

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 Ichismi dan Margareth (2013:65).

1) Pembuahan (Fertilisasi)

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

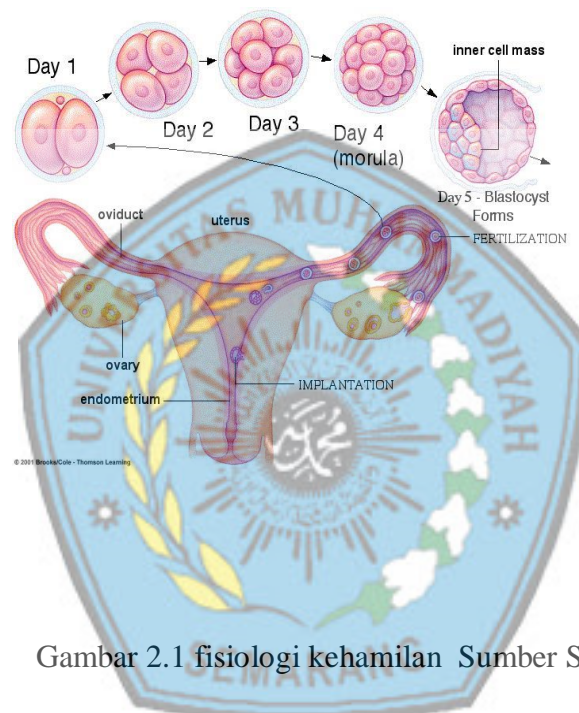
2) Pembelahan Sel (Zigot) hasil pembuahan tersebut

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

c. Pertumbuhan dan Perkembangan Hasil Konsepsi

Menurut Sri Rahayu (2017:14-16) pertumbuhan hasil konsepsi dibagi menjadi 9 tahap, yaitu :

1) Embrio usia 2-4 minggu

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

- b) Jantung mulai memompa cairan melalui pembuluh darah pada hari ke-20 dan hari berikutnya muncul sel darah merah yang pertama. Selanjutnya, pembuluh darah terus berkembang di seluruh embrio dan plasenta.
- 2) Embrio usia 4-6 minggu
- a) Sudah terbentuk bakal organ-organ
 - b) Jantung sudah berdenyut
 - c) Pergerakan sudah nampak dalam pemeriksaan USG
 - d) Panjang embrio 0,64 cm
- 3) Embrio usia 8 minggu
- a) Pembentukan organ dan penampilan semakin bertambah jelas, seperti mulut, mata dan kaki
 - b) Pembentukan usus
 - c) Pembentukan genetalia dan anus
 - d) Jantung mulai memompa darah
- 4) Embrio usia 12 minggu
- a) Embrio berubah menjadi janin
 - b) Usus lengkap
 - c) Genetalia dan anus sudah terbentuk
 - d) Menggerakkan anggota badan, mengedipkan mata, mengerutkan dahi, dan mulut membuka
 - e) BB 15-30 gram

5) Embrio usia 16 minggu

- a) Gerakan fetal pertama (*Quickening*)
- b) Sudah mulai ada mekonium dan verniks caseosa
- c) Sistem muskuloskeletal sudah matang
- d) Sistem saraf mulai melaksanakan control
- e) Pembuluh darah berkembang dengan cepat
- f) Tangan janin dapat menggenggam
- g) Kaki menendang dengan aktif
- h) Semua organ mulai matang dan tumbuh
- i) Denyut jantung janin dapat didengar dengan Doppler
- j) Berat janin 0,2 kg

6) Janin usia 24 minggu

- a) Kerangka berkembang dengan cepat karena aktivitas pembentukan tulang meningkat
- b) Perkembangan pernafasan dimulai
- c) Berat janin 0,7-0,8 kg

7) Janin usia 28 minggu

- a) Janin dapat bernafas, menelan, dan mengatur suhu
- b) Surfaktan terbentuk di dalam paru-paru
- c) Mata mulai membuka dan menutup
- d) Ukuran janin 2/3 saat lahir

8) Janin usia 32 minggu

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

9) Janin usia 36 minggu

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

d. 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 Firman (2018:219).

Tanda-tanda pasti kehamilan dapat diketahui dengan cara :

- a) Mendengar bunyi jantung anak
- b) Melihat, meraba atau mendengar pergerakan anak oleh pemeriksa
- c) Melihat rangka janin dengan foto roentgen atau dengan USG

Jika salah satu tanda pasti ditemukan, diagnosis kehamilan dapat ditegakkan dan tanda-tanda pasti baru timbul pada kehamilan yang sudah lanjut, yaitu diatas empat bulan. Dengan menggunakan USG kantong kehamilan sudah nampak pada kehamilan 5-6 minggu.

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 cervix

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

d) Tanda *Chadwick* yaitu warna merah tua atau kebiruan pada vagina akibat peningkatan 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)

e. 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 h: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 pend
 - f) idikan kesehatan yang diperlukan dalam menjaga kualitas kehamilan dan merawat bayi.
 - g) 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
- a) Timbang Berat Badan
 - b) Ukur Tekanan Darah
 - c) Ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU)
 - d) Imunisasi TT (Tetanus Toxoid)

- e) Pemberian Tablet Besi (minimum 90 tablet selama kehamilan)
- f) Tes Terhadap PMS (Penyakit Menular Seksual)
- g) Temu Wicara Dalam Rangka Persiapan Rujukan



2. PERSALINAN

a. Pengertian Persalinan Normal

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lain, dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 2010 hal 164).

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, 2013h:2).

Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37- 42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2009).

b. Macam- Macam Persalinan

Menurut Manuaba (2010 h: 164), macam- macam persalinan adalah:

- 1) Persalinan spontan adalah bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

- 2) Persalinan buatan ialah persalinan dengan bantuan dari tenaga dari luar.
- 3) Persalinan anjuran (partus presipitatus).

Macam- macam persalinan sesuai umur kehamilan dan berat janin menurut Manuaba (2010 h: 166), antara lain:

- 1) Abortus ialah terhentinya dan keluarnya hasil konsepsi sebelum mampu hidup di luar kandungan. Usia kehamilan sebelum 28 minggu dan berat janin kurang dari 1000 gram.
- 2) Persalinan prematurus ialah persalinan sebelum usia kehamilan 28- 36 minggu dan berat janin kurang dari 2499 gram.
- 3) Persalinan aterm ialah persalinan antara usia kehamilan 37- 42 minggu dengan berat janin lebih dari 2500 gram.
- 4) Persalinan serotinus ialah persalinan melampaui usia kehamilan 42 minggu dan pada janin terdapat tanda postmaturitas.
- 5) Persalinan presipitatus ialah persalinan yang berlangsung cepat dan kurang dari 3 jam.

c. Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Faktor yang mempengaruhi persalinan menurut Sukarni dan Margareth (2013 h:186), antara lain:

- 1) Power/ Tenaga yang Mendorong anak

Power atau tenaga yang mendorong anak adalah

- a) His adalah kontraksi otot- otot rahim pada persalinan

- (1) His persalinan yang menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks. Terdiri dari: his pembukaan, his pengeluaran dan his pelepasan uri.
 - (2) His pendahuluan tidak berpengaruh terhadap serviks.
- b) Tenaga Menejan:
- (1) Kontraksi otot- otot dinding perut
 - (2) Kepala di dasar panggul merangsang menejan
 - (3) „Paling efektif saat kontraksi/ his
- 2) Passage (panggul)
 - 3) Passanger (fetus), hal yang menentukan kemampuan untuk melewati jalan lahir dari faktor passager adalah:
 - a) Presentasi janin
 - b) Sikap janin
 - c) Posisi janin
 - d) Bentuk dan ukuran kepala janin
- d. 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 dari PAP, serviks, dinding panggul/dasar panggul.

4) *Internal Rotation*

Rotasi interna (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 biparientalis. 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

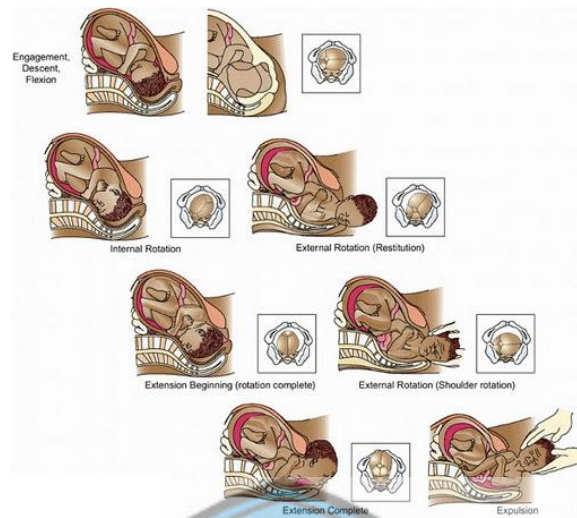
Bila tidak terjadi putaran paksi dalam umumnya kepala tidak turun lagi dan persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstraksi. Pemutaran bagian depan anak sehingga bagian terendah memutar ke depan ke bawah simfisis.

5) *Extension*

Dengan kontraksi perut yang benar dan adekuat kepala 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 2.2 Mekanisme Persalinan sumber *Buku Saku Persalinan*

4. Tahapan Persalinan

a. Tahapan Persalinan menurut Firman (2018 h: 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

Kala Persalinan Menurut (Firman,2018:153).

Gejala-gejala kala II ialah 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 mundul lagi. Pada saat ini, tonjolan tulang ubun-ubun telah lair 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 pinggiran depannya 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 belakang, 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 ± 50 menit, sedangkan pada multigravida ± 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 (firman, 2015)

- a) Uterus menjadi bundar.
- b) Perdarahan, terutama perdarahan yang sekonyong-konyong dan agak banyak.
- c) Memanjangnya bagian tali pusat yang lahir.
- d) Naiknya fundus uteri karena 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 (firman.2015)

- 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.

5. Bayi dalam keadaan baik 60 langkah APN

1) MELIHAT TANDA DAN GEJALA KALA DUA

1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.

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

2) MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN

- 2) Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.

- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
 - 5) Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
 - 6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).
- 3) 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 disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi).
 - 8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap.
 - a) Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
 - 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).

- 10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100 – 180 kali / menit).
 - a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
- 4) MENYIAPKAN IBU & KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES PIMPINAN MENERAN.
 - 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
 - a) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
 - b) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
 - 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
 - 13) Melakukan pimpinan meneran saat Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran :
 - a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang).
 - d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.

- e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - f) Menganjurkan asupan cairan per oral.
 - g) Menilai DJJ setiap lima menit.
 - h) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60/menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera.
- 5) Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran
- a) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
 - b) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.
- 6) **PERSIAPAN PERTOLONGAN KELAHIRAN BAYI.**
- 7) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- 14) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
- 15) Membuka partus set.
- 16) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- 8) **MENOLONG KELAHIRAN BAYI**
- 9) Lahirnya kepala
- 17) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kelapa bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi,

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

a) Jika ada mekonium dalam cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung setelah kepala lahir menggunakan penghisap lendir DeLee disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau bola karet penghisap yang baru dan bersih.

18) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.

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

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

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

20) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

10) Lahir bahu

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

11) Lahir badan dan tungkai

22) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat

melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.

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

12) PENANGANAN BAYI BARU LAHIR

24) Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan).

25) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.

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

27) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.

28) Mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, mengambil tindakan yang sesuai.

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

13) PENANGANAN BAYI BARU LAHIR

14) Oksitosin

30) Untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.

- 31) Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
- 32) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu. Penegangan tali pusat terkendali
- 33) Memindahkan klem pada tali pusat
- 34) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 35) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.
- a) Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan ransangan puting susu.
- 15) Mengeluarkan plasenta.
- 36) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.
- a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva.
- b) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit :
- (1) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.

- (2) Menilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
- (3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- (4) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
- (5) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

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

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

16) Pemijatan Uterus

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

17) MENILAI PERDARAHAN

39) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantong plastik atau tempat khusus.

- a) Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selam 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.

40) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

18) MELAKUKAN PROSEDUR PASCA PERSALINAN

- 41) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik. Mengevaluasi perdarahan persalinan vagina.
- 42) Mencilupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- 43) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- 44) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
- 45) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %.
- 46) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- 47) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.

19) EVALUASI

- 48) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam :
 - a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
 - c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
 - d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melaksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
 - e) Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
- 49) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- 50) Mengevaluasi kehilangan darah.

- 51) Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- a) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan.
 - b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
- 20) Kebersihan dan keamanan
- 52) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 53) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- 54) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 55) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- 56) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
- 57) Mencilupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 58) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 59) Dokumentasi
- 60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang). (Robekan Perineum
- 21) Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Namun hal ini dapat dihindarkan atau dikurangi dengan menjaga jangan

sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat, dan adanya robekan perineum ini dibagi menjadi (Soepardiman, 2009):

- 1) Derajat I : Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum.
 - 2) Derajat II : Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum.
 - 3) Derajat III : Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot spinter ani eksterna.
 - 4) Derajat IV : Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot spinter ani eksterna, dinding rekrum anterior.
- (Nurasiah,dkk, 2014:172).

22)



3 Konsep Dasar Nifas

a. 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 genetalia 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.

b. 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.

c. 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

d. 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.



4 Konsep 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 ektrauterin. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badannya 2.500-4.000 gram.

Menurut Sudarti dan Afroh (2012 h:2), asuhan segera pada bayi selama jam pertama setelah kelahiran aspek penting di antaranya segera setelah lahir adalah

1. Jagalah bayi agar tetap kering dan hangat
2. Pastikan bayi tersebut agar tetap hangat dan kontak antara kulit dan bayi dengan kulit ibu

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 minora.
Laki-laki testis sudah turun, skrotum sudah ada
- 11) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- 12) Reflek *morrow* atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik
- 13) Reflek *graps* atau menggenggam sudah baik
- 14) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama,
mekonium berwarna hitam kecoklatan

c. Kunjungan Neonatal

Setiap bayi baru lahir memperoleh pelayanan Kunjungan Neonatal minimal 3 kali, yaitu 1 kali pada 6-48 jam, 1 kali pada 3-7 hari, 1 kali pada 8-28 hari sesuai standar di satu wilayah kerja pada satu tahun (Kemenkes RI, 2014).

Pelayanan yang diberikan saat kunjungan neonatal adalah pemeriksaan sesuai standar Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dan konseling perawatan bayi baru lahir termasuk ASI eksklusif dan perawatan tali pusat. Kunjungan neonatal pertama (KN1) adalah cakupan pelayanan kesehatan bayi baru lahir (umur 6-48 jam). Pada kunjungan neonatal pertama (KN1), bayi baru lahir mendapatkan vitamin K1 injeksi dan imunisasi hepatitis B (HB0) bila belum diberikan pada saat lahir (Kemenkes RI, 2014).

Setiap bayi baru lahir memperoleh pelayanan kunjungan Neonatal minimal 3 kali , yaitu 1 kali pada 6-8 jam ,1 kali pada 3-7 hari ,1 kali pada 8-12 hari sesuai standar d sautu wilayah kerja satu tahun.
(Kemenkes,2014)

d. 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

c. 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 2.3 Mekanisme Kehilangan Suhu Tubuh

Sumber : (Vivian dan Tri Sunarsih 2013)

d. Penilaian Apgar Score

Menurut Vivian (2013:2-3)

Tabel 2.1 Apgar Score

Tanda	0	1	2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah ekstremitas	Seluruh tubuh kemerahan
		Biru	
<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

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 menyusui dini (IMD).

Segera setelah di letakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh bayi lebih baik di bandingkan dengan inkubator, menjaga kolonisasi kuman yang aman untuk bayi dan mencegah infeksi nosokomial kadar bilirubin bayi juga lebih cepat normal karena pengeluaran mekonium lebih cepat sehingga menurunkan insiden ikterus bayi baru lahir, kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik. Dengan demikian, berat badan dapat mengoptimalkan pengeluaran hormon oksitosin, prolaktin, dan secara psikologis dapat menguatkan ikatan batin antara ibu dan bayi (Prawirohardjo, 2010h: 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.

5. Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Program 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).

Keluarga berencana (KB) merupakan salah satu cara yang paling efektif untuk meningkatkan ketahanan keluarga, kesehatan, dan keselamatan ibu, anak, serta perempuan. Pelayanan KB menyediakan informasi, pendidikan, dan cara-cara bagi laki-laki dan perempuan untuk merencanakan kapan akan mempunyai anak, berapa tahun jarak usia antara anak, serta kapan akan berhenti mempunyai anak (Kemenkes RI, 2013).

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 h :1)

b. Tujuan Program KB

Tujuan umum untuk lima tahun ke depan mewujudkan visi dan misi program KB yaitu membangun kembali dan melestarikan pondasi yang kokoh bagi pelaksana program kb di masa mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas tahun 2015. Dr Erna (2015 h: 2)

Sedangkan tujuan Program KB secara filosofi adalah :

1. Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk indonesia.
2. Terciptanya penduduk yang berkualitas ,sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga.

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 resproduksi dalam rangka membangun keluarga kecil (Dyah dan Sujiyatini ,2011 h:28)

C.Metode Kontrasepsi

- 1) Metode Alami
 - a. metode kalender

Pantang berkala atau sistem kalender merupakan salah satu cara/metode kontrasepsi sederhana yang dapat di pekerjaan sendiri oleh pasangan suami istri dengan tiidakk melakukan senggama pada masa subur yang biasanya 12-16 hari sebelum hari pertama masa menstruasi berikutnya. Metode ini di dasarkan pada perhitungan mundur siklus menstruasi wanita selama 6-12 bulan siklus yang tercatat. Metode ini efektif bila di lakukan secara baik dan benar. Dengan penggunaan sistem kalender setiap pasangan mungkin dapat merencanakan setiap kehamilannya. Sebenarnya metode ini tidak

dapat di andalkan jika di gunakan secara tunggal tetapi dapat di kombinasikan dengan pemakaian metode yang lain secara bersamaan. Teknik metode kalender. Seorang wanita menentukan masa suburnya dengan.(Erna, 2015)

1. Mengurangi 18 hari dari siklus haid terpendek untuk menentukan awal dari masa suburnya.
2. Mengurangi 11 hari dari siklus haid terpanjang untuk menentukan akhir masa suburnya.

b.Kerugian

1. Tidak dapat di andalkan karena tidak memperhitungkan siklus yang tidak teratur.
2. Steres,penyakit dan perjalanan dapat mempengaruhi siklus menstruasi.
3. Membutuhkan catatan siklus mestruasi selama 6-12 hari bulan sebelum di gunakan.

c. keuntungan

1. Dalam kendali wanita.
2. Meningkatkan pengetahuan mengenai kesuburan.
3. Dapat di padukan dengan metode lain.

d. Efektifitas

Angka kegagalan : 14,4-47 kehamilan pada 100 wanita pertahun.

2) 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;h.MK-1).

a) Keuntungan Metode Amenorea Laktasi

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2011, h: 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

Keterbatasan 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

3) Metode Alamiah (KBA)

Metode Keluarga berencana alammi (KBA) menurut Affandi (2014:7) adalah ibu harus belajar mengetahui kapan masa subur nya berlangsung, efektif bila dipakai dengan tertib, tidak efek samping

ddan 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 mengukr suhu badan secara teliti dengan termometer khusus yang bias mencatat perubahan suhu sampai $0,1^{\circ}$ 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 suhu tinggi yang disebabkan oleh demam atau gangguan lain.

(3) Tarik garis pada $0,05^{\circ}\text{C}$ di atas suhu tertinggi dari suhu 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 akhir pertama haid berikutnya

c) Metode Simptomtermal

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 lender, ini adalah aturan awal. Aturan yang sama dengan lender 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;h.MK-14).

4) 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;h.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 tumpah ke dalam reproduksi perempuan (Dyah dan Sujiyatini, 2015, h: 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, h: 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, h: 84)

(2) Cara Kerja Diafragma

Menurut Affandi (2014, h: 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, h: 90), spermisida adalah bahan kimia (biasanya non oksinol-9) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperna.

(2) Cara Kerja Spermisida

Menurut Affandi (2014, h: 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, h: 91-92), manfaat spermisida yaitu :

(a) Sebagai Kontrasepsi

1. Efektif seketika (busa dan krim)
2. Tidak mengganggu produksi ASI
3. Bisa digunakan sebagai pendukung metode lain
4. Mudah digunakan
5. Meningkatkan lubrikasi selama berhubungan seksual

6. Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus

(b) Sebagai Nonkontrasepsi

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

5) Pil Kombinasi

a) Pengertian Pil Kombinasi

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

b) Cara Kerja Pil Kombinasi

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2015, h: 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;h.MK-36).

b) Cara Kerja Suntikan Kombinasi

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

- (a) Menekan ovulasi
- (b) Membuat lender serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu
- (c) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu
- (d) Menghambat transportasi

c) Keuntungan Suntikan Kombinasi

Menurut Affandi (2014, h: 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, h: 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 esterogen, efek samping utama adalah gangguan perdarahan bercak atau perdarahan tidak teratur, dan dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat (Affandi,2014;h.MK-50)

Jenis Minipil dan cara kerjanya menurut (Affandi,2014;h.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, h: 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 Progesterone

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

c) Keuntungan Suntikan Progesterone

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2015, h: 124), suntikan progesterone 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, h: 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;h.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) Implano, 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;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.

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 (*spotting*) hipermenorea atau meningkatnya jumlah darah haid,serta amenorea

9) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Menurut Manuaba (2010, h: 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, h: 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, h: 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, h: 146 – 147), kerugian dari penggunaan AKDR antara lain :

- (1) Diperlukan pemeriksaan dalam dan penyaringan infeksi genetalia 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; h. MK-89) adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur beda untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini. Tubektomi termasuk metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang.

b) Mekanisme Kerja Tubektomi

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2015, h: 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 ovarim (Affandi, 2014;h.MK-89).

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

d) Keterbatasan Tubektomi

Menurut Dyah dan Sujiyatini (2015, h: 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;h.MK-95).

b) Manfaat Vasektomi

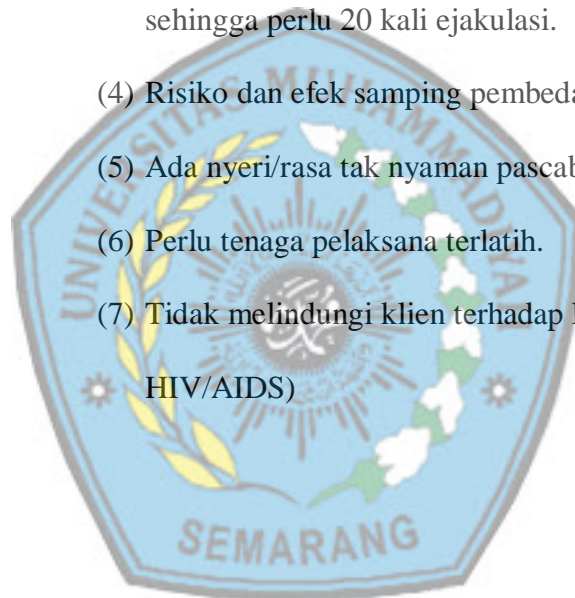
Menurut Dyah dan Sujiyatini (2011, h: 170), manfaat dari vasektomi yaitu :

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

c) Keterbatasan Vasektomi

Menurut Affandi (2014, h: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)



B. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan

Berisi tentang dokumentasi asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan. Adapun untuk metode dokumentasi awal atau hari pertama menggunakan manajemen Varney yang lengkap, sedangkan untuk dokumentasi hari kedua dan selanjutnya menggunakan metode SOAP.(panduan KTI kebidanan unimus 2019)

Asuhan kebidanan yang didokumentasikan sebaiknya dari pasien datang sampai pasien pulang, jika di rumah sakit, atau dari sakit sampai sembuh, jika selain di rumah sakit. Jika lebih dari 7 hari, bisa didokumentasikan hanya jika ada perkembangan berarti dari kasus tersebut. Adapun sistematikanya adalah sebagai berikut :

1. Hari pertama

a. Pengumpulan data dasar

Berisi tentang data subyektif dan obyektif yang telah dikumpulkan.

b. Interpretasi data

Berisi rumusan diagnosa dan masalah. Diagnosa dirumuskan sesuai dengan urutan diagnosa nomenklatur kebidanan. Sedangkan jika ada masalah yang membutuhkan penatalaksanaan tapi tidak bisa dimasukkan ke dalam diagnosa, bisa di rumuskan sebagai rumusan masalah.

- c. Identifikasi diagnosa atau masalah potensial dan antisipasinya
Berisi tentang rumusan diagnosa potensial ataupun rumusan masalah potensial yang mengancam jiwa pasien. Dituliskan jika ada.
 - d. Kebutuhan tindakan segera
Berisi tentang tindakan segera yang harus dilakukan jika diagnosa atau masalah potensial muncul.
 - e. Rencana asuhan
Berisi tentang seluruh rencana yang telah ditetapkan, baik yang rutin maupun kasuistik. Dituliskan berdasarkan prioritas dan kondisi pasien.
 - f. Pelaksanaan
Berisi tentang pelaksanaan dari rencana yang telah ditetapkan disertai jam pelaksanaannya. Ditulis berdasarkan urutan perencanaan.
 - g. Evaluasi
Berisi tentang hasil dari pelaksanaan disertai jam evaluasinya.
Ditulis berdasarkan urutan pelaksanaan.
2. Hari kedua dan seterusnya (data perkembangan)
 - a. Data subyektif
Berisi data subyektif yang dikumpulkan berdasarkan anamnesa.

b. Data obyektif

Berisi data obyektif yang dikumpulkan berdasarkan pemeriksaan fisik, pemeriksaan obyektif dan pemeriksaan penunjang jika ada.

c. Analisa

Berisi rumusan diagnosa dan rumusan masalah.

d. Penatalaksanaan

Berisi seluruh penatalaksanaan yang sudah diberikan disertai jam pelaksanaannya, termasuk evaluasinya.

Untuk asuhan selanjutnya dilanjutkan dengan asuhan Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, BBL dan pelayanan KB dengan menggunakan SOAP.

Catatan Perkembangan : Asuhan Ibu dalam Masa Kehamilan (Kunjungan Selanjutnya)

a. Subyektif: keluhan ibu hamil di Trimester III

b. Obyektif: tanda , gejala, hasil pemeriksaan ibu hamil Trimester III

c. Analisa: diagnosa ibu dalam kelamilan Trimester III

d. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan ibu hamil di Trimester III dan hasil tindakan

Catatan Perkembangan : Asuhan Ibu dalam Masa Persalinan Kala I

a. Subyektif: keluhan ibu bersalin Kala I

b. Obyektif: tanda , gejala, hasil pemeriksaan ibu bersalin Kala I

c. Analisa: diagnosa ibu dalam persalinaan Kala I

d. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan ibu bersalin Kala I

Kala II

a. Subyektif: keluhan ibu bersalin Kala II

b. Obyektif: tanda , gejala, hasil pemeriksaan ibu bersalin Kala II

c. Analisa: diagnosa ibu dalam persalinaan Kala II

d. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan ibu bersalin Kala

II

Kala III

a. Subyektif: keluhan ibu bersalin Kala III

b. Obyektif: tanda , gejala, hasil pemeriksaan ibu bersalin Kala III

c. Analisa: diagnosa ibu dalam persalinaan Kala III

d. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan ibu bersalin Kala

III

Kala IV

a. Subyektif: keluhan ibu bersalin Kala IV

b. Obyektif: tanda , gejala, hasil pemeriksaan ibu bersalin Kala IV

c. Analisa: diagnosa ibu dalam persalinaan Kala IV

d. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan ibu bersalin Kala

IV

Catatan Perkembangan : Asuhan Ibu dalam Masa Nifas Masa Nifas

6 Jam

a. Subyektif: keluhan ibu masa nifas 6 jam

- b. Obyektif: tanda , gejala, hasil pemeriksaan ibu masa nifas 6 jam
- c. Analisa: diagnosa ibu dalam masa nifas 6 jam
- d. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan masa nifas 6 jam

Masa Nifas 6 Hari

- a. Subyektif: keluhan ibu masa nifas 6 hari
- b. Obyektif: tanda , gejala, hasil pemeriksaan ibu masa nifas 6 hari
- c. Analisa: diagnosa ibu dalam masa nifas 6 hari
- d. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan masa nifas 6 hari

Masa Nifas 2 minggu

- a. Subyektif: keluhan ibu masa nifas 2 minggu
- b. Obyektif: tanda, gejala, hasil pemeriksaan ibu masa nifas 2 minggu
- c. Analisa: diagnosa ibu dalam masa nifas 2 minggu
- d. Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan masa nifas 2 minggu dan pelayanan KB

Catatan Perkembangan : Asuhan Bayi Baru Lahir (BBL)

Masa BBL 6 Jam

- a. Subyektif: - (hasil anamnesa ibu)
- b. Obyektif: data focus Bayi Baru Lahir usia 6 jam
- c. Analisa: diagnosa BBL 6 jam
- d. Penatalaksanaan: penatalaksanaan dan hasil tindakan BBL 6 jam

Masa BBL 6 Hari

- a. Subyektif: - (hasil anamnesa ibu)

- b. Obyektif: data focus Bayi Baru Lahir usia 6 hari
 - c. Analisa: diagnosa BBL 6 hari
 - d. Penatalaksanaan: penatalaksanaan dan hasil tindakan BBL 6 hari
- Masa BBL 2 minggu
- a. Subyektif: - (hasil anamnesa ibu)
 - b. Obyektif: data focus Bayi Baru Lahir usia 2 minggu
 - c. Analisa: diagnosa BBL 2 minggu
 - d. Penatalaksanaan: penatalaksanaan dan hasil tindakan 2 minggu

C. Teori Hukum 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:

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 tentang kebidanan, yang terkait dalam kasus ini adalah :

1. Pasal 46
 1. Dalam menyelenggarakan praktik kebidanan, bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi.
 - a. pelayanan kesehatan ibu;
 - b. pelayanan kesehatan anak;
 - c. pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana;
 - d. pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang, dan/ atau
 - e. pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu

2. Tugas bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilaksanakan secara bersama atau sendiri
3. Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.

b. Pasal 47

1. Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan dapat berperan sebagai:

- a. Pemberi Pelayanan Kebidanan
- b. Pengelola Pelayanan Kebidanan
- c. Penyuluh dan Konselor
- d. Pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik;
- e. Penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan; dan/atau
- f. Peneliti

2. Peran bidan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

3. Pasal 48

Bidan dalam penyelenggaraan praktik kebidanana sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 dan pasal 47, harus sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.

4. Pasal 49

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf a, Bidan berwenang :

- a. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil
- b. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal
- c. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal;
- d. Memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas
- e. Melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan; dan

f. Melakukan deteksi dini karena resiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pasca persalinan, masa nifas, serta asuhan pasca keguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.

5. Pasal 50

Dalam menjalankan tugas dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 (1) huruf b, Bidang berwenang :

- a. Memberikan Asuhan Kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita dan anak prasekolah
- b. Memberikan imunisasi sesuai program pemerintah pusat;
- c. Melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi, balita, dan anak prasekolah serta deteksi dini kasus penyulit, gangguan tumbuh kembang, dan rujukan; dan
- d. Memberikan pertolongan pertama kegawatdaruratan pada bayi baru lahir dilanjutkan dengan rujukan.
- e. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana
- f. Memperoleh jaminan kerahasiaan kesehatan klien

6. Pasal 51

Dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 46 ayat (1) huruf c, Bidan berwenang melakukan komunikasi, informasi, edukasi, konseling dan memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

7. Pasal 52

Ketentuan lebih lanjut mengenai pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, dan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 49 sampai dengan 51 diatur dengan peraturan menteri.