

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. TINJAUAN TEORI MEDIS

1. KEHAMILAN

a. Pengertian Kehamilan

kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan yang terdiri dari : *ovulasi*, *migrasi*, *spermatozoa* dan *ovum*. kehamilan harus ada *spermatozoa*, *ovum*, pembuahan *ovum* (konsepsi), dan *nidasi* (implantasi) hasil konsepsi. (Manuaba, 2010; 75)

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

b. Fisiologi Proses Kehamilan menurut (Ichesmi dan Margareth, 2013:65).

Pada tahap kehamilan ada beberapa proses sehingga dapat membentuk suatu janin dimulai adanya pembuahan, pembelahan , *nidasi* dan perkembangan:

1) Pembuahan (*Fertilisasi*)

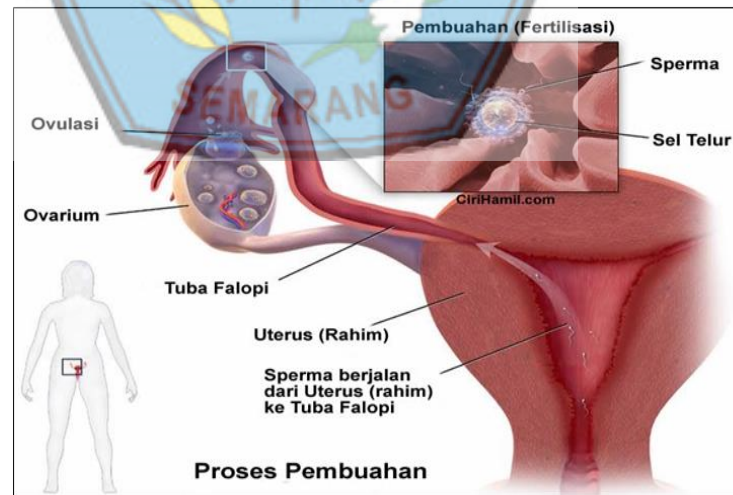
Fertilisasi (pembuahan) adalah bertemunya sel telur/*ovum* wanita dengan sel benih / *spermatozoa* pria

2) Pembelahan Sel (*Zigot*) hasil pembuahan tersebut

3) Nidasi (*Implantasi*) zigot tersebut pada dinding saluran reproduksi (pada keadaan normal : *implantasi* pada lapisan *endometrium* dinding kavum uteri)

4) Pertumbuhan dan perkembangan

Zigot-embrio-janin menjadi bakal individu baru Kehamilan dipengaruhi berbagai hormon *estrogen*, *progesteron*, Human Chorionic Gonadotropin (HCG) adalah hormon aktif khusus yang berperan selama awal masa kehamilan, berfluktuasi kadarnya selama masa kehamilan



Gambar 2.1. Proses Pembuahan (Ichesmi dan Margareth, 2013:65).

c. Pertumbuhan dan Perkembangan Hasil Konsepsi

pertumbuhan hasil konsepsi dibagi menjadi 9 tahap, yaitu :

1) *Embrio* usia 2-4 minggu

a) Terjadi perubahan yang semula buah kehamilan hanya berupa satu titik telur menjadi satu organ yang terus berkembang dengan pembentukan lapisan-lapisan di dalamnya.

b) Jantung mulai memompa cairan melalui pembuluh darah pada hari ke-20 dan hari berikutnya muncul sel darah merah yang pertama. Selanjutnya, pembuluh darah terus berkembang di seluruh *embrio* dan plasenta.

2) *Embrio* usia 4-6 minggu

a) Sudah terbentuk bakal organ-organ

b) Jantung sudah berdenyut

c) Pergerakan sudah nampak dalam pemeriksaan USG

d) Panjang *embrio* 0,64 cm

3) *Embrio* usia 8 minggu

a) Pembentukan organ dan penampilan semakin bertambah jelas, seperti mulut, mata dan kaki

b) Pembentukan usus

c) Pembentukan genitalia dan anus

d) Jantung mulai memompa darah

- 4) *Embrio* usia 12 minggu
- a) *Embrio* berubah menjadi janin
 - b) Usus lengkap
 - c) Genetelia dan anus sudah terbentuk
 - d) Menggerakkan anggota badan, mengedipkan mata, mengerutkan dahi, dan mulut membuka
 - e) BB 15-30 gram
- 5) *Embrio* usia 16 minggu
- a) Gerakan *fetal* pertama (*Quickening*)
 - b) Sudah mulai ada mekonium dan *vernix caseosa*
 - c) Sistem *musculoskeletal* sudah matang
 - d) Denyut jantung janin dapat didengar dengan *Doppler*
 - e) Berat janin 0,2 kg
- 6) Janin usia 24 minggu
- a) Kerangka berkembang dengan cepat karena aktivitas pembentukan tulang meningkat
 - b) Perkembangan pernafasan dimulai
 - c) Berat janin 0,7-0,8 kg
- 7) Janin usia 28 minggu
- a) Janin dapat bernafas, menelan, dan mengatur suhu
 - b) Surfaktan terbentuk di dalam paru-paru
 - c) Mata mulai membuka dan menutup
 - d) Ukuran janin 2/3 saat lahir

8) Janin usia 32 minggu

- a) Simpanan lemak coklat berkembang di bawah kulit untuk persiapan pemisahan bayi setelah lahir
- b) Mulai menyimpan zat besi, kalsium dan fosfor
- c) Bayi sudah tumbuh 38-43 cm

9) Janin usia 36 minggu

- a) Seluruh uterus terisi oleh bayi, sehingga ia tidak dapat lagi bergerak dan memutar banyak
- b) Antibodi ibu ditransfer ke janin, yang akan memberikan kekebalan selama 6 bulan pertama sampai bayi berkembang sendiri. (Sri Rahayu, 2017:14-16)

d. Tanda-Tanda Kehamilan.

Tanda – tanda kehamilan terbagi menjadi 4 diantaranya tanda dugaan kehamilan ,tanda tidak pasti kehamilan, tanda mungkin kehamilan, dan tanda pasti kehamilan:

1) Tanda- tanda dugaan kehamilan

Tanda-tanda tidak psati atau diduga hamil adalah perubahan anatomik dan fisiologik selain dari tanda-tanda presumtif yang dapat dideteksi atau dikenali oleh pemeriksa. (Prawirohardjo, 2014:214).

Dugaan kehamilan diantaranya adalah :

a) *Aminore*

Pada wanita hamil terjadi konsepsi dan nidasi yang menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel dan graff dan

ovulasi. Hal ini menyebabkan terjadinya amenorea pada seorang wanita yang sedang hamil.

Mual muntah pengaruh *ekstrogen* dan *progesteron* menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual dan Muntah pada pagi hari disebut *morning sickness*.

b) *Sinkope* atau pingsan

Terjadi gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan syaraf pusat dan menimbulkan sinkope atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia 16 minggu

c) Payudara tegang

Pengaruh hormon *ekstrogen*, *progesteron*, dan *somatomamotofrin* menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang. Ujung syaraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.

2) Tanda tidak pasti kehamilan

Tanda tidak pasti merupakan permulaan dari tanda – tanda terjadinya kehamilan dimana pada keadaan tubuh mengalami beberapa perubahan diantaranya:

a) Tanda Chadwick

Perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan pada *vulva*, *vagina*, *serviks*.

b) Tanda *Goodell*.

Perubahan konsistensi (yang dianalogikan dengan konsistensi bibir) serviks dibandingkan dengan konsistensi kenyal (dianalogikan dengan ujung hidung) pada saat tidak hamil.

c) Tanda *Hegar*.

Pelunakan dan kompresibilitas ismus serviks sehingga ujung-ujung jari seakan dapat ditemukan apabila ismus ditekan dari arah yang berlawanan.

d) *Braxton Hicks*.

Terjadi akibat peregangan miometrium yang disebabkan oleh terjadinya pembesaran uterus.

3) Tanda mungkin Kehamilan yaitu :

Pada tahap ini system reproduksi tubuh mengalami beberapa perubahan karena terjadinya suatu pembuahan diantaranya yaitu:

a) Pembesaran, serta perubahan bentuk dan konsistensi rahim pada pemeriksaan dalam, uterus teraba membesar dan makin lama makin bundar bentuknya. Tanda ini dikenal dengan tanda Piskacek.

b) Tanda hegar yaitu konsistensi rahim dalam kehamilan juga berubah menjadi lunak.

c) Perubahan pada *servic*

Diluar Tanda doogell yaitu pelunakan warna merah tua atau kebiruan pada vagina akibat peningkatan vaskularisasi (usia 6-8 minggu).

d) Tanda *Chadwick* yaitu warna merah tua atau kebiruan pada vagina akibat peningkatan vaskularisasai (usia 6-8 minggu).

e) Kontraksi *Braxton hick* yaitu kontaksi uterus yang datangnya sewaktu-waktu, tidak beraturan dan tidak mempunyai irama tertentu (ahir trimester pertama)

4) Tanda pasti kehamilan

Dimana seorang ibu telah mengalami beberapa perubahan dan dimana perubahan ini janin sudah mulai bergerak dan detak jantung janin sudah mulai terdengar adapun perubahannya yaitu:

a) Pembesaran uterus

Disertai dengan penipisan dinding juga memudahkan pemeriksa untuk mengenali kehamilan secara lebih dini.

b) Jantung janin mulai berdenyut.

Sejak awal dari minggu keempat setelah fertilisasi, tetapi baru pada usia kehamilan 20 minggu bunyi jantung janin dapat dideteksi dengan fetoskop. Dengan menggunakan teknik *ultrasound* atau sistem doppler, bunyi jantung janin dapat dikenali lebih awal (12 – 20 minggu usia kehamilan).

c) Gerakan janin.

Bermula pada usia kehamilan mencapai 12 minggu, tetapi baru dapat dirasakan oleh ibu pada usia kehamilan 16 – 20 minggu. Fenomena bandul atau pantulan balik. Yang disebut dengan *ballottement* juga merupakan tanda adanya janin di dalam uterus.

(Firman,2018:102)

e. Perubahan anatomi dan fisiologi pada perempuan hamil.

Perubahan anatomi dan fisiologi pada perempuan hamil sebagian besar sudah terjadi segera setelah fertilisasi dan uterus berlanjut selama kehamilan. Kebanyakan perubahan ini merupakan respons terhadap janin. (Prawirohardjo, 2014; .174).

1) System Reproduksi.

a) *Uterus*

Pembesaran uterus meliputi peregangan dan penebalan sel – sel otot, sementara produksi miosit yang baru sangat terbatas. Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan.

b) *Serviks*

Satu bulan setelah konsepsi servik 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 klenjar *serviks*.

c) *Ovarium.*

Proses *ovulasi* selama kehamilan akan terhenti dan pematangan *folikel* baru juga ditunda. Satu *korpus luteum* yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal.

d) *Vagian dan Perinium.*

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot – otot di *perineum* dan *vulva*, sehingga pada vagina akan terlihat keunguan yang dikenal dengan tanda *Chadwick*.

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*.

f) Payudara.

Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukuranya dan vena- vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Putting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak.

2) System *kardiovaskular.*

Pada minggu ke-5 *cardiac output* akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi resistensi vascular sistemik. Selain itu juga terjadi peningkatan denyut jantung. Antara minggu ke-10 dan 20 terjadi peningkatan volume plasma sehingga juga terjadi peningkatan *preload*.

3) System *Endokrin*.

Selama kehamilan normal kelenjar hipofisis akan membesar \pm 135 %. Akan tetapi kelenjar ini tidak mempunyai arti penting dalam kehamilan. Hormon *prolaktin* akan meningkat 10x lipat pada saat kehamilan aterm.

4) System *Muskuloskeletal*.

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran *uterus* ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai ini diperkirakan karena pengaruh hormonal.

f. Ketidaknyamanan dalam kehamilan

- 1) Rasa letih
- 2) Punggung atas sakit
- 3) Kram kaki
- 4) Edema tungkai

g. Tanda bahaya kehamilan

Dalam proses kehamilan mengalami beberapa factor tanda bahaya yang tidak terduga yaitu:

1) Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan di bawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum. Perdarahan pada kehamilan lanjut atau diatas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa.

2) Preeklamsia

Preeklamsia ini biasanya timbul di usia kehamilan di atas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah di atas normal sering diasosiasikan dengan preeklamsia. Tanda dan gejala lain preeklamsia sebagai berikut:

(a) Gangguan penglihatan seperti pandangan kabur, silau atau berkunang – kunang.

(b) Proteinuria (di atas positif 3)

3) Nyeri hebat di daerah abdominopelvikum.

Bila hal tersebut terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda- tanda uterus tegang dan nyeri maka diagnosis nya mengarah pada solusio plasenta. (Prawirohardjo, 2014:282-283).

h. Gizi Pada Ibu Hamil

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting dalam keberlangsungan hidup manusia yang akan membuat seseorang bahagia. Pada kehamilan terjadi perubahan fisik dan mental yang bersifat alami. Keadaan gizi pada masa konsepsi mempengaruhi kesuksesan kehamilan, gizi yang harus terpenuhi pada saat hamil yaitu karbohidrat, protein, mineral, vitamin-vitamin (Hutahaean, 2013:55).

1) Karbohidrat atau energy

Kebutuhan energy pada ibu hamil tergantung pada berat badan ibu hamil itu sendiri, karena adanya peningkatan metabolisme dan pertumbuhan janin yang pesat terutama pada trimester II dan III, disarankan penambahan jumlah kalori sekitar 285-300 kalori. sumber energy dapat didapatkan dari hidrat arang seperti beras, jagung, kentang, ubi-ubian dll

2) Protein

Tambahan protein diperlukan untuk pertumbuhan janin, uterus, jaringan payudara, hormone, bertambahnya cairan darah ibu serta persiapan laktasi. Sebaiknya 2/3 dari protein dikonsumsi yang diperlukan selama kehamilan 12 g/hari. Sumber protein terdapat pada daging, ikan, ayam, telur, kerang dan sumber protein nabati terdapat pada kacang-kacangan.

3) Lemak

Lemak beras sekali manfaatnya untuk cadangan tubuh dan agar ibu tidak mudah merasa lemah. Pertumbuhan janin di dalam kandungan membutuhkan lemak sebagai sumber kalori utama.

4) Vitamin.

Beberapa vitamin yang sangat dibutuhkan oleh ibu hamil antara lain:

- (a) Asam folat dan vitamin B12 (sianokobalamin).
- (b) Vitamin B6 (pidoktin).
- (c) Vitamin C (Asam askorbat)
- (d) Vitamin A.
- (e) Vitamin D
- (f) Vitamin E.
- (g) Vitamin K

i. Manfaat gizi pada ibu hamil yaitu :

Gizi dalam kehamilan merupakan hal yang terpenting untuk pertumbuhan dan perkembangan janin adapun manfaatnya:

- 1) Menyediakan cadangan kalori untuk kesehatan ibu maupun untuk bayi Menyediakan semua kebutuhan ibu dan janin berupa protein, mineral, karbohidrat, lemak dan vitamin.
- 2) Mendukung metabolisme tubuh ibu dalam memelihara berat badan sehat, kadar gula darah, dan tekanan darah yang normal. Zat-zat gizi akan masuk ke dalam tubuh janin melalui saluran plasenta. (Hutahaean,2013:55)

j. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

1) Pengertian

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo, 2010:279).

Ada 6 alasan penting untuk mendapatkan asuhan antenatal, yaitu :

- (a) Membangun rasa saling percaya antara klien dan petugas kesehatan
- (b) Mengupayakan terwujudnya kondisi terbaik bagi ibu dan bayi yang dikandungnya.
- (c) Memperoleh informasi dasar tentang kesehatan ibu dan kehamilannya.
- (d) Mengidentifikasi dan menatalaksana kehamilan risiko tinggi.
- (e) Memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan dalam menjaga kualitas kehamilan dan merawat bayi.
- (f) Menghindarkan gangguan kesehatan selama kehamilan yang akan membahayakan keselamatan ibu hamil dan bayi yang dikandungnya.

2) Jadwal Kunjungan Asuhan Antenatal

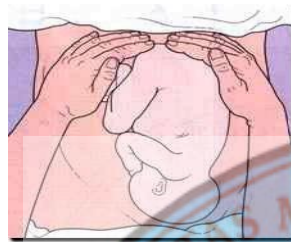
Sebaiknya kunjungan ANC dilakukan 4 kali selama kehamilan, yaitu:

- (a) Satu kali pada trimester I
 - (b) Satu kali pada trimester II
 - (c) Dua kali pada trimester III (Rahayu,2017:21)
- 3) Pemeriksaan kehamilan dilakukan berulang ulang dengan ketentuan
- (a) Satu kali kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28 minggu
 - (b) Satu kali kunjungan antenatal selama kehamilan 28-36 minggu
 - (c) Dua kali kunjungan antenatal pada kehamilan di atas 36 minggu
- 4) Standar Asuhan Kebidanan (10 T)
- (a) Timbang Berat Badan dan Tinggi Badan
 - (b) Ukur Tekanan Darah
 - (c) Ukur LILA
 - (d) Ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU)
 - (e) Penentuan Letak Janin dan DJJ
 - (f) Imunisasi TT (Tetanus Toxoid)
 - (g) Pemberian Tablet Besi (mininum 90 tablet selama kehamilan)
 - (h) Tes Laboratorium
 - (i) Konseling atau penjelasan.
 - (j) Tata laksana kasus atau mendapatkan pengobatan (Kementrian Kesehatan RI,2015:1)
- k. Pemeriksaan palpasi Leopod adalah suatu teknik pemeriksaan pada ibu hamil dengan cara perabaan yaitu merasakan bagian yang terdapat pada perut ibu hamil menggunakan tangan pemeriksa dalam posisi tertentu, atau

memindahkan bagian-bagian tersebut dengan cara-cara tertentu menggunakan tingkat tekanan tertentu.

1) Pemeriksaan Leopod I

untuk menentukan usia kehamilan dan juga untuk mengetahui bagian janin apa yang terdapat di fundus uteri (bagian atas perut ibu)



Gambar 2.2. (<https://oshigita.files.wordpress.com/2013/10/14.jpg>)

2) Pemeriksaan Leopod II

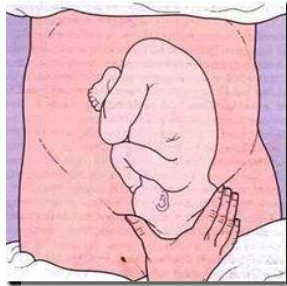
untuk menentukan bagian janin yang berada pada kedua sisi uterus, pada letak lintang tentukan di mana kepala janin.



Gambar 2.3. (<https://oshigita.files.wordpress.com/2013/10/14.jpg>)

3) Pemeriksaan Leopod III

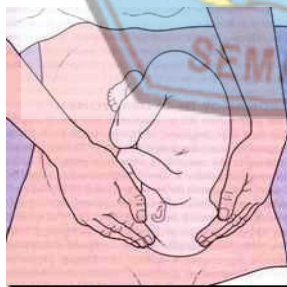
untuk menentukan bagian janin apa (kepala atau bokong) yang terdapat di bagian bawah perut ibu, serta apakah bagian janin tersebut sudah memasuki pintu atas panggul (PAP).



Gambar 2.4. (<https://oshigita.files.wordpress.com/2013/10/14.jpg>)

4) Pemeriksaan Leopold IV

untuk mengkonfirmasi ulang bagian janin apa yang terdapat di bagian bawah perut ibu, serta untuk mengetahui seberapa jauh bagian bawah janin telah memasuki pintu atas panggul. (Manuabadi, 2010:50)



Gambar 2.5. (<https://oshigita.files.wordpress.com/2013/10/14.jpg>)

2. Teori Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinaan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir.. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. (Ichesmi dan Margareth, 2015:185)

Persalinan adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi 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 (Prawiroharjo.2014:100).

b. Teori Terjadinya Persalinan

Ada beberapa teori tentang mulainya persalinan, yaitu: penurunan kadar progesterone, teori oxytosin, peregangan otot-otot uterus yang berlebihan (*destended uterus*), pengaruh janin, teori prostaglandin.

Sebab terjadinya partus sampai kini masih merupakan teori-teori yang kompleks, faktor-faktor hormonal, pengaruh prostaglandin, struktur uterus, sirkulasi uterus, pengaruh syaraf dan nutrisi disebut sebagai faktor-faktor yang mengakibatkan partus mulai. Perubahan-perubahan dalam biokimia dan biofisika telah banyak mengungkapkan mulai dari berlangsungnya partus, antara lain penurunan kadar hormon esterogen dan progesterone.

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Faktor lain yang dikemukakan ialah tekanan pada ganglion servikale dari pleksus Frankenhauser yang terletak dibelakang serviks. Bila ganglion ini tertekan, kontraksi uterus dapat dibangkitkan. (Ichesmi dan Margareth, 2015:185-186)

c. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Hal yang menjadi penyebab mulainya persalinan belum diketahui benar, yang ada hanyalah merupakan teori-teori yang kompleks. Perlu diketahui bahwa ada 2 hormon yang dominan saat hamil. (Rohani, dkk,2013:4)

1) Esterogen

- a) Meningkatkan sensitivitas otot rahim
- b) Memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, serta rangsangan mekanis.

2) Progesteron

- a) Menurunkan sensitivitas otot rahim
- b) Menyulitkan penerimaan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, serta rangsangan mekanis
- c) Menyebabkan otot Rahim dan otot polos relaksasi

Esterogen dan progesterone harus berada dalam kondisi keseimbangan sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan kedua hormon tersebut menyebabkan oksitosin yang

dikeluarkan oleh hipofisis pars posterior dapat menimbulkan kontraksi *Braxton Hicks*.

Oksitosin diduga bekerja bersama atau bekerja melalui prostaglandin, yang nilainya akan meningkat mulai dari umur kehamilan minggu ke-15.

d. Tanda-tanda Persalinan Sudah Dekat

1) Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasakan keadaanya menjadi leih enteng (*lightening*). Ia merasa sesaknya berkurang, tetapi sebaiknya, ia merasa berjalan menjadi sedikit lebih sukar, dan sering diganggu oleh perasaan nyeri pada anggota bawah. His pendahuluan atau his palsu tiga atau empat minggu sebelum persalinan, calon ibu diganggu oleh his pendahuluan yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi *Braxton Hicks*. His pendahuluan bersifat :

- (a) Nyeri, dan nyeri ini hanya terasa di perut bagian bawah.
- (b) Tidak teratur.
- (c) Berdurasi pendek.
- (d) Tidak bertambah kuat dengan majunya waktu.
- (e) Tidak bertambah kuat jika dibawa berjalan, malahan sering berkurang.
- (f) Tidak berpengaruh pada pendaftaran atau pembukaan *cervix*.

(Firman,2018:152)

e. Tanda – tanda Persalinan

Dalam memulai proses persalinan terjadi beberapa tanda dalam pengeluaran janinnya yaitu:

- 1) His menjadi lebih kuat (3 detik-4detik sekali).
- 2) Mengeluarkan darah dan lendir lebih banyak.
- 3) Bila datang his disertai ibu mengejan.
- 4) Kulit ketuban pecah sendiri pada kala II, kadang-kadang kulit ketuban pecah pada akhir kala I, vulva membuka, anus membuka dan perineum menonjol (tidak selalu).

f. Bila KK sudah pecah maka pada waktu his tampak penonjolan kepala anak, kulit ketuban menonjol keluar (bila his hilang kulit ketuban akan kembali tidak tampak). (Sri Rahayu,2017:44)

g. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan.

Faktor yang mempengaruhi persalinan adalah :

- 1) Power/Tenaga yang Mendorong Anak

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu.

His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. Pada bulan terakhir dari kehamilan dan sebelum persalinan dimulai, sudah ada kontraksi rahim yang disebut his. His dibedakan sebagai berikut :

- a) His pendahuluan atau his palsu, yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan kontraksi dari *Braxton Hicks*. His pendahuluan ini

bersifat tidak teratur dan menyebabkan nyeri di perut bagian bawah dan lipat paha, tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang ke perut bagian bawah seperti his persalinan. His persalinan merupakan suatu kontraksi dari otot-otot Rahim yang fisiologis, akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya dan bersifat nyeri.

2) Passage/Panggul

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina dan introitus. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Jalan lahir dibagi atas :

- (a) Bagian keras: tulang-tulang panggul
- (b) Bagian lunak: uterus, otot panggul dasar dan perineum

3) Passenger/Janin dan Plasenta

Cara penumpang (*passenger*) atau janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak sikap, dan posisi janin. Plasenta juga harus melalui jalan lahir sehingga dapat juga dianggap sebagai

penumpang yang menyertai janin. Namun, plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kelahiran normal.

Janin dapat mempengaruhi jalannya kelahiran karena ukuran dan presentasinya. Kepala banyak mengalaminya cedera pada persalinan sehingga dapat membahayakan hidup dan kehidupan janin.

Ukuran dan sifat kepala bayi relatif kaku sehingga sangat memengaruhi proses persalinan. Tengkorak janin terdiri atas dua tulang parietal, dua tulang temporal, satu tulang frontal, dan satu tulang oksipital.

4) Psikologis

Banyak wanita normal bisa merasakan kegairahan dan kegembiraan saat merasa kesakitan di awal menjelang kelahiran bayinya. Perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas “kewanitaan sejati”, yaitu munculnya rasa bangga melahirkan atau memproduksi anak. Khususnya, rasa lega itu berlangsung bila kehamilannya mengalami perpanjangan waktu, mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu “keadaan yang belum pasti”, sekarang menjadi hal yang nyata. Faktor psikologis meliputi hal-hal sebagai berikut:

- (a) Melibatkan psikologis ibu, emosi, dan persiapan intelektual
- (b) Pengalaman melahirkan bayi sebelumnya
- (c) Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu

5) Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan. (Rohani dkk,2013:16-36).

h. Mekanisme Persalinan

Gerakan utama kepala janin pada proses persalinan :

1) Engagement

Pada minggu-minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan dimulai kepala masuk lewat PAP, umumnya dengan presentasi biparietal (diameter lebar yang paling panjang berkisar 8,5-9,5 cm) atau 70% pada panggul ginekoid)

2) Desent

Penurunan kepala janin sangat tergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga penurunan kepala berlangsung lambat. Kepala turun ke dalam rongga panggul, akibat: tekanan langsung dari his dari daerah fundus ke arah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan), dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang.

3) Flexion

Pada umumnya terjadi flexi penuh/semipurna sehingga sumbu panjang kepala sejajar sumbu panggul -> membantu penurunan kepala selanjutnya. Fleksi yaitu kepala janin fleksi, dagu menempel ke toraks,

posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito-bregmatikus (belakang kepala).

4) Internal Rotation

Rotasi interna (putaran paksi dalam) : selalui disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simfisis pubis), membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis. Perputaran kepala (penunjuk) dari samping ke depan atau ke arah posterior (jarang) disebabkan:

- (a) Ada his selaku tenaga/gaya pemutar
- (b) Ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan

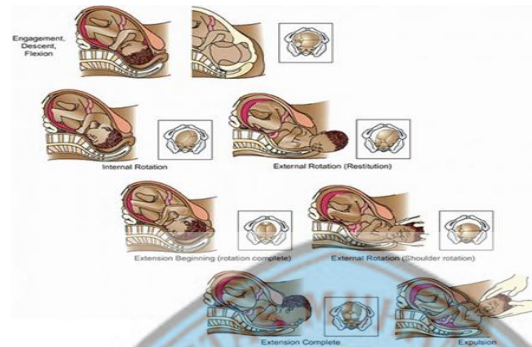
Bila tidak terjadi putaran paksi dalam umumnya kepala tidak turun lagi dan persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstraksi. Pemutar bagian depan anak sehingga bagian terendah memutar ke depan ke bawah simfisis.

5) Extension

Dengan kontraksi perut yang benar dan adekuat kelapa makin turun dan menyebabkan perineum distensi. Pada saat ini puncak kepala berada di simfisis dan dalam keadaan begini kontraksi perut ibu yang kuat mendorong kepala ekspulsi dan melewati introitus vagina.

6) External Rotation

Setelah seluruh kepala sudah lahir terjadi putaran kepala ke posisi pada saat engagement. Dengan demikian bahu depan dan belakang dilahirkan lebih dahulu dan diikuti dada, perut, bokong dan seluruh tungkai.



Gambar 2.6. Mekanisme Persalinan (Icesmi dan Margareth, 2015:200-209).

i. Posisi – posisi melahirkan.

1) Posisi miring atau lateral.

Posisi ini mengharuskan si ibu berbaring miring ke kiri atau ke kanan. Salah satu kaki diangkat, sedangkan kaki lainnya dalam keadaan lurus. Posisi yang akrab disebut posisi lateral ini, umumnya dilakukan bila posisi kepala bayi belum tepat.



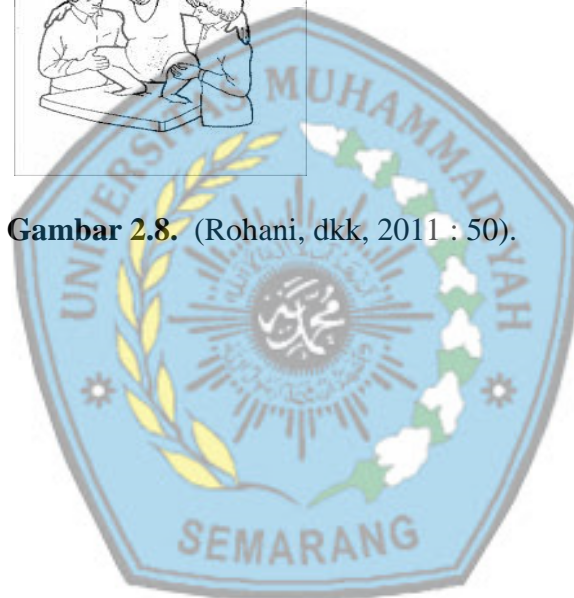
Gambar 2.7 (Rohani, dkk, 2011 : 123)

2) Posisi jongkok

Posisi jongkok memudahkan penurunan kepala janin ,memperluas rongga panggul sebesar 28 % lebih besar pada pintu bawah panggul, memperkuat dorongan meneran. Posisi jongkok dapat memudahkan dalam pengosongan kandung kemih. Jika kandung kemih penuh akan dapat memperlambat penurunan bagian bawah janin.



Gambar 2.8. (Rohani, dkk, 2011 : 50).



3) Posisi semi duduk

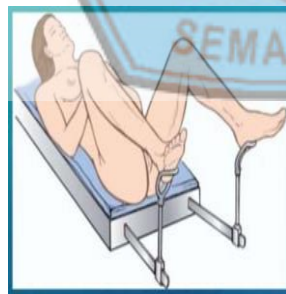
Posisi ini posisi yang paling umum diterapkan diberbagai RS/RSB di segenap penjuru tanah air. Pada posisi ini, pasien duduk dengan punggung bersandar bantal, kaki ditekuk dan paha dibuka ke arah samping. Posisi ini cukup membuat ibu merasa nyaman.



Gambar 2.9 (Rohani, dkk, 2011 : 52)

4) Posisi Berbaring (*litotomi*)

Caranya adalah terlentang dengan kaki menggantung di penopang khusus untuk orang bersalin.



Gambar 2.9 (Rohani, dkk, 2011 : 54)

j. Kala Persalinan

Pada saat berlangsungnya persalinan atau proses pengeluaran janin terbagi menjadi beberapa kala yaitu:

1) Kala I

Kala I disebut juga kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses pembukaan serviks dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

(a) Fase laten

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

(b) Fase aktif, dibagi menjadi 3 fase lagi yaitu:

(1) Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi 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 menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap atau 10 cm, akan terjadi kecepatan rata-rata yaitu, 1 cm perjam untuk primigravida dan 2 cm untuk multigravida.

Melakukan pemantauan dengan partograf alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik (Depkes RI, 2016:52)

2) Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi. Kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam. Lamanya proses ini berlangsung selama 1 setengah jam sampai 2 jam pada primigravida dan setengah sampai satu jam untuk multigravida. Tanda gejala kala 2 ; dorongan meneran, tekanan pada anus, perineum menonjol, vulva membuka.

3) Kala III

Dimulai setelah lahirnya bayi dan dilanjut pengeluaran plasenta. Berlangsung setelah kala II yang tidak lebih dari 30 menit. Tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu uterus berbentuk bundar, tali pusat semakin panjang, adanya darah yang keluar.

4) Kala IV

Kala IV adalah 2 jam setelah pengeluaran plasenta dan persalinan selesai. Hal yang harus diperhatikan pada kala IV yaitu kontraksi uterus, tidak ada perdarahan, kandung kemih kosong, luka diperineum, keadaan ibu dan bayinya. (Oktariani,2016:13)

k. Inisiasi menyusui dini (IMD).

Segera setelah di letakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh bayi lebih baik di bandingkan dengan inkubator, menjaga kolonisasi kuman yang aman untuk bayi dan mencegah infeksi nosokomial kadar bilirubin bayi

juga lebih cepat normal karena pengeluaran mekonium lebih cepat sehingga menurunkan insiden ikterus bayi baru lahir, kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik. Dengan demikian, berat badan dapat mengoptimalkan pengeluaran hormon oksitosin, prolaktin, dan secara psikologis dapat menguatkan ikatan batin antara ibu dan bayi (Prawirohardjo, 2010:369).

1. Partus Lama

1) Pengertian

Partus lama adalah persalinan yang berlangsung lebih dari 24 jam pada primi dan lebih dari 18 jam pada multi.

Menurut Winkjosastro, 2002. Persalinan (partus) lama ditandai dengan fase laten lebih dari 8 jam, persalinan telah berlangsung 12 jam atau lebih tanpa kelahiran bayi, dan dilatasi serviks di kanan garis waspada pada partograf.

Partus lama disebut juga distosia, di definisikan sebagai persalinan abnormal/ sulit (Sarwono, 2010)

2) Etiologi

Menurut Sarwono (2010) sebab-sebab persalinan lama dapat digolongkan menjadi 3 yaitu:

1) Kelainan Tenaga (Kelainan His)

His yang tidak normal dalam kekuatan atau sifatnya menyebabkan kerintangan pada jalan lahir yang lazim terdapat pada setiap persalinan, tidak dapat diatasi sehingga persalinan mengalami hambatan atau kemacetan. Jenis-jenis kelainan his yaitu:

(a) Inersia Uteri

Disini his bersifat biasa dalam arti bahwa fundus berkontraksi lebih kuat dan lebih dahulu pada bagian lainnya. Selama ketuban masih utuh umumnya tidak berbahaya bagi ibu maupun janin kecuali jika persalinan berlangsung terlalu lama.

(b) Incoordinate Uterine Action

Disini sifat his berubah, tonus otot uterus meningkat, juga di luar his dan kontraksinya berlangsung seperti biasa karena tidak ada sinkronisasi antara kontraksi. Tidak adanya koordinasi antara bagian atas, tengah dan bagian bawah menyebabkan his tidak efisien dalam mengadakan pembukaan. Tonus otot yang menaik menyebabkan nyeri yang lebih keras dan lama bagi ibu dan dapat pula menyebabkan hipoksia janin.

2) Kelainan Janin

Persalinan dapat mengalami gangguan atau kemacetan karena kelainan dalam letak atau bentuk janin (Janin besar atau ada kelainan konginetal janin)

3) Kelainan Jalan Lahir

Kelainan dalam bentuk atau ukuran jalan lahir bisa menghalangi kemajuan persalinan atau menyebabkan kemacetan.

b. Tanda dan Gejala

Menurut Rustam Mochtar (1998) gejala klinik partus lama terjadi pada ibu dan juga pada janin.

1) Pada ibu

Gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernapasan cepat dan meteorismus. Di daerah lokal sering dijumpai: Bandle Ring, oedema serviks, cairan ketuban berbau, terdapat mekonium.

2) Pada janin :

- (a) Denyut jantung janin cepat atau hebat atau tidak teratur bahkan negarif, air ketuban terdapat mekonium, kental kehijau-hijauan, berbau.
- (b) Kaput succedaneum yang besar
- (c) Moulage kepala yang hebat
- (d) Kematian Janin Dalam Kandungan (KJDK)
- (e) Kematian Janin Intra Parental (KJIP)

c. Klasikasi Persalinan Lama

- 1) Fase laten memanjang
- 2) Yaitu fase laten yang melampaui 20 jam pada primi gravida atau 14 jam pada multipara

3) Fase aktif memanjang

Yaitu fase aktif yang berlangsung lebih dari 12 jam pada primi gravida dan lebih dari 6 jam pada multigravida. Dan laju dilatasi serviks kurang dari 1,5 cm per jam 3.

4) Kala 2 lama

Yaitu kala II yang berlangsung lebih dari 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multipara.

d. Dampak Persalinan Lama

1) Bahaya bagi ibu

Partus lama menimbulkan efek berbahaya baik terhadap ibu maupun anak. Beratnya cedera meningkat dengan semakin lamanya proses persalinan, resiko tersebut naik dengan cepat setelah waktu 24 jam. Terdapat kenaikan pada insidensi atonia uteri, lacerasi, perdarahan, infeksi, kelelahan ibu dan shock. Angka kelahiran dengan tindakan yang tinggi semakin memperburuk bahaya bagi ibu.

2) Bahaya bagi janin

Semakin lama persalinan, semakin tinggi morbiditas serta mortalitas janin dan semakin sering terjadi keadaan berikut ini :

- (a) Asfiksia akibat partus lama itu sendiri
- (b) Trauma cerebri yang disebabkan oleh penekanan pada kepala janin
- (c) Cedera akibat tindakan ekstraksi dan rotasi dengan forceps yang sulit

(d) Pecahnya ketuban lama sebelum kelahiran. Keadaan ini mengakibatkan terinfeksi cairan ketuban dan selanjutnya dapat membawa infeksi paru-paru serta infeksi sistemik pada janin.

e. Penatalaksanaan

1) Penanganan Umum

(a) Perawatan pendahuluan :

Penatalaksanaan penderita dengan partus kasep (lama) adalah sebagai berikut :

- (1) Nilai dengan segera keadaan umum ibu hamil dan janin (termasuk tanda vital dan tingkat dehidrasinya).
- (2) kaji nilai partograf, tentukan apakah pasien berada dalam persalinan; Nilai frekuensi dan lamanya his.
- (3) Suntikan corton Penisilin prokain : 1 juta IU intramuscular.
- (4) Streptomisin : 1 gr intramuscular.
- (5) Infuse cairan : Larutan garam fisiologis (NaCl), Larutan glucose 5-10 % pada janin pertama : 1 liter per jam.
- (6) Istirahat 1 jam untuk observasi, kecuali bila keadaan mengharuskan untuk segera bertindak.

(b) Pertolongan :

Dapat dilakukan partus spontan, ekstraksi vakum, ekstraksi forsep, manual aid pada letak sungsang, embriotomi bila janin meninggal, secsio cesaria, dan lain-lain.

f. Penanganan khusus

1) Fase laten memanjang (prolonged latent phase)

Diagnosis fase laten memanjang di buat secara retrospektif. Jika his berhenti, pasien disebut belum in partu atau persalinan palsu. Jika his makin teratur dan pembukaan makin bertambah lebih dari 4 cm, masuk dalam fase laten.

Jika fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada tanda-tanda kemajuan, lakukan penilaian ulang terhadap serviks :

- (a) Jika tidak ada perubahan pada pendataran atau pembukaan serviks dan tidak ada gawat janin, mungkin pasien belum in partu.
- (b) Jika ada kemajuan dalam pendataran dan pembukaan serviks, lakukan amniotomi dan induksi persalinan dengan oksitosin atau prostaglandin.
- (c) Lakukan penilaian ulang setiap 4 jam.
- (d) Jika pasien tidak masuk fase aktif setelah dilakukan pemberian oksitosin selama 8 jam, lakukan seksio sesarea.

Jika didapatkan tanda-tanda infeksi (demam, cairan vagina berbau) :

- (a) Lakukan akselerasi persalinan dengan oksitosin.
- (b) Berikan antibiotic kombinasi sampai persalinan.

Ampisilin 2 g I.V. setiap 6 jam

Ditambah gentamisin 5mg / kg BB IV setiap 24 jam.

Jika terjadi persalinan pervaginam stop antibiotic pascapersalinan.

Jika dilakukan seksio sesarea, lanjutkan antibiotika ditambah metrinodazol 500 mg IV setiap 8 jam sampai ibu bebas demam selama 48 jam.

2) Fase aktif memanjang

- (a) Jika tidak ada tanda-tanda disproporsi sefalopelvik atau obstruksi dan ketuban masih utuh, pecahkan ketuban.

(b) Nilai his :

- (1) Jika his tidak adekuat (kurang dari 3 his dalam 10 menit dan lamanya kurang dari 40 detik) pertimbangkan adanya insertia uteri.
- (2) Jika his adekuat (3 kali dalam 10 menit dan lamanya lebih dari 40 detik), pertimbangkan adanya disproporsi, obstruksi, malposisi atau malpenetrasi.
- (3) Lakukan penanganan umum yang akan memperbaiki his dan mempercepat kemajuan persalinan.

3) Kala Dua Lama

- (a) memimpin ibu meneran jika ada dorongan untuk meneran spontan
- (b) Jika tidak ada mal posisi /malpresentasi berikan drip oxytocin
- (c) Jika tidak ada kemajuan penurunan kepala:
 - (1) Jika letak kepala lebih dari 1/5 di atas simfisis pubis atau bagian tulang kepala dari stasion (0) lakukan ekstraksi vakum
 - (2) Jika kepala antara 1/5 - 3/5 di atas simfisis pubis lakukan ekstraksi vakum
 - (3) Jika kepala lebih dari 3/5 di atas simfisis pubis lakukan SC

m. Partus Tak Maju

Partus tak maju yaitu persalinan yang ditandai tidak adanya pembukaan serviks dalam 2 jam dan tidak adanya penurunan janin dalam 1 jam. Partus tak maju (persalinan macet) berarti meskipun kontraksi uterus kuat, janin tidak dapat turun karena faktor mekanis. Kemacetan persalinan biasanya terjadi pada pintu atas panggul, tetapi dapat juga terjadi pada rongga panggul atau pintu bawah panggul. Partus tak maju yaitu suatu persalinan dengan his yang adekuat yang tidak menunjukkan kemajuan pada pembukaan serviks, turunnya kepala dan putar paksi selama 2 jam terakhir. (Dipta,2010)

1) Penyebab Partus Tak Maju (Dipta,2010)

- (a) Disproporsi sefalopelvik (pelvis sempit atau janin besar)

Keadaan panggul merupakan faktor penting dalam kelangsungan persalinan, tetapi yang penting ialah hubungan

antara kepala janin dengan panggul ibu. Besarnya kepala janin dalam perbandingan luasnya panggul ibu menentukan apakah ada disproporsi sefalopelvik atau tidak.

(b) Presentasi yang abnormal

Hal ini bisa terjadi pada dahi, bahu, muka dengan dagu posterior dan kepala yang sulit lahir pada presentasi bokong.

(1) Presentasi Dahi

Presentasi Dahi adalah keadaan dimana kepala janin ditengah antara fleksi maksimal dan defleksi maksimal, sehingga dahi merupakan bagian terendah. Presentasi dahi terjadi karena ketidakseimbangan kepala dengan panggul, saat persalinan kepala janin tidak dapat turun ke dalam rongga panggul sehingga persalinan menjadi lambat dan sulit. Presentasi dahi tidak dapat dilahirkan dengan kondisi normal kecuali bila bayi kecil atau pelvis luas, persalinan dilakukan dengan tindakan caesarea. IR presentasi dahi 0,2% kelahiran pervaginam, lebih sering pada primigravida.

(2) Presentasi Bahu

Bahu merupakan bagian terbawah janin dan abdomen cenderung melebar dari satu sisi kesisi yang lain sehingga tidak teraba bagian terbawah anak pada pintu atas panggul menjelang persalinan. Bila pasien

berada pada persalinan lanjut setelah ketuban pecah, bahu dapat terjepit kuat di bagian atas pelvis dengan satu tangan atau lengan keluar dari vagina. Presentasi bahu terjadi bila poros yang panjang dari janin tegak lurus atau pada sudut akut panjangnya poros ibu, sebagaimana yang terjadi pada letak melintang. Presentasi bahu disebabkan paritas tinggi dengan dinding abdomen dan otot uterus kendur, prematuritas, obstruksi panggul.

(3) Presentasi Muka

Pada presentasi muka, kepala mengalami hiperekstensi sehingga oksiput menempel pada punggung janin dan dagu merupakan bagian terendah. Presentasi muka terjadi karena ekstensi pada kepala, bila pelvis sempit atau janin sangat besar. Pada wanita multipara, terjadinya presentasi muka karena abdomen yang menggantung yang menyebabkan punggung janin menggantung ke depan atau ke lateral, seringkali mengarah ke arah oksiput. Presentasi muka tidak ada faktor penyebab yang dapat dikenal, mungkin terkait dengan paritas tinggi tetapi 34% presentasi muka terjadi pada primigravida.

(c) Abnormalitas pada janin

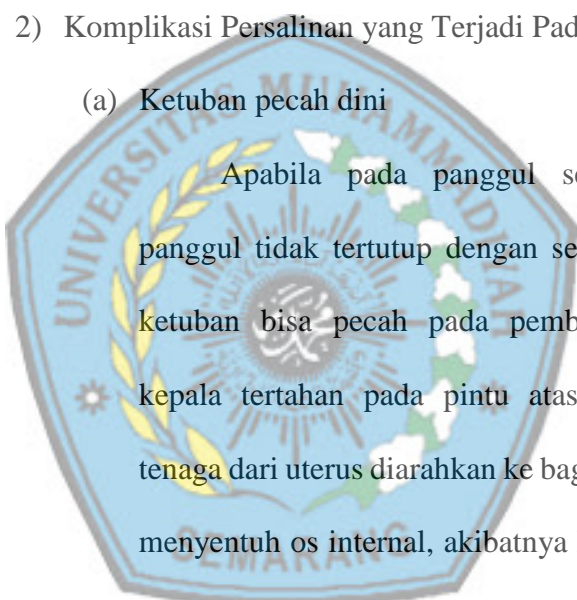
Hal ini sering terjadi bila ada kelainan pada janin misalnya : Hidrosefalus, pertumbuhan janin lebih besar dari 4.000 gram, bahu yang lebar dan kembar siam.

(d) Abnormalitas sistem reproduksi

Abnormalitas sistem reproduksi misalnya tumor pelvis, stenosis vagina kongenital, perineum kaku dan tumor vagina.

2) Komplikasi Persalinan yang Terjadi Pada Partus Tak Maju

(a) Ketuban pecah dini



Apabila pada panggul sempit, pintu atas panggul tidak tertutup dengan sempurna oleh janin ketuban bisa pecah pada pembukaan kecil. Bila kepala tertahan pada pintu atas panggul, seluruh tenaga dari uterus diarahkan ke bagian membran yang menyentuh os internal, akibatnya ketuban pecah dini lebih mudah terjadi.

(b) Pembukaan serviks yang abnormal

Pembukaan serviks terjadi perlahan-lahan atau tidak sama sekali karena kepala janin tidak dapat turun dan menekan serviks. Pada saat yang sama, dapat terjadi edema serviks sehingga kala satu persalinan menjadi lama. Namun demikian kala satu dapat juga normal atau singkat, jika kemacetan

persalinan terjadi hanya pada pintu bawah panggul. Dalam kasus ini hanya kala dua yang menjadi lama. Persalinan yang lama menyebabkan ibu mengalami ketoasidosis dan dehidrasi. Seksio caesarea perlu dilakukan jika serviks tidak berdilatasi. Sebaliknya, jika serviks berdilatasi secara memuaskan, maka ini biasanya menunjukkan bahwa kemacetan persalinan telah teratasi dan kelahiran pervaginam mungkin bisa dilaksanakan (bila tidak ada kemacetan pada pintu bawah panggul).

(c) **Bahaya ruptur uterus**

Ruptur uterus, terjadinya disrupsi dinding uterus, merupakan salah satu dari kedaruratan obstetrik yang berbahaya dan hasil akhir dari partus tak maju yang tidak dilakukan intervensi. Ruptur uterus menyebabkan angka kematian ibu berkisar 3-15% dan angka kematian bayi berkisar 50%. Bila membran amnion pecah dan cairan amnion mengalir keluar, janin akan didorong ke segmen bawah rahim melalui kontraksi. Jika kontraksi berlanjut, segmen bawah rahim akan merengang sehingga menjadi berbahaya menipis dan mudah ruptur. Namun demikian kelelahan uterus dapat terjadi sebelum segmen bawah rahim merengang, yang menyebabkan kontraksi menjadi

lemah atau berhenti sehingga ruptur uterus berkurang. Ruptur uterus lebih sering terjadi pada multipara jarang terjadi, pada nulipara terutama jika uterus melemah karena jaringan parut akibat riwayat seksio caesarea. Ruptur uterus menyebabkan hemoragi dan syok, bila tidak dilakukan penanganan dapat berakibat fatal.

(d) Sepsis puerferalis

Sepsis puerferalis adalah infeksi pada traktus genetalia yang dapat terjadi setiap saat antara awitan pecah ketuban (ruptur membran) atau persalinan dan 42 hari setelah persalinan atau abortus dimana terdapat gejala-gejala : nyeri pelvis, demam $38,5^{\circ}\text{c}$ atau lebih yang diukur melalui oral kapan saja cairan vagina yang abnormal, berbau busuk dan keterlambatan dalam kecepatan penurunan ukuran uterus. Infeksi merupakan bagian serius lain bagi ibu dan janinya pada kasus partus lama dan partu tak maju terutama karena selaput ketuban pecah dini. Bahaya infeksi akan meningkat karena pemeriksaan vagina yang berulang-ulang.

n. Partus Macet

1) Definisi

Partus macet adalah suatu keadaan dari suatu persalinan yang mengalami kemacetan dan berlangsung lama sehingga timbul komplikasi ibu maupun janin (anak).

Partus macet merupakan persalinan yang berjalan lebih dari 24 jam untuk primigravida dan atau 18 jam untuk multi gravida.

2) Etiologi / Penyebab

Penyebab persalinan lama diantaranya adalah kelainan letak janin, kelainan panggul, kelainan keluaran his dan mengejan, terjadi ketidakseimbangan sefalopelfik, pimpinan persalinan yang salah dan primi tua primer atau sekunder.

3) Faktor-faktor penyebab partus lama / partus macet antara lain :

- (a) Kelainan letak janin
- (b) Kelainan-kelainan panggul
- (c) Kelainan his
- (d) Pimpinan partus yang salah
- (e) Janin besar atau ada kelainan kongenital
- (f) Primitua
- (g) Perut gantung, grandemulti
- (h) Ketuban pecah dini

4) Manifestasi Klinis

Keadaan Umum ibu

- (a) Dehidrasi, panas
- (b) Meteorismus, shock
- (c) Anemia, oliguria

Palpasi

- (a) His lemah
- (b) Gerak janin tidak ada
- (c) Janin mudah diraba

Auskultasi

Denyut jantung janin, takikardia, irreguler, negatif (jika janin sudah mati)

Pemeriksaan dalam

- (a) Keluar air ketuban yang keruh dan berbau bercampur dengan meconium
- (b) Bagian terendah anak sukar digerakkan, mudah didorong jika sudah terjadi rupture uteri
- (c) Suhu rectal lebih tinggi 37,50 c

5) Komplikasi

Pada Ibu

- (a) Infeksi sampai sepsis
- (b) asidosis dengan gangguan elektrolit
- (c) dehidrasi, syock, kegagalan fungsi organ-organ

- (d) robekan jalan lahir
- (e) Fistula buli-buli, vagina, rahim dan rectum

Pada janin

- (a) Gawat janin dalam rahim sampai meninggal
- (b) lahir dalam asfiksia berat sehingga dapat menimbulkan cacat otak menetap
- (c) trauma persalinan, fraktur clavicula, humerus, femur

6) Penatalaksanaan

Sebaiknya tindakan pertama dilakukan lebih dahulu sampai kondisi ibu optimal untuk dilakukan tindakan kedua, diharapkan dalam 2-3 jam sudah ada perbaikan

Bila pembukaan lengkap dan syarat-syarat persalinan pervaginam terpenuhi maka dapat dilakukan ekstraksi vacum, ekstraksi forcep, atau perforasi kranioflasi. Bila pembukaan belum lengkap dilakukan sectio caesarea. Persalinan normal berlangsung lebih kurang 14 jam, dari awal pembukaan sampai lahirnya anak

Apabila terjadi perpanjangan dari

- 1) Fase laten (primi : 20 jam, multi : 14 jam)
- 2) fase aktif (primi: 1,2 cm/ jam, multi 1 ½ cm/ jam)
- 3) kala III (primi : 2 jam, multi : 1jam)

Maka keadaan ini disebut partus lama / partus macet Partus lama jika tidak segera diakhiri akan menimbulkan :

- 1) Kelelahan pada ibu karena mengejan terus-menerus sedangkan intake kalori biasanya berkurang
 - 2) Dehidrasi dan gangguan keseimbangan asam basa/ elektrolit karena intake cairan yang kurang
 - 3) Gawat janin sampai kematian karena asfiksia dalam jalan lahir.
 - 4) Infeksi rahim, timbul karena ketuban pecah lama sehingga terjadi infeksi rahim yang dipermudah karena adanya manipulasi penolong yang kurang steril
 - 5) Perlukaan jalan lahir, timbulkan persalinan yang traumatic
- 7) Gejala klinis Yang Perlu diperhatikan Pada partus lama / partus macet
- Tanda – tanda kelelahan dan intake yang kurang
- (a) Dehidrasi, nadi cepat dan lemah
 - (b) Meteorismus
 - (c) Febris
 - (d) His yang hilang/ melemah
- tanda – tanda rahim pecah (rupture uteri)
- (e) Perdarahan melalui orivisium eksternum
 - (f) His yang hilang
 - (g) Bagian janin yang mudah teraba
 - (h) Robekan dapat meluas sampai servic dan vagina

tanda infeksi intra uteri

- (a) keluar air ketuban berwarna keruh kehijauan dan berbau, kadang bercampur dengan meconium
- (b) suhu rectal $> 37,50$ c

tanda gawat janin

- (c) air ketuban bercampur dengan meconium
- (d) denyut jantung janin irregular
- (e) gerak anak berkurang atau hiperaktif (gerak konfulsif)

o. Induksi

Induksi adalah tindakan atau langkah untuk memulai persalinan yang sebelumnya terjadi, bisa sevara mekanik atau kimiawi (farmakologi). Induksi farmakologi meliputi prodtaglandin (PGE : misoprostol) dan oksitosin. Misoprostol dapat diberikan secara vaginal, oral, atau sublingual. Alternatif induksi persalinan dengan titrasi/drip oksitosin dosis rendah dengan dosis oksitosin 2,5-5 IU dalam dekstrore 5% 500mL, diberikan secara drip sampai maksimal 2 botol (1000mL). bila setelah 3 botol belum terjadi kontraksi atau belum mencapai skor bishop >5 , maka passion diistirahatkan selama 24 jam kemudian diulangi lagi. Jika 2 seri induksi ternyata tidak ada kontraksi atau tidak tercapai skor bishop >5 , maka induksi dapat disebut gagal. (Nugroho,2017)

1) Indikasi unuk induksi

- (a) Penyakit hipertensi pada kehamilan
- (b) Diabetes militus
- (c) Ketuban pecah dini
- (d) Gsngguan intrauterine
- (e) Chorioamnionitis
- (f) Isoimunisassi
- (g) Kematian janin dalam kandungan

2) Indikasi Faktor ibu

- (a) Preeklamsia berat/eklamsia yang membaik dengan obat-obatan
- (b) Diabetes militus

3) Indikasi Faktor Janin

- (a) Janin mati dalam kandungan
- (b) Pertumbuhan janin terhambat / IUGR
- (c) Inkompatibilitas rhesus

4) Indikasi Keadaan Kehamilan

- (a) Usia kehamilan lebih dari 41 minggu
- (b) Ketuban pecah dini
- (c) Amnionitis
- (d) Solusio Plassenta
- (e) Partus tak maju

3. Teori Dasar Masa Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas adalah masa dimulai dari beberapa jam sesudah lahirnya plasenta dan mencakup enam minggu berikutnya dan kondisi tidka hamil, Masa ini disebut juga masa puerperium. Asuhan postnatal haruslah memberikan tanggapan terhadap kebutuhan khusus ibu selama masa yang istimewa. (Sri Rahayu,2017:75)

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadan sebelum hamil. Masa nifas atau *puerperium* dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Dalam bahasa latin, waktu mulai tertentu setelah melahirkan anak ini disebut *puerperium* yaitu dari kata *puer* yang artinya bayi dan *parous* melahirkan. Jadi, *puerperium* berarti masa setalh melahirkan bayi. *Puerperium* adalah masa pulih kembali, sekitar 50 % kematian ibu terjadi dalam 24 jam pertama postpartum sehingga pelayanan pasca persalinan yang berkualitas harus terselenggarakan pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi (Vivian, Tri Sunarsih.2011:1).

b. Perubahan-Perubahan Masa Nifas

Perubahan masa nifas ada 7 macam, yaitu

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Involusi uteri merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gram.

Proses involusi uteri adalah sebagai berikut :

Lochea adalah cairan rahim selama masa postnatal. Lokia mempunyai reaksi lokia yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lokia mempunyai bau amis (anyir), meskipun tidak terlalu menyengat, dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lokia mengalami perubahan karena proses involusi.

Macam-macam lochea :

- (1) Lochea rubra: Lokia muncul pada hari pertama sampai ke empat masa postpartum. Warnanya merah mengandung darah dari robekan/luka pada plasenta dan serabut desidua dan chorion
- (2) Lochea serosa: Lokia yang muncul pada hari ke lima sampai sembilan hari berikutnya. Warnanya kecoklatan mengandung lebih sedikit darah dan lebih banyak serum terdiri dari leukosit dan robekan/lacerasi plasenta

(3) Lochea alba: Berwarna lebih pucat, putih kekuningan mengandung lekosit, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati

b) Perinium, Vagina dan Vulva

Berkurangnya sirkulasi progesterone mempengaruhi otot-otot pada panggul, perineum, vagina dan vulva. Proses ini membantu pemulihan kearah tonisitas/elastisitas normal dari ligamentum otot Rahim. Ini merupakan proses bertahap yang akan berguna apabila ibu melakukan ambulasi dini, senam masa postnatal dan mencegah timbulnya konstipasi.

c) Payudara

Laktasi akan dimulai dengan perubahan hormone saat melahirkan dan bila wanita tidak menyusui dapat terjadi kongesti payudara selama beberapa hari pertama postnatal karena tubuh mempersiapkan untuk memberikan nutrisi kepada bayi. Wanita yang menyusui berespons terhadap stimulus bayi yang disusui dan akan terus melepaskan hormone yang akan merangsang alveoli untuk memproduksi susu.

2) Sistem Pencernaan

Seringkali diperlukan waktu 3 sampai 4 hari sebelum faal usus normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama 1 atau 2 hari gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong

jika melahirkan diberikan enema. Rasa sakit daerah perineum sering menghalangi keringanan ke belakang sehingga dapat menyebabkan obstipasi.

3) Sistem Perkemihan

Distensi yang berlebihan pada kantung kemih adalah hal yang umum terjadi karena peningkatan kapasitas kantung kemih, pembengkakan, malar jaringan disekitar uretra, dan hilangnya sesuai terhadap tekanan yang meningkat. Kandung kemih yang penuh menggeser uterus dan dapat menyebabkan retensi uri, pengosongan kandung kemih yang adekuat umumnya kembali dalam 5-7 hari setelah terjadi pemulihan jaringan yang bengkak dan malar.

4) Sistem Muskuloskeletal

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

a) Sistem Endokorin

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

b) Sistem Kardiovaskuler

Setelah terjadi diuresis yang mencolok akibat penurunan kadar estrogen volume darah kembali kepada keadaan tidak hamil. Jumlah sel darah merah dan hemoglobin kembali normal pada hari ke 5. Meskipun kadar estrogen mengalami penurunan yang sangat besar selama masa postnatal, namun kadarnya tetap lebih tinggi daripada normal.

c) Sistem Hematologi.

Hari pertama postpartum, konsentrasi hemoglobin dan hematokrit berfluktuasi sedang seminggu setelah persalinan, volume darah akan kembali ke tingkat sebelum hamil. (Sri Rahayu, 2017:76-80).

c. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas dibagi menjadi 3, yaitu :

1) Puerperium Dini

Kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.

2) Puerperium Intermediate

Suatu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3) Puerperium Remote

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

(Vivian dan Tri Sumarsih,2011:4)

d. Kunjungan Masa Nifas

Masa nifas adalah masa yang sangat berbahaya pada ibu karena dalam masa ini perlu memerlukan beberapa kunjungan untuk memantau keadaan ibu:

1) Kunjungan I

Waktunya 6 – 8 jam setelah persalinan, bertujuan mencegah terjadinya perdarahan masa postnatal akibat atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberikan rujukan bila perdarahan berlanjut, memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai cara mencegah perdarahan masa postnatal karena atonia uteri, pemberian ASI serta merawat bayi

2) Kunjungan II

Waktunya 6 hari setelah persalinan, bertujuan memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau kelainan pasca melahirkan.

Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari.

3) Kunjungan III

Waktunya 2 minggu setelah persalinan, bertujuan sama seperti asuhan kunjungan 6 hari.

4) Kunjungan IV

Waktunya 6 minggu setelah persalinan, bertujuan menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya, memberikan konseling untuk KB secara dini (Sri Rahayu, 2017:83)

e. Tanda Bahaya Masa Nifas

Tanda Bahaya Masa Nifas adalah tanda yang mengancam jiwa ibu selama masa nifas berlangsung:

1) Perdarahan postpartum

Perdarahan post partum adalah perdarahan lebih dari 500 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir. Menurut waktu terjadinya dibagi atas dua bagian yaitu: Perdarahan Postpartum Primer (*early postpartum hemorrhage*) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir dan perdarahan postpartum sekunder (*late postpartum hemorrhage*) yang terjadi setelah 24 jam, biasanya antara hari ke-5 sampai ke-15 postpartum

2) Pengeluaran cairan vaginal dengan bau busuk.

- 3) Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastric, masalah pada penglihatan
- 4) Pembengkakan pada wajah dan tangan, Demam, mual muntah, rasa sakit saat berkemih.
- 5) Payudara yang memerah, panas , dan terasa sakit
- 6) Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan
- 7) Merasa sedih atau tidak mampu merawat bayinya dan diri sendiri.

(Pitriani dkk,2014:14)

f. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Kebijakan program nasional masa nifas, yaitu :

- 1) 6-8 jam setelah persalinan
 - a) Mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri
 - b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain pendarahan, rujuk bila pendarahan berlanjut
 - c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri
 - d) Pemberian ASI awal
 - e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- 2) 6 hari setelah persalinan
 - a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada pendarahan abnormal, tidak bau

- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan pendarahan abnormal
 - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan
 - e) tanda-tanda penyulit
 - f) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi dan tali pusat, serta menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
- 3) 2 minggu setelah persalinan
- Memastikan rahim sudah kembali normal dengan mengukur dan meraba bagian rahim
- 4) 6 minggu setelah persalinan
- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami
- g. Memberikan konseling untuk KB secara dini Tujuan Asuhan Masa Nifas
- 1) Mendeteksi adanya perdarahan masa nifas.
 - 2) Menjaga kesehatan ibu dan banyinya.
 - 3) Melaksanakan skrining secara komprehensif.
 - 4) Memberikan pendidikan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, dan perawatan bayi sehat. Ibu postpartum harus diberikan pendidikan mengenai pentingnya gizi antara lain kebutuhan gizi ibu menyusui, yaitu :
 - a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.

- b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
 - c) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari
- 5) Memberikan pendidikan laktasi dan perawatan payudara, yaitu sebagai berikut :
- a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering.
 - b) Menggunakan bra yang menyokong payudara.
 - c) Apabila puting susu lecet, oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui. Menyusui tetap dilakukan mulai dari puting susu yang tidak lecet.
 - d) Lakukan pengompresan apabila bengkak dan terjadinya bendungan ASI.
 - e) Konseling mengenai KB. Bidan memberikan konseling mengenai KB. (Vivian dan Tri Sumarsih ,2011:2-5)

2. Teori dasar bayi baru lahir.

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir disebut juga neonates merupakan individu yang sedang bertambah dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterine ke kehidupan ekstrauterin. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram. (Vivian 2013:1).

b. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Adapun ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah :

- 1) Berat badan 2.500 - 4.000 gram
- 2) Panjang badan 48 – 52 cm
- 3) Lingkar dada 30 – 38 cm
- 4) Lingkar kepala 33 -35 cm
- 5) Frekuensi jantung 120 – 160 kali/menit
- 6) Pernafasan \pm 40 – 60 kali/menit
- 7) Kulit kemerahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- 9) Kuku agak panjang dan lemas
- 10) Genetalia: Perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora.
Laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada
- 11) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- 12) Reflek morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik
- 13) Reflek grasps atau menggenggam sudah baik
- 14) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama,
mekonium berwarna hitam kecoklatan (Sri Rahayu, 2017: 89)

c. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir

Kebutuhan dasar bayi baru lahir, diantaranya:

1) Penilaian Awal

Untuk semua BBL, lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan. Sebelum bayi lahir :

(a) Apakah kehamilan cukup bulan?

- (b) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?
- (c) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak menggap-mengap?
- (d) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

2) Membersihkan jalan nafas

Bayi normal akan menangis spontan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan nafas.

3) Memotong tali pusat

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak begitu menentukan dan tidak akan mempengaruhi bayi, kecuali pada bayi kurang bulan. Apabila bayi lahir tidak menangis, maka tali pusat segera dipotong untuk memudahkan melakukan tindakan resusitasi pada bayi.

4) Menjaga kehangatan

Mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada bayi baru lahir, belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka bayi baru lahir dapat mengalami hipotermia.

5) Kontak dini dengan ibu

Berikan bayi kepada ibu secepat mungkin. Kontak dini antara ibu dan bayi penting untuk :mempertahankan panas yang sesuai pada bayi baru lahir, Ikatan batin dan pemberian ASI.

6) Memberi Vitamin K

Semua BBL harus diberi vitamin K (Phytomenadione) untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat dialami oleh sebagian BBL. Disuntikan secara IM di paha kiri sebanyak 0,5 mL.

7) Memberi obat tetes mata atau salep mata

Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan setelah proses IMD dan bayi selesai menyusu. Upaya pencegahan infeksi mata kurang efektif jika diberikan >1 jam setelah kelahiran. (Dwienda,2014:8)

d. Tahapan Bayi Baru Lahir

Adapun tahapan bayi baru lahir sebagai berikut :

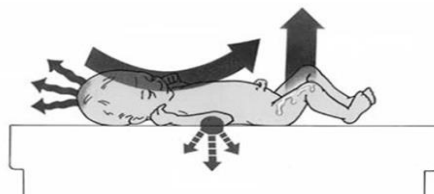
- 1) Tahap I terjadi segera setelah lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan system *scoring apgar* untuk fisik dan *scoring gray* untuk interaksi bayi baru lahir
- 2) Tahap II disebut tahap transisional reaktivitas. Pada tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku

3) Tahap III disebut tahap periodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh(Vivian,2013:3)

e. Mekanisme Kehilangan Suhu Tubuh

Kehilangan panas tubuh pada bayi baru lahir dapat terjadi melalui mekanisme berikut ini :

- 1) Evaporasi adalah cara kehilangan panas karena menguapnya cairan ketubuh pada permukaan tubuh setelah bayi baru lahir karena tubuh tidak segera dikeringkan.
- 2) Konduksi adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Bayi diletakkan di atas meja, timbangan, atau tempat tidur.
- 3) Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin, misalnya tiupan kipas angin, penyejuk ruangan tempat bersalin, dan lain-lain
- 4) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi ditempatkan dekat benda yang mempunyai temperatur tubuh lebih rendah dari temperatur tubuh bayi. Bayi ditempatkan dekat jendela terbuka.



Gambar 2.3. Proses Kehilangan Panas (Rohani dkk ,2013:251-252)

f. Penilaian Apgar Score

Tabel 2.1 Apgar Score

Tanda	0	1	2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah ekstremitas Biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i> (denyut jantung)	Tidak ada	<100	>100
<i>Grimace</i> (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Activity</i> (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
<i>Respiration</i> (pernafasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Menurut (Vivian,2013:2-3)

g. Asuhan Kebidanan pada BBL Normal

Ada beberapa tahapan asuhan kebidanan pada BBL normal, yaitu :

1) Cara memotong tali pusat

(a) Menjepit tali dengan klem dengan jarak 3 cm dari pusat, lalu mengurut tali pusat ke arah ibu dan memasang klem ke-2 dengan jarak 2 cm dari klem

(b) Memegang tali pusat di antara 2 klem dengan menggunakan tangan kiri (jari tengah melindungi tubuh bayi) lalu memotong tali pusat di antara 2 klem

(c) Mengikat tali pusat dengan jarak ± 1 cm dari umbilicus dengan simpul mati lalu mengikat balik tali pusat dengan simpul mati. Untuk kedua kalinya bungkus dengan kassa steril, lepaskan klem pada tali pusat, lalu memasukkannya dalam wadah yang berisi larutan klorin 0,5%

(d) Membungkus bayi dengan kain bersih dan memberikannya kepada ibu

2) Mempertahankan suhu tubuh BBL dan mencegah hipotermia

(a) Mengeringkan tubuh bayi segera setelah lahir

Kondisi bayi lahir dengan tubuh basah karena air ketuban atau aliran udara melalui jendela/pintu yang terbuka akan mempercepat terjadinya penguapan yang akan mengakibatkan bayi lebih cepat kehilangan suhu tubuh. Hal ini akan mengakibatkan serangan dingin (*cold stress*) yang merupakan gejala awal hipotermia. Bayi

kedinginan biasanya tidak memperlihatkan gejala menggigil oleh karena control suhunya belum sempurna

(b) Untuk mencegah terjadinya hipotermia, bayi yang baru lahir harus segera dikeringkan dan dibungkus dengan kain kering kemudian diletakkan telungkup di atas dada ibu untuk mendapatkan kehangatan dari dekapan ibu.

(c) Menunda memandikan BBL sampai tubuh bayi stabil

Pada BBL cukup bulan dengan berat badan lebih dari 2.500 gram dan mengisap kuat bisa dimandikan \pm 24 jam setelah kelahiran dengan tetap menggunakan air hangat. Pada BBL berisiko yang berat badannya kurang dari 2.500 gram atau keadannya sangat lemah sebaiknya jangan dimandikan sampai suhu tubuhnya stabil dan mampu mengisap ASI dengan baik

Menghindari kehilangan panas pada bayi baru lahir

Ada empat cara yang membuat bayi kehilangan panas, yaitu melalui radiasi, evaporasi, konduksi dan konveksi (Vivian, 2013:3-

4)

h. Kunjungan neonatal.

Kunjungan neonatal merupakan salah satu intervensi untuk menurunkan kematian bayi baru lahir. Jadwal kunjungan neonatal yang dilaksanakan saat ini yaitu :

Menurut Kemenkes RI 2014 kunjungan neonatus adalah sebagai berikut :

1) Pada usia 6 – 48 jam (kunjungan neonatal 1).

Tindakan yang dilakukan antara lain jaga kehangatan bayi, memberikn ASI eksklusif, pencegahan infeksi, merawat tali pusat, berikan imunisasi Hb 0

2) Pada usia 3 – 7 hari (kunjungan neonatal 2).

Tindakan yang dilakukan antara lain menjaga tali pusat dalam keadaann kering dan bersih, memberikan ASI eksklusif, menjaga suhu tubuh bayi, pemeriksaan tanda bahaya, konseling ASI eksklusif dan pencegahan hipotermi

3) Pada usia 8 – 28 hari (kunjungan neonatal 3).

Tindakan yang dilakukan yaitu sama dgn kunjungan pada mur 3-7 hari hanyaa ditambahkan pemberian iimuunisasi BCG.

3. Keluarga Berencana (KB)

a. Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

KB merupakan salah satu strategi untuk mengurangi kematian ibu khususnya ibu dengan kondisi 4T yaitu Terlalu muda melahirkan (di bawah usia 20 tahun), Terlalu sering melahirkan, Terlalu dekat jarak

melahirkan, dan Terlalu tua melahirkan (di atas usia 35 tahun). Pelayanan KB meliputi penyediaan informasi, pendidikan, dan cara-cara bagi keluarga untuk dapat merencanakan kapan akan mempunyai anak, berapa jumlah anak, berapa tahun jarak usia antara anak, serta kapan akan berhenti mempunyai anak (Profil Kesehatan Indonesia, 2017:118).

b. Metode Kontrasepsi

1) Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila menyusui secara penuh (*full breast feeding*); lebih efektif bila pemberian $\geq 8 \times$ sehari, belum haid, dan umur bayi kurang dari 6 bulan. MAL efektif sampai 6 bulan dan harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya. Cara kerja MAL yaitu penundaan/penekanan ovulasi. (Affandi, 2014:1).

(a) Keuntungan Kontrasepsi (MAL)

Keuntungan Kontrasepsi MAL yaitu :

- (1) Efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pascapersalinan)
- (2) Segera efektif
- (3) Tidak mengganggu senggama
- (4) Tidak ada efek samping secara sistematis

(5) Tidak perlu pengawasan medis

(6) Tidak perlu obat atau alat

(7) Tanpa biaya

(b) Keuntungan Nonkontrasepsi (MAL)

Keuntungan Kontrasepsi MAL yaitu :

(1) Untuk bayi

Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibody perlindungan lewat ASI), sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal dan terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai.

(2) Untuk ibu

Mengurangi perdarahan pascapersalinan, mengurangi resiko anemia dan meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi. (Affandi, 2014:1-2)

2) Metode Alami

Metode Keluarga berencana alami (KBA) adalah ibu harus belajar mengetahui kapan masa suburnya berlangsung, efektif bila dipakai dengan tertib, tidak efek samping dan pasangan secara sukarela menghindari senggama pada masa subur untuk mencapai kehamilan.

(a) Metode Suhu Basal

Ibu dapat mengenali masa subur ibu dengan mengukur suhu badan secara teliti dengan termometer khusus yang bias mencatat perubahan suhu sampai $0,1^{\circ}\text{C}$ untuk mendeteksi, bahkan suatu perubahan kecil, suhu tubuh anda. Pakai Aturan Perubahan Suhu

- (1) Ukur suhu ibu pada waktu yang hamper sama setiap pagi (sebelum bangkit dari tempat tidur) dan catat suhu ibu pada kartu yang disediakan oleh instruktur KBA ibu.
- (2) Pakai catatan suhu pada kartu tersebut untuk 10 hari pertama dari siklus haid ibu ntuk menentukan suhu tertinggi dari suhu yang “normal, rendah” (misalnya, catatan suhu harian pada pola tertentu tanpa satu kondisi yang luar biasa). Abaikan setiap suh tinggi yang disebabkan oleh demam atau gangguan lain.
- (3) Tarik garis pada $0,05^{\circ}\text{C}$ di atas suhu tertinggi dari suh 10 hari tersebut. Ini dinamakan garis pelindung (*cover line*) atau garis suhu.
- (4) Masa tak subur mulai pada sore setelah hari ketiga berturut-turut suhu berada di atas garis pelindung tersebut (Aturan Perubahan Suhu)

Catatan, jika salah satu dari 3 suhu berada dibawah garis pelindung (*cover line*) selama perhitungan 3 hari, ini mungkin tanda bahwa ovulasi belum terjadi. Untuk menghindari kehamilan tunggu sampai 3 hari berturut-turut suhu tercatat diatas garis pelindung sebelum memulai senggama. Kemudian ketika mulai masa tak subur, tidak perlu untuk mencatat suhu basal ibu. Ibu dapat berhenti mencatat sampai haid berikutnya mulai dan bersenggama sampai ahri pertama haid beriktnya

(b) Metode Simtomtermal

Ibu harus mendapat instruksi untuk Metode Lendir Serviks dan suhu basal. Ibu dapat menentukan masa subur ibu dengan mengamati suhu tubuh dan lender serviks. Setelah darah haid berhenti, ibu dapat bersenggama pada malam hari pada hari kering dengan berselang sehari selama masa tak subur. Ini adalah aturan selang hari kering (aturan awal). Aturan yang sama dengan Metode Lendir Serviks. (Dyah Noviwati Setya Arum dan Sujiati:73-76)

(c) Senggama Terputus

Metode senggama terputus merupakan metode kontrasepsi paling tua yang pernah ada. Metode ini sudah ada sejak dulu sebelum metode kontrasepsi lain ditemukan. Pada metode ini, pria mengeluarkan atau menarik penisnya dari vagina sebelum terjadi ejakulasi (pelepasan sperma ketika mengalami *orgasme*).

Metode ini kurang dapat diandalkan karena sperma bisa keluar sebelum orgasme. Metode ini juga memerlukan pengendalian diri yang tinggi serta penentuan waktu yang tepat dari pria.(Dewi Martalia, 2014:107)

(d) Metode barrier (Kondom, Diafragma, Spermisida)

(1) Kondom

Kondom tidak hanya mencegah kehamilan, tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV/AIDS. Efektif bila dipakai dengan baik dan benar. Kondom dapat dipakai bersama kontrasepsi lain untuk mencegah IMS. Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual.

Cara kerja kondom menurut yaitu, kondom menghalang terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan.

(2) Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat lateks (karet) yang diinsersikan kedalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks. Cara kerjanya yaitu

menahan sperma agar mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopii) dan sebagai alat tempat spermisida

(3) Spermisida

Spermisida adalah bahan kimia (biasanya non oksinol-9) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk Aerosol (busa), Tablet vagina, suppositoria atau *dissolvable film*. Cara kerjanya yaitu, menyebabkan sel membrane sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur (Dyah Noviawati Setya Arum dan Sujati:76-90)

(e) Pil Kombinasi

Jenis pil kombinasi ada beberapa jenis:

- (1) Monifasik adalah pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif ekstrogen atau progestin (E/P) dalam dosis yang sama, tanpa 7 tablet tanpa hormone aktif.
- (2) Bifasik adalah pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif ekstrogen/progestin (E/P) dengan dua dosis yang berbeda dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.
- (3) Trifasik adalah Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif ekstrogen dan progestin (E/P) dengan 3 dosis yang berbeda dengan 7 tablet tanpa hormone aktif

- a) Mencegah implantasi
- b) Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma.
- c) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula.

Adapun ada beberapa Manfaat Pil Kombinasi

- (1) Memiliki efektivitas yang tinggi (hamper menyerupai efektivitas tubektomi), bila digunakan setiap hari (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan).
- (2) Resiko terhadap kesehatan sangat kecil
- (3) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- (4) Siklis haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri.

Keterbatasan Pil Kombinasi yaitu

- (1) Mahal dan membosankan karena harus menggunakannya setiap hari.
- (2) Mual, terutama 3 bulan pertama. Perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama 3 bulan pertama.
- (3) Pusing.
- (4) Nyeri payudara.
- (5) Berat badan naik sedikit, tetapi pada perempuan tertentu kenaikan berat badan justru memiliki dampak positif.

(6) Tidak mencegah IMS (Infeksi Menular Seksual), HBV, HIV/AIDS.

Yang dapat Menggunakan Pil Kombinasi yaitu :

Pada prinsipnya hampir semua ibu boleh menggunakan pil kombinasi, seperti :

- a) Usia reproduksi.
 - b) Telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak.
 - c) Gemuk atau kurus.
 - d) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi.
 - e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
 - f) Setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif, sedangkan semua cara kontrasepsi yang dianjurkan tidak cocok bagi ibu tersebut.
 - g) Pasca keguguran.
 - h) Anemia karena haid berlebihan. (Affandi, 2014:31-33)
- (f) Suntikan Kombinasi

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi IM. Sebulan sekali (Cyclofem), dan 50 mg Noretidron Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali. Cara Kerjanya yaitu menekan ovulasi, membuat lender serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu, perubahan pada endometrium (atrofi)

sehingga implantasi terganggu. Dan menghambat transportasi gamet oleh tuba.

(g) Suntikan Progestin

Suntikan Progestin sangat efektif, aman, dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi, kembalinya kesuburan lebih lambat rata-rata 4 bulan dan cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI

Jenis Suntikan Progestin yaitu tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin:

- a) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depo prevera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik IM (di daerah bokong)
- b) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristrat), yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntikan secara IM.

Cara kerja suntukan Progestin yaitu mencegah ovulasi, mengentalkan lender serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma. Menjadikan selaput lender Rahim tipis dan atrofi dan menghambat transportasi gamet oleh tuba.

Kekurangan Suntikan Progestin.

- a) Sering ditemukan gangguan haid
- b) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.
- c) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tesering.

Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.

(h) Pil Progestin (Minipil)

Cocok untuk perempuan yang menyusui yang ingin memakai pil KB, sangat efektif pada masa laktasi, dosis rendah, tidak menurunkan produksi ASI, tidak memberikan efek samping estrogen, efek samping utama adalah gangguan perdarahan bercak atau perdarahan tidak teratur, dan dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat (Affandi,2014:MK-50)

i. Implant

AKDK merupakan metode kontrasepsi dengan cara menusukan 2 batang susuk KB yang berukuran sebesar korek api bawah kulit lengan kiri bagian atas. Susuk KB adalah batang kecil berisi hormon yang terpuat dari plastic lentur.

j. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang (dapat sampai 10 tahun: CuT-380). Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak, pemasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan, dapat dipakai

oleh semua perempuan usia reproduksi dan tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar pada IMS. Cara kerjanya yaitu menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi. Mempengaruhi fertilitas sebelum ovum mencapai kavum uteri. AKDR bekerja terutama mencegah sperma mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi. Dan memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (Affandi,2014: 80 -81).

k. Tubektomi

Tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur beda untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini. Tubektomi termasuk metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang. Efektifitas Tubektomi :

- a) Kurang dari 1 kelahiran per 100 (5 per 1000) perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- b) Pada 10 tahun penggunaan, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 per 1000 perempuan).
- c) Efektifitas kontraseptif terkait juga dengan teknik tubektomi (penghambatan atau oklusi tuba) tetapi secara keseluruhan,

efektifitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan metode kontrasepsi lainnya. Metode dengan efektifitas tinggi adalah tubektomi minilaparotomi pascapersalinan. Keuntungan tubektomi mempunyai efek protektif terhadap kehamilan dan penyakit radang panggul (PID). Beberapa studi menunjukkan efek protektif terhadap kanker ovarim Resiko Tubektomi, terjadi komplikasi tindakan pembedahan dan anaestesi. Penggunaan anestesi local sangat mengurangi risiko yang terkait dengan tindakan nastesi umum (Affandi,2014:MK-89-90)

1. Vasektomi

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi. Metode ini membuat sperma (yang disalurkan melalui vas deferens) tidak dapat mencapai vesikla seminalis yang pada saat ejakulasi dikeluarkan bersamaan dengan cairan semen, untuk oklusi vas deferens, diperlukan tindakan insisi kecil (minor) pada daerah rafe skrotalis. Penyesalan terhadap vasektomi, tidak segera memulihkan fungsi reproduksi karena memerlukan tindakan pembedahan ulang

B. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan

1. Manajemen Kebidanan Varney

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisa data, dianogsa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluas (Mufdlilah, dkk.2012:110).

a. Langkah I : Pengumpulan Data dasar

Adalah pengumpulan data dasar untuk mengevaluasi keadaan pasien. Data dasar ini termasuk riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan panggul sesuai dengan kebutuhannya, meninjau catatan terbaru, atau catatan rumah sakit sebelumnya, meninjau data laboratorium, dan membandingkan dengan hasil studi singkatnya, langkah pertama ini mengumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien. Bidan mengumpulkan data dasar yang lengkap meskipun bila pasien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter meskipun dalam manajemen kolaborasi.

b. Langkah II : Identifikasi Masalah Diagnosa dan Kebutuhan

Pada langkah ini data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan menjadi masalah atau diagnosa spesifik yang sudah diidentifikasi. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan kedalam sebuah rencana

asuhan terhadap pasien. Masalah sering berkaitan dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan pengarahannya. Masalah ini sering menyertai diagnosa. Diagnosa kebidanan dan masalah. Diagnosa yang ditegakkan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur.

Standar nomenklatur diagnosa kebidanan :

- 1) Diakui dan telah disahkan oleh profesi
- 2) Berhubungan langsung dengan praktik kebidanan
- 3) Memiliki ciri khas kebidanan
- 4) Didukung oleh klinikal judgement dalam lingkup praktik kebidanan
- 5) Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan

c. Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang terbaru. Langkah ini membutuhkan antisipasi pencegahan bila memungkinkan menunggu sambil mengamati dan bersiap-siap bila hal tersebut benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman.

d. Langkah IV : Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan, jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama

wanita tersebut bersama bidan terus-menerus, misalnya pada wanita tersebut dalam persalinan. Data-data baru senantiasa dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mengidentifikasi situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak.

e. Langkah V : Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Merencanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya, langkah ini merupakan lanjutan dari masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah informasi / data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah terlihat dari kondisi pasien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga berkaitan dengan kerangka pedoman antisipasi bagi wanita tersebut yaitu tentang apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, penyuluhan, konseling dan rujukan untuk masalah-masalah sosial, ekonomi, kultural, atau masalah psikologis bila diperlukan. Dengan perkataan lain, asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan kesehatan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan wanita tersebut, agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena wanita tersebutlah yang pada akhirnya akan melaksanakan rencana tersebut. Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan pembahasan rencana

bersama wanita tersebut kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

f. Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan

Langkah keenam adalah pelaksanaan rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah 5. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh wanita tersebut, bidan atau anggota tim lainnya. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (yaitu memastikan agar langkah-langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter dan keterlibatannya dalam manajemen asuhan bagi pasien yang mengalami komplikasi, bidan juga bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan meningkatkan waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan pasien.

g. Langkah VII : Evaluasi

Langkah terakhir ini sebenarnya adalah merupakan mengecek apakah rencana asuhan tersebut yang meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, benar-benar telah terpenuhi kebutuhannya akan bantuan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya dan dianggap tidak efektif jika memang benar

tidak efektif. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian lain tidak.

C. Tinjauan kewenangan Bidan

Sebagai seorang bidan dalam memberikan asuhan harus berdasarkan aturan atau hukum yang berlaku, sehingga penyimpangan terhadap hukum (mal praktik) dapat dihindarkan dalam memberikan asuhan kebidanan dengan serotinus, landasan hukum yang digunakan yaitu:

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 tentang kewenangan bidan dalam asuhan dan konseling selama kehamilan yang terkait dalam kasus ini adalah

1. Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

- a. pelayanan kesehatan ibu;
- b. pelayanan kesehatan anak; dan
- c. pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana

2. Pasal 19

- a. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.

b. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan:

- 1) konseling pada masa sebelum hamil;
- 2) antenatal pada kehamilan normal;
- 3) persalinan normal;
- 4) ibu nifas normal;
- 5) ibu menyusui; dan
- 6) konseling pada masa antara dua kehamilan.

tali pusat, pemberian suntikan Vit K1, pemberian imunisasi B0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih mampu.

c. Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi:

- 1) penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung;
- 2) penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru;
- 3) penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering; dan

- 4) membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).
- d. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi kegiatan penimbangan berat badan, pengukuran lingkaran kepala, pengukuran tinggi badan, stimulasi deteksi dini, dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita dengan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP)
- e. Konseling dan penyuluhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d meliputi pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, tanda bahaya pada bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, PHBS, dan tumbuh kembang.
3. Pasal 20
- a. Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak prasekolah.
- b. Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bidan berwenang melakukan:
- 1) pelayanan neonatal esensial;
 - 2) penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan;
 - 3) pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah; dan
 - 4) konseling dan penyuluhan.

- c. Pelayanan neonatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan Vit K1, pemberian imunisasi B0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih mampu.
- d. Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi:
- 1) penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung;
 - 2) penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru;
 - 3) penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering; dan
 - 4) membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).

- e. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi kegiatan penimbangan berat badan, pengukuran lingkaran kepala, pengukuran tinggi badan, stimulasi deteksi dini, dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita dengan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP)
 - f. Konseling dan penyuluhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d meliputi pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, tanda bahaya pada bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, PHBS, dan tumbuh kembang.
4. Pasal 21
- Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf c, Bidan berwenang memberikan:
- a penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana; dan
 - b pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan.
5. Pasal 22
- Selain kewenangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18, Bidan memiliki kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan:
- a penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan; dan/atau

b pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandat dari dokter.

6. Pasal 23

a. Kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 22 huruf a, terdiri atas:

- 1) kewenangan berdasarkan program pemerintah; dan
- 2) kewenangan karena tidak adanya tenaga kesehatan lain di suatu wilayah tempat Bidan bertugas.

b. Kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diperoleh Bidan setelah mendapatkan pelatihan.

c. Pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diselenggarakan oleh Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah bersama organisasi profesi terkait berdasarkan modul dan kurikulum yang terstandarisasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

d. Bidan yang telah mengikuti pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) berhak memperoleh sertifikat pelatihan.

e. Bidan yang diberi kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mendapatkan penetapan dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota.

7. Pasal 24

- a. Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Bidan ditempat kerjanya, akibat kewenangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 harus sesuai dengan kompetensi yang diperolehnya selama pelatihan.
- b. Untuk menjamin kepatuhan terhadap penerapan kompetensi yang diperoleh Bidan selama pelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Dinas kesehatan kabupaten/kota harus melakukan evaluasi pascapelatihan di tempat kerja Bidan.
- c. Evaluasi pascapelatihan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan paling lama 6 (enam) bulan setelah pelatihan.

8. Pasal 25

- a. Kewenangan berdasarkan program pemerintah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (1) huruf a, meliputi:
 - 1) pemberian pelayanan alat kontrasepsi dalam rahim dan alat kontrasepsi bawah kulit;
 - 2) asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit tertentu;
 - 3) penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai dengan pedoman yang ditetapkan;
 - 4) pemberian imunisasi rutin dan tambahan sesuai program pemerintah;

- 5) melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan;
 - 6) pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah;
 - 7) melaksanakan deteksi dini, merujuk, dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya;
 - 8) pencegahan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukasi; dan
 - 9) melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas;
- b. Kebutuhan dan penyediaan obat, vaksin, dan/atau kebutuhan logistik lainnya dalam pelaksanaan Kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), harus dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

9. Pasal 28

Dalam melaksanakan praktik kebidanannya, Bidan berkewajiban untuk:

- a. menghormati hak pasien;
- b. memberikan informasi tentang masalah kesehatan pasien dan pelayanan yang dibutuhkan;
- c. merujuk kasus yang bukan kewenangannya atau tidak dapat ditangani dengan tepat waktu;
- d. meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan;

- e. menyimpan rahasia pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan;
- f. melakukan pencatatan asuhan kebidanan dan pelayanan lainnya yang diberikan secara sistematis;
- g. mematuhi standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional;
- h. melakukan pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan Praktik Kebidanan termasuk pelaporan kelahiran dan kematian;
- i. pemberian surat rujukan dan surat keterangan kelahiran; dan
- j. meningkatkan mutu pelayanan profesinya, dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui pendidikan dan pelatihan sesuai dengan bidang tugasnya.

10. Pasal 29

Dalam melaksanakan praktik kebidanannya, Bidan memiliki hak:

- a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan pelayanannya sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional;
- b. memperoleh informasi yang lengkap dan benar dari pasien dan/atau keluarganya;
- c. melaksanakan tugas sesuai dengan kompetensi dan kewenangan; dan
- d. menerima imbalan jasa profesi.