

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TINJAUAN TEORI MEDIS

1. KEHAMILAN

a. Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* kemudian dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9-10 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam tiga trimester, yaitu trimester kesatu berlangsung 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. Fisiologi Proses Kehamilan menurut (Ichesmi dan Margareth,2013:65).

1) Pembuahan (*Fertilisasi*)

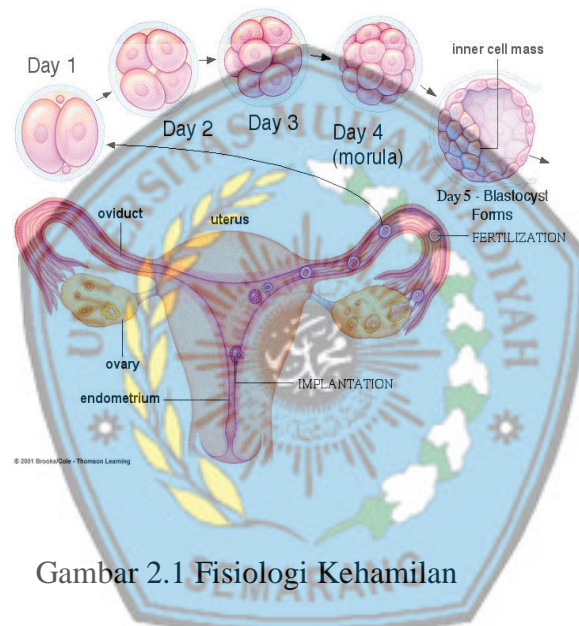
Fertilisasi (pembuahan) adalah bertemunya sel telur/ovum wanita dengan sel benih / *spermatozoa* pria

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 Fisiologi Kehamilan

Sumber : (Sri Rahayu,2017:12-13)

c. Pertumbuhan dan Perkembangan Hasil Konsepsi

Menurut (Sri Rahayu,2017:14-16) pertumbuhan hasil konsepsi 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 genetalia 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 menurut (Prawirohardjo,2014:158-159) yaitu.

- a) Janin berukuran 15 cm
- b) Kulit janin masih transparan
- c) Mulai tumbuh lanugo (rambut janin)
- d) Janin bergerak aktif
- e) Meghisap dan menelan air ketuban
- f) Telah terbentuk mekonium (faeses) dalam usus
- g) Jantung berdenyut 120-150/menit

6) Janin usia 24 minggu

- a) Komponen mata terbentuk penuh
- b) Seluruh tubuh diliputi dengan vernik kaseosa (lemak)
- c) Janin mempunyai reflek

7) Janin usia 28 minggu

- a) Perkembangan otak yang cepat
- b) Sistem saraf mengendalikan gerakan dan fungsi tubuh
- c) Mata sudah membuka

8) Janin usia 32 minggu

- a) Tulang telah terbentuk sempurna
- b) Gerakan napas telah reguler
- c) Suhu relatif

9) Janin usia 36 minggu

- a) Berat janin 1500-2500 gram.
- b) Bulu kulit janin (lanugo) mulai berkurang, pada saat 36 minggu paru telah matur
- c) Janin akan dapat hidup tanpa kesulitan

d. Perubahan Organ Sistem Reproduksi

Menurut (Icesmi dan Margareth,2013:66-67), perubahan organ sistem reproduksi selama hamil meliputi :

1) *Uterus*

Tumbuh membesar primer, maupun sekunder akibat pertumbuhan isi konsepsi intrauterine. Estrogen menyebabkan hiperplasi jaringan, progesterone berperan untuk elastisitas/kelenturan uterus.

Ismus uteri, bagian dari serviks, batas anatomic menjadi sulit ditentukan, pada kehamilan trimester I memanjang dan lebih kuat. Pada kehamilan 16 minggu menjadi satu bagian dengan korpus, dan pada kehamilan akhir diatas 32 minggu menjadi segmen bawah uterus. Vaskularisasi sedikit, lapisan muscular tipis, mudah rupture, mengancam nyawa janin dan nyawa ibu. Serviks uteri mengalami hipervaskularisasi akibat stimulasi estrogen dan warna menjadi kebiruan akibat progesteron.

2) *Vagina/Vulva*

Terjadi hipervaskularisasi akibat pengaruh esterogen dan progesteron, warna menjadi kebiruan (Tanda Chadwick)

3) *Ovarium*

Sejak kehamilan 16 minggu, fungsi diambil alih oleh plasenta, terutama fungsi produksi progesterone dan estrogen. Selama kehamilan ovarium tenang atau beristirahat. Tidak terjadi pembentukan dan pematangan folikel baru, tidak terjadi siklus hormonal menstruasi.

4) Payudara

Akibat pengaruh estrogen terjadi hiperplasia system duktus dan jaringan interstisial payudara. Hormon laktogenik plasenta (diantaranya *samotomammotropin*) menyebabkan hipertrofi dan penambahan sel-sel asinus payudara, serta meningkatkan produksi zat-zat kasein, laktoalbumin, laktoglobulin, sel-sel lemak, kolostrum. *Mammae* membesar dan tegang, terjadi hiperpigmentasi kulit serta hipertrofi kelenjar *Montgomery*, terutama daerah areola dan papilla akibat pengaruh melanofor. Puting susu membesar dan menonjol.

e. Tanda-Tanda Kehamilan

1) Tanda tidak pasti kehamilan menurut (Prawirohardjo,2014:217)

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

2) Tanda pasti kehamilan menurut (Sri Rahayu,2017:14).

Tanda-tanda pasti kehamilan dapat diketahui dengan cara :

- a) Terdengar DJJ
- b) Teraba bagian-bagian janin
- c) Teraba gerakan-gerakan
- d) Terlihat kerangka janin pada foto Ronsent
- e) Terlihat janin pada hasil

3) Tanda mungkin Kehamilan menurut (Firman,2018:102) ,yaitu :

- a) Pembesaran, serta perubahan bentuk dan konsistensi rahim pada pemeriksaan dalam, uterus teraba membesar dan makin lama makin bundar bentuknya. Kadang – kadang pembesaran tidak rata , tetapi di daerah lebih cepat tumbuhnya . Tanda ini dikenal dengan tanda *Piskacek*.
- b) Tanda hegar yaitu konsistensi rahim dalam kehamilan juga berubah menjadi lunak. Sehingga jika kita meletakkan 2 jari

dalam *forniks posterior* dan tangan satunya pada dinding perut di atas symphysis.

c) Perubahan pada *serviks*

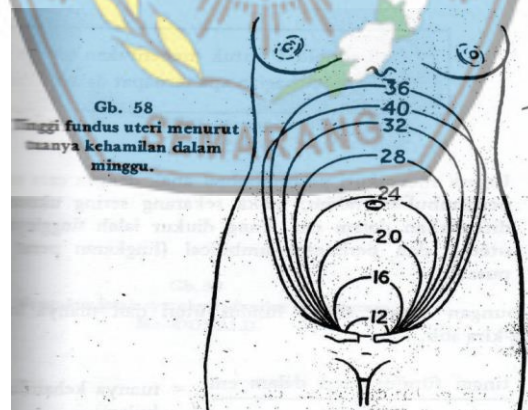
Diluar Tanda *Hoogell* yaitu pelunakan warna merah tua atau kebiruan pada vagina akibat peningkatan vaskularisasi (usia 6-8 minggu).

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

e) Kontraksi *Braxton hick* yaitu kontraksi uterus yang datanganya sewaktu-waktu, tidak beraturan dan tidak mempunyai irama tertentu (akhir trimester pertama)

f) Tes kehamilan positif (usia 7-10 hari setelah kontsepsi)

Gambar 2.2 Pembesaran Uterus



Sumber : (Prawirohardjo,2014:176)

f. 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,2014:279).

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
- 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 pada pemeriksaan kehamilan bidan atau tenaga kesehatan menggunakan standar pelayanan minimal 7 T yaitu:
- a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan. menurut (Prawirohardjo,2014:279). (Pertambahan berat badan yang normal pada ibu hamil yaitu IMT (Indeks Massa Tubuh) dimana metode ini untuk menentukan pertambahan berat badan yang optimal selama kehamilan. Total pertambahan berat badan pada kehamilan yang normal 11,5-16 kg. adapun tinggi badan menentukan ukuran panggul ibu, ukuran normal tinggi badan yang baik untuk ibu hamil >145 cm.
 - b) Tekanan darah menurut (Prawirohardjo,2014:279). Tekanan darah perlu diukur untuk mengetahui perbandingan nilai dasar selama masa kehamilan, tekanan darah yang adekuat perlu untuk mempertahankan fungsi plasenta, tetapi apabila tekanan darah melebihi 140/90 mmHg maka perlu diwaspadai adanya pre eklamsi.

c) Tinggi fundus uteri

Pemeriksaan tinggi fundus uteri dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui umur kehamilan berdasarkan minggu dan hasilnya bisa dibandingkan dengan hasil anamnesa (hari pertama haid terakhir) ibu.

d) Imunisasi TT (Tetanus Toksoid)

e) Pemberian tablet zat besi

Pemberian tablet zat besi pada ibu hamil minimal 90 tablet selama kehamilan.

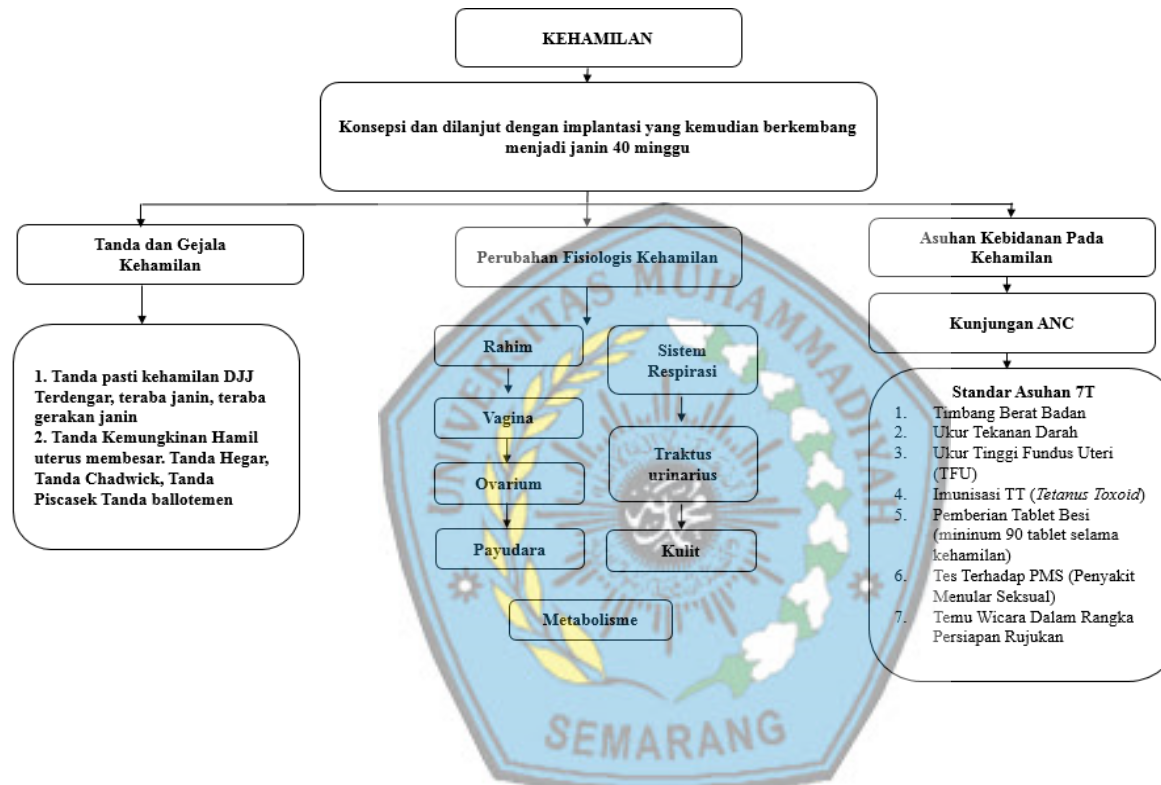
Test terhadap PMS

Wanita termasuk wanita yang hamil merupakan kelompok resiko tinggi terkena PMS. PMS. PMS dapat menimbulkan morbiditas dan mortalitas terhadap ibu maupun janin yang dikandung. Pada asuhan kehamilan dilakukan anamnesa kehamilan resiko terhadap PMS meliputi penapisan, konseling, dan terapi PMS.

f) Temu wicara (konseling dan pemecahan masalah) menurut (Prawirohardjo, 2010)

Temu wicara pasti dilakukan setiap klien melakukan kunjungan. Bisa berupa anamnesa, konsultasi dan persiapan rujukan jika ada indikasi.

Pathway Kehamilan



Bagan 2.1 Pathway Kehamilan

Sumber:(Prawirohardjo,2014:213),(Icesmi dan Margareth,2013:66-67),

(Prawirohardjo,2014:217),(SriRahayu,2017:14),(Firman,2018:102), (Prawirohardjo,2014:279), (Sri Rahayu,2017: 25-28).

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 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 uteroplasenter 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/sepurna 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).

Dengan majunya kepala -> fleksi bertambah -> ukuran kepala yang melalui jalan lahir lebih kecil (Diameter suboksipito bregmatika

menggantikan suboksipito frontalis). Fleksi terjadi karena ana didorong maju, sebaliknya juga mendapat tekanan dai PAP, serviks, dinding panggul/dasar panggul.

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:

- 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.

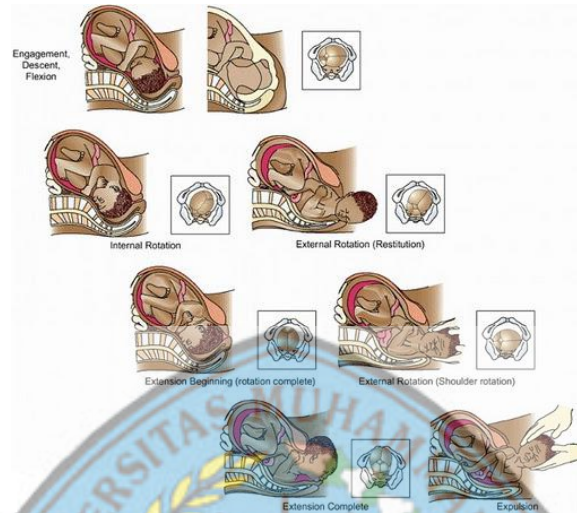
5) *Extension*

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)
- 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).

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

Gejala-gejala kala II ialah his menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50-100 detik, dan datang tiap 2-3 menit. Ketuban pecah dalam kala ini, dan ditandai dengan keluarnya cairan yang berwarna kekuning-kuningan secara sekonyong-konyong dan banyak. Ada alanya ketuban pecah dalam kala I dan malahan selaput janin dapat robek sebelum persalinan dimulai. Pada masa ini, pasien mulai mengejan. Pada akhir kala II, sebagai tanda kepala sudah sampai di dasar panggul, perineum menonjol, vulva merenggang dan tectum terbuka. Pada puncak his, bagian kecil bagian kecil kepala nampak

dalam vulva, tetapi hilang lagi sewaktu his berhenti. Pada his berikutnya, bagian kepala yang nampak lebih besar lagi, tetapi surut kembali jika his berhenti. Kejadian ini disebut kepala membuka pintu maju dan surutnya kepala berlangsung terus sampai lingkarang terbesar kepala terpegang oleh vulva, sehingga tidak dapat mundur lagi. Pada saat ini, tonjolan tulang ubun-ubun telah lahir dan *subocciput* berada dibawah *symphysis*. Sebutan kepala membuka pintu pada saat ini juga disebabkan karena pada his berikutnya dengan ekstensi, lahirlah ubun-ubun besar, dahi dan mulut pada *commissura posterior*. Pada primigravida, perineum biasanya tidak dapat menahan regangan yang kuat pada saat ini sehingga pinggirannya robek. Setelah kepala lahir, kepala tersebut jatuh ke bawah, kemudian terjadi putaran paksi luar, sehingga kepala melintang. Sekarang vulva menekan leher sedangkan dada tertekan oleh jalan lahir, sehingga keluar lendir dan cairan dari hidung anak. Bahu lahir pada his berikutnya. Diawali bahu belakangan, kemudian bahu depan, disusul oleh seluruh badan anak dengan fleksi lateral sesuai dengan paksa jalan lahir. Sesudah anak lahir, sering keluar sisa air ketuban yang tidak keluar sewaktu ketuban pecah, kadang – kadang bercampur darah. Lamanya kala II pada priigravida \pm 50 menit, sedangkan pada multigravida \pm 20 menit.

Setelah anak lahir, his berhenti sebentar, tanpa timbul lagi setelah beberapa menit. His ini dinamakan his pelepasan uri yang berfungsi melepaskan uri, sehingga terletak pada segmen bawah rahim atau

bagian atas vagina. Pada masa ini, uterus akan teraba sebagai tumor yang keras, segmen atas melebar karena mengandung plasenta, dan fundus uteri teraba sedikit di bawah pusat. Jika telah lepas, bentuk plasenta menjadi bundar, dan tetap bundar sehingga perubahan bentuk ini dapat dijadikan tanda pelepasan plasenta. Jika keadaan ini dibiarkan, setelah plasenta lepas, fundus uteri teraba sedikit hingga setinggi pusat atau lebih. Bagian tali pusat di luar vulva menjadi lebih panjang, naiknya fundus uteri disebabkan karena plasenta jatuh dalam segmen bawah rahim atau bagian atas vagina sehingga mengangkat uterus yang berkontraksi. Seiring lepasnya plasenta, dengan sendirinya bagian tali pusat yang lahir menjadi panjang. Lamanya kala uri $\pm 8,5$ menit, dan pelepasan plasenta hanya memakan waktu 2-3 menit.

Sebagai ikhtisar, tanda-tanda pelepasan plasenta ialah sebagai berikut.

- a) Uterus menjadi bundar.
- b) Perdarahan, terutama perdarahan yang sekonyong-konyong dan aga banyak.
- c) Memanjangnya bagian tali pusat yang lahir.
- d) Naiknya fundus uteri krena naiknya rahim sehingga lebih mudah digerakan.

Perdarahan dalam kala uri ± 250 cc. Perdarahan dianggap patologis jika melebihi 500 cc.

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

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.

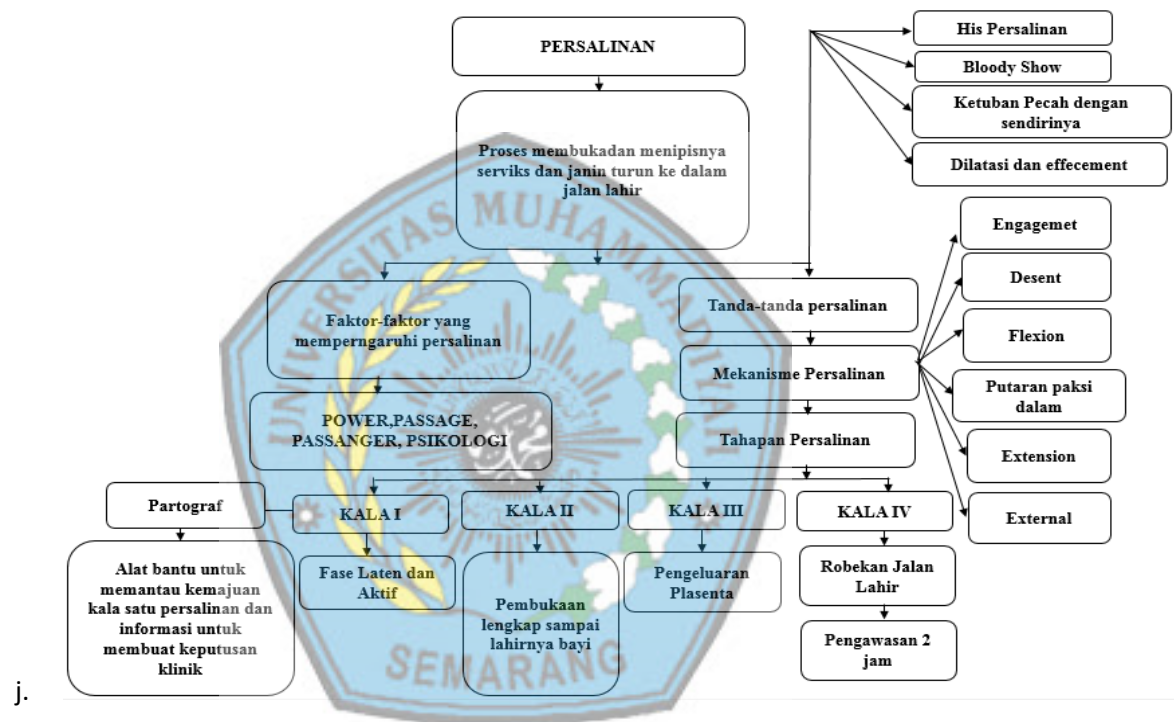
4) Kala IV (kala pengawasan)

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. Pathway Persalinan



k. Bagan 2.2 Pathway Persalinan

- l. Sumber: (Ichesmi dan Margareth 2015:185),(Rohani dkk 2013:16-36), (Icesmi dan Margareth 2015:200-209), (Prawirohardjo,2014:176), (Sri Rahayu,2017:44), (Firman 2018:153).

3. Teori Dasar Masa Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

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

b. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan 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 setelah 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 dan Tri Sunarsih,2011:1).

c. Perubahan-Perubahan Masa Nifas

Menurut (Sri Rahayu,2017:76-80), 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 :

Autolisis adalah proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot rahim. Dengan involusi uterus ini, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi necrotic. Desidua yang mati akan keluar bersama sisa cairan, suatu campuran antara darah yang dinamakan lokia.

Lokia 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 lokia :

- (1) Lokia 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) Lokia 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/laserasi plasenta
- (3) Lokia alba: Berwarna lebih pucat, putih kekuningan mengandung leukosit, 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. Progesteron juga meningkatkan pembuluh darah pada vagina dan vulva selama kehamilan dan persalinan biasanya menyebabkan timbulnya beberapa hematoma dan edema pada jaringan ini dan pada perineum. Bila melaksanakan latihan pengencangan otot perineum akan mengembalikan tonusnya dan wanita akan

mengencangkan vaginanya. Pengencangan yang sempurna bila dilakukan setiap hari. Abrasi dan laserasi vulva dan perineum akan cepat sembuh.

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 kadung kemih, pembengkakan, mamar 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 memar. Laju *filtrasi glomerulus* (GFR) tetap meningkat kira-kira 7 hari setelah melahirkan. Ureter yang berdilatasi dan pelvis renal kembali ke keadaan sebelum hamil dalam 6-10 minggu setelah melahirkan.

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 Endokrin

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.

d. Tahapan Masa Nifas

Menurut (Vivian dan Tri, 2011:4), 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.

e. Kunjungan Masa Nifas Menurut (Sri Rahayu,2017:83)

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 pada masa awal menjadi ibu, mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, menjaga bayi tetap sehat dengan mencegah hipotermia, jika bidan menolong persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

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.

f. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

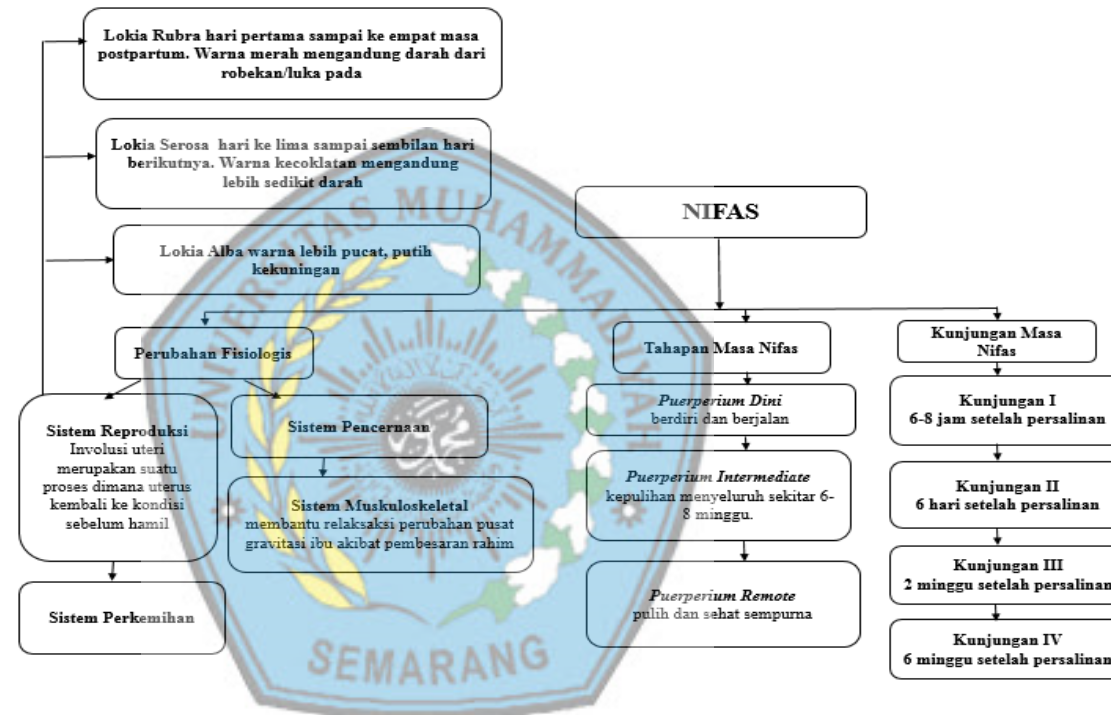
Menurut (Vivian dan Tri Sunarsih, 2011:4-5), kebijakan program nasional masa nifas, yaitu :

- 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
 - f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
- 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 tanda-tanda penyulit
 - e) 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
 - b) Memberikan konseling untuk KB secara dini
- g. Tujuan Asuhan Masa Nifas Menurut (Vivian dan Tri Sunarsih, 2011:2)
- 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 (anjurkan ibu untuk
- 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.
- 6) Konseling mengenai KB. Bidan memberikan konseling mengenai KB.

i. Pathway Masa Nifas



Bagan 2.3 Pathway Masa Nifas

Sumber (Sri Rahayu 2017:75), (Vivian dan Tri Sunarsih 2011:1). (Sri Rahayu 2017:76-80),(Vivian dan Tri 2011:4),(Sri Rahayu 2017:83) (Vivian dan Tri Sunarsih 2011:4-5), (Vivian dan Tri Sunarsih 2011:2

4. Teori Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Menurut (Vivian dan Tri Sunarsih,2013:1), 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.

b. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut (Sri R 2017:89), 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 mayora.
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 graps atau menggenggam sudah baik
- 14) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan

c. Tahapan Bayi Baru Lahir

Menurut (Vivian dan Tri Sunarsih,2013:3), tahapan bayi baru lahir sebagai berikut :

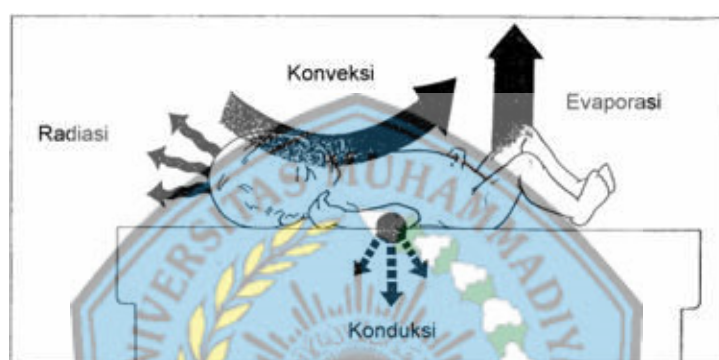
- 1) Tahap I terjadi segera setelah lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan system *scoring apgar* untuk fisik dan *scoring gray* untuk interaksi bayi baru lahir
- 2) Tahap II disebut tahap transisional reaktivitas. Pada tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama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

d. Mekanisme Kehilangan Suhu Tubuh

Menurut (Rohani dkk, 2013:251-252), 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 2.4 Mekanisme Kehilangan Suhu Tubuh

Sumber : WHO/RHT/MSM/97-2

e. Penilaian Apgar Score

Tabel 2.4 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

Sumber: (Vivian,2013:2-3)

f. Asuhan Kebidanan pada BBL Normal

Menurut (Vivian, 2013:3-4), 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, lepasakan klem pada tali pusat, lalu memasukkannya dalam wadah yang berisi larutan klorin 0,5%
- d) Membungkus bayi dengan kain bersih dan memberikannya kepada ibu
- e) Inisiasi menyusu 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).

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

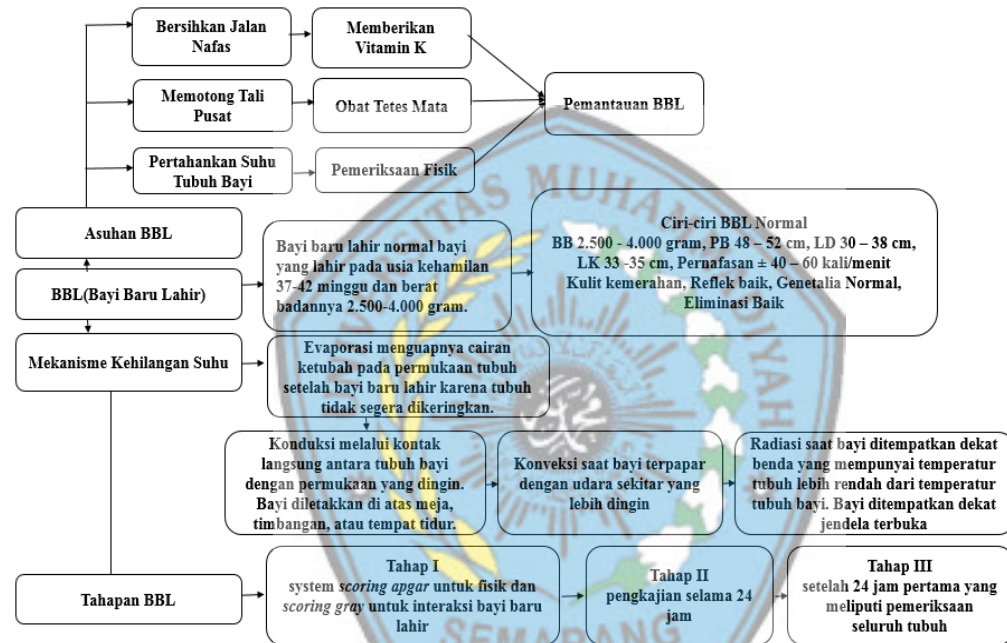
Pada BBL cukup bulan dengan berat badan lebih dari 2.500 gram dan mengisap kuat bisa dimandikan \pm 24 jam setelah kelahiran dengan tetap menggunakan air hangat. Pada BBL berisiko yang berat badannya kurang dari 2.500 gram atau keadannya sangat lemah sebaiknya jangan dimandikan sampai suhu tubuhnya stabil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

d) Menghindari kehilangan panas pada bayi baru lahir

Ada empat cara yang membuat bayi kehilangan panas, yaitu melalui radiasi, evaporasi, konduksi dan konveksi



g. Pathway Bayi Baru Lahir



Bagan 2.4 Pathway Bayi Baru Lahir

Sumber : (Vivian dan Tri Sunarsih,2013:1), (Sri R,2017:89),(Vivian dan Tri Sunarsih,2013:3), (Rohani dkk,2013:251-252),

(Vivian,2013:3-4), (Prawirohardjo, 2010; 369)

5. Keluarga Berencana (KB)

a. Pengertian Keluarga Berencana (KB)

Keluarga berencana (KB) adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya ini dapat bersifat sementara maupun bersifat permanen, dan upaya ini dapat dilakukan dengan menggunakan cara, alat atau obat-obatan (Atikah dkk,2010:1)

b. Tujuan Keluarga Berencana (KB)

Tujuan utama KB nasional adalah untuk memenuhi perintah masyarakat akan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas, menurunkan tingkat/angka kematian ibu bayi dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi dalam rangka membangun keluarga kecil (Dyah dan Sujiyatini,2011:28)

c. 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:MK-1).

a) Keuntungan Metode Amenorea Laktasi

Menurut (Dyah dan Sujiyatini,2011:69-70), keuntungan dari MAL yaitu :

(1) Keuntungan Kontrasepsi

(a) Efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pascapersalinan

(b) Segera efektif

b) Keuntungan Nonkontrasepsi (MAL)

Keuntungan Kontrasepsi MAL menurut (Dr. Erna,2015:38) 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.

c) Keterbatasan

Keterbatas menurut Kontrasepsi MAL menurut (Affandi,2014:2)

yaitu :

- (1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan.
- (2) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial.
- (3) Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.
- (4) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV dan HIV/AIDS

2) Metode Alamiah (KBA)

Metode Keluarga berencana alammi (KBA) menurut Affandi (2014:7) 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 kehamlan.

Macam-macam KBA menurut (Atikah dkk,2010:1) yaitu :

a) Coitus Interruptus (Senggama Terputus)

Nama lain dari *coitus interruptus* adalah senggama terputus atau ekspulsi pra ejakulasi atau pancaran ekstra vaginal. Teknik ini dapat mencegah terjadinya kehamilan, dimana penis dikeluarkan dari vagina sesaat sebelum ejakulasi terjadi. Dengan cara ini diharapkan cairan sperma tidak akan masuk ke dalam

rahim serta mengecilkan kemungkinan bertemunya sperma dengan sel telur yang dapat mengakibatkan terjadinya pembuahan.

b) 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

c) Metode Simtomtermal

Ibu harus mendapat instruksi untuk Metode Lendir Serviks dan suhu basal. Ibu dapat menentukan masa subur ibu dengan mengamati suhu tubuh dan lendir 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. Masa subur mulai ketika ada perasaan basah atau munculnya lendir, ini adalah aturan awal. Aturan yang sama dengan lendir serviks. Berpantang bersenggama sampai masa subur berakhir. Pantang

bersenggama sampai hari pncak dan aturan perubahan suhu telah terjadi. Apabila aturan ini tidak mengidentifikasi hari yang sama sebagai akhir masa subur, selalu ikuti aturan yang paling konservatif, yaitu aturan yang mengidentifikasi masa subur yang paling panjang (Affandi,2014:MK-14).

3) Metode barrier (Kondom, Diafragma, Spermisida)

a) 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. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila diglung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu (Affandi,2014:MK-17)

(1) Cara Kerja Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang di penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam reproduksi perempuan (Dyah dan Sujiyatini, 2015:77).

(2) Efektivitas Kondom

Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2 – 12 kehamilan per 100 perempuan per tahun (Affandi, 2015: MK-18).

b) Diafragma

(1) Pengertian Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup verniks. (Dyah dan Sujiyatini, 2015: 84)

(2) Cara Kerja Diafragma

Menurut Affandi (2014: MK-21), cara kerja diafragma yaitu menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopii) dan sebagai alat tempat spermisida).

c) Spermisida

(1) Pengertian Spermisida

Menurut (Dyah dan Sujiyatini,2015:90), spermisida adalah bahan kimia (biasanya non oksinol-9) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma.

(2) Cara Kerja Spermisida

Menurut (Affandi,2014:MK-24), cara kerja dari spermisida yaitu dengan menyebabkan sel membrane sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur.

(3) Manfaat Spermisida

Menurut (Dyah dan Sujiyatini 2015:91-92), manfaat spermisida yaitu :

(a) Sebagai Kontrasepsi

- i. Efektif seketika (busa dan krim)
- ii. Tidak mengganggu produksi ASI
- iii. Bisa digunakan sebagai pendukung metode lain
- iv. Mudah digunakan
- v. Meningkatkan lubrikasi selama berhubungan seksual
- vi. Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus

(b) Sebagai Nonkontrasepsi

- i. Merupakan salah satu perlindungan terhadap IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS

4) Pil Kombinasi

a) Pengertian Pil Kombinasi

Menurut (Affandi 2014:MK-30 dan MK-36), alat kontrasepsi kombinasi yaitu Pil Kombinasi dan Suntikan Kombinasi.

b) Cara Kerja Pil Kombinasi

Menurut (Dyah dan Sujiyatini,2015:98), cara kerja dari pil kombinasi yaitu :

- (1) Menekan ovulasi
- (2) Mencegah implantasi
- (3) Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma
- (4) Pergeseran tuba tergantung sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula

c) Manfaat Pil Kombinasi menurut (Affandi ,2014:MK-31) :

- (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.

5) Suntikan Kombinasi

- a) 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 (Affandi,2014:MK-36).

b) Cara Kerja Suntikan Kombinasi

Menurut (Dyah dan Sujiyatini 2015:116), cara kerja dari suntikan kombinasi yaitu :

- (1) Menekan ovulasi
- (2) Membuat lender serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu

(3) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu

(4) Menghambat transportasi

6) 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 (Affandi,2014:MK-43)

a) Jenis Stikan Progestin menurut (Affandi, 2014;h.MK-43) yaitu tersedia 2 jenis kontrasepsi stikan yang hanya mengandung progestin :

(1) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depo prevera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disntik IM (didaerah bokong)

(2) Depo Nerotisteron Enantat (Depo Noristrat), yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntikan secara IM.

b) Cara Kerja Suntikan Kombinasi

Menurut (Dyah dan Sujiyatini 2015:116), cara kerja dari suntikan kombinasi yaitu :

(a) Menekan ovulasi

(b) Membuat lender serviks menjadi kental sehingga penetrasi sprema terganggu

(c) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu

(d) Menghambat transportasi

c) Keuntungan Suntikan Kombinasi

Menurut (Affandi,2014:MK-36), manfaat suntikan kombinasi adalah :

(a) Risiko terhadap kesehatan kecil

(b) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri

(c) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam

(d) Jangka panjang

(e) Efek samping sangat kecil

d) Kerugian Suntikan Kombinasi

Menurut (Dyah dan Sujiyatini,2015:117), kerugian dari suntikan kombinasi antara lain :

(a) Terjadi perubahan pada pola haid, seperti tidak teratur, perdarahan bercak atau perdarahan sela sampai 10 hari

(b) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, dan keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga

(c) Ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan. Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan

e) Efektivitasnya berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsy atau obat rubeulosis

7) 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)

Jenis Minipil dan cara kerjanya menurut (Affandi,2014:MK-50) yaitu, Jenis kemasan dengan isi 35 pil: 300 µg levonorgestrel atau 350 µg noretindron. Jenis Kemasan dengan isi 28 pil: 75 µg desogestrel. Cara kerja minipil yaitu, menekan sekresi dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat) dan endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit.

a) Cara Kerja Suntikan Progestine

Menurut (Dyah dan Sujiyatini,2015:123), cara kerja dari suntikan progestine yaitu :

- (1) Mencegah ovulasi
- (2) Mengentalkan lendir servik sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- (3) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan strofi
- (4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

b) Efektivitas Suntikan Progestine

Menurut (Affandi,2014:MK-44), efektivitas suntikan progestine yaitu efektivitas tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan

c) Keuntungan Suntikan Progestine

Menurut (Dyah dan Sujiyatini,2015:124), suntikan progestine memiliki keuntungan, yaitu :

- (1) Sangat efektif
- (2) Pencegahan kehamilan jangka panjang
- (3) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- (4) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah
- (5) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI
- (6) Sedikit efek samping
- (7) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik
- (8) Dan lain-lain

d) Keterbatasan Suntikan Progestine

Menurut (Affandi,2014: MK-44), keterbatasan dari suntikan progestine yaitu :

- (1) Sering ditemukan gangguan haid
- (2) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan

- (3) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya
- (4) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering
- (5) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B virus, atau infeksi virus HIV
- (6) Terlambatnya kembali.

8) Implant

a) Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun. Metode ini dikembangkan oleh *The Population Council*, yaitu suatu organisasi internasional yang didirikan tahun 1952 untuk mengembangkan teknologi kontrasepsi (Affandi,2014:55).

b) Efektifitas

Sangat efektif (kegagalan 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan) (Dr Erna,2015:73-76)

c) Jenis implant menurut (Affandi,2014:MK-55,MK-56) yaitu :

- (1) 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.

(2) Norplant II, memakai levonogestrel 150 mg dalam kapsul 43 mm dan diameter 2,5 mm. Masa kerja Norplant-2 5 tahun.

(3) Implanon, 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 (Affandi,2014: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.

d) Keuntungan dan Keterbatasan Kontrasepsi menurut (Dr Erna 2015:73-76) :

- (1) Daya guna tinggi
- (2) Perlindungan tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan.
- (3) Perlindungan jangka panjang (3 tahun untuk jadena)
- (4) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam.
- (5) Bebas dari pengaruh ekstrogen.

- (6) Tidak mengganggu kegiatan senggama.
- (7) Tidak mengganggu Asi.
- (8) Klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan.
- (9) Dapat di cabut setiap saat sesuai kebutuhan

e) Keterbatasan

Pada kebanyakan klien dapat menyebabkan pola haid berupa perdarahan bercak (*sputing*) hipermenorea atau meningkatnya jumlah darah haid,serta amenorea

9) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Menurut (Manuaba 2010:611), alat kontrasepsi dalam rahim adalah alat kontrasepsi yang dipasang didalam Rahim dan dipasang saat di luar hamil dan saat selesai menstruasi.

a) Cara Kerja AKDR

Menurut (Dyah dan Sujiyatini 2011:136), cara kerja dari AKDR yaitu :

- (1) Lendir serviks menjadi kental
- (2) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi
- (3) Mengurangi transportasi sperma
- (4) Menekan ovulasi

b) Keuntungan AKDR

Menurut (Affandi,2014:MK-81), keuntungan penggunaan AKDR antara lain :

- (1) Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi.
- (2) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
- (3) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti).
- (4) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat.
- (5) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
- (6) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
- (7) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A).
- (8) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI.
- (9) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
- (10) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- (11) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan.
- (12) Membantu mencegah kehamilan ektopik.

c) Kerugian AKDR

Menurut (Dyah dan Sujiyatini, 2011:146–147), kerugian dari penggunaan AKDR antara lain :

- (1) Diperlukan pemeriksaan dalam dan penyaringan infeksi genitalia sebelum pemasangan AKDR.

- (2) Diperlukan tenaga terlatih untuk pemasangan dan pencabutan AKDR.
- (3) Klien tidak dapat menghentikan sendiri setiap saat, sehingga sangat tergantung pada tenaga kesehatan.
- (4) Pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi *amenorea*.
- (5) Dapat terjadi perforasi uterus pada saat insersi (<1/1000 kasus).
- (6) Kejadian kehamilan ektopik relative tinggi.
- (7) Bertambahnya resiko mendapat penyakit radang panggul sehingga dapat menyebabkan infertilitas.
- (8) Mahal.
- (9) Progestin sedikit meningkatkan risiko trombosis sehingga perlu hati-hati pada perempuan perimenopause. Risiko ini lebih rendah bila dibandingkan dengan pil kombinasi.
- (10) Progestin dapat menurunkan kadar HDL-kolesterol pada pemberian jangka panjang sehingga perlu hati-hati pada perempuan dengan penyakit kardiovaskuler.
- (11) Memperburuk perjalanan penyakit kanker payudara.

10) Tubektomi

- a) Tubektomi menurut (Affandi,2014:MK-89) adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur beda untuk melakkan 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.

b) Mekanisme Kerja Tubektomi

Menurut (Dyah dan Sujiyatini, 2015: 163), cara kerja dari tubektomi yaitu dengan mengoklusi tuba falopii (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.

c) Keuntungan tubektomi mempunyai efek protektif terhadap kehamilan dan penyakit radang panggul (PID). Beberapa studi menunjukkan efek protektif terhadap kanker ovarium (Affandi, 2014:MK-89).

Resiko Tubektomi, terjadi komplikasi tindakan pembedahan dan anaestesi. Penggunaan anaestesi local sangat mengurangi risiko yang terkait dengan tindakan anaestesi umum (Affandi, 2014:MK-90)

d) Keterbatasan Tubektomi

Menurut (Dyah dan Sujiyatini (2015:163-164), tubektomi mempunyai keterbatasan, yaitu :

- (1) Harus dipertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini tidak dapat dipulihkan kembali, kecuali dengan operasi rekanalisasi.
- (2) Klien dapat menyesal di kemudian hari.

- (3) Risiko komplikasi kecil meningkat apabila digunakan anestesi umum.
- (4) Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.
- (5) Dilakukan oleh dokter yang terlatih dibutuhkan dokter spesialis ginekologi atau dokter spesialis bedah untuk proses laparoskopi.
- (6) Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk HBV dan HIV/AIDS.

11) Vasektomi

- a) Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai menggunakan metode ini. 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 (Affandi, 2014:MK-95).

b) Manfaat Vasektomi

Menurut (Dyah dan Sujiyatini,2011:170), manfaat dari vasektomi yaitu :

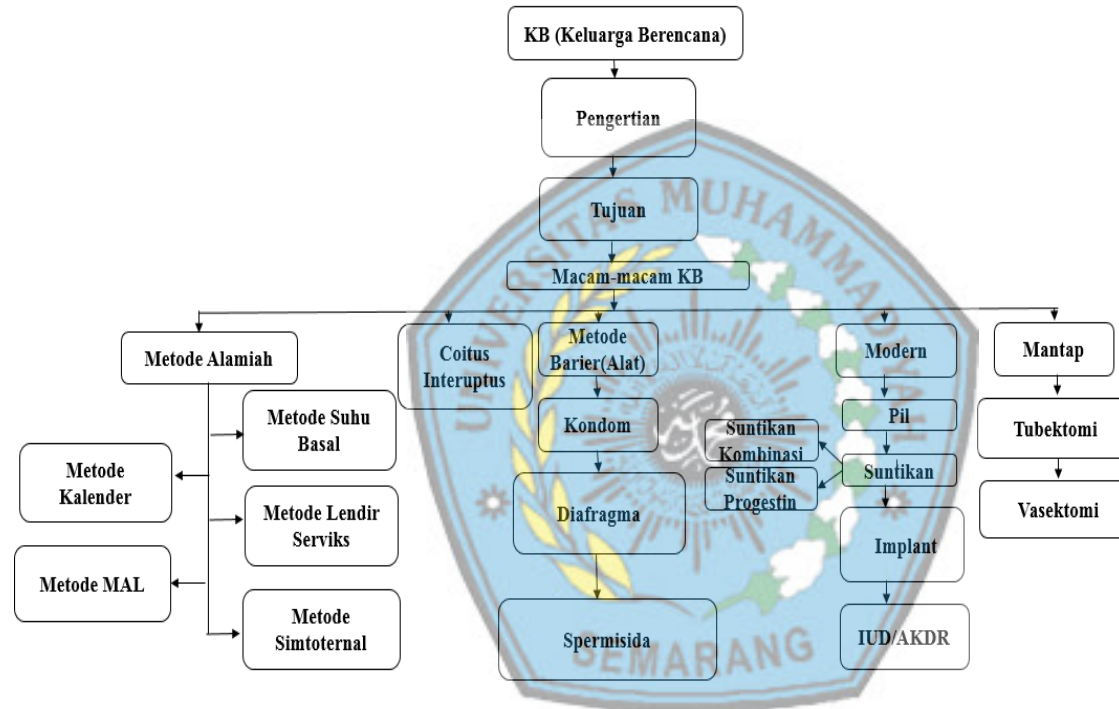
- (1) Sangat efektif.
- (2) Tidak ada efek samping jangka panjang.
- (3) Tindak bedah yang aman dan sederhana.
- (4) Efektif setelah 20 ejakulasi atau 3 bulan.

c) Keterbatasan Vasektomi

Menurut (Affandi,2014:MK-96), keterbatasan dari vasektomi antara lain :

- (1) Permanen (*non-reversible*) dan timbul masalah bila klien menikah lagi.
- (2) Bila tak siap ada kemungkinan penyesalan di kemudian hari.
- (3) Perlu pengosongan depot sperma di vesikula seminalis sehingga perlu 20 kali ejakulasi.
- (4) Risiko dan efek samping pembedahan kecil.
- (5) Ada nyeri/rasa tak nyaman pascabedah.
- (6) Perlu tenaga pelaksana terlatih.
- (7) Tidak melindungi klien terhadap PMS (misalnya: HBV, HIV/AIDS)

d. Pathway Keluarga Berencana



Bagan 2.5 Pathway Keluarga Berencana

(Atikah dkk,2010:1), (Dyah dan Sujiyatini,2011:28), (Affandi, 2014;h.MK 1).

(Dr. Erna,2015:38), (Affandi,2014:2)

B. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan 7 Langkah Varney

Proses manajemen varney terdiri dari 7 langkah yang berurutan dimana setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk kerangka lengkap yang dapat dipecah menjadi langkah-langkah tertentu dan ini bisa berubah sesuai dengan bagaimana keadaan pasien. Ketujuh tersebut sebagai berikut :

1. 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 awal yang lengkap meskipun pasien mengalami komplikasi yang perlu di konsultasikan kepada dokter meskipun dalam manajemen kolaborasi

2. Langkah II (Kedua) : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data- data yang dikumpulkan. Data dasar yang sudah 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.

Masalah adalah kesenjangan yang diharapkan dengan akta/kenyataan. Analisa adalah proses pertimbangan tentang nilai sesuatu dibandingkan dengan standar. Standar adalah aturan/ukuran yang telah diterima secara umum dan digunakan sebagai dasar perbandingan dalam kategori yang sama. Hambatan yang berpotensi bidang kebidanan tentang profil keadaan dalam hubungannya dengan status sehat-sehat dan kondisi fisiologis yang akhirnya menjadi aktor agent yang akan mempengaruhi status kesehatan orang yang bersangkutan

3. Langkah III (Ketiga) : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

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

4. Langkah IV (Keempat) : Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Beberapa data menunjukkan situasi emergensi dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, beberapa data menunjukkan situasi yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu instruksi dokter. Mungkin juga memerlukan konsultasi dengan

tim kesehatan lain. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan pasien yang paling tepat. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan

5. Langkah V (Kelima) : Merencanakan asuhan yang komprehensif/ menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atau antisipasi, pada langkah ini informasi/data dasar yang tidak lengkap dilengkapi. Suatu rencana asuhan harus sama-sama disetujui oleh bidan maupun wanita itu agar efektif, karena pada akhirnya, wanita itulah yang akan melaksanakan rencana itu atau tidak. Oleh karena itu tugas dalam langkah ini termasuk membuat dan mendiskusikan rencana dengan wanita itu begitu juga penegasan termasuk penegasan akan persetujuannya.

6. Langkah VI (Keenam) : Melaksanakan perencanaan dan penatalaksanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (memastikan 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 menyingkat waktu, biaya dan meningkatkan mutu asuhan.

7. Langkah VII (Ketujuh) : Evaluasi

Pada langkah ke 7 ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benarbenar terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagaimana rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif

Manajemen kebidanan ini merupakan suatu kontinum, maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan berikutnya. Adapun sistematikanya adalah sebagai berikut :

C. Tinjauan Kewenangan Bidan

1. Pengertian

Menurut kamus besar bahasa Indonesia, kata wewenang disamakan dengan kata kewenangan, yang diartikan sebagai hak dan kekuasaan untuk bertindak, kekuasaan membuat keputusan, memerintah dan melimpahkan tanggung jawab kepada orang/badan lain.

Menurut Frans Magnis Suseno kewenangan adalah kekuasaan yang dilembagakan. Sedangkan Menurut H.D Stoud kewenangan adalah keseluruhan aturan-aturan yang berasal dari hukum organisasi pemerintahan, yang dapat dijelaskan sebagai seluruh aturan-aturan yang berkenaan dengan perolehan dan penggunaan wewenang-wewenang pemerintahan oleh subjek hukum publik didalam hubungan hukum publik.

Dari referensi diatas dapat disimpulkan bahwa pengertian kewenangan adalah suatu hak yang sudah ditentukan oleh pemerintah dan wajib mengikuti kewenangan yang sudah ditetapkan tersebut.

Pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomer 28 Tahun 2017 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan terdapat pada pasal 18 yaitu sebagai berikut dan dijelaskan bagian – bagian dari isi pasal 18 pada pasal 19, pasal 20 dan pasal 21.

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.

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.

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 peyimpangan 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.

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.

