi, frekuensi bunyi jantung, kelainan bunyi jantung

h. Abdomen

Pemeriksaan terhadap mencubit (pembesaran hati, limpa, tumor aster), scaphoid (kemungkinan bayi menderita diaphragmatika/atresia esofagus tanpa fistula)

i. Tali pusat

Pemeriksaan terhadap perdarahan, jumlah darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat, hernia ditali pusat atau diselangkangan

j. Alat kelamin

Pemeriksaan terhadap testis apakah berada dalam scrotum, penis berlubang pada ujung (pada bayi laki-laki), vagina berlubang, apakah labia mayora menutupi labia minora (pada bayi perempuan)

k. Lain-lain

Mekonium harus dikeluarkan dalam 24 jam sesudah lahir, bila tidak, harus waspada terhadap atresia ani atau obstruksi usus. Selain itu, urin juga harus keluar dalam 24 jam. Kadang pengeluaran urin tidak diketahui karena pada saat bayi lahir, urin keluar bercampur dengan air ketuban. Bila urin tidak keluar dalam 24 jam, maka harus diperhatikan kemungkinan adanya obstruksi saluran kemih.

(Sondakh, 2013; hal:160)

7. Perawatan Bayi (Neonatus)

Menurut Mochtar (2012) hal:90-91

a. Bayi baru lahir dapat dibagi menjadi 2:

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

b. Klasifikasi klinik nilai APGAR

- 1) Nilai 7-10 bayi normal
- 2) Nilai 4-6 bayi asfiksia ringan-sedang
- 3) Nilai 0-3 bayi asfiksia berat

Tabel 2.4 Nilai APGAR

Skor	0	1	2
A:Appearance color (warna kulit)	Pucat	Badan merah, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerah-merahan
P:Pulse (heart rate) (frekuensi denyut jantung)	Tidak ada	Kurang dari 100	di atas 100
G:Grimace (reaksi terhadap rangsangan)	Tidak ada	Sedikit gerakan mimik	Menangis, batuk/bersin
A:Actifity (tonus otot)	Lumpuh	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
R:Respiration (usaha bernapas)	Tidak ada	Lemah, tidak teratur	Menangis kuat

Sumber : Mochtar, 2012 hal:91

E. KELUARGA BERENCANA (KB)

1. Definisi KB

Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Keluarga berencana (*family planning/planned parenthood*) merupakan suatu usaha menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi. (Sulistyawati, 2013. hal: 12-13)

2. Tujuan Kb

Tujuan umumnya adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. (Sulistyawati,2013. hal: 13)

Sejalan dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 Tentang Perkembangan Kependudukan Dan Perkembangan Keluarga, Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu strategi untuk

mengurangi kematian ibu khususnya ibu dengan kondisi 4T: terlalu muda melahirkan (di bawah usia 20 tahun), terlalu sering melahirkan, terlalu dekat jarak melahirkan dan terlalu tua melahirkan (diatas usia 35 tahun). Selain itu, program KB juga bertujuan untuk meningkatkan kualitas keluarga agar dapat timbul rasa aman, tentram, dan harapan masa depan yang lebih baik dalam mewujudkan kesejahteraan lahir dan kebahagiaan batin. KB juga merupakan salah satu cara yang paling efektif untuk meningkatkan ketahanan keluarga, kesehatan, dan keselamatan ibu, anak, serta perempuan. Pelayanan KB menyediakan informasi, pendidikan, dan cara-cara bagi laki-laki dan perempuan untuk dapat merencanakan kapan akan mempunyai anak, berapa jumlah anak, berapa tahun jarak usia antara anak, serta kapan akan berhenti mempunyai anak. (Kemenkes RI, 2015. hal: 120)

3. Jenis-jenis Kontrasepsi

a. Metode sederhana tanpa alat

1) Kontrasepsi Alamiah

a) Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Menyusui secara eksklusif merupakan suatu metode kontrasepsi sementara yang cukup efektif, selama klien belum mendapat haid, dan waktunya kurang dari 6 bulan pasca persalinan. (affandi,2014; hal:U-51-52)

b) Metode kalender

Metode kalender menggunakan prinsip pantang berkala, yaitu tidak melakukan persetubuhan pada masa subur istri. Untuk menentukan masa subur istri ada 3 patokan yaitu ovulasi terjadi

pada 14+2 hari sebelum haid yang akan datang, sperma dapat hidup dan membuahi selama 48 jam setelah ejakulasi, dan ovum dapat hidup 24 jam setelah ovulasi.

c) Metode pantang berkala

Prinsip pantang berkala adalah tidak melakukan hubungan seksual pada masa subur, untuk menentukan masa subur ada 3 patokan yaitu

- i) Ovulasi terjadi pada 14+2 hari sebelum haid yang akan datang,
- ii) sperma dapat hidup dan membuahi selama 48 jam setelah ejakulasi, dan
- iii) ovum dapat hidup 24 jam setelah ovulasi.

Jadi, koitus dihindari selama 72 jam yaitu 48 jam sebelum ovulasi dan 24 jam setelah ovulasi.

d) Metode suhu basal

Menjelang ovulasi suhu basal tubuh akan turun dan berkurang lebih dari 24 jam setelah ovulasi suhu basal akan naik lagi sampai lebih tinggi daripada suhu sebelum ovulasi.

e) Metode lendir serviks

Validasi metode ini dilakukan dengan menghubungkan pengawasan terhadap perubahan lendir serviks wanita yang dapat dideteksi di vulva dan peningkatan jumlah estrogen pada fase folikuler siklus menstruasi

f) Koitus interruptus

Alat kelamin pria (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk kedalam vagina dan kehamilan dapat dicegah

(sulityawati, 2013; hal:49-54)

b. Metode sederhana dengan alat

1) Mekanis

a) Kondom

Menghalangi masuknya sperma kedalam vagina, sehingga pembuahan dapat dicegah

b) Barrier intravagina

Kondom untuk wanita terbuat dari lapisan poliuretan tipis dengan cincin dalam yang fleksibel dan dapat digerakkan pada ujung yang tertutup yang dimasukkan ke dalam vagina, dan cincin kaku yang lebih besar pada ujung terbuka dibagian depan yang tetap berada di luar vagina dan terlindungi introitus

2) Kimiawi

a) Spermisida

Spermisida adalah bahan kimia (biasanya nonoksinol) yang digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Yang menyebabkan sel membran sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur.

(sulityawati, 2013; hal:55-61)

c. Kontrasepsi hormonal

1) Pil Kombinasi

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

2) Pil progestin (minipil)

Minipil menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium, endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit, mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma, mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu. Pil diminum setiap hari.

3) Suntikan kombinasi

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

4) Suntikan progestin

Suntikan progestin mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga penetrasi sperma terganggu, menjadikan selaput rahim

tipis dan atrofi, dan menghambat transportasi gamet dan tuba.

Suntikan diberikan 3 bulan sekali (DMPA)

5) Implan

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

d. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim

1) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR dimasukkan ke dalam uterus. AKDR menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu, mencegah implantasi telur dalam uterus

2) AKDR dengan Progestin

AKDR dengan progestin membuat endometrium mengalami transformasi yang ireguler, epitel atrofi sehingga mengganggu implantasi, mencegah terjadinya pembuahan dengan memblok bersatunya ovum dengan sperma, mengurangi jumlah sperma yang mencapai tuba falopi, dan menginaktifkan sperma

e. Kontrasepsi mantap

1) Tubektomi

Menutup tuba falopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin) sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum
(buku saku,2013; hal:245-250)

4. Penapisan

Tujuan penapisan sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi (misalnya pil KB, suntikan atau AKDR) adalah untuk menentukan apakah ada kehamilan, keadaan yang membutuhkan perhatian khusus dan masalah (misalnya: diabetes atau tekanan darah tinggi) yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut.(affandi,2014; hal:U-9).

Tabel 2.5 Penapisan IUD

Keadaan klien	Dapat menggunakan	Tidak boleh menggunakan
Keadaan umum dan pemeriksaan fisik	Usia reproduksi, telah memiliki anak atau belum, menginginkan kontrasepsi efektif jangka panjang mencegah kehamilan, sedang menyusui dan ingin menggunakan kontrasepsi, pasca keguguran tidak ada radang panggul, tidak boleh menggunakan alat kontrasepsi hormonal kombinasi, sering lupa dalam menggunakan pil, usia premenopause, mempunyai resiko rendah pada penyakit menular seksual.	Hamil atau diduga hamil, perdarahan pervaginam tidak jelas penyebabnya, menderita vaginitis, salpingitis, endometitis, menderita penyakit radang panggul atau pasca keguguran, memiliki kelainan kongenetal rahim, ada miom sub mukosum, rahim yang sulit digerakkan, mempunyai riwayat kehamilan ektopik, memiliki penyakit trofoblas ganas, terbukti terdapat penyakit tuberculosis panggul, kanker genetalia
Keadaan emosional	Tenang	Cemas
Tekanan darah	$\leq 160/90$ mmHg	$\geq 160/100$ mmHg
Infeksi/kelainan pada vagina	Normal	Infeksi sistemik atau pelvic akut, tidak boleh menjalani pembedahan, perdarahan vaginal
Anemia	$Hb \geq 8$ g %	$Hb \leq 8$ g %

Sumber : Sarwono, 2008; hal: 17

Tabel 2.6 Penapisan kondom

Keadaan klien	Dapat digunakan	Tidak boleh digunakan
Keadaan umum dan pemeriksaan fisik	Ingin berpartisipasi dengan program KB, ingin segera mendapat alat kontrasepsi, ingin kontrasepsi sementara, ingin kontrasepsi tambahan, hanya ingin menggunakan alat kontrasepsi ketika akan berhubungan, memiliki resiko tinggi penyakit menular seksual 9 (IMS)	Mempunyai pasangan yang beresiko tinggi apabila terjadi kehamilan, mempunyai alergi bahan dasar kondom, menginginkan alat kontrasepsi jangka panjang, tidak mau terganggu dengan berbagai persiapan dalam melakukan hubungan seksual, tidak memperdulikan berbagai persyaratan kontrasepsi
Keadaan emosi	Tenang	Cemas
Tekanan darah	Tidak ada pengaruh pada tekanan darah	Tidak ada pengaruh usia atau penyakit pada penggunaan kondom
Infeksi/ kelainan pada vagina	Normal apabila pengguna mempunyai kelainan tidak ada pengaruh penggunaan kondom (aman)	Tidak ada pengaruh penggunaan kondom
Anemia	$Hb \geq 8 \text{ g } \%$	$Hb \leq 8 \text{ g } \%$

Sumber: Sarwono, 2008; hal:17

Tabel 2.7 Penapisan Implant

Keadaan klien	Dapat menggunakan	Tidak dapat menggunakan
Keadaan umum dan pemeriksaan fisik	Usia reproduksi, telah memiliki anak atau belum memiliki anak, menyusui, pasca persalinan dan tidak menyusui, tidak menginginkan anak lagi	Hamil atau didyga hamil, perdarahan pervaginam belum jelas penyebabnya, tidak dapat menerima perubahan pola haid, miom uterus dan kanker payudara, gangguan toleransi glukosa
Keadaan emosiaonal	Tenang	Cemas
Tekanan darah	$\leq 180/110$	$\geq 180/110$
Infeksi/kelainan	Tidak ada	Kanker payudara, ada benjolan di payudara
Anemia	$Hb \geq 8 \text{ g } \%$	$Hb \leq 8 \text{ g } \%$

Sumber : Manuaba, 2012; hal: 601

Tabel 2.8 Penapisan KB suntik

Keadaan klien	Dapat menggunakan	Tidak dapat menggunakan
Keadaan umum dan pemeriksaan	Usia reproduksi, Nulipara dan telah memiliki anak, menghendaki kontrasepsi jangka panjang, setelah melahirkan dan tidak menyusui, setelah abotus dan keguguran, perokok, banyak anak, tidak dapat memakai kontrasepsi, sering lupa menggunakan kb pil, mendekati usia menopause	Hamil atau dicurigai hamil (resiko cacat janin 7 per 100.000) perdarahan pervaginam, tidak dapat menerima haid, mederita kanker payudara, diabetes melitus
Keadaan emotional	Tenang	Cemas
Tekanan darah	$\leq 180/110$	$\geq 180/110$
Infeksi/kelainan	Tidak ada	Kanker payudara
Anemia	$Hb \geq 8 \text{ g } \%$	$Hb \leq 8 \text{ g } \%$

Sumber: Manuaba, 2010; hal:591

Tabel 2.9 Penapisan KB pil

Keadaan klien	Dapat menggunakan	Tidak dapat menggunakan
Keadaan umum dan pemeriksaan	Setiap saat selagi haid, hari pertama sampai hai ke 7, boleh menggunakan pada hari ke 8, tetapi perlu menggunakan kontrasepsi yang lain (kondom, setelah melahirkan 6 bulan dalam pemberian ASI, setelah 3 bulan dan tidak menyusui)	Hamil atau dicurigai hamil, menyusui eksklusif, perdarahan pervaginam belum diketahui penyebabnya, penyakit hati akut, perokok usia ≥ 35 tahun, riwayat penyakit jantung, stroke, riwayat gangguan pembekuan darah atau kencing manis, kanker payudara, migranin dan gejala neurologik fokal, tidak dapat menggunakan pil secara teratur
Keadaan emotional	Tenang	Cemas
Tekanan darah	$\leq 180/110$	$\geq 180/110$
Infeksi/kelainan	Tidak ada	Kanker payudara, migran
Anemia	$Hb \geq 8 \text{ g } \%$	$Hb \leq 8 \text{ g } \%$

Sumber: Varney, 2008; hal: 475

II. TINJAUAN ASUHAN KEBIDANAN

A. Manajemen Kebidanan menurut Helen Varney 2007

1. Langkah 1: Pengumpulan data dasar

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

- a. Keluhan utama
- b. Riwayat kesehatan klien
- c. Pemeriksaan fisik secara lengkap sesuai dengan kebutuhan
- d. Meninjau catatan terbaru dan catatan sebelumnya
- e. Meninjau data laboratorium

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

2. Langkah 2: Interpretasi data dasar

Pada langkah ini, kegiatan yang dilakukan adalah menginterpretasikan semua data dasar yang telah dikumpulkan sehingga ditemukan diagnosis atau masalah, dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data yang telah diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnose yang spesifik.

3. Langkah 3: Identifikasi diagnose/ masalah potensial

Pada langkah ini, mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian diagnosis dan masalah yang sudah teridentifikasi

4. Langkah 4: Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Langkah ini bertujuan untuk mengidentifikasi atas perlunya tindakan yang dilakukan oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

5. Langkah 5: Perencanaan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang dilakukan secara menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya, tidak hanya meliputi hal yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi dilihat juga dari apa yang akan diperkirakan terjadi berikutnya

6. Langkah 6: Penatalaksanaan

Pada langkah ini, kegiatan yang dilakukan adalah melaksanakan rencana asuhan yang sudah dibuat pada langkah 5 secara aman dan efisien dalam situasi ini, bidan harus berkolaborasi dengan tim kesehatan lain atau dokter, dengan demikian bidan hanya bertanggung jawab atas terlaksananya rencana asuhan yang menyeluruh yang telah dibuat bersama tersebut.

7. Langkah 7: Evaluasi

Pada langkah ini, dilakukan evaluasi efektifitas dari asuhan yang sudah diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam masalah dan diagnose.

(Mangkuji,2013; hal:5-6)

B. Standar Asuhan Kebidanan

Berdasarkan KEPMENKES RI nomor: 938/Menkes/SK/VII/2007

1. Standar 1: Pengkajian

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

Adapun kriteria Pengkajian yaitu:

- a. Data tepat, akurat, lengkap
- b. Terdiri dari Data Subyektif (hasil Anamnesa, biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan, dan latar belakang sosial budaya)
- c. Data Obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang)

2. Standar 2: Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada Pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Adapun kriteria perumusan diagnosa dan atau masalah yaitu:

- a. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur Kebidanan
- b. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
- c. Dapat diselesaikan dengan Asuhan Kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

3. Standar 3: Perencanaan

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan. Adapun kriteria Perencanaan adalah

- a. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif.
- b. Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga
- c. Mempertimbangkan kondisi psikologis, sosial budaya klien /keluarga
- d. Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- e. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

4. Standar 4: Implementasi

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

Adapun Kriteria Implementasi yaitu:

- a. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
- b. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent)
- c. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
- d. Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan

- e. Menjaga privacy klien/pasien
- f. Melaksanakan perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
- g. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
- h. Melakukan tindakan sesuai standar
- i. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

5. Standar 5: Evaluasi

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

- a. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- b. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga
- c. Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- d. Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

6. Standar 6: Pencatatan asuhan kebidanan

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

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/ KMS/ Status pasien/ buku KIA)
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
- c. S adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa
- d. O adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan
- e. A adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan
- f. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

III. ASPEK HUKUM

A. Landasan hukum kewenangan bidan

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

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

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

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

Pasal 12 bidan dalam memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana

B. Wewenang bidan

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

C. Standar Kompetensi Bidan

Diatur dalam Keputusan Materi Kesehatan Republik Indonesia nomor: 369/MENKES/SK/III/2007

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

Kompetensi ke 2 Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh dimasyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang

sehat, perencanaan kehamilan dan kesepian menjadi orang tua.

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

Kompetensi ke 4 Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin selama persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir

Kompetensi ke 5 Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat.

Kompetensi ke 6 Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komperhensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.

Kompetensi ke 7 Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komperhensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan- 5 tahun)

Kompetensi ke 8 Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komperhensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat.

Kompetensi ke 9 Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita/ ibu dengan gangguan sistem reproduksi

(KEMENKES RI, 2010; hal:10-22)

