

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Teori Medis

1. Kehamilan

a. Pengertian kehamilan

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

b. Perubahan Fisiologis Ibu Hamil TM III

1) Uterus

Perubahan uterus pada ibu hamil secara fisiologis, menurut Manuaba (2010:85) sebagai berikut:

Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hyperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Panjang fundus uteri pada usia kehamilan 28 minggu adalah 25

cm, pada usia kehamilan 32 minggu panjangnya 27 cm dan umur hamil 36 minggu panjangnya 30cm. Pada usia kehamilan 40 minggu fundus uteri turun setinggi tiga jari dibawah prosesus xifoideus, oleh karena saat ini kepala janin telah masuk pintu atas panggul.

2) Vagina dan vulva

Vagina dan vulva mengalami pengikatan pembuluh darah karena pengaruh esterogen sehingga makin tampak berwarna merah dan kebiru-biruan (tanda chadwicks) (Manuaba,2010:92)

3) Sistem metabolisme

Penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 Kg. Pada trimester III pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 Kg (Prawirohardjo, 2014:180).

4) System Kardiovaskuler

Menurut Jannah (2012:98) volume darah semakin meningkat dimana jumlah darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah sehingga terjadi semacam pengenceran darah. Hemodelusi mencapai puncaknya pada umur kehamilan 32 minggu, serum darah volume darah bertambah sebesar 25 sampai 30%.

5) Sistem pernafasan

Selama kehamilan sirkumferensia torak akan bertambah $\pm 6\text{cm}$, tetapi tidak mencukupi penurunan kapasitas residu fungsional dan volume residu paru-paru karena pengaruh diafragma yang naik $\pm 4\text{cm}$ selama kehamilan. Frekuensi pernafasan hanya mengalami sedikit perubahan selama kehamilan, tetapi volume tidak, volume ventilasi per menit dan pengambilan oksigen per menit akan ditambah secara signifikan pada kehamilan lanjut. Perubahan ini akan mencapai puncaknya pada minggu ke-37 dan akan kembali hampir seperti sedia kala dalam 24 minggu setelah persalinan. (Prawihardjo, 2014:185)

6) Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Perkembangan payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormon saat kehamilan, yaitu estrogen, progesteron, dan somatomamotrofin. (Manuaba, 2010:92)

c. Asuhan Kehamilan

Pelayanan antenatal adalah pelayanan yang diberikan pada seorang ibu yang dinyatakan hamil. Pemeriksaan kehamilan adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional kepada ibu selama kehamilan yang dilaksanakan sesuai dengan standar antenatal.

Pelayanan pemeriksaan kehamilan mencakup banyak hal yang meliputi: anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium atas indikasi, serta intervensi, dasar dan khusus (sesuai risiko yang ada), bila terjadi risiko penanganan khusus atau tindakan yang dilakukan oleh tim yang profesional seperti dokter, bidan, perawat, tenaga laboratorium dan tenaga gizi. (Rahayu, 2017:9)

Standar pelayanan ANC yang dipakai sebagai acuan bidan dalam melaksanakan pelayanan ANC dikenal dengan 10T. Menurut Kemenkes RI (2016) dalam Buku KIA asuhan standar minimal 10T meliputi penimbangan berat badan dan tinggi badan, pengukuran tekanan darah, pengukuran Lingkar Lengan Atas (LLA), pengukuran tinggi rahim, penentuan letak janin (presentasi janin) dan penghitungan denyut jantung janin, penentuan status imunisasi Tetanus Toksiod (TT), pemberian tablet tambah darah, tes laboratorium, konseling atau penjelasan, tatalaksana atau mendapatkan pengobatan.

Menurut Jannah (2012:5) tujuan ANC antara lain :

- 1) Mempromosikan dan menjaga kesehatan fisik dan mental ibu dan bayi dengan pendidikan, nutrisi, kebersihan diri, serta proses kelahiran bayi.
- 2) Mendeteksi dan menatalaksanakan komplikasi medis, bedah atau obstetri selama kehamilan.

- 3) Memantau kemajuan kehamilan, memastikan kesejahteraan ibu, dan tumbuh kembang janin.
 - 4) Mengembangkan persiapan persalinan serta kesiapan menghadapi komplikasi.
 - 5) Membantu menyiapkan ibu untuk menyusui dengan sukses, menjalankan nifas normal, serta merawat anak secara fisik, psikologis dan social.
 - 6) Mempersiapkan ibu dan keluarga dapat berperan dengan baik dalam memelihara bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara normal.
- d. Perubahan Psikologis Ibu Hamil TM III
- Trimester III sering disebut periode menunggu dan waspada sebab ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Ibu khawatir bayinya akan lahir sewaktu-waktu. Ini menyebabkan ibu meningkatkan kewaspadaan akan timbulnya tanda dan gejala persalinan serta ketidak normalan banyinya. Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali, merasa diri aneh dan jelek, serta gangguan *body image*. Perubahan *body image* dapat berdampak besar pada wanita dan pasangannya saat kehamilan. Pada trimester ini ibu memerlukan keterangan dan dukungan dari suami, keluarga dan bidan. Trimester III adalah saat persiapan aktif menduga-duga tentang jenis kelamin bayinya dan mirip siapa. Bahkan mereka

mungkin sudah memilih sebuah nama untuk bayinya. (Jannah, 2012:109)

e. Kebutuhan Ibu Hamil TM III

1) Kebutuhan Nutrisi

Pada masa kehamilan ibu harus menyediakan nutrisi yang penting bagi pertumbuhan anak dan dirinya sendiri. Berarti ibu perlu makan untuk 2 orang, sesuai dan seimbang. Kehamilan meningkatkan kebutuhan tubuh akan protein. Jika calon ibu tidak memperhatikan makanan yang menyediakan lebih banyak protein, dan mungkin tidak mendapatkan protein yang cukup. Seperti kebutuhan energi, sumber protein, sumber lemak, sumber karbohidrat, sumber vitamin dan sumber mineral. (Jannah, 2012:145).

2) Kebutuhan Oksigen

Perubahan pernapasan mayor dalam kehamilan diakibatkan oleh tiga faktor yaitu efek mekanik dari pembesaran Rahim, peningkatan keseluruhan konsumsi oksigen tubuh, dan efek perangsang pernapasan dari progesterone. Konsumsi keseluruhan oksigen tubuh meningkat sekitar 15-20% dalam kehamilan. Sekitar setengah dari peningkatan ini disebabkan oleh Rahim dan isinya. Pada awal kehamilan wanita hamil terserang, pada minggu ke-20 kira-kira separuh wanita mengalami kesulitan perapasan, dan pada minggu ke-30 jumlah

itu meningkat menjadi 75%. Kesulitan ini mungkin mengganggu, namun tidak disebabkan penyakit dan tidak membahayakan ibu atau bayi. (Jannah,2012:149)

3) Kebutuhan Personal Hygiene

Saat kehamilan ibu hamil sangat rentan mengalami infeksi akibat penularan bakteri ataupun jamur. Tubuh ibu hamil sangatlah perlu dijaga kebersihannya secara keseluruhan mulai dari ujung kaki sampai rambut termasuk halnya pakaian ibu hamil senantiasa jaga kebersihannya. Mengganti pakaian dalam sesering mungkin sangatlah dianjurkan karena selama kehamilan keputihan pada vagina meningkat dan jumlahnya bertambah disebabkan kelenjar leher Rahim bertambah. (Jannah,2012:150)

4) Kebutuhan Istirahat

Pengaturan aktivitas yang tidak terlalu berlebihan sangatlah perlu diterapkan oleh setiap ibu hamil. Banyak ibu menjadi lebih mudah letih atau tertidur lebih lama dalam separuh masa kehamilannya. Rasa letih meningkat ketika mendekati akhir kehamilan. Setiap wanita hamil menemukan cara yang berbeda mengatasi kelelahannya. Salah satunya adalah dengan cara beristirahat atau tidur sebentar di siang hari. Dan waktu terbaik untuk melakukan relaksasi adalah tiap hari

setelah makan siang, pada awal istirahat sore, serta malam sewaktu mau tidur. (Jannah,2012:151)

5) Kebutuhan Seks

Beberapa wanita lebih menginginkan senggama yang sering selama hamil, sementara yang lain justru ingin mengurangi. Alasan berkurangnya minat seksual yang dialami banyak wanita hamil khususnya dalam minggu-minggu terakhir kehamilan, tidak jelas. Ada yang malu oleh payudara yang membesar serta perut yang membengkak dan merasa tidak menarik ataupun seksi. Kebanyakan masalah akan berkurang jika pasangan dapat saling membicarakan kebutuhan dan keinginan seksual mereka. Akan tetapi pria sebaiknya mempertimbangkan dengan hati-hati ketika memasukkan penis/penetrasi. (Jannah,2012:153).

6) Persiapan Persalinan

- a) Persiapan persalinan adalah rencana tindakan yang dibuat oleh ibu, anggota keluarga, dan bidan.
- b) Berdiskusi untuk memastikan bahwa ibu menerima asuhan yang ia perlukan
- c) Dengan adanya rencana persalinan akan mengurangi kebingungan dan kekacauan pada saat persalinan dan meningkatkan kemungkinan ibu akan menerima asuhan yang sesuai dan tepat waktu. (Jannah,2012:153).

7) Lima Komponen Penting Rencana Persalinan.

Membuat rencana persalinan, menurut Jannah (2012:154) antara lain meliputi :

a) Tempat Persalinan

(1) Pemilihan tempat persalinan ditentukan oleh nilai risiko kehamilan dan jenis persalinan yang direncanakan. persalinan risiko rendah dapat dilakukan di puskesmas, polindes, atau rumah bersalin. Sedangkan persalinan risiko tinggi harus dilakukan di rumah sakit yang memiliki kamar operasi, tranfusi darah, dan perawatan bayi risiko tinggi.

(2) Persalinan dianjurkan dilaksanakan di rumah sakit/rumah sakit ibu dan anak, lengkap dengan tenaga terlatih dan peralatan yang memadai.

b) Memilih tenaga kesehatan terlatih

(1) Tenaga kesehatan yang dapat diperbolehkan menolong persalinan adalah dokter umum, bidan, serta dokter kebidanan dan kandungan.

(2) Pemilihan tenaga penolong persalinan ditentukan oleh pasien, nilai risiko kehamilan, dan jenis persalinan yang akan direncanakan bagi masing-masing pasien.

- (3) Pemilihan pasien berdasarkan risiko dimaksudkan agar penanganan kasus lebih terarah dan ditangani oleh tenaga yang kompeten.
- (4) Sebaiknya semua kasus dianggap memiliki risiko tinggi karena tidak ada satu cara pun yang dapat meramalkan bahwa persalinan tersebut pasti berjalan normal sehingga setiap penolong persalinan akan selalu berhati-hati dan mempersiapkan segala sesuatu untuk mengatasi penyulit yang mungkin terjadi.
- (5) Mempersiapkan sarana transportasi
- c) Ketersediaan dana termasuk dalam persiapan kelahiran dan persiapan menghadapi keadaan darurat saat persalinan (*birth preparedness* dan *emergency readiness*).
- d) Membuat rencana pengambilan keputusan jika terjadi situasi gawat darurat pada saat pengambilan keputusan utama tidak ada.
- e) Mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk persalinan

8) Aktivitas Senam Hamil

Senam hamil bertujuan mempersiapkan dan melatih otot-otot sehingga dapat dimanfaatkan untuk berfungsi secara optimal dalam persalinan normal. Senam hamil ditujukan pada ibu hamil tanpa kelainan atau tidak terdapat penyakit yang menyertai kehamilan, yaitu penyakit jantung, penyakit ginjal,

penyulit kehamilan (hamil dengan perdarahan, hamil dengan gestosis, hamil dengan kelainan letak), dan kehamilan disertai anemia. Senam hamil dimulai pada usia kehamilan sekitar 24 sampai 28 minggu. (Manuaba,2010:132)

f. Tanda Bahaya Kehamilan TM III



Gambar 2.1 Tanda Bahaya Kehamilan TM III

Menurut Kemenkes RI (2016) di dalam buku KIA tanda bahaya pada kehamilan yaitu antara lain :

- 1) Muntah terus dan tak mau makan
- 2) Demam tinggi
- 3) Bengkak pada kaki, tangan dan wajah, atau sakit kepala disertai kejang
- 4) Janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya

- 5) Pendarahan pada hamil muda dan hamil tua
- 6) Air ketuban keluar sebelum waktunya

2. Teori Dasar 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, 2010:164).

Menurut Prawirohardjo (2005) 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. (Walyani dan Purwoastuti, 2016:4)

1) Macam- Macam Persalinan

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

- a) Persalinan spontan adalah bila persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.
- b) Persalinan buatan ialah persalinan dengan bantuan dari tenaga dari luar.
- c) Persalinan anjuran (partus presipitatus).

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

- a) 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.
- b) Persalinan prematuritas ialah persalinan sebelum usia kehamilan 28- 36 minggu dan berat janin kurang dari 2499 gram.
- c) Persalinan aterm ialah persalinan antara usia kehamilan 37- 42 minggu dengan berat janin lebih dari 2500 gram.
- d) Persalinan serotinus ialah persalinan melampaui usia kehamilan 42 minggu dan pada janin terdapat tanda postmaturitas.
- e) Persalinan presipitatus ialah persalinan yang berlangsung cepat dan kurang dari 3 jam.

b. Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2016:11) faktor-faktor yang dapat mempengaruhi jalannya proses persalinan yaitu:

1) Power (Tenaga yang mendorong bayi keluar)

Seperti his atau kontraksi uterus kekuatan ibu mengedan, kontraksi diafragma, dan ligamentum action terutama ligamentum rotundum.

2) Passage (Faktor jalan lahir)

Perubahan pada serviks, pendataran serviks, pembukaan servik dan perubahan pada vagina dan dasar panggul.

3) Passanger

Passanger utama lewat jalan lahir adalah janin. Ukuran kepala janin lebih lebar dari pada bagian bahu, kurang lebih seperempat dari panjang ibu. 96% bayi dilahirkan dengan bagian kepala lahir pertama. Passanger terdiri dari janin, plasenta, dan selaput ketuban (Helen,2002)

4) Psikis ibu

Penerimaan klien atas jalannya perawatan antenatal (petunjuk dan persiapan untuk menghadapi persalinan), kemampuan klien untuk bekerjasama dengan penolong, dan adaptasi terhadap rasa nyeri persalinan.

5) Penolong

Meliputi ilmu pengetahuan, keterampilan, pengalaman, kesabaran, pengertiannya dalam menghadapi klien baik primipara dan multipara.

- c. Macam-macam posisi untuk ibu meneran (Nurasiah dkk, 2014:116)



1) Duduk atau Setengah Duduk

Gambar 2.2 Posisi Meneran Duduk atau Setengah Duduk

Posisi duduk atau setengah duduk, sering kali nyaman bagi ibu dan ibu bisa istirahat dengan mudah diantara kontraksi jika merasa lelah. Keuntungan dari posisi ini adalah memudahkan melahirkan kepala bayi. Bagi bidan lebih mudah untuk membimbing kelahiran kepala bayi dan memperhatikan perineum.



2) Merangkak

Gambar 2.3 Posisi Meneran Merangkak

Posisi merangkak seringkali merupakan posisi yang baik bagi ibu yang mengalami nyeri punggung saat persalinan.

Selain itu dapat membantu bayi melakukan rotasi dan peregangan minimal pada perineum.



3) Jongkok atau Berdiri

Gambar 2.4 Posisi Meneran Jongkok atau Berdiri

Posisi jongkok atau berdiri dapat mempercepat kala I persalinan dan mengurangi rasa nyeri yang hebat. Selain itu juga dapat membantu penurunan kepala bayi. Namun posisi ini berisiko terjadinya laserasi (perluasan jalan lahir).

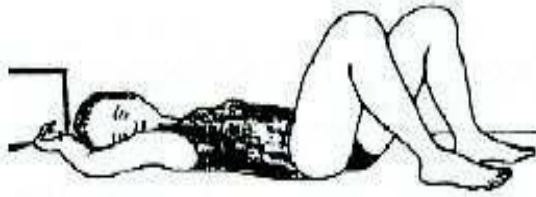


4) Berbaring Miring Kiri

Gambar 2.5 Posisi Meneran Miring kekiri

Posisi berbaring miring kekiri dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya hipoksia, karena suplay oksigen tidak terganggu. Seringkali merupakan posisi yang baik bagi ibu jika

kelelahan karena ibu bisa beristirahat dengan mudah di antara kontraksi. Posisi ini juga bisa membantu mencegah laserasi perineum.



5) Posisi Telentang (*supinasi*)

Gambar 2.6 Posisi Meneran Terlentang (*supine*)

Pada posisi terlentang dapat menyebabkan hipotensi dapat berisiko terjadinya syok dan berkurangnya suplay oksigen dalam sirkulasi uteroplacenta sehingga dapat menyebabkan hipoksia bagi janin, rasa nyeri yang bertambah, kemajuan persalinan bertambah lama, ibu mengalami gangguan untuk bernafas, buang air kecil terganggu, mobilisasi ibu kurang bebas, ibu kurang semangat, risiko laserasi jalan lahir bertambah, dapat mengakibatkan kerusakan pada syaraf kaki dan punggung.

d. Mekanisme Persalinan

Gerakan utama kepala janin pada proes persalinan menurut Sukarni dan Margareth (2013:200), yaitu:

- 1) Engagement
- 2) Flexion
- 3) Descent

- 4) Internal rotation
 - 5) Extension
 - 6) External rotation
 - 7) Expulsion
- e. Tingkat Robekan Jalan Lahir
- 1) Tingkat I : Perluasan tingkat *fourchet*, dengan otot perineum tampak.
 - 2) Tingkat II : Dinding vagina belakang robek, otot perineum robek, tetapi belum mencapai sfingter ani, sfingter ani masih utuh.
 - 3) Tingkat III : Robekan makin luas sampai mencapai sfingter ani, mukosa rektum masih utuh.
 - 4) Tingkat IV : Robekan makin luas sampai mengenai mukosa rektum, kanalis rektum terbuka. (Manuaba, 2010:195)
- f. Tahapan persalinan
- 1) kala I

kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan His, kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga parturien masih dapat berjalan-jalan. lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida sekitar 8 jam. Berdasarkan kurva friedman, diperhitungkan pembukaan primigravida 1 cm/jam dan pembukaan

multigravida 2 cm/jam. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan.

2) Kala II

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

ketika dikaitkan untuk melahirkan sisa badan bayi, bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.

3) Kala III

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi, mulai berlangsung pelepasan plasenta pada lapisan Nitabusch, karena sifat retraksi otot rahim. Lepas nya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda : uterus menjadi bundar, uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, terjadi perdarahan. Melahirkan plasenta dilakukan dengan dorongan ringan secara Crede pada fundus uteri.

4) Kala IV

Dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan meliputi tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi dan pernapasan, kontraksi uterus, terjadinya perdarahn perdarajan dianggap masih normal bia jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500cc. (Manuaba, 2010:173)

g. Asuhan Persalinan Normal

Menurut Depkes RI (2016) Langkah Asuhan Persalinan Normal adalah :

MENGENALI GEJALA DAN TANDA KALA 2

- 1) Mendengar Dan Melihat Tanda Kala 2 Persalinan
 - a) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
 - b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
 - c) Perineum tampak menonjol
 - d) Vulva dan sfingter ani membuka

MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN

- 2) Pastikan perlengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan essensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana segera pada ibu dan bayi baru lahir

Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi, siapkan:

- a) Tempat datar, keras, bersih, kering dan hangat
- b) Tiga handuk /kain bersih dan kering(termasuk ganjal bahu bayi)
- c) Alat penghisap lendir
- d) Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi

Untuk ibu :

- a) Menggelar kain di perut bawah ibu
- b) Menyiapkan oksitosin 10 unit

- c) Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set
- 3) Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan
- 4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering
- 5) Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
- 6) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DAN KEADAAN JANIN

- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT
 - a) Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang/ buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia
 - b) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan

tersebut dalam larutan klorin 0,5 %. Pakai sarung tangan DTT/ steril untuk melaksanakan langkah lanjutan

- 8) Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap

Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi

- 9) Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam larutan klorin 0, 5% selama 10 menit) cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

- 10) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120 – 160x/menit)

- a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal
 b) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan kedalam partograf

MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES MENERAN

- 11) Beritahu pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya

- a) Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman pentalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua tekanan yang ada
 - b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar
- 12) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
- 13) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat :
- a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif
 - b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai
 - c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring telentang dalam waktu yang lama)
 - d) Anjurkan ibu untuk beristirahat diantara kontraksi
 - e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu
 - f) Berikan cukup asupan cairan per oral (minum)

- g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai
- h) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran ≥ 120 menit (2 jam) pada primigravida atau ≥ 60 menit (1 jam) pada multigravida

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

PERSIAPAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI

- 15) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) diperut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5–6 cm
- 16) Letakkan kain bersih yang dilipat sepertiga bagian sebagai alas bokong ibu
- 17) Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan
- 18) Pakai sarung tangan DTT/ steril pada kedua tangan (sarung tangan panjang)

PERTOLONGAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI

Lahirnya kepala

- 19) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain

menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal.

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

a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala

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

21) Setelah kepala lahir tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan

LAHIRNYA BAHU

22) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan kemudian digerakkan kearah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.

LAHIRNYA BADAN DAN TUNGKAI

23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah untuk menopang kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.

24) Setelah tubuh dan lengan lahir , penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk.

ASUHAN BAYI BARU LAHIR

25) Lakukan penilaian (selintas) :

- a) Apakah bayi cukup bulan?
- b) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernafas tanpa kesulitan?
- c) Apakah bayi bergerak dengan aktif?

Bila salah satu jawaban adalah TIDAK lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia.

Bila semua jawaban YA lanjut langkah ke 26

26) Keringkan tubuh bayi, Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu

27) Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi pada uterus

- 28) Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik
- 29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit (IM) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin)
- 30) Dalam waktu 2 menit setelah bayi lahir, pegang tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusar bayi. Mendorong sisi tali pusat kearah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.
- 31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat
 - a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.
 - b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/ steril pada satu sisi kemudian melingkarkan kembali benang tersebut dan mengikatnya dengan simpul kunci pada sisi lainnya
 - c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan
- 32) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala berada diantara payudara ibu posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu.

- a) Selimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi
- b) Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit paling sedikit 1 Jam
- c) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30–60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10 – 15 menit. Bayi cukup menyusu dari 1 payudara
- d) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun sudah berhasil menyusu

MANAJEMEN AKTIF KALA TIGA PERSALINAN (MAK III)

- 33) Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- 34) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu (diatas simpfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat
- 35) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang-atas (dorso cranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur diatas.

- a) Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu

MENGELUARKAN PLASENTA

36) Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus kearah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat kearah distal maka lanjutkan dorongan kearah cranial hingga plasenta dapat dilahirkan

- a) Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tidak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (kearah bawah – sejajar lantai atas)
- b) Jika tali pusat bertambah panjang pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta
- c) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat
- (1) ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM
 - (2) lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh
 - (3) minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - (4) ulangi tekanan dorso kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya

(5) jika plasenta tak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual

37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plsenta hingga selaput ketuban terpinl kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wajah yang telah disediakan.

a) Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT/steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal

RANGSANGAN TAKTIL (MASSASE) UTERUS

38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)

a) Lakukan tindakan yang diperlukan (KBI, kompresi aorta abdominalis, tampon kondom-kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil atau massase

MENILAI PERDARAHAN

- 39) Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus
- 40) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi yang luas dan menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahn aktif, segera lakukan penjahitan

ASUHAN PASCAPERSALINAN

- 41) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
- 42) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, lepaskan secara terbalik dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir, keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

EVALUASI

- 43) Pastikan kandung kemih kosong
- 44) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi
- 45) Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah

- 46) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
- 47) Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60 kali/menit).
- a) Jika sulit bernafas, merintih atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit
 - b) Jika bayi nafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke rumah sakit rujukan
 - c) Jika bayi teraba dingin pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut

KEBERSIHAN DAN KEAMANAN

- 48) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
- 49) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
- 50) Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah diranjang atau disekitar ibu berbaring. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering
- 51) Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya

- 52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 53) Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit
- 54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering
- 55) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik bayi
- 56) Dalam satu jam pertama, beri salep/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K 1 mg IM dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi (normal 40-60 kali/menit) dan temperature tubuh (normal 36,5 – 37,5°C) setiap 15 menit.
- 57) Setelah satu jam pemberian vitamin K berikan suntikan imunisasi Hepatitis B dipaha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan
- 58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering

DOKUMENTASI

60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala 4 persalinan.

h. Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala I persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik. Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah:

- 1) Mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui periksa dalam.
- 2) Mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal. Dengan demikian juga dapat mendeteksi secara dini kemungkinan terjadinya partus lama.
- 3) Data lengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, kondisi bayi, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikan mentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, membuat keputusan klinik, dan asuhan atau tindakan yang diberikan dimana semua dicatatkan secara rinci pada status atau rekamedik ibu bersalin atau bayi baru lahir. jika digunakan secara tepat dan konsisten, partograf akan membantu penolong persalinan untuk

- a) Mencatat kemajuan persalinan.
 - b) Mencatat kondisi ibu dan janinnya.
 - c) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.
- 4) Menggunakan informasi yang tercatat untuk indentifikasi dini penyulit persalinan. Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu. (Nurasiah, dkk, 2014:82,83)

3. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta, serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang dari 6 minggu. Masa nifas (*puerperium*), berasal dari bahasa latin, yaitu *puer* yang artinya bayi dan *parous* yang artinya melahirkan atau berarti masa sesudah melahirkan. (Saleha S, 2009:4)

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 ibu melahirkan bayi yang dikandung nya. (vivia dan sunarsih, 2013:1)

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Sitti Saleha (2009:4) tujuan dari pemberian asuhan kebidanan pada masa nifas adalah sebagai berikut :

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis.
- 2) Mendeteksi masalah, mengobati, dan merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, imunisasi, serta perawatan bayi sehari-hari.
- 4) Memberikan pelayanan KB.

c. Peran dan Tanggung Jawab Bidan Dalam Masa Nifas

Menurut Vivian dan Tri Sunarsih (2013: 3) Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan bahwa 60% kematian ibu termasuk kehamilan terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam. Oleh karena itu, peran dan tanggung jawab bidan untuk memberikan asuhan kebidanan ibu nifas dengan pemantauan mencegah beberapa kematian ini. Peran bidan antara lain sebagai berikut :

- 1) Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.

- 2) Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi, serta keluarga.
- 3) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
- 4) Membuat kebijakan, perencana program kesehatan yang berkaitan ibu dan anak, serta mampu melakukan kegiatan administrasi.
- 5) Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
- 6) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktikkan kebersihan yang aman.
- 7) Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosis dan rencana tindakan juga melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, serta mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
- 8) Memberikan asuhan secara profesional.

d. Tahapan Masa Nifas

Menurut Sitti Saleha (2009:5) tahapan yang terjadi pada masa nifas adalah sebagai berikut :

- 1) Periode immediate postpartum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochia, tekanan darah dan suhu.

2) Periode early postpartum (24 jam-1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Periode late postpartum (1 minggu-5 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling KB.

e. Frekuensi Kunjungan Masa Nifas

Menurut Vivian dan Tri Sunarsih (2013:4) adalah sebagai berikut :

1) 6-8 jam setelah persalinan

- a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan rujuk bila perdarahan berlanjut.
- c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.

- d) Pemberian ASI awal
- e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
- f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.

Catatan : Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama setelah kelahiran, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

2) 6 hari setelah persalinan

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal.
- c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat.
- d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, 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.

f. Gejala dan Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Prawirohardjo (2009 :260) adalah sebagai berikut :

1) Metritis (Endometriti/Endometriitis)

Nyeri perut bagian bawah, lochia yang purulen dan berbau, uterus tegang dan subinvolusi

2) Abses Pelvik

Nyeri perut bagian bawah, pembesaran perut bagian bawah, demam yang terus menerus.

3) Bendungan Pada Payudara

Payudara yang mengeras, membesar (pada kedua payudara), nyeri payudara dan tegang biasanya terjadi pada antara hari 3-5 pasca persalinan.

4) Mastitis

Ada inflamasi yang didahului bendungan, kemerahan yang batasnya jelas pada payudara, terjadi pada satu payudara, antara 3-4 pasca persalinan.

5) Abses Payudara

Payudara yang tegang, padat, kemerahan, pembengkakan dengan ada fluktuasi, dan mengalir nanah.

6) Kehilangan selera makan untuk waktu berkepanjangan

7) Merasa sedih atau tidak mampu merawat bayi

1. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Menurut Saifuddin (2002) bayi baru lahir adalah bayi yang baru dilahirkan selama satu jam pertama kelahiran. Menurut Donna L. Wong (2003) bayi baru lahir adalah bayi yang lahir sampai usia 4 minggu. Lahirnya pada usia gestasi 38-42 minggu. Sedangkan menurut Depkes RI (2005) Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37-42 minggu dan berat lahir 2500-4000 gram. (Rahayu, 2017:89)

b. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Sri Rahayu (2010:89) ciri-ciri bayi baru lahir normal dapat diketahui sebagai berikut :

- 1) Berat badan 2500-4000 gram
- 2) Panjang badan sampai 48-52 cm
- 3) Lingkar dada 30-38 cm
- 4) Lingkar kepa 33-35 cm
- 5) Frekuensi jantung 120-160 cm
- 6) Pernafasan \pm 40-60kali/menit
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subcutan cukup

- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- 9) Kuku agak panjang dan lemas
- 10) Genetelia: 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 di kagetkan sudah baik
- 13) Reflek graps atau menggemang sudah baik
- 14) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, berwarna hitam kecoklatan.

c. Kunjungan Neonatal

Menurut Kemenkes RI (2016) di dalam buku KIA pelayanan kesehatan bayi baru lahir dilaksanakan minimal 3 kali, yaitu :

- 1) Pertama : pada 6 jam – 48 jam setelah lahir.
- 2) Kedua : pada hari ke 3 – 7 setelah lahir.
- 3) Ketiga : pada hari ke 8 – 28 setelah lahir.

d. Asuhan Bayi Baru Lahir Normal

Asuhan segera pada bayi baru lahir normal adalah asuhan yang diberikan pada bayi selama jam pertama setelah kelahiran. Aspek penting dari asuhan segera setelah lahir adalah :

- 1) Menjaga agar bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu.

- a) Pastikan bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dengan kulit ibu.
 - b) Ganti handuk atau kain yang basah, dan bungkus bayi tersebut dengan selimut dan memastikan bahwa kepala telah terlindung dengan baik untuk mencegah keluarnya panas tubuh.
 - c) Pastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa telapak bayi setiap 15 menit.
 - d) Apabila telapak bayi terasa dingin, periksa suhu aksila bayi.
 - e) Apabila suhu bayi kurang dari $36,5^{\circ}\text{C}$, segera hangatkan bayi.
- 2) Mengusahakan adanya kontak antara kulit bayi dengan kulit ibunya sesegera mungkin
- a) Berikan bayi kepada ibunya secepat mungkin. Kontak dini antara ibu dan bayi penting untuk kehangatan mempertahankan panas yang benar pada bayi baru lahir dan ikatan batin dan pemberian ASI.
 - b) Doronglah ibu untuk menyusui bayinya apabila bayi tetap siap dengan menunjukkan *rooting reflek*. Jangan paksaan bayi untuk menyusu.
 - c) Jangan pisahkan bayi sedikitnya 1 jam setelah persalinan.

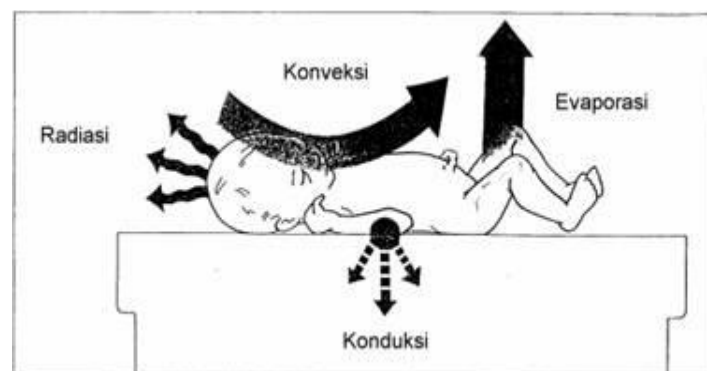
3) Menjaga pernafasan

- a) Memeriksa pernafasan dan warna kulit setiap 5 menit.
- b) Jika tidak bernafas lakukan hal-hal seperti berikut:
keringkan bayi dengan selimut atau handuk hangat,
gosoklah punggung bayi dengan lembut.
- c) Jika belum bernafas setelah 1 menit mulai resusitasi.
- d) Bila bayi sianosis/kulit biru, atau sukar bernafas/frekuensi pernafasan 30-60 kali/menit, berikan oksigen dengan kateter nasal.

4) Merawat mata

- a) Berikan Eritromicin 0,5% atau Tetrasiklin 1%, untuk pencegahan penyakit mata karna klamidia, atau
- b) Berikan tetes mata perak nitrat atau Neosporin segera setelah lahir. (Sudarti dan Khoirunnisa, 2010:1)

e. 4 mekanisme bayi kehilangan suhu tubuh



Gambar 2.7 Mekanisme bayi kehilangan panas

1) Konveksi

Hilangnya panas tubuh bayi karena aliran udara di sekeliling bayi, misal BBL diletakkan dekat pintu atau jendela terbuka.

2) Konduksi

Pindahanya panas tubuh bayi karena kulit bayi langsung kontak dengan permukaan yang lebih dingin, misalnya popok atau celana basah tidak langsung diganti.

3) Radiasi

Panas tubuh bayi memancar ke lingkungan sekitar bayi yang lebih dingin, misal BBL diletakkan ditempat dingin.

4) Evaporasi

Cairan / air ketuban yang membasahi kulit bayi dan menguap, misalnya bayi baru lahir tidak langsung dikeringkan dari air ketuban (walyani dan purwoastuti, 2016 : 121)

4. Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

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

Kontrasepsi berasal dari kata kontra berarti mencegah atau melawan dan *konsepsi* yang berarti perempuan antara sel telur yang matang dan sel sperma yang mengakibatkan kehamilan. (Vivian dan Sunarsih, 2011:77)

b. Tujuan Program KB

Menurut Erna Setiyaningrum (2015:2) Tujuan umum untuk lima tahun kedepan mewujudkan visi dan misi program KB yaitu membangun kembali dan melestarikan pondasi yang kokoh bagi pelaksana program KB dimasa mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas.

Sedangkan tujuan program KB secara filosofis 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.

c. Macam-macam Alat Kontrasepsi

1) Kontrasepsi Non Hormonal

a) Metode Amenorea Laktasi MAL

(1) Pengertian

Metode Amenorea laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu

Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya. (Affandi,2012)

MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila :

- (a) Menyusui secara penuh, lebih efektif bila pemberian $\geq 8x$ sehari.
- (b) Belum haid
- (c) Umur bayi kurang dari 6 bulan

(2) Keuntungan MAL :

- (a) Efektivitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pasca persalinan)
- (b) Tidak mengganggu senggama
- (c) Tidak efek samping secara sistemik
- (d) Tidak perlu pengawasan medis
- (e) Tidak perlu obat atau alat
- (f) Tanpa biaya

(3) Keterbatasan MAL :

- (a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan
- (b) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial
- (c) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.
- (d) Tidak melindungi dari terhadap IMS

b) Kondom

(1) Pengertian kondom

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 seksual. (Affandi, 2014 : MK17)

(2) Cara kerja :

Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara menegmas sperma di ujung selubung karet yang di pasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan.

(3) Efektivitas

Kondom cukup efektif bila dipakai secara benar pada setiap kali berhubungan seksual. Pada beberapa pasangan, pemakaian kondom tidak efektif karena tidak dipakai secara konsisten.

(4) Manfaat

- (a) Efektif bila digunakan dengan benar
- (b) Tidak mengganggu produksi ASI
- (c) Tidak mengganggu kesehatan klien
- (d) Tidak mempunyai pengaruh sistemik

(e) Murah dan dapat dibeli secara umum

(5) Keterbatasan

(a) Efektifitas tidak terlalu tinggi

(b) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi

(c) Agak mengganggu hubungan seksual

(d) Pada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual.

(6) Efek samping

(a) Kondom rusak atau diperkirakan bocor (sebelum berhubungan)

(b) Kondom bocor atau dicurigai ada curahan di vagina saat berhubungan

(c) Dicurigai adanya reaksi alergi

(d) Mengurangi kenikmatan hubungan seksual

(7) Penanganan

(a) Buang dan pakai kondom baru atau pakai spermisida di gabung kondom

(b) Jika penurunan kepekaan tidak bisa ditolelir, biarpun dengan kondom yang lebih tipis, anjurkan pemakain metode lain.

c) AKDR

(1) Pengertian

Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR/IUD) merupakan alat kontrasepsi yang dipasang didalam rahim yang relatif lebih efektif bila dibandingkan dengan metode pil, suntik dan kondom. (Setyaningrum, 2015 : 76)

(2) Jenis-jenis IUD

Jenis-jenis IUD yang dipakai oleh indonesia antara lain :

i. Copper-T

IUD berbentuk T, terbuat dari bahan polyethelen dimana pada bagian fertikelnya diberi lilitan kawat tembaga halus. lilitan tembaga halus ini mempunyai efek anti fertilitas (anti pembuahan) yang cukup baik.

ii. Copper- 7

IUD ini berbentuk angka 7 dengan maksud mudah dalam pemasangan. Jenis ini mempunyai ukuran diameter 8 fertikal 32 mm dan ditambahkan gulungan kawat tembaga luas permukaan 200 mm², fungsinya sama dengan lilitan tembaga halus pada IUD copper-T.

iii. Multi luade

IUD ini terbuat dari plastik (polythelen) dengan dua tangan kiri dan kanan yang berbentuk sayap yang fleksibel. Panjang dari ujung atas ke ujung bawah 3,6 cm. Batang diberi gulungan kawat tembaga dengan luas permukaan 250 mm² atau 375 mm² untuk menambha efektifitas. Ada tiga jenis ukuran multi luade yaitu standar, small, dan mini.

iv. Lippes loop

IUD ini terbuat dari polythelen, berbentuk huruf spiral atau huruf S bersambung. Untuk memudahkan kontrol, dipasang benang pada ekornya. Lippes loop terbagi dari empat jenis yang berbeda menurut ukuran panjang bagian atasnya. Tipe A berukuran 25 mm (benang biru), tipe B 27,5 mm (benang hitam), tipe C 30 mm (benang kuning) dan tipe D berukuran 30 mm dan tebal (benang putih). Lippes lopp mempunyai angka kegagalan yang rendah. Keuntungan dari pemakaian IUD jenis adalah bial terjadi perforasi, jarang menyebabkan luka atau penyumbatan usus, sebab terbuat dari bahan plastik.

(3) Cara Kerja

- (a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ketuba falopi
- (b) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
- (c) AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi
- (d) Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus. (Affandi, 2014 : MK-80)

(4) Keuntungan

- (a) Sangat efektif. 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan)
- (b) IUD dapat efektif segera setelah pemasangan.
- (c) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti)
- (d) Tidak mempengaruhi hubungan seksual
- (e) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat
- (f) Tidak ada efek samping hormonal

(5) Kelemahan

- (a) Tidak mencegah IMS
- (b) Haid lebih lama dan banyak
- (c) Saat haid lebih sakit
- (d) Sedikit nyeri dan perdarah (spotting) terjadi segera setelah pemasangan IUD. Biasanya menghilang dalam 1-2 hari.
- (e) Pencabutan IUD hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan (dokter atau bidan)
- (f) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau yang sering berganti pasangan.

(6) Waktu penggunaan

Penggunaan IUD sebaiknya dilakukan pada saat :

- (a) Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil.
- (b) Hari pertama sampai ke 7 siklus haid
- (c) Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu pasca persalinan; setelah 6 bulan apabila menggunakan metode amenorea laktasi (MAL)
- (d) Setelah terjadinya keguguran (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi

(e) Selama 1-5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi

d) Kontrasepsi Mantap (Tubektomi dan Vasektomi)

(1) Tubektomi

i. Pengertian

Tubektomi adalah prosedur brdah untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seseorang perempuan. (setyaningrum,2015:87)

Tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin mempunyai anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini. (Affandi, 2012 : MK89)

ii. Mekanisme kerja

Dengan mengoklusi tuba fallopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu. (Setyaningrum,2015:87)

iii. Manfaat

- i. Sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan)
- ii. Tidak mempengaruhi proses menyusui (breastfeeding)
- iii. Tidak bergantung pada faktor senggama
- iv. Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi resiko kesehatan yang serius
- v. Pembedahan sederhana, dapat dilakukan dengan anestesi lokal
- vi. Tidak efek samping dalam jangka panjang.

iv. Keterbatasan

- i. Klien dapat menyesal di kemudian hari
 - ii. Resiko komplikasi kecil
 - iii. Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.
 - iv. Tidak melindungi dari IMS
 - v. Dilakukan oleh dokter yang terlatih
- v. Yang dapat menjalani Tubektomi
- i. Usia > 26 tahun
 - ii. Paritas (jumlah anak) minimal 2 dengan umur anak terkecil > 2 tahun

- iii. Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya
- iv. Pada kehamilannya akan menimbulkan risiko kesehatan yang serius
- v. Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini.
- vi. Yang tidak boleh menjalani Tubektomi
 - i. Hamil
 - ii. Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan
 - iii. Infeksi sistemik atau pelvik yang akut
 - iv. Tidak boleh menjalani proses pembedahan
 - v. Belum memberikan persetujuan tertulis.

(2) Vasektomi

i. Pengertian

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin memiliki anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya.

(Affandi,2014:MK95)

ii. Mekanisme kerja

Vasektomi merupakan operasi kecil dimana vas deferens yang berfungsi sebagai saluran transportasi spermatozoa dipotong dan disumbat. Setelah operasi

minor ini, spermatozoa akan terbenjung pada ujung vas sisi testis yang telah disumbat. Karena vasektomi tidak mempengaruhi fungsi dari kelenjar-kelenjar asesoris maka produksi cairan semen tetap berlangsung dan pria yang divasektomi tetap berejakulasi dan ejakulatnya tanpa mengandung spermatozoa. Testis juga tidak terpengaruh dan tetap berfungsi penuh sehingga pria tetap mempunyai perasaan, keinginan, dan kemampuan seksual yang sama dengan sebelum vasektomi.

iii. Waktu dilakukan prosedur vasektomi

Setiap pria, suami istri dari suatu pasangan usia subur yang telah memiliki jumlah anak cukup dan tidak ingin menambah anak lagi, sehat tanpa kontraindikasi dapat dilakukan prosedur vasektomi tanpa pisau segera mungkin sesuai dengan keinginan mereka.

iv. Efektivitas

Vasektomi adalah satu metode kontrasepsi paling efektif. Angka kegagalan biasanya kurang dari 0,1%-0,15% pada tahun pertama pemakaian.

v. Persyaratan melakukan vasektomi

i. Sukarela, artinya telah mengerti dan memahami segala akibat prosedur vasektomi selanjutnya memutuskan pilihannya atas keinginan sendiri,

dengan mengisi dan menandatangani informed consent (persetujuan tindakan)

ii. Bahagia, artinya klien terikat dalam perkawinan yang syah dan telah mempunyai jumlah anak minimal 2 orang anak dengan minimal usia nak minimal 2 tahun.

iii. Sehat, melalui pemeriksaan oelh dokter klien dianggap sehat dan memenuhi persyaratan medis untuk dilakukan prosedur tindakan vasktomi.

vi. Efek samping

Rasa nyeri atau ketidaknyaman akibat pembedahan yang biasanya hanya berlangsung beberapa hari. Pembentukan granuloma relatif jarang dan merupaka keluhan yang nantinya hilang sendiri.

2) Hormonal

Kontrasepsi Kombinasi (Hormon ekstrogen dan progeszterone). Menurut Bkkbn tahun 2014 kontasepsi kontrasepsi kombinasi atau hormonal yaitu :

a) Pil kombinasi (Hormon Progesteron)

(1) Jenis pil kombinasi menurut (Bkkbn,2014 : MK-31)

(a) Monifasik adalah pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif

ekstrogen atau progestin (E/P) dalam dosis yang sama, tanpa 7 tablet tanpa hormone aktif.

(b) Bifasik adalah pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif ekstrogen/progestin (E/P) dengan dua dosis yang berbeda dengan 7 tablet tanpa hormone aktif.

(c) Trifasik adalah Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif ekstrogen dan progestin (E/P) dengan 3 dosis yang berbeda dengan 7 tablet tanpa hormone aktif

(2) Cara Kerja Pil Kombinasi yaitu :

(a) Menekan ovulasi

(b) Mencegah implantasi

(c) Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma.

(d) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula.

(Bkkbn,2014;MK- 31).

(3) Manfaat Pil Kombinasi

(a) Memiliki efektivitas yang tinggi (hampir menyerupai efektivitas tubektomi), bila digunakan setiap hari (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan).

- (b) Resiko terhadap kesehatan sangat kecil
- (c) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- (d) Siklis haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri.
- (e) Dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan.
- (f) Dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause.
- (g) Mudah dihentikan setiap saat.
- (h) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan.
- (i) Dapat digunakan sebagai alat kontrasepsi darurat.

(Bkkbn,2014;MK-31)

(4) Keterbatasan

- (a) Mahal dan membosankan karena harus menggunakannya setiap hari.
- (b) Mual, terutama 3 bulan pertama.
- (c) Perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama 3 bulan pertama.
- (d) Pusing.
- (e) Nyeri payudara.

- (f) Berat badan naik sedikit, tetapi pada perempuan tertentu kenaikan berat badan justru memiliki dampak positif.
- (g) Berhenti haid (amenorea), jarang pada pil kombinasi.
- (h) Tidak boleh diberikan pada perempuan menyusui (mengurangi ASI).
- (i) Pada sebagian kecil perempuan dapat menimbulkan depresi, dan perubahan suasana hati, sehingga keinginan untuk melakukan hubungan seksual berkurang.
- (j) Dapat meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan, sehingga resiko stroke, dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat. Pada perempuan usia > 35 tahun dan merokok perlu hati-hati.
- (k) Tidak mencegah IMS (Infeksi Menular Seksual), HBV, HIV/AIDS. (Bkkbn, 2014 ; MK-32)

(5) Yang dapat Menggunakan Pil Kombinasi menurut

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

- (a) Usia reproduksi.
 - (b) Telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak.
 - (c) Gemuk atau kurus.
 - (d) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi.
 - (e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
 - (f) Setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif, sedangkan semua cara kontrasepsi yang dianjurkan tidak cocok bagi ibu tersebut.
- (6) Yang tidak boleh menggunakan pil kombinasi
- (a) Hamil atau dicurigai hamil
 - (b) Menyusui eksklusif
 - (c) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya
 - (d) Penyakit hati akut (hepatitis)
 - (e) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah $>180/110$ mmHg

- (f) Tidak dapat menggunakan pil secara teratur setiap hari.
- (7) Waktu mulai menggunakan pil kombinasi
 - (a) Setiap saat selagi haid, untuk meyakinkan kalau perempuan tersebut tidak hamil.
 - (b) Hari pertama samapai hari ke 7 siklus haid
 - (c) Setelah melahirkan :
 - i. Setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif
 - ii. Setelah 3 bulan dan tidak menyusui

b) Suntikan Kombinasi

(1) Pengertian KB suntik 1 bulan

Suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali

(2) Cara kerja

- (a) Mencegah ovulasi
- (b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- (c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi
- (d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba

(3) Efektifitas

Kontasepsi suntikan memiliki efektifitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan/tahun, asal penyuntikan di lakukan secara tertaur sesuai jadwal.

(4) Keuntungan

(a) Sangat efektif

(b) Pencegahan kehamilan jangka panjang

(c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri

(d) Tidak memiliki pengaruh pada ASI

(e) Sedikit efek samping

(5) Keterbatasan

(a) Sering ditemukan gangguan haid

(b) Permasalahan BB merupakan efek samping sering

(c) Terlambatnya kesuburan setelah penghentian pemakaian

(d) Tidak menjamin perlindungan IMS

(e) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina.

c) Suntikan KB 3 bulan

(1) Jenis

Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin yaitu:

(a) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depo Provera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan sekali dengan cara disuntik intramukuler (didaerah bokong).

(b) Depo Noretisteron Enantat (Depo Noristerat), yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskuler.

(2) Cara kerja

(a) Mencegah ovulasi

(b) Mengentalkan lender serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma

(c) Menjadikan selaput lender rahim tipis dan atrofi

(d) Menghambat tranportasi gamet oleh tuba

(3) Efektivitas

Kontrasepsi suntikan memiliki efektivitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan/tahun, asal penyuntikan di lakukan secara tertaur sesuai jadwal.

(4) Keuntungan

- (a) Sangat efektif
- (b) Pencegahan kehamilan jangka panjang
- (c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- (d) Tidak memiliki pengaruh pada ASI
- (e) Sedikit efek samping

(5) Keterbatasan

Sering ditemukan gangguan haid, seperti :

- (a) Silus haid yang memendek atau memanjang
 - (b) Perdarahan yang banyak atau sedikit
 - (c) Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (spotting)
 - (d) Tidak haid sama sekali
- d) Impant

(1) Pengertian

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga atau lima tahun.

(Affandi,2014:MK55)

(2) Cara kerja

- (a) Lendir serviks menjadi kental
- (b) Mengurangi transportasi sperma
- (c) Menekan ovulasi

(3) Efektifitas

Sangat efektif (kegagalan 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan).

(4) Keuntungan

- (a) Daya guna tinggi
- (b) Perlindungan jangka panjang
- (c) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- (d) Tidak mengganggu ASI
- (e) Tidak mengganggu saat senggama

(5) Keterbatasan

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

(6) Yang boleh menggunakan implant

- (a) Wanita dalam usia reproduksi
- (b) Telah atau belum memiliki anak
- (c) Menginginkan kontrasepsi jangka panjang
- (d) Pasca keguguran
- (e) Pasca persalinan dan tidak menyusui

(7) Yang tidak boleh menggunakan

- (a) Hamil atau diduga hamil
- (b) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya. mioma uteri dan kanker payudara

- (c) Gangguan toleransi glukosa
- (d) Tidak dapat menerima perubahan pola haid yang terjadi\
- (e) Benjolan/ kanker payudara atau riwayat payudara.

B. Teori Manajemen Asuhan Kebidanan

1. Pengertian Asuhan Kebidanan

Menurut Norma D dan Dwi S (2013), asuhan kebidanan adalah bantuan yang diberikan oleh bidan kepada individu pasien/ klien yang pelaksanaannya dilakukan dengan bertahap dan sistematis serta melalui suatu proses yang disebut manajemen kebidanan

2. Manajemen Kebidanan

a. Pengertian

Menurut Varney (1997) manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan setra keterampilan suaru keputusan yang berfokus pada pasien (Miratu, dkk. 2015).

Manajemen kebidanan terdiri atas tujuh langkah yang berurutan, diawali dengan pengumpulan data sampai dengan evaluasi. Proses ini bersifat siklik (dapat berulang), dengan

tahap evaluasi sebagai data awal pada siklus berikutnya (Miratu, dkk. 2015).

b. Langkah- Langkah

1) Langkah I: Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini berisi semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua data subjektif dan objektif. Data subjektif adalah yang menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa, yang termasuk data subjektif antara lain biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, biopsikologi, spiritual, pengetahuan klien (Norma D dan Dwi S, 2013).

Data objektif adalah yang menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik, hasil laboratorium dan test diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus. Data objektif terdiri dari pemeriksaan fisik yang sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda- tanda vital, pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi), pemeriksaan penunjang (laboratorium, catatan baru dan sebelumnya) (Norma D dan Dwi S, 2013).

2) Langkah II: Interpretasi Data

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atau data-data yang telah dikumpulkan (Norma D dan Dwi S, 2013).

3) Langkah III: Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial dan Mengantisipasi Penanganannya

Diagnosis kebidanan dirumuskan dengan padat, jelas dan sistematis mengarah pada asuhan kebidanan yang diperlukan oleh klien sesuai dengan wewenang bidan berdasarkan analisis data yang telah dikumpulkan (Walyani,2014).

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

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

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsulkan atau ditangani bersama

dengan anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien (Norma D dan Dwi S, 2013).

5) Langkah V: Menyusun Rencana Asuhan yang Menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh berdasarkan diagnosis kebidanan. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi atau data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi (Walyani,2014).

6) Langkah VI: Pelaksanaan Langsung Asuhan dengan Efisien dan Aman

Pada langkah keenam ini terencana asuhan menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukan sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (Norma D dan Dwi S, 2013).

7) Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar- benar tetap

terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dianggap efektif jika memang benar dalam pelaksanaan (Norma D dan Dwi S, 2013).

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 Undang-undang kebidanan tahun 2019 yaitu :

A. Tugas dan Wewenang

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.

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.

Pasal 48

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

B. Pelayanan dan kesehatan ibu

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.

C. Pelayanan kesehatan anak

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.

Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana

e. Memperoleh jaminan kerahasiaan kesehatan klien

D. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Perempuan dan Keluarga Berencana

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.

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.

