

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. TINJAUAN TEORI MEDIS**

##### **1. KEHAMILAN**

###### **a. Pengertian Kehamila**

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

###### **b. Tanda dan Gejala Kehamilan**

Menurut firman ( 2018 ; 102 ) tanda dan gejala kehamilan adalah :

###### **1) Tanda pasti kehamilan**

- a) Denyut jantung janin terdengar
- b) Teraba bagian-bagian janin
- c) Teraba gerakan janin
- d) Telihat janin pada hasil USG

## 2) Tanda Kemungkinan Hamil

### a) Uterus membesar

Terjadi perubahan dalam bentuk, besar, dan konsistensi dari rahim. Pada pemeriksaan dalam dapat diraba bahwa uterus membesar dan bentuknya makin lama makin bundar.

### b) Tanda *Hegar*

Konsistensi rahim dalam kehamilan berubah menjadi lunak, terutama daerah ismus. Pada minggu-minggu pertama ismus uteri mengalami hipertrofi seperti korpus uteri.

### c) Tanda *Chadwick*

Perubahan warna menjadi kebiruan atau keunguan pada vulva, vagina, dan serviks. Perubahan warna ini disebabkan oleh pengaruh hormon estrogen.

### d) Tanda *Piscaseck*

Uterus mengalami pembesaran, kadang-kadang pembesaran tidak rata, tetapi di daerah uterus lebih cepat tumbuhnya.

### e) Teraba *ballotemen*

Merupakan fenomena bandul atau pantulan balik. Ini adalah tanda adanya janin di dalam uterus.

### c. Fisiologi Kehamilan

Menurut Prawirohardjo ( 2014 ; 174 ) fisiologi kehamilan adalah :

#### 1) Rahim atau *uterus*

Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 gram. Selama kehamilan, uterus rata-rata pada akhir kehamilan dengan berat rata-rata 1100 gram.

#### 2) Vagina (liang senggama)

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hyperemia terlihat jelas pada kulit dan otot-otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat bewarna keunguan yang dikenal dengan tanda *Chadwicks*.

#### 3) Ovarium

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

#### 4) Sistem Kardiovaskuler

Pada kehamilan uterus akan membesar dan akan menekan vena kava inferior dan aorta bawah ketika dalam posisi terlentang. Penekanan vena kava inferior ini akan mengurangi darah balik ke vena jantung. Akibatnya terjadinya penurunan *preload* dan *cardiac output* sehingga akan menyebabkan terjadinya hipotensi arterial yang

dikenal dengan sindrom supine dan pada keadaan yang cukup berat akan mengakibatkan ibu kehilangan kesadaran. Penekanan aorta ini akan juga akan mengurangi aliran darah uteroplasenta ke ginjal. Selama trimester terakhir posisi terlentang akan membuat fungsi ginjal menurun jika dibandingkan posisi miring. Karena alasan inilah tidak dianjurkan ibu hamil dalam posisi terlentang pada akhir kehamilan.

#### 5) Payudara

Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormone saat kehamilan, yaitu *estrogen*, *progesterone*. Jika payudara makin membesar, striae seperti diperut akan muncul.

#### 6) Sistem respirasi

Terjadi desakan diafragma karena dorongan rahim yang membesar pada umur hamil 32 minggu. Sebagai kompensasi terjadinya desakan rahim dan kebutuhan O<sub>2</sub> yang meningkat. Dan akan kembali hampir seperti sedia kala setelah persalinan.

#### 7) *Traktus urinarius*

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh *uterus* yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering kemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuanya kehamilan bila uterus keluar dari rongga panggul. Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu panggul, keluhan itu akan timbul kembali.

## 8) 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*. Perubahan di garis tengah perut menjadi kecoklatan yang disebut *linea nigra*. Dan kadang muncul dalam ukuran variasi pada wajah dan leher yang disebut *cloasma gravidarum*.

## 9) Metabolisme

Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Pada kehamilan normal akan terjadi hipoglikemia puasa yang disebabkan oleh kenaikan kadar insulin, hiperglikemia postprandial dan hiperinsulinemia.

### d. Keluhan Pada Waktu Kehamilan

Menurut Rahayu ( 2017 ; 28 ) Keluhan pada waktu hamil :

#### 1) Mual muntah

Disebabkan oleh respon terhadap hormon dan merupakan pengaruh fisiologis. biasanya terjadi pada hormon *HCG* ( *Human Chorionic gonadotropin* ) yang tinggi.

#### 2) Sakit Kepala

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala yang hebat, yang menetap, dan tidak hilang dengan istirahat. Kadang disertai penglihatan yang kabur dan terbayang-bayang yang merupakan gejala *preeklamsi*.

### 3) Sekret Berlebihan

Merupakan hal fisiologis ( karena pengaruh estrogen ) atau karena kandidiasis.

### 4) *Nocturia* ( sering BAK )

Disebabkan oleh tekanan uterus pada kandung kemih atau kepala turun ke rongga panggul.

### 5) Pegal – pegal

Disebabkan oleh *progesteron* dan *relaksasin* (yang melunakkan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah serta peningkatan berat badan yang dibawa rahim.

### 6) Kaki Bengkak

Dikarenakan adanya perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan dan tekanan dari pembesaran uterus pada vena pelvic ketika duduk/pada kava inferior ketika berbaring.

### 7) Nyeri perut bagian bawah

Disebabkan oleh *progesteron* dan *relaksasin* (yang melunakkan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah serta peningkatan berat badan yang dibawa rahim.

### 8) Konstipasi

Disebabkan karena peningkatan kadar *progesterone* menyebabkan peristaltic usus menjadi lambat dan penurunan motilitas sebagai akibat dari relaksasi otot-otot polos usus besar penyerapan air dari kolon meningkat.

9) Sesak nafas

Disebabkan karena rahim yang membesar sehingga mendesak diafragma ke atas.

e. Tanda Bahaya kehamilan

Menurut Kemenkes RI (2016 ; 8 ) tanda bahaya kehamilan adalah

a) Perdarahan Pervaginam

Perdarahan baik berupa bercak maupun mengalir yang bisa disebabkan solusio plasenta ( perdarahan disertai nyeri perut), atau plasenta previa (perdarahan tidak disertai nyeri perut).

b) Sakit kepala yang hebat

Kadang-kadang dengan sakit kepala yang hebat tersebut, ibu mungkin menemukan bahwa penglihatannya menjadi kabur atau berbayangan. Sakit kepala yang hebat dalam kehamilan adalah gejala dari *pre-eklamsia*.

c) Bengkak pada muka dan tangan, kaki

Bengkak bisa menunjukkan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan tidak hilang setelah beristirahat. Hal ini bisa merupakan pertanda *pre-eklamsia*.

d) Bayi kurang bergerak seperti biasa

Gerakan janin yang kurang dari 10 kali per 12 jam

e) Keluar air ketuban dari jalan lahir

Keluarnya cairan tanpa disadari oleh klien melalui jalan lahir dan berbau khas.

- f) Ibu muntah terus menerus dan tidak bisa makan sama sekali
- g) Demam tinggi

f. Penatalaksanaan dalam Pemeriksaan kehamilan

Menurut Rahayu ( 2017 ; 21 ) Pelayanan *antenatal* disesuaikan dengan pelayanan *antenatal*, yaitu:

1) Kunjungan Pertama

- a) Catat identitas ibu hamil
- b) Catat kehamilan sekarang
- c) Catat riwayat penyakit yang pernah diderita dan riwayat kesehatan keluarga
- d) Catat riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu
- e) Pemeriksaan fisik diagnostic dan laboratorium
- f) Pemberian imunisasi *tetanus toxoid* (TT)
- g) Catat penggunaan cara kontrasepsi sebelum kehamilan
- h) Pemberian obat
- i) Penyuluhan/konseling

2) Kunjungan Ulang

- a) Catat keluhan utama
- b) Pemeriksaan umum, khusus kebidanan
- c) Pemeriksaan Laboratorium
- d) Pemberian obat
- e) Penyuluhan

## 2. 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 merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membrane dari dalam Rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi *serviks* sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan *serviks* lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu (Rohani dkk,2013:2).

### b. Tujuan Asuhan Persalinan

Menurut (Rohani dkk,2013:10), tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan, dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

Tujuan asuhan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap tetapi dengan

intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.

Setiap intervensi yang akan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan

### c. 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. Seperti diketahui progesterone merupakan penenang bagi otot-otot uterus. Menurunnya kadar hormon ini terjadi kira-kira 1-2 minggu sebelum partus dimulai. Kadar prostaglandin dalam kehamilan dari minggu ke 15 hingga aterm meningkat, lebih-lebih sewaktu partus. Seperti telah dikemukakan, “plasenta menjadi tua” dengan tuanya kehamilan, Villi corealis mengalami perubahan-perubahan, sehingga kadar progesterone dan esterogen menurun.

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplacentar sehingga plasenta mengalami degenerasi. Teori berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh Hypocrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan. 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)

d. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Menurut (Rohani dkk,2013: 4), 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.

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*. Kontraksi *Braxton Hicks* menjadi kekuatan dominan saat mulainya persalinan, oleh karena itu semakin tua kehamilan, frekuensi kontraksi semakin sering. Oksitosin diduga bekerja bersama atau bekerja melalui prostaglandin, yang nilainya akan meningkat mulai dari umur kehamilan minggu ke-15.

e. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut (Rohani dkk,2013:16-36), 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. Lamanya kontraksi pendek dan tidak bertambah kuat bila ibu berjalan, bahkan sering berkurang. His pendahuluan tidak bertambah kuat dengan majunya waktu, bertentangan dengan his persalinan yang makin lama makin kuat. Hal yang paling penting adalah his pendahuluan tidak mempunyai pengaruh pada serviks.
- b) His persalinan merupakan suatu kontraksi dari otot-otot Rahim yang fisiologis, akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya dan bersifat nyeri. Perasaan nyeri tergantung juga pada ambang nyeri dari penderita, yang ditentukan oleh kondisi jiwanya. Kontraksi rahim bersifat otonom, artinya tidak dipengaruhi oleh kamauan; namun dapat dipengaruhi dari luar, misalnya rangsangan oleh jari-jari tangan.

## 2) *Passage/Panggul*

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina dan introitus. Jnain 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. Pada persalinan, oleh karena tulang-tulang masih dibatasi fontanel dan sutura yang belum keras, maka pinggir tulang dapat menyisip antara tulang satu dengan tulang yang lain, atau disebut molase, sehingga kepala bayi bertambah kecil. Biasanya apabila kepala janin sudah lahir, maka bagian-bagian lain dari janin akan dengan mudah menyusul.

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. Tulang-tulang ini disatukan oleh sutura membranosa: sagitalis, lamdoidalis, koronaris, dan frontalis. Rongga yang berisi

membran ini disebut fontanel, terletak dipertemuan antar sutura. Saat persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, fontanel dan sutura dipalpasi untuk menentukan presentasi, posisi, dan sikap janin; pengkajian ukuran janin memberi informasi usia dan kesejahteraan janin.

#### 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.

### f. Mekanisme Persalinan

Menurut (Icesmi dan Margareth,2015:200-209), 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) *Descent*

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/ sempurna sehingga sumbu panjang kepala sejajar sumbu panggul -> membantu penurunan kepala selanjutnya. Flexi yaitu kepala janin fleksi, dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito-bregmatikus (belakang kepala).

Dengan majunya kepala -> fleksi bertambah -> ukuran kepala yang melalui jalan lahir lebih kecil (Diameter suboksipito bregmatika menggantikan suboksipito frontalis). Flexi terjadi karena ana didorong maju, sebaliknya juga mendapat tekanan dai PAP, serviks, dinding panggul/dasar panggul.

### 4) *Internal Rotation*

*Internal Rotation* (putaran paksi dalam): selalu 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:

- 1) Ada his selaku tenaga/gaya pemutar
- 2) Ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan

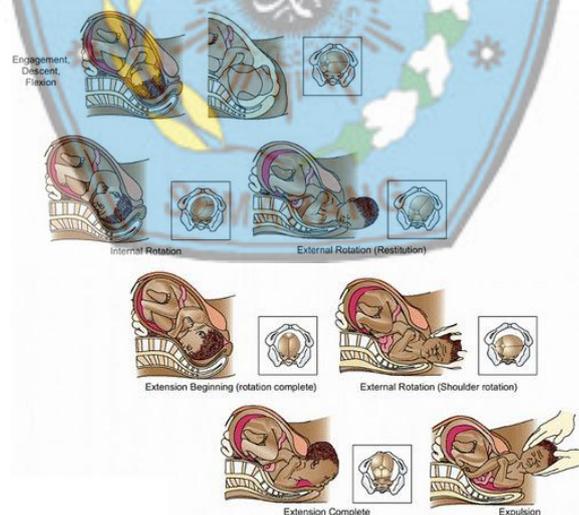
Bila tidak terjadi putaran paksi dalam umumnya kepala tidak turun lagi dan persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstraksi. Pemutaran bagian depan anak sehingga bagian terendah memutar ke depan ke bawah simfisis.

### 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 2.3 Mekanisme Persalinan

Sumber : (Prawirohardjo,2014:176)

g. Tanda – tanda Persalinan

Menurut Sri Rahayu (2017:44) Tanda-Tanda Persalinan Adalah:

- 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).
- 5) 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)

h. Kala Persalinan Menurut Firman (2018:153) adalah :

1) Kala I

Pada kala pembukaan, his belum begitu kuat, datangnya setiap 10-15 menit dan tidak seberapa mengganggu ibu, sehingga ibu sering kali masih dapat berjalan. Lambat laun his bertambah kuat, interval menjadi lebih pendek, kontraksi juga menjadi lebih kuat dan lebih lama. Lendir berdarah bertambah banyak. Lamanya kala I untuk primigravida adalah 12 jam dan untuk multigravida 8 jam. Untuk mengetahui apakah persalinan dalam kala I maju sebagaimana mestinya, sebagai pegangan kita ambil. Kemajuan pembukaan 1 cm per jam bagi primigravida, dan 2 cm per jam bagi multigravida,

walaupun ketentuan ini sebetulnya kurang tepat seperti yang akan diuraikan nanti.

2) Kala II Menurut Nurasiah, dkk (2014:1160) adalah :

1) Kala II

- a) His semakin kuat, dengan interval sampai 3 menit, dengan duras 50 sampai 100 detik.
- b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
- c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya pleksus Frankenhauser.
- d) Kedua kekuatan, His dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi kepala membuka pintu, suboksiput bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, dan kepala seluruhnya.
- e) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala terhadap punggung.
- f) Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan: kepala dipegang pada os oksiput dan di bawah dagu, ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu depan, dan curam ke atas untuk melahirkan bahu belakang, setelah kedua bahu lahir, ketika dikaitkan untuk melahirkan sisa badan bayi, bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.

3) Kala III (kala pengeluaran plasenta). Menurut Prawirohardjo (2014:343) adalah :

Dimulai dari lahirnya bayi sampai lahirnya plasenta. Setelah bayi lahir, uterus keras dengan fundus uteri setinggi pusat. Beberapa saat kemudian, uterus berkontraksi lagi untuk pelepasan dan pengeluaran uri. Seluruh proses biasanya berlangsung 20-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran placenta disertai dengan pengeluaran darah.

a) Fase pelepasan plasenta

Beberapa cara pelepasan plasenta antara lain :

(1) Schultze

Proses lepasnya plasenta seperti menutup payung. Cara ini merupakan cara yang paling sering terjadi (80%). Bagian yang lepas terlebih dahulu adalah bagian tengah, lalu terjadi retroplasental hematoma yang menolak plasenta mula-mula bagian tengah, kemudian seluruhnya. Menurut cara ini biasanya tidak ada sebelum plasenta lahir dan berjumlah banyak setelah plasenta lahir.

(2) Duncan

Berbeda dengan sebelumnya, pada cara ini lepasnya plasenta mulai dari pinggir 20%. Darah akan mengalir keluar antara selaput ketuban. Pengeluaran juga serempak dari tengah dari pinggir plasenta.

#### b) Fase pengeluaran plasenta

Perasat-perasat untuk mengetahui lepasnya plasenta adalah:

##### (1) Kustner

Dengan meletakkan tangan di sertai tekanan diatas simfisis, ditegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti belum lepas. Jika diam atau maju berarti sudah lepas.

##### (2) Klein

Sewaktu ada his, rahim didorong sedikit. Bila tali pusat kembali berarti belum lepas, diam atau turun berarti lepas. (cara ini tidak digunakan lagi).

##### (3) Strassman

Tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti plasenta belum lepas, tidak bergetar berarti sudah lepas. Tanda-tanda plasenta telah lepas. Tanda-tanda plasenta telah lepas adalah rahim menonjol di atas simfisis, tali pusat bertambah panjang, rahim bundar dan keras serta keluar darah secara tiba-tiba.

#### 4) Kala IV (kala pengawasan)

Dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir 2 jam setelah selesai kala III persalinan. Merupakan kala pengawasan selama 2 jam setelah bayi dan uri lahir. Kala IV sangat bermanfaat karena berguna untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan post partum. Darah yang keluar selama perdarahan

harus ditakar sebaik-baiknya. Kehilangan darah pada persalinan biasanya disebabkan oleh luka pada saat pelepasan plasenta dan robekan pada serviks dan perineum. Rata-rata jumlah perdarahan yang dikatakan normal adalah 250 cc, biasanya 100 – 300 cc. jika perdarahan lebih dari 500 cc, maka sudah dianggap abnormal, dengan demikian harus dicari penyebabnya. Penting untuk diingat : jangan meninggalkan ibu yang baru melahirkan, periksa ulang terlebih dulu dan perhatikanlah 7 pokok penting berikut :

- a) Kontraksi rahim : baik/tidaknya diketahui dengan pemeriksaan palpasi. Jika perlu lakukan masase dan berikan uterotonika, seperti methergin, atau emetrin dan oksitosin.
- b) Perdarahan : ada/tidak, banyak/biasa
- c) Kandung kemih : harus kosong, jika penuh ibu dianjurkan berkemih dan kalau tidak bisa, lakukan kateter.
- d) Luka-luka : jahitannya baik/tidak, ada perdarahan/tidak.
- e) Plasenta dan selaput ketuban harus lengkap
- f) Keadaan umum ibu, tekanan darah, nadi, pernafasan, dan masalah lain.
- g) Bayi dalam keadaan baik

i. 60 langkah APN

Menurut Ikatan Bidan Indonesia (2016:77) adalah :

A. MENGENALI TANDA DAN GEJALA KALA DUA

1. Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.
  - a. Ibumempunyai keinginan untuk meneran.
  - b. Ibu merasakan renggangan semakin meningkat pada rektum danvaginanya.
  - c. Perineum menonjol.
  - d. Vulva-vagina dan sfingter anal membuka.

B. MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN

- 2.Pastikan kelengkapan peralatan,bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanakan komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asfiksia tempat datar dan keras ,2 kain 1 handuk bersih dan kering, lampusorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh
- 3.Pakai celemek plastik
- 4.Lepaskan semua perhiasan yang dipakai cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian kengeringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
- 5.Pakai sarung tangan DTT untuk melakukan pemeriksaan dalam.
- 6.Masukan oksitosin kedalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril pastikan tidak terjadi

kontaminasi pada alat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik)

### C. MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DENGAN JANIN BAIK

7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air DTT. Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dengan dari arah depan ke belakang.

buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5%) .Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap.

8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.

9. Dokumentasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan kanan yana masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% kemudian lepaskan dan rendam dalam keadaan terbalik dalam larutan 0,5% selama 10 menit.cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan

10. priksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ batas normal (120-160x/menit)

Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal

Mendokumentasi hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.

#### D. MENYIAPKAN IBU & KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES PIMPINAN MENERAN.

11. Beritahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.

a. Tunggu hingga timbul rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu serta janin (ikuti d pedoman penatalaksanaan fase aktif dan dokumentasikan temuan yang ada)

b. Jelaskan pada anggota keluarga bagaimana peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu untuk meneran secara benar

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

13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran :

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

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

#### E. PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI.

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

16. Letakan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu

17. buka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan

18 pakai sarung tangan DTT pada kedua tangan

#### F. PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI

##### I. Lahirnya Kepala

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

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

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

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

21. Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan

## II. Lahirnya Bahu

22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar. Pegang secara bipareantal anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arkus pubis dan kemudian gerakkan arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang

## III. Lahirnya Badan dan Tungkai

23. Setelah ser tangan bawah kearah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai, dan kaki. Pegang kedua mata kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya.

## G. PENANGANAN BAYI BARU LAHIR

25. Lakukan penilaian (selintas) :
- Apakah bayi menangis kuat dan bernafas tanpa kesulitan ?
  - Apakah bayi bergerak dengan aktif ?
- Jika bayi tidak menangis, tidak bernafas atau megap-megap segera lakukan tindakan resusitasi ( langkah 25 ini berlanjut ke langkah-langkah prosedur resusitasi bayi baru lahir dengan asfiksia)
26. Keringkan dan posisikan tubuh bayi di atas perut ibu

- a. Keringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya (tanpa membersihkan verniks) kecuali bagian tangan
  - b. Ganti handuk basah dengan handuk yang kering
  - c. Pastikan bayi dalam kondisi mantap di atas perut ibu.
27. Periksa kembali perut ibu untuk memastikan tak ada bayi lain dalam uterus (hamil tunggal)
28. Beritahu pada ibu bahwa penolong akan menyuntikan oksitosin (agar uterus berkontraksi baik)
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)
30. Dengan menggunakan klem, jepit tali pusat (dua menit setelah bayi lahir) pada sekitar 3 cm dari pusat (umbilicus) bayi. dari sisi luar klem penjepit, dorong isi tali pusat ke arah distal (ibu) dan lakukan penjepitan kedua pada 2 cm distal dari klem pertama
31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat
- a. Dengan satu tangan, angkat tali pusat yang telah dijepit kemudian lakukan pengguntingan tali pusat (lindungi perut bayi) diantara 2 klem tersebut.
  - b. Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkrkan dengan simpul kunci
  - c. Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan

32. Tempatkan bayi untuk melakukan kontak kulit ibu ke kulit bayi. Letakan bayi dengan posisi tengkurap di dada ibu, luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel dengan baik di dinding dada-perut ibu. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu
33. Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat pasang topi di kepala bayi

#### H. PENATALAKSANAAN AKTIF KALA TIGA

34. Pindahkan klem pada tali pusat hingga jarak 5-10 cm dari vulva
35. Letakan satu tangan di atas kain pada perut ibu. Di tepi atas simfisis untuk mendeteksi tangan lain menegangkan tali pusat.
36. Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang- atas ( dorso cranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.
  - a. Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.

#### IV. Mengeluarkan Plasenta

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

- a. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-110 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
- b. Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat :

1. Beridosis ulang oksitosin 10 unit IM
2. Lakukan kateterisasi oksitosin 10 unit IM
3. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
4. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
5. Segera rujuk jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir
6. Bila terjadi pendarahan, lakukan plasenta manual

38. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput ketuban terpilih kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan

- a. Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian

gunakan jari-jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal

#### V. Rangsang Taktil (Masase) Uterus

39. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik melakukan rangsangan taktil/masase

#### I. Menilai pendarahan

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

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

- a. Bila ada robekan menimbulkan pendarahan aktif, segera lakukan penjahitan.

#### J. Melakukan Asuhan Pasca Persalinan

42. pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam

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

- a. sebagian besar bayi akan berhasil melakukan insiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu pertama

- biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit bayi cukup menyusui satu payudara
- b. biarkan bayi di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil
44. lakukan penimbangan/pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis dan Vitamin K 1 , 1 mg intramuscular dipaha kiri anterolateral setelah satu jam kontak
  45. Berikan suntikan imunisasi Hepatitis B (setelah satu jam pemberian Vitamin K1) di paha kanan anterolateral
    - a. Letakan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa di susukan
    - b. Letakan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusui di dalam jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusui

Evaluasi

46. lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegh perdarahan pervaginam
  - a. 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan
  - b. setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca [ersalinan
  - c. setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan
  - d. jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksanakan Antonis uteri

47. Ajarkan ibu dan keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandungkemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
  - a. Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan
  - b. Melakukan tindakan yang sesuai untuk yang tidak normal
50. Periksa kembalikondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60kali/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5°C)

#### Kebersihan dan Keamanan

51. tempat semua peralatan bekas dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah di dekontaminasi.
52. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
53. Bersihkan bada ibu menggunakan air DTT, bersihkan sisa cairan ketuban,lender dan darah arah.bantu ibu memakai pakaian yang kering dan bersih

54. Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan
  55. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
  56. celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
  - 57 cuci kedua tangan dengan saun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan tissue handuk pribadi yang kering dan bersih
- Dokumentasi
58. Periksa tanda-tanda vital ibu, melakuakn pendokumentasian dan pengamatan kala IV.
  59. Berpamitan kepada pasien bahwa tindakan sudah selsai
  60. Melengkapi partograf.

### 3. 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 (Rahayu, 2017 : 75 )

#### b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Pitriani dkk ( 2014 ; 4 ) Asuhan masa nifas yang dilakukan bertujuan untuk :

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya
- 2) Melaksanakan skrining secara komprehensif, mendeteksi masalah ,  
mengobati, merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.
- 3) Memberikan pendidikan tentang kesehatan diri, nutrisi, keluarga  
berencana, menyusui, pemberian imunisasi, dan perawatan bayi sehat.
- 4) Memberikan pelayanan keluarga berencana
- 5) Mempercepat involusi alat kandungan
- 6) Memperlancar pengeluaran lockea

c. Periode masa nifas

Menurut Maritalia Adapun tahapan masa nifas adalah :

1) *Puerperium dini*

Masa pemulihan, yakni saat-saat ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. ibu yang melahirkan pervagina tanpa komplikasi dalam 6 jam pertama setelah kala IV dianjurkan untuk mobilisasi segera.

2) *Puerperium intermedial*

Suatu masa pemulihan dimana organ- organ reproduksi secara berangsur-berangsur akan kembali keadaan sebelum hamil. Masa ini berlangsung selama kurang lebih 6 minggu atau 42 hari.

3) *Remote puerperium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau bersalin mempunyai komplikasi. Rentang waktu remote purperium berbeda untuk setiap ibu, tergantung dari berat ringannya komplikasi yang dialami

#### d. Perubahan Fisiologis

##### 1) Sistem *Cardiovaskuler*

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.

##### 2) Sistem Hematologi

Hari pertama postpartum, konsentrasi hemoglobin dan hematokrit berfluktuasi sedang seminggu setelah persalinan, volume darah akan kembali ke tingkat sebelum hamil.

##### 3) Sistem pencernaan

Sering diperlukan waktu 3 sampai 4 hari sebelum faal usus normal. Meskipun kadar progesteron 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.

##### 4) Sistem Reproduksi

Uterus secara berangsur-angsur akan kembali setelah pesalihan. Setelah janin lahir TFU setinggi pusat kemudian setelah plasenta lahir TFU 2 jari dibawah pusat. Berada antara simfisis dan pusat pada hari kelima dan setelah 12 hari post partum tidak dapat diraba lagi.

Serviks segera setelah persalinan mengalami involusi uterus, setelah persalinan ostium eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tengah, setelah 6 minggu persalihan servik menutup.

Beberapa hari pertama setelah partus keadaan vagina dan vulva masih kendur, setelah 3 minggu secara perlahan-lahan akan kembali ke keadaan sebelum hamil.

*Lochea* adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina.

a) *Lochea rubra/kruenta*

Timbul pada hari 1-2 postpartum, terdiri dari darah segar bercampur sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, sisa-sisa verniks kaseosa, lanugo dan mekonium.

b) *Lochea sanguinolenta*

Timbul pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 postpartum, karakteristik lochea sanguinolenta berupa darah bercampur lendir.

c) *Lochea serosa*

Merupakan cairan berwarna agak kekuningan, timbul setelah 1 minggu postpartum.

d) *Lochea alba*

Timbul setelah 2 minggu postpartum dan hanya merupakan cairan putih.

5) Endokrin

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

## 6) System Perkemihan

Adanya trauma akibat kelahiran, menyebabkan keinginan untuk berkemih menurun. Penurunan berkemih, seiring diresis post partum, bisa menyebabkan distensi kandung kemih. Distensi kandung kemih yang muncul segera setelah wanita melahirkan dapat menyebabkan perdarahan berlebih karena keadaan ini bisa menghambat uterus berkontraksi dengan baik.

## 7) System Musculokeletal

Setelah proses persalinan selesai, dinding perut akan menjadi longgar, kendur dan melebar selama beberapa minggu atau bahkan sampai beberapa bulan akibat peregangan yang begitu lama selama hamil. Ambulasi dini, mobilisasi dan senam nifas sangat dianjurkan untuk mengatasi hal tersebut

### e. Tahapan Masa Nifas

1.) Fase *Talking In* (1-2 hari setelah melahirkan) Pada fase ini ciri-ciri yang biasa diperlihatkan adalah :

- a.) Ibu nifas masih pasif dan sangat tergantung
- b.) Fokus perhatian ibu adalah pada dirinya sendiri
- c.) Ibu akan mengulangi pengalaman melahirkan
- d.) Nafsu makan ibu bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi karena melalui proses persalinan yang melelahkan.

2) Fase *taking hold* ( hari ke 2-4 setelah melahirkan Adapun ciri-ciri fase *taking hold* antara lain :

- a.) Ibu nifas sudah bisa menikmati peran sebagai seorang ibu.
- b.)Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayinya.
- c.)Ibu nifas merasa khawatir akan ketidak mampuan serta tanggung jawab dalam merawat bayi
- d.) Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan kritikan pribadi

3) *Letting go*

Fase ini terjadi setelah hari kesepuluh masa nifas atau pada saat ibu nifas sudah berada dirumah. Pada fase ini ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi.

f. Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Pitriani dkk, ( 2014 ; 14 ) tanda bahaya masa nifas adalah:

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 bagianyaitu: Perdarahan Postpartum Primer (*early postpartum hemorrhage*)yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir dan perdarahan postpartumsekunder (*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.

g. Kunjungan Masa Nifas

Tabel 2.1 Kunjungan Nifas

| Kunjungan | Wakrtu                | Asuhan   |
|-----------|-----------------------|--|
| 1         | 6 – 8 jam post partum | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.</li> <li>2. Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahn berlanjut.</li> <li>3. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.</li> <li>4. Pemberian ASI awal.</li> <li>5. Mengajarkan cara memepererat</li> </ol> |

|   |                    |  |
|---|--------------------|--|
|   |                    | <p>hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.</p> <p>6. Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.</p> <p>7. Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil</p>  |
| 2 | 6 hari post partum | <p>1. Memastikan involusio uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri dibawah umbilikus, dan tidak ada perdarahan abnomal.</p> <p>2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.</p> <p>3. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.</p> <p>4. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan.</p> |

|   |                      |   |
|---|----------------------|---|
|   |                      | <p>5. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.</p> <p>6. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.</p> |
| 3 | 2 minggu post partum | Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.   |
| 4 | 6 minggu post partum | <p>1. Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.</p> <p>2. Memberikan konseling KB secara dini.</p>   |

( Rahayu, 2017 ; 83 )

#### 4. BAYI BARU LAHIR

##### a. Pengertian BBL

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan lebih dari atau sama dengan 37 minggu dengan berat lahir 2500 – 4000 gram. ( Armini, 2017 ; 1 )

##### b. Tahapan bayi baru lahir

Menurut Dwienda ( 2014 ; 7 ) tahapan bayi baru lahir :

### 1) Transisi I

Dimulai pada masa persalinan dan berakhir setelah 30 menit bayi lahir. Masa ini seperti :

- a) Menjaga kehangatan bayi.
- b) Memastikan bayi menangis.
- c) Menilai apgar score.
- d) Memastikan jalan nafas terbuka.
- e) Memotong tali pusat.
- f) Melakukan penilaian selintas.
- g) Menilai reflek mencari puting susu ibu

### 2) Transisi II

Berlangsung selama 30 menit sampai 2 jam setelah bayi lahir. Asuhan yang diberikan pada masa transisi II, seperti :

- a) Mendengarkan bising usus.
- b) Mendengarkan suara paru.
- c) Mengevaluasi pernafasan.
- d) Menganjurkan ibu untuk menyusui (IMD).
- e) Memberikan profilaksis salep mata dan vit.K1 injeksi.

### 3) Transisi III

Periode ini berlangsung selama 2 jam sampai 6 jam setelah bayi lahir.

Asuhan yang diberikan pada masa transisi III seperti :

- a) Melakukan pemeriksaan antropometri.

b) Melakukan pemeriksaan fisik lengkap.

c) Melakukan pemeriksaan reflek pada bayi.

c. Tanda – tanda bayi baru lahir normal

Menurut Dwienda ( 2014 ; 5 ) ciri-ciri bayi baru lahir normal sebagai berikut:

- 1) Berat badan 2500 -4000 gram.
- 2) Panjang badan 48 – 52 cm.
- 3) Lingkar dada 30 – 38 cm
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm
- 5) Frekuensi jantung 120 -160 x/menit
- 6) Pernafasan  $\pm$  40- 60 x/menit
- 7) Kulit kemerah-merahan
- 8) Kuku agak panjang dan lemas.
- 9) Genitalia: perempuan labia *mayora* menutupi labia *minora*. Laki-laki *testis* sudah turun, *skrotum* sudah ada.
- 10) Refleks isap dan menelan sudah terbentuk dengan baik.
- 11) Refleks *morrow* atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
- 12) Refleks *graps* atau menggenggam sudah baik.
- 13) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan

d. Tanda – tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

Menurut Dwienda ( 2014 ; 133 ) tanda – tanda bahaya bayi baru lahir sebagai berikut :

- 1) Kulit bayi kuning/ *ikterik*
- 2) Pernafasan sulit/ lebih dari 60x/menit.
- 3) Terlalu hangat ( $>38^{\circ}\text{C}$ ) atau lebih dari ( $<36^{\circ}\text{C}$ ).
- 4) Kulit bayi kering (terutama 24 jam pertama ) berwarna biru, pucat atau memar.
- 5) Isapan saat menyusui lemah, rewel, sering muntah.
- 6) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk.
- 7) Tidak BAB dalam 3 hari, tidak BAK dalam 24 jam, feses lembek atau cair, sering berwarna hijau tua dan terdapat lendir atau darah.

e. Kebutuhan Dasar BBL

Menurut Dwienda ( 2014 ; 8 ) 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 menyusui. Upaya pencegahan infeksi mata kurang efektif jika diberikan >1 jam setelah kelahiran.

## 5. KELUARGA BERENCANA

### a. Pengertian KB

Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu strategi untuk mengurangi kematian ibu khususnya ibu dengan kondisi 4 T : terlalu muda melahirkan (di bawah usia 20 tahun), terlalu sering melahirkan, terlalu dekat jarak melahirkan, dan terlalu tua melahirkan (di atas usia 35 tahun) ( Kemenkes RI, 2013) .

### b. Pelayanan Kontrasepsi

Menurut ( Rahayu , 2017 ; 115 ) pelayanan kontrasepsi :

#### 1) Fase menunda kehamilan

Menunda kehamilan dianjurkan pada pasangan usia subur dibawah 20 tahun. Prioritas penggunaan kontrasepsi oral karena peserta masih muda. Penggunaan kondom kurang menguntungkan karena kegiatan senggama masih tinggi pada pasangan muda hingga mempunyai kegagalan tinggi.

#### 2) Fase menjarangkan kehamilan

Digunakan wanita yang berusia 20 – 35 tahun merupakan umur terbaik untuk hamil dan melahirkan. Selain itu, menjarangkan

kehamilan bertujuan agar anak – anak yang telah dilahirkan dapat dirawat dengan baik dan mendapat kasih sayang serta perhatian yang cukup. Metode yang baik untuk fase ini kontrasepsi AKDR, disusul pil/susuk, cara sederhana implan dan kontrasepsi mantap.

### 3) Fase menghentikan/ mencegah kehamilan

Dianjurkan untuk wanita yang berumur diatas 35 tahun. Metode kontrasepsi yang dipilih memiliki efektivitas tinggi, dapat dipakai jangka panjang dan tidak menambah penyakit yang sudah ada.

Kontrasepsi yang tepat kontrasepsi mantap, implan, AKDR.

#### c. Metode kontrasepsi jangka panjang dan pendek

Menerut Kemenkes RI ( 2016 ; 18 ) metode kontrasepsi adalah :

##### a) Metode kontrasepsi jangka panjang :

- 1) Metode Operasi Wanita (MOW), metode Operasi Pria (MOP)
- 2) Alat kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/Spiral, jangka waktu penggunaan bisa sampai 10 tahun
- 3) Implan (alat kontrasepsi bawah kulit ), jangka waktu penggunaan 3 tahun.

##### b) Metode kontrasepsi jangka pendek

- 1) Suntik
- 2) Pil Kb
- 3) Kondom

#### d. Macam-Macam Metode Kontrasepsi

Menurut Bkkbn, (2014; MK-1) macam- macam metode kontrasepsi adalah:

1) Menurut metode kontrasepsi alamiah meliputi:

a) Metode amenore laktasi

MAL merupakan kontrasepsi bila menyusui secara penuh, belum haid setelah melahirkan, umur bayi kurang dari 6 bulan. Cara kerja kadar prolaktin tinggi dan hormon gonadotropin melepaskan sehingga mengurangi kadar estrogen sehingga tidak terjadi ovulasi.

Keuntungannya yaitu efektivitas tinggi, tidak mengganggu senggama, tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping, tidak perlu obat atau alat tanpa biaya. Kekurangan yaitu mungkin sulit untuk dilaksanakan karena kondisi sosial, efektivitasnya tinggi sebelum kembalinya haid, Tidak melindungi IMS.

b) *Koitus interuptus*

Pada metode ini, pria mengeluarkan atau menarik alat kelaminnya dari vagina sebelum terjadinya ejakulasi (pelepasan sperma ketika mengalami orgasme).

Keuntungannya yaitu efektif bila digunakan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, tidak ada efek samping sistemik, tidak butuh biaya, dapat digunakan setiap waktu. Keterbatasan yaitu efektivitas tergantung pada kesediaan pasangan, mengganggu

hubungan seksual, tidak dapat digunakan pada suami dengan ejakulasi dini.

## 2) Metode sederhana dengan menggunakan alat

### a) Kondom pria

Kondom merupakan sarung karet yang dapat dibuat dari bahan diantaranya lateks ( karet ), plastik, atau bebas yang alami. Keuntungannya yaitu efektif bila dilakukan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, Tidak mengganggu kesehatan pasien, Tidak mempunyai pengaruh sistemik, murah dan dapat dibeli secara umum.

Kerugiannya yaitu efektifitas tidak terlalu tinggi, cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi, sedikit mengganggu hubungan seksual, harus tersedia setiap kali berhubungan, menimbulkan limbah karena membuang kondom sembarangan.

### b) Diafragma

Diafragma adalah berbentuk bulat cembung yang terbuat dari lateks yang diinserasikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup servik. Fungsinya adalah mencegah sperma memasuki rahim. Cara kerjanya yaitu menahan sperma agar mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas

(uterus dan tuba falopii) dan sebagai alat tempat spermisida.  
(Bkkbn,2014;h.MK-21).

### c) Spermisida

Metode kontrasepsi spermisida menggunakan bahan kimia yang bertujuan untuk membunuh atau menghancurkan membran sel sperma dan menurunkan motilitas (pergerakan sperma) sehingga sel sperma tidak bisa membuahi ovum. Cara kerjanya yaitu, menyebabkan sel membrane sperma terpecah,memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan kemampuan pemuahan sel telur (Bkkbn,2014;h.MK-24).

### 3) Kontrasepsi hormonal

Menurut Bkkbn, (2014;MK- 31) kontrasepsi hormonal adalah :

#### a) Kontrasepsi oral

Ada 2 macam kontrasepsi oral yaitu pil oral kombinasi (estrogen dan progesteron). Cara Kerja Pil Kombinasi yaitu mencegah implantasi, lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma, Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula.

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.
- (5) Dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan.
- (6) Dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause.
- (7) Mudah dihentikan setiap saat.
- (8) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan.
- (9) Dapat digunakan sebagai alat kontrasepsi darurat.

Keterbatasan Pil Kombinasi :

- (1) Mahal dan membosankan karena harus menggunakannya setiap hari.
- (2) Mual, terutama 3 bulan pertama.
- (3) Perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama 3 bulan pertama.
- (4) Pusing.
- (5) Nyeri payudara.

- (6) Berat badan naik sedikit, tetapi pada perempuan tertentu kenaikan berat badan justru memiliki dampak positif.
- (7) Berhenti haid (amenorea), jarang pada pil kombinasi.
- (8) Tidak boleh diberikan pada perempuan menyusui (mengurangi ASI).
- (9) Pada sebagian kecil perempuan dapat menimbulkan depresi, dan perubahan suasana hati, sehingga keinginan untuk melakukan hubungan seksual berkurang.

b) Kontrasepsi suntik

Ada 2 jenis kontrasepsi suntik yaitu KB suntik kombinasi dan KB suntik berisi hormon progesteron. Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg *Depo Medroksiprogesteron Asetat* dan 5 mg *Estradiol Sipionat* yang diberikan dengan injeksi IM sebulan sekali (*Cyclofem*), dan 50 mg *Norentindron Entanat* dan 5 mg *Estradiol valerat* yang diberikan dengan injeksi IM sebulan sekali. Sedangkan jenis suntikan *progestin* terdapat 2 jenis yaitu *Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depovera)* yang diberikan setiap 3 bulan sekali dan *Depo Norentindron Entanat (Depo Noristerat)* yang diberikan setiap 2 bulan sekali secara IM.

Cara kerja suntukan Progestin menurut Bkkbn, 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 Progesterin menurut Bkkbn yaitu :

- (1) Sering ditemukan gangguan haid
- (2) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.
- (3) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tesering.
- (4) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian

#### 4) Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)

AKDR mempengaruhi gerakan dan kelangsungan hidup sperma dalam rahim, sehingga sperma tidak dapat mencapai sel telur untuk membuahnya. 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 (Bkkbn,2014;h.MK-80).

Jenis AKDR menurut Bkkbn, (2014;h.MK-80) yaitu :

- a) AKDR CuT-380A. Kecil, Kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk T diselubungi oleh kawat halus yang terbat dari tembaga (Cu)
- b) AKDR lain yang beredar di Indonesia ialah NOVA T (Schering).

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, Dan memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (Bkkbn,2014;h.MK-80,MK-81).

#### 5) Metode operasi (Sterilisasi)

Metode ini merupakan metode yang paling efektif, dengan angka kegagalan sebesar 0,2 % sampai 0,4 % pada setiap 100 wanita per tahun.

##### a) Sterilisasi pada wanita

Sterilisasi pada wanita dapat dilakukan dengan metode operasi wanita (MOW) atau tubektomi. Metode ini bekerja dengan mencegah pertemuan sperma dan ovum mencapai tuba falopi dengan cara mengoklusi (menutup) tuba falopi. Tubektomi termasuk metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang

Keuntungan tubektomi mempunyai efek protektif terhadap kehamilan dan penyakit radang panggul (PID). Beberapa studi menunjukkan efek protektif terhadap kanker ovarim (Bkkbn, 2014;h.MK-89).

##### b) Sterilisasi pada pria

Metode operasi pria (MOP) atau vasektomi merupakan metode kontrasepsi dengan memotong atau menyumbat vas deferens melalui operasi. Hal ini dilakukan untuk menghambat perjalanan spermatozoa di dalam semen.

Vasektomi disebut juga metode kontrasepsi operatif lelaki. Metode permanen untuk pasangan tidak ingin anak lagi. Metode ini membuat sperma (yang disalurkan melalui vas deferens) tidak dapat mencapai vesikula 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.

#### 6) Implant

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun. (Bkkbn, 2014;h.MK-55).

Jenis implant menurut Bkkbn, (2014;h.MK-55,MK-56) yaitu :

- a) *Norplant*, terdiri dari 6 kapsul yang secara total bermuatan total 2016 mg levonorgestrel. Panjang kapsul 34 mm dengan diameter 2,4 mm. penggunaan selama 5 tahun. Enam kapsul *norplant* dipasang menurut konfigurasi kipas di lapisan subdermal lengan atas.
- b) *Norplant II*, memakai *levonogestrel* 150 mg dalam kapsul 43 mm dan diameter 2,5 mm. Masa kerja *Norplant-2* 5 tahun.

c) Implan, kontrasepsi subdermal kapsul tunggal yang mengandung *etonogestrel (3-ketodesogestrel)*. Masa kerjanya hanya direkomendasikan untuk 3 tahun penggunaan walaupun ada penelitian yang menyatakan masa aktifnya dapat mencapai 4 tahun.

Masa pemakaian menurut Bkkbn, (2014;h.MK-59) Bila dipasang sebelum tanggal kadaluwarsa, Implan-2 bekerja efektif mencegah kehamilan hingga 3-4 tahun. Kapsul yang dipasang harus dicabut menjelang akhir masa 3-4 tahun (masa pakai). Kapsul yang baru dapat dipasang kembali setelah pencabutan apabila dikehendaki oleh klien.

## B. TEORI MANAJEMEN KEBIDANAN

Menurut Nurrobikha (2018) Teori manajemen kebidanan adalah :

### 1. Manajemen Kebidanan Varney

Varney 1997 menjelaskan bahwa manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, dalam rangkaian tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien.

#### a. Langkah I (Pengumpulan Data Dasar)

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan pengumpulan semua Data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap yaitu:

##### 1) Riwayat kesehatan

- 2) Pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan
- 3) Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya
- 4) Meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan data studi

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua data yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap.

b. Langkah II (Interpretasi Data Dasar)

Menurut Mufdlilah (2012:113)

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Langkah awal dari perumusan masalah/diagnosa kebidanan adalah pengolahan/analisa data yaitu menggabungkan dan menghubungkan data satu dengan lainnya sehingga tergambar fakta.

c. Langkah III (Identifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial)

Menurut Nurrobikha (2018)

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan dapat diharapkan bersiap-siap bila diagnosa/ masalah potensial ini benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman.

d. Langkah IV (Identifikasi Tindakan Segera)

Norma D dan Dwi S ( 2013:117).

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain dengan kondisi klien. Langkah keempat ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan.

e. Langkah V (Perencanaan)

Menurut Mufdlilah (2012:117)

Rencana asuhan kebidanan dibuat berdasarkan diagnosa kebidanan. Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi/ data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut.

f. Langkah VI (Pelaksanaan)

Norma D dan Dwi S ( 2013:118).

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah sebelumnya dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Dalam situasi ketika bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang

mengalami komplikasi, keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggung jawab terhadap terlaksananya asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan meningkatkan waktu dan menghemat biaya serta meningkatkan mutu asuhan klien.

g. Langkah VII (Evaluasi)

Menurut Mufdlilah (2012:117)

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, meliputi kebutuhan terhadap masalah yang diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosis.

2. Metode dokumentasi SOAP

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Kriteria pencatatan Asuhan Kebidanan adalah sebagai berikut:

- a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam Medis atau KMS atau buku KIA).
- b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

1) S (*Subjektif*)

Yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa

2) O (*Objektif*)

Yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, laboratorium, dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data fokus yang mendukung.

3) A (*Assesment*)

Yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil anamnesa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi atau masalah potensial.

4) P (*Planning*)

Yaitu menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assesment.

### C. TEORI 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

- 1) 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.
- 2) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan:
  - a) konseling pada masa sebelum hamil;
  - b) antenatal pada kehamilan normal;
  - c) persalinan normal;
  - d) ibu nifas normal;
  - e) ibu menyusui; dan
  - f) konseling pada masa antara dua kehamilan.
- 3) Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan:
  - a) episiotomi;
  - b) pertolongan persalinan normal;
  - c) penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
  - d) penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
  - e) pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil;
  - f) pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
  - g) fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif;

- h) pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum;
- i) penyuluhan dan konseling;
- j) bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan
- k) pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

### 3. Pasal 20

- 1) Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak prasekolah.
- 2) Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bidan berwenang melakukan:
  - a) pelayanan neonatal esensial;
  - b) penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan;
  - c) pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah; dan
  - d) konseling dan penyuluhan.
- 3) 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.
- 4) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi:

- a) penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung;
  - b) penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru;
  - c) penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering;  
dan
  - d) membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).
- 5) 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)
- 6) 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:

- 1) penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana; dan
- 2) pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan.

