

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori Klinis**

##### **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, hal 213).

###### **b. Fisiologi Proses Kehamilan**

Untuk terjadinya kehamilan harus ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (konsepsi), dan nidasi (implementasi) hasil konsepsi. (Prawirohardjo, 2014 hal 141).

###### **1) Pembuahan (Fertilisasi)**

Fertilisasi (pembuahan) adalah penyatuan sel telur / ovum (oosit sekunder) dan sel benih / spermatozoa yang berlangsung di ampulla tuba. Hanya satu spermatozoa yang telah mengalami proses kapasitasasi maupun melakukan penetrasi membrane sel ovum. (Prawirohardjo, 2014 hal 141).

## 2) Nidasi (Implantasi)

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi pada stadium blatokista (*Blastula*) umumnya nidasi terjadi di dinding depan atau belakang uterus (endometrium), dekat pada fundus uteri. Jika nidasi terjadi maka disebut kehamilan. (Prawirohardjo 2014 hal 143-145).

## 3) Plasentasi

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. (Prawirohardjo 2014 hal 145).

### c. Tanda-Tanda Kehamilan

#### 1) Tanda Tidak Pasti

Menurut (Rahayu, 2017 hal 13) yaitu:

- a) Amenorea (berhentinya menstruasi) : berhentinya menstruasi dan test gravindek positif.
- b) Nausea, vomiting (emesis) anoreksia
- c) Poliuri, obstipasi
- d) Hiperpigmentasi
- e) Varises, epulsi
- f) Tanda hegar : lunaknya segmen bawah rahim, dapat diperiksa dengan bimanual
- g) Tanda chadwick : serviks berwarna kebiruan.
- h) Tanda pascaseck : pembesaran uterus karena terjadi nidasi
- i) Tanda braton hicks : kontraksi otot uterus yang tidak beraturan

oleh karena ada massa di dalam uterus.

j) Quickening : terasa gerakan-gerakan anak oleh ibu.

## 2) Tanda-Tanda Pasti

Menurut (Rahayu,2017 hal 14) yaitu:

- a) Terdengar Denyut Jantung Janin
- b) Teraba bagian-Bagian Janin (*Ballotement*)
- c) Teraba gerakan-gerakan
- d) Terlihat kerangka Janin pada foto ronsent
- e) Terlihat janin pada hasil USG

## d. Keluhan Pada Waktu Kehamilan

Menurut (Rahayu, 2017 hal 28) yaitu:

### 1. Mual Muntah

Disebabkan oleh respon terhadap hormone dan merupakan perubahan fisiologi.

### 2. Pusing/sakit kepala

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat, yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat. Kadang disertai penglihatan yang kabur dan berbayang yang merupakan gejala dari pre-eklamsia.

### 3. Sekret berlebihan

Merupakan hal yang fisiologis (karena pengaruh estrogen), atau karena kandidiasis (sering), glikosuria infeksi, trikomonas, gonore.

4. Sering buang air kecil

Disebabkan karena progesteron dan tekanan pada kandung kemih karena pembesaran Rahim atau kepala bayi yang turun kerongga panggul.

5. Pergerakan janin

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya pada bulan ke-5 atau ke-6, beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal.

6. Pegal-pegal

Disebabkan karena progesteron dan relaksin (yang melunakkan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah serta peningkatan berat badan yang dibawa dalam Rahim.

7. Kaki bengkak

Dikarenakan adanya perubahan hormonal yang menyebabkan retensi cairan.

8. Nyeri perut bawah

Disebabkan karena progesteron dan relaksin (yang melunakkan jaringan ikat) dan postur tubuh yang berubah serta peningkatan berat badan yang dibawa dalam Rahim.

9. Konstipasi

Terjadi pada bulan-bulan terakhir dan disebabkan karena progesteron dan usus yang terdesak oleh Rahim yang membesar dan bisa juga karena efek dari terapi tablet zat besi.

e. Perubahan anatomi dan fisiologi pada perempuan hamil

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

1) System Reproduksi.

a) Uterus

Pembesaran uterus meliputi peregangan dan penebalan sel – sel otot, sementara produksi miosit yang baru sangat terbatas. Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 g dan kapasitas 10 ml atau kurang. Selama kehamilan uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion rata – rata pada akhir kehamilan volume total mencapai 5 liter bahkan mencapai 20 liter atau lebih dengan rata – rata 1100 g. (Prawirohardjo, 2014 hal 175).

b) Serviks

Satu bulan setelah konsepsi servik akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersamaan dengan terjadinya hipertrofi dan hiperplasia pada

klenjar – kelenjar serviks. (Prawirohardjo, 2014 hal 177)

c) Ovarium.

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Satu korpus luteum yang dapat ditemukan di ovarium. Folikel ini akan berfungsi maksimal selama 6-7 minggu awal kehamilan dan setelah itu akan berperan sebagai penghasil progesteron dalam jumlah yang relatif minimal (Prawirohardjo, 2014 hal 178).

d) Vagina dan Perinium.

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot – otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat keunguan yang dikenal dengan tanda Chadwick (Prawirohardjo, 2014 hal 178).

e) Kulit.

Pada kulit dinding perut akan terjadi perubahan warna menjadi kemerahan, kusam, dan kadang – kadang juga akan mengenai daerah payudara dan paha. Perubahan ini dikenal dengan nama *striae gravidarum* (Prawirohardjo, 2014 hal 179).

f) Payudara.

Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukurannya dan vena- vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Putting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak (Prawirohardjo, 2014 hal 179).

2) Perubahan metabolik

Peningkatan jumlah cairan selama kehamilan adalah suatu hal yang fisiologis. Hal ini disebabkan oleh turunnya osmolaritas dari 10 mOsm/kg yang diinduksi oleh makin rendahnya ambang rasa haus dan sekresi vasopressin. (Prawirohardjo, 2014 hal 180).

3) System kardiovaskular.

Pada minggu ke-5 *cardiac output* akan meningkat dan perubahan ini terjadi untuk mengurangi resistensi vascular sistemik. Selain itu juga terjadi peningkatan denyut jantung. Antara minggu ke-10 dan 20 terjadi peningkatan volume plasma sehingga juga terjadi peningkatan *preload*. (Prawirohardjo, 2014 hal 182).

4) Traktus Digestivus

Perubahan yang nyata akan terjadi pada penurunan motilitas otot polos pada traktus digestivus dan penurunan sekresi asam hidroklorid dan peptin dilambung sehingga akan menimbulkan gejala berupa *pyrosis (heartburn)* yang disebabkan oleh refluks asam lambung ke esofagus bawah akibat perubahan posisi lambung dan menurunnya tonus sfingter esofagus bagian bawah. (Prawirohardjo, 2014 hal 185).

5) Traktus Urinarius

Pada bulan-bulan pertama kehamilan kandung kemih akan tertekan oleh uterus yang mulai membesar sehingga menimbulkan sering berkemih. Keadaan ini akan hilang dengan makin tuanya

kehamilan bila uterus keluar rongga panggul. Pada akhir kehamilan, jika kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul, keluhan itu akan timbul kembali. (Prawirohardjo, 2014 hal 185).

6) System Endokrin.

Selama kehamilan normal kelenjar hipofisis akan membesar  $\pm$  135 %. Akan tetapi kelenjar ini tidak mempunyai arti penting dalam kehamilan. Hormone prolaktin akan meningkat 10x lipat pada saat kehamilan aterm (Prawirohardjo, 2014 hal 186).

7) System Muskuloskeletal.

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang kearah dua tungkai ini diperkirakan karena pengaruh hormonal (Prawirohardjo, 2014 hal 186).

f. Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan

1) Perdarahan

Perdarahan pada kehamilan muda dan usia kehamilan dibawah 20 minggu , umumnya disebabkan oleh keguguran. Penyebab yang sama dan menimbulkan gejala perdarahan pada kehamilan muda dan ukuran pembesaran uterus yang diatas normal umumnya disebabkan oleh mola hidratidosa. Perdarahan pada kehamilan muda , pembesaran uterus yang tidak sesuai ( lebih kecil) dari usia



kehamilan, disebut kehamilan ektopik. (Prawirohardjo 2014 hal 282)

2) Preeklamsia

Tekanan darah melebihi batas normal terjadi diatas usia kehamilan 20 minggu. (Prawirohardjo, 2014 hal 283).

Gejala atau tanda preeklamsia yaitu:

- (a) Sakit kepala yang hebat menetap
- (b) Gangguan penglihatan seperti pandangan mata kabur, silau, berkunang-kunang
- (c) Nyeri epigastrik
- (d) Tekanan darah tinggi
- (e) Protein urin di atas positif 3
- (f) Edema menyeluruh pada muka, kaki, tangan

3) Nyeri hebat di daerah Abdominopelvikum

Terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda-tanda dan maka diagnsanya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan (*revealed*) maupun tersembunyi (*concealed*). (Prawirohardjo, 2014 hal 283).

g. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan (Prawirohardjo 2014 hal.278).

Ada 6 alasan penting untuk mendapatkan asuhan antenatal, yaitu :

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

1) 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
- 2) 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
- 3) Standar Asuhan Kebidanan

Pelayanan atau asuhan standar minimal termasuk 10T ( KIA,2016):

- a) Timbang berat badan. Timbang berat badan merupakan ukuran yang terpenting, dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Pertumbuhan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin.
- b) Ukur tekanan darah. Pengukuran tekanan darah pada pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah  $\geq$  140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklamsi (hipertensi disertai edema wajah atau tungkai bawah, dan protein urin).
- c) Penentuan letak janin (presentasi janin) dan perhitungan denyut jantung janin.

Apabila trimester III bagian bawah janin bukan kepala belum masuk panggul kemungkinan ada kelainan letak. Bila denyut

jantung janin kurang dari 120 atau lebih dari 160 maka menunjukkan gawat janin.

d) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA)

Bila  $< 23,5$  cm menunjukkan ibu hamil menderita Kurang Energi Kronis dan berisiko melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah.

e) Ukur tinggi fundus uteri. Pengukuran tinggi fundus uteri pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Melihat TBJ janin dengan menghitung rumus yang ada.

f) Pemberian imunisasi TT lengkap. Imunisasi TT adalah imunisasi yang diberikan kepada ibu hamil untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum. Ibu hamil dengan status T5 (TT Long Life) tidak perlu diberikan imunisasi TT lagi.

g) Pemberian tablet besi. Pemberian tablet besi adalah sebesar 60 mg dan asam folat 500mg adalah kebijakan program pelayanan antenatal dalam upaya untuk mencegah anemi dan untuk pertumbuhan otak bayi, sehingga mencegah kerusakan otak pada bayi. Setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan asam folat minimal 90 tablet selama kehamilan yang diberikan sejak pemeriksaan pertama.

h) Pemeriksaan laboratorium

Tes PMS (Penyakit Menular Seksual) Menganjurkan untuk pemeriksaan Infeksi Menular Seksual lain pada kecurigaan adanya resiko IMS

i) Temu wicara (konseling) Temu wicara (konseling) dilakukan pada setiap kunjungan antenatal

j) Tata laksana atau mendapatkan pengobatan. Jika ibu mempunyai masalah kesehatan pada saat hamil.

2. Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu, persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai penyulit. (APN, 2016 hal 37).

b. Tanda-tanda Inpartu

Tanda-tanda Inpartu menurut (APN, 2016 hal 37) dapat diketahui dengan :

- 1) Penipisan dan pembukaan serviks
- 2) Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks  
( frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit)
- 3) Cairan lendir bercampur darah (*show*) melalui vagina

c. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Tahap-Tahap Persalinan Menurut Mutmainah (2017 hal 24) faktor-faktor yang dapat mempengaruhi jalannya proses persalinan yaitu:

1) Isi Kehamilan (*Passenger*)

Penumpang dalam persalinan adalah janin dan plasenta. Hal-hal yang perlu diperhatikan mengenai janin adalah ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Sedangkan yang perlu diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar dan luasnya.

2) Jalan lahir (*Passage*)

Jalan lahir terbagi atas dua yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal-hal yang perlu diperhatikan dari jalan lahir yaitu ukuran dan bentuk tulang panggul. Pada jalan lahir lunak adalah segmen bawah uterus yang dapat meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina dan *introitus* vagina.

3) Kekuatan (*Power*)

Kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu.

4) Posisi Ibu (*Positioning*)

Posisi ibu dapat mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi.

5) Respon Psikologi (*Psychology Response*)

- a) Dukungan ayah bayi/ pasangan selama proses persalinan
- b) Dukungan kakek-nenek (saudara dekat) selama persalinan
- c) Saudara kandung bayi selama persalinan

d. Tahapan Persalinan

Menurut Oktariani (2016 hal 13) tahapan persalinan dibagi menjadi 4 fase atau kala, yaitu:

1) Kala I

Kala I disebut juga kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm).

Proses pembukaan serviks dibagi menjadi 2 fase, yaitu:

a) Fase laten

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

b) Fase Aktif, dibagi menjadi 3 fase lagi yaitu:

(1) Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm

(2) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

(3) Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap atau 10 cm, akan terjadi kecepatan rata-rata

yaitu, 1 cm perjam untuk primigravida dan 2 cm untuk multigravida.

2) Kala II

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

3) Kala III

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

4) Kala IV

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



e. Mekanisme persalinan

Menurut Rahayu ( 2017 hal 47 ) mekanisme persalinan adalah :

- a) Turunnya Kepala (*Engagement*) : masuknya bagian terbesar kepala janin ke dalam PAP.
- b) *Fleksi* : Dengan adanya his atau tahanan dari dasar panggul yang makin besar, maka kepala janin akan makin turun dan semakin fleksi sehingga dagu janin menekan dada dan kepala menjadi bagian terbawah.
- c) Putara paksi dalam : makin turunnya kepala janin akan berputar sedemikian rupa sehingga diameter terpanjang rongga panggul atau diameter anterior posterior kepala janin akan bersesuaian dengan diameter terkecil hal ini memungkinkan terjadi gerakan skrup sewaktu turun dalam jalan lahir. Bahu tidak berputar bersama kepala.
- d) *Ekstensi* : setelah putaran paksi dalam selesai terjadilah ekstensi karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan keatas sehingga kepala harus ekstensi.
- e) Putaran paksi luar : Setelah ekstensi diikuti dengan putaran paksi luar sehingga sumbu panjang bahu dengan kepala janin berada dalam satu garis lurus.
- f) *Ekspulsi* : setelah putaran paksi luar bahu depan sampai di bawah symfisis dan sedikit keluar kemudian diikuti dengan pengeluaran bahu belakang dan seluruh tubuh bayi.

## f. Robekan Jalan lahir

Menurut Depkes RI ( 2016) robekan jalan lahir adalah :

Tabel 1.1 Robekan Jalan Lahir

1. Derajat Satu	: <i>Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum.</i> Terkadang tidak perlu dijahit jika tidak ada perdarahan.
2. Derajat Dua	: <i>Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum.</i> Dilakukan penjahitan.
3. Derajat Tiga	: <i>Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani.</i> RUJUK
4. Derajat Empat	: <i>Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot sfingter ani, dinding depan rektum.</i> RUJUK.

## g. Asuhan Kebidanan Pada Persalinan

Dasar asuhan persalinan normal adalah asuhan yang bersih dan aman selama persalinan dan setelah bayi lahir. Fokus pada pencegahan komplikasi terutama perdarahan pasca persalinan, hipotermia, dan asfiksia bayi baru lahir. (Prawirohardjo, 2014 hal 334).

Pencegahan komplikasi pada ibu maupun bayi akan mengurangi kesakitan dan kematian ibu serta bayi baru lahir. Tujuan asuhan persalinan normal adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui berbagai upaya terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga. (Prawirohardjo, 2014 hal 335).

Kegiatan asuhan persalinan normal menurut (APN 2016 hal 4) meliputi berikut :

- 1) Pencegahan infeksi.
- 2) Memberikan asuhan secara rutin dan pemantauan selama persalinan dan setelah bayi lahir dengan menggunakan partograf.
- 3) Memberikan asuhan sayang ibu secara rutin selama persalinan, pascapersalinan dan nifas.
- 4) Merencanakan persiapan dan melakukan rujukan tepat waktu dan optimal bagi setiap ibu bersalin atau melahirkan bayi.
- 5) Menghindari tindakan yang tidak perlu atau berbahaya seperti episiotomi rutin, amniotomi, kateterisasi dan penghisapan lendir.
- 6) Melakukan inisiasi menyusui dini
- 7) Memberikan asuhan pada bayi baru lahir.
- 8) Memberikan asuhan dan pemantauan ibu dan bayi baru lahir, termasuk dalam masa nifas dini secara rutin.
- 9) Mengajarkan ibu dan keluarga untuk mengenali tanda bahaya selama nifas dan pada bayi baru lahir.
- 10) Mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan.

h. 60 langkah APN

Kegiatan Persalinan Normal Menurut (Prawirohardjo 2014 Hal 341)

**Melihat Tanda Dan Gejala Kala Dua**

(1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua.

$\frac{3}{4}$  Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.

$\frac{3}{4}$  Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya.

$\frac{3}{4}$  Perineum menonjol.

$\frac{3}{4}$  Vulva-vagina dan sfingter anal membuka.

**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).

### **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.

**Menyiapkan Ibu dan 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. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran
- (i) 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.
- (j) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

### **Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi.**

- (14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
- (15) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
- (16) Membuka partus set.
- (17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan

### **Menolong Kelahiran Bayi**

#### **Lahirnya kelapa**

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



(20) 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.

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

#### **Lahir bahu**

(22) 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. Lahir badan dan tungkai

(23) 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.

- (24) 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.

### **Penanganan Bayi Baru Lahir**

- (25) 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).
- (26) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.
- (27) 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).
- (28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- (29) 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.

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

### **Oksitosin**

(31) Meletakkan kain bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.

(32) Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.

(33) 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**

(34) Memindahkan klem pada tali pusat

(35) 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.

(36) 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.

Mengeluarkan plasenta.

(37) 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 :
- (c) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
- (d) Menilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
- (e) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
- (f) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
- (g) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.

(38) 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 terpilin. 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 selapuk yang tertinggal.

### **Pemijatan Uterus**

- (39) 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).

### **Menilai Perdarahan**

- (40) 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 kantung plastik atau tempat khusus.

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

- (41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.

### **Melakukan Prosedur Pasca Persalinan**

- (42) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik. Mengevaluasi perdarahan persalinan vagina.
- (43) 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.
- (44) 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.
- (45) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
- (46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %.
- (47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- (48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
- (49) 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.
- (50) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- (51) Mengevaluasi kehilangan darah.
- (52) 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.

### **Kebersihan dan keamanan**

- (53) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi
- (54) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.

- (55) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- (56) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Mengajukan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- (57) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
- (58) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- (59) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- Dokumentasi**
- (60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang)

i. Partograf

Menurut (Rahayu, 2017 hal 67) Partograf adalah :

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala satu, mencatat informasi pada observasi/riwayat dan pemeriksaan fisik ibu dalam proses persalinan serta merupakan alat utama dalam mengambil keputusan klinik khususnya pada persalian kala satu. Partograf harus digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif dan memberikan asuhan persalinan pada ibu di semua tempat pada waktu menolong persalinan.



Tujuan penggunaan partograf :

1. Menilai penurunan bagian terbawah janin melalui pemeriksaan persalinan suprasimfisis
2. Mencatat hasil observasi dan memantau kemajuan persalinan (dilatasi serviks)
3. Mendeteksi proses persalinan berjalan secara normal (kondisi ibu dan janin pada fase aktif kala I)
4. Mencatat asupan dan keluaran ibu selama fase aktif kala I

Bagian- bagian partograf :

1. Kemajuan persalinan
  - a) Pembukaan serviks
  - b) Turunnya bagian terbawah dari kepala janin
  - c) Kontraksi uterus (frekuensi dan lamanya kontraksi uterus)
2. Kondisi janin
  - a) Denyut jantung janin
  - b) Warna dan volume air ketuban
  - c) Moulase kepala janin
3. Kondisi ibu
  - a) Kondisi selaput, cairan dan warna air ketuban
  - b) Tekanan darah, nadi, dan suhu badan
  - c) Volume produksi urin, aseton dan protein
  - d) Obat dan cairan

### 3. Nifas

#### a. Pengertian Nifas

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. (Vivian dkk. 2011 hal 1 )

#### b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut (Vivian dkk. 2011 hal 2-3) Asuhan masa nifas yang dilakukan bertujuan untuk :

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya
- 2) Melaksanakan skrining secara komprehensif, mendeteksi masalah , mengobati, merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayinya.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi, dan perawatan bayi sehat.
- 4) Memberikan pendidikan mengenai laktasi dan perawatan payudara
- 5) Memberikan pelayanan keluarga berencana.
- 6) Mendapat kesehatan emosi

#### c. Tahap-Tahap Masa Nifas

Menurut Maritalia (2014 hal 12) Adapun tahapan masa nifas adalah :

##### 1) *Puerperium dini*

Masa pemulihan, yakni saat-saat ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. ibu yang melahirkan pervagina tanpa komplikasi

dalam 6 jam pertama setelah kala IV dianjurkan untuk mobilisasi segera.

### 2) *Puerperium intermedial*

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

### 3) *Remote puerperium*

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

#### d. Tahapan Masa Nifas

Menurut Pitriani ( 2014 hal 7 ) tahapan masa nifas :

##### 1.) Fase *talking in* (1-2 hari setelah melahirkan)

Pada fase ini ciri-ciri yang biasa diperlihatkan adalah :

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

2) Fase *taking hold* ( hari ke 2-4 setelah melahirkan

Adapun ciri-ciri fase *taking hold* antara lain :

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

3) Fase *Letting go*

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

e. Perubahan Fisiologis

Menurut Rahayu ( 2017 hal 76 ) perubahan fisiologis :

1) Sistem *Cardiovaskuler*

Setelah terjadi diuresis yang mencolok akibat penurunan kadar estrogen volume darah kembali kepada keadaan tidak hamil. Jumlah sel darah merah dan hemoglobin kembali normal pada hari ke 5.

## 2) Sistem Hematologi

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

## 3) Sistem pencernaan

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

## 4) Sistem Reproduksi

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

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

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

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

a) *Lochea rubra/kruenta*

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

b) *Lochea sanguinolenta*

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

c) *Lochea serosa*

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

d) *Lochea alba*

Timbul setelah 2 minggu postpartum dan hanya merupakan cairan putih.

4) Endokrin

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

5) System Perkemihan

Adanya trauma akibat kelahiran, menyebabkan keinginan untuk berkemih menurun. Penurunan berkemih, seiring diuresis post

partum, bisa menyebabkan distensi kandung kemih. Distensi kandung kemih yang muncul segera setelah wanita melahirkan dapat menyebabkan perdarahan berlebih karena keadaan ini bisa menghambat uterus berkontraksi dengan baik.

#### 6) System Musculokeletal

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

#### e. Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Pitriani, (2014) Tanda Bahaya Masa Nifas adalah :

Gejala atau tanda bahaya yang harus diwaspadai diantaranya sebagai berikut:

##### 1) Perdarahan postpartum

Dengan tanda dan gejala secara umum sebagai berikut: Perdarahan yang membutuhkan lebih dari satu pembalut dalam waktu satu atau dua jam, sejumlah besar perdarahan berwarna merah terang tiap saat setelah minggu pertama pascapersalinan. Perdarahan post partum adalah perdarahan lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir. Menurut waktu terjadinya dibagi atas dua bagian yaitu: Perdarahan

Postpartum Primer (*early postpartum hemorrhage*) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir dan perdarahan postpartum sekunder (*late postpartum hemorrhage*) yang terjadi setelah 24 jam, biasanya antara hari ke-5 sampai ke-15 postpartum

- 2) Pengeluaran cairan vaginal dengan bau busuk.
  - 3) Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastric, masalah pada penglihatan
  - 4) Pembengkakan pada wajah dan tangan, Demam, mualmuntah, rasa sakit saat berkemih.
  - 5) Payudara yang memerah, panas, dan terasa sakit
  - 6) Kehilangan selera makan untuk waktu yang berkepanjangan
  - 7) Merasa sedih atau tidak mampu merawat bayinya dan diri sendiri
- f. Kunjungan Masa Nifas

Tabel 1.2 Kunjungan Nifas

( Rahayu, 2017 hal 83 )

Kunjungan	Waktu	Asuhan
1	6 – 8 jam post partum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.</li> <li>2. Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahn berlanjut.</li> <li>3. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.</li> <li>4. Pemberian ASI awal.</li> <li>5. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.</li> <li>6. Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.</li> <li>7. Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi</li> </ol>



Lanjutan Tabel 1.2 Kunjungan

2	6 hari post partum	<p>untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memastikan involusio uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri dibawah umbilikus, dan tidak ada perdarahan abnormal.</li> <li>2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.</li> <li>3. Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.</li> <li>4. Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan.</li> <li>5. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.</li> <li>6. Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.</li> </ol>
3	2 minggu post partum	Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
4	6 minggu post partum	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.</li> <li>2. Memberikan konseling KB secara dini.</li> </ol>

#### 4. Bayi Baru Lahir

##### a. Pengertian Bayi Baru Lahir

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

##### b. Tanda-Tanda Bayi Baru Lahir Normal

Tanda bayi lahir normal menurut (Vivian , 2013 hal 2) :

- 1) Lahir aterm antara 37-42 minggu
- 2) Berat badan 2500-4000 gram
- 3) Panjang badan lahir 48-52 cm
- 4) Lingkar dada 30-38 cm

- 5) Lingkar kepala 33-35 cm
- 6) Lingkar lengan 11-12 cm
- 7) Frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit
- 8) Pernafasan 40-60 x/menit
- 9) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup
- 10) Rambut lanugo telah tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- 11) Kuku telah agak panjang dan lemas
- 12) Nilai APGAR >7
- 13) Gerak aktif
- 14) Bayi lahir langsung menangis kuat
- 15) Genetalia: Labia mayora sudah menutupi labia minora (pada perempuan), testis sudah turun pada laki-laki
- 16) Reflek *rooting* ( mencari puting susu dan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik
- 17) Reflek *sucking* ( hisap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik
- 18) Reflek *moro* ( gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik
- 19) Reflex *grasping* ( menggenggam) sudah baik
- 20) Eliminasi baik, urin dan mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium bewarna hitam kecoklatan.

Tabel 1.3 Skor Apgar

Tanda	Nilai		
	0	1	2
Denyut jantung	Tidak ada	Pelan (<100 kali/menit	>100 kali / menit
Respirasi	Tidak ada	Pelan, tidak teratur	Menangis dengan baik
	Lemas	Ekstermitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
Tonus otot			
Intensitas Refleks	Tidak ada respon	Meringis	Batuk, bersin menangis
Warna	Biru atau pucat	Tubuh merah muda, ekstermitas biru	Merah muda Seluruhnya

Sumber : Lissauer, Fanaroff Selayang Neonatologi Eds.2 hal.51.

Klasifikasi klinik nilai APGAR menurut Vivian tahun 2013 hal 3 :

1. Nilai 7-10: bayi normal
2. Nilai 4-6: bayi asfiksia ringan - sedang
3. Nilai 0-3: bayi asfiksia berat

c. Tanda – tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

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

- 1) Kulit bayi kuning/ *ikterik*
- 2) Pernafasan sulit/ lebih dari 60x/menit.
- 3) Terlalu hangat ( $>38^{\circ}\text{C}$ ) atau lebih dari ( $<36^{\circ}\text{C}$ ).
- 4) Kulit bayi kering (terutama 24 jam pertama ) berwarna biru, pucat atau memar.
- 5) Isapan saat menyusui lemah, rewel, sering muntah.
- 6) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk.

- 7) Tidak BAB dalam 3 hari, tidak BAK dalam 24 jam, feses lembek atau cair, sering berwarna hijau tua dan terdapat lendir atau darah.

d. Asuhan Bayi Baru Lahir

Menurut (Rahayu, 2017 hal 98) kebutuhan dasar bayi baru lahir, diantaranya:

- 1) Membersihkan jalan nafas

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

- 2) Memotong tali pusat

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

- 3) Mempertahankan suhu tubuh bayi

Pada waktu baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu tubuhnya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat.

- 4) Memberi Vitamin K

Semua BBL harus diberi vitamin K (Phytomenadione) untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin K yang dapat

dialami oleh sebagian BBL. Disuntikan secara IM di paha kiri sebanyak 0,5 mL.

5) Memberi obat tetes mata atau salep mata

Salep atau tetes mata untuk pencegahan infeksi mata diberikan setelah proses IMD dan bayi selesai menyusu. Upaya pencegahan infeksi mata kurang efektif jika diberikan >1 jam setelah kelahiran.

6) Pemantauan bayi baru lahir

Tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayinormal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir.

7) Pemeriksaan Fisik

Tujuan untuk melihat apakah ada kelainan pada bayi baru lahir.

e. Penatalaksanaan bayi asfiksia

Tindakan yang dapat dilakukan pada bayi asfiksia neonatorum menurut (Vivian,2013 hal 104) adalah sebagai berikut:

- 1) Bersihkan jalan nafas dengan menghisap lendir dan kasa steril
- 2) Potong tali pusat dengan teknik aseptik dan antiseptik
- 3) Segera keringkan bayi dengan handuk/ kain kering yang bersih dan hangat
- 4) Nilai status pernapasan. Lakukan hal-hal berikut bila ditemukan tanda-tanda asfiksia:
  - a) Segera baringkan dengan kepala bayi sedikit ekstensi dan

penolong berdiri di sisi kepala bayi dari air ketuban.

- b) Miringkan kepala bayi
  - c) Bersihkan mulut dengan kasa yang dibalut pada jari telunjuk
  - d) Isap cairan dari mulut dan hidung
- 5) Lanjutkan penilaian status pernapasan

Nilai status pernapasan apabila masih ada tanda asfiksia. Caranya dengan menggosok punggung bayi (melakukan rangsangan taktil).

Bila tidak ada perubahan segera berikan napas buatan.

## 5. Keluarga Berencana

### a. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga Berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan agar dapat mencapai hal tersebut, maka dibuatlah beberapa cara atau alternative untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. Cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. (Sulistyawati, 2011 hal 12).

### b. Tujuan Keluarga Berencana (KB)

Tujuan KB adalah membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan social ekonomi suatu keluarga, dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.(Sulistyawati,2011 hal 13).

Tujuan lain yaitu menghindari/mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma tersebut. (Vivian dkk, 2011 hal 77).

c. Manfaat Keluarga Berencana

Manfaat KB adalah menurunkan resiko kanker Rahim dan serviks, menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mencegah penyakit menular seksual, meningkatkan kesehatan ibu dan bayi, menurunkan angka kematian ibu dan bayi, menghasilkan keluarga yang berkualitas, dan menjamin pendidikan anak yang lebih baik (Pusdiklatnakes, 2015).

d. Macam-Macam Metode Kontrasepsi

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

1) Menurut metode kontrasepsi alamiah meliputi:

a) Metode kalender

Metode kalender menggunakan prinsip pantang kala, yaitu tidak melakukan persetubuhan pada masa subur istri.

b) Metode lendir serviks

Metode ovulasi didasarkan pada pengenalan terhadap perubahan lendir serviks selama siklus menstruasi yang menggambarkan masa subur dalam siklus dan waktu fertilitas maksimal dalam masa subur. Cara mengenali

karakteristik lender serviks dan pola sensasi di vulva (kebasahan, perasaan banyakcairan, atau kering ) selama siklus.

c) Metode amenore laktasi

Metode kontrasepsi yang mengandalkan pemberian ASI. MAL merupakan kontrasepsi bila menyusui secara penuh, belum haid setelah melahirkan, umur bayi kurang dari 6 bulan.

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

d) Metode simtomtermal

Masa subur yang dapat ditentukan dengan mengamati suhu tubuh dan lender serviks.

e) *Koitus interruptus*

Pada metode ini, pria mengeluarkan atau menarik alat kelaminnya dari vagina sebelum terjadinya ejakulasi (pelepasan sperma ketika mengalami orgasme) sehingga sperma tidak masuk ke vagina dan kehamilan dapat dicegah.



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

2) Metode sederhana dengan menggunakan alat

a) Kondom pria

Kondom merupakan sarung karet yang dapat dibuat dari bahan diantaranya lateks (karet), plastik, atau bebas yang alami yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual.

Keuntungannya yaitu efektif bila dilakukan dengan benar, tidak mengganggu produksi ASI, Tidak mengganggu kesehatan pasien, Tidak mempunyai pengaruh sistemik, murah dan dapat dibeli secara umum.

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

b) Diafragma

Diafragma adalah berbentuk bulat cembung yang terbuat dari lateks yang diinserasikan ke dalam vagina

sebelum berhubungan seksual dan menutup servik. Fungsinya adalah mencegah sperma memasuki rahim. Cara kerjanya yaitu menahan sperma agar mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopii) dan sebagai alat tempat spermisida. (BKKBN,2014;h.MK-21).

c) Spermisida

Metode kontrasepsi spermisida menggunakan bahan kimia yang bertujuan untuk membunuh atau menghancurkan membran sel sperma dan menurunkan motilitas (pergerakan sperma) sehingga sel sperma tidak bisa membuahi ovum. Tipe spermisida mencakup foam aerosol, krim vagina, suppositoria, jeli atau sponge yang dimasukkan kedalam vagina sebelum melakukan hubungan seksual. Cara kerjanya yaitu, menyebabkan sel membrane sperma terpecah,memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur (BKKBN,2014;h.MK-24).

3) Kontrasepsi hormonal

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

a) Kontrasepsi oral

Ada 2 macam kontrasepsi oral yaitu pil oral kombinasi (estrogen dan progesteron). Cara Kerja Pil Kombinasi

Menekan ovulasi yaitu mencegah implanisasi, Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma, Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula.

Manfaat Pil Kombinasi :

- (1) Memiliki efektivitas yang tinggi (hampir 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) Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri.
- (5) Dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan.
- (6) Dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause.
- (7) Mudah dihentikan setiap saat.
- (8) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan.
- (9) Dapat digunakan sebagai alat kontrasepsi darurat.

Keterbatasan Pil Kombinasi :

- (1) Mahal dan membosankan karena harus menggunakannya setiap hari.
- (2) Mual, terutama 3 bulan pertama.
- (3) Perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama 3 bulan pertama.
- (4) Pusing.
- (5) Nyeri payudara.
- (6) Berat badan naik sedikit, tetapi pada perempuan tertentu kenaikan berat badan justru memiliki dampak positif.
- (7) Berhenti haid (amenorea), jarang pada pil kombinasi.
- (8) Tidak boleh diberikan pada perempuan menyusui (mengurangi ASI).
- (9) Pada sebagian kecil perempuan dapat menimbulkan depresi, dan perubahan suasana hati, sehingga keinginan untuk melakukan hubungan seksual berkurang.

b) Kontrasepsi suntik

Ada 2 jenis kontrasepsi suntik yaitu KB suntik kombinasi dan KB suntik berisi hormon progesteron. Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg *Depo Medroksiprogesteron Asetat* dan 5 mg *Estradiol Sipionat* yang diberikan dengan injeksi IM sebulan sekali

(*Cyclofem*), dan 50 mg Norentindron *Entanat* dan 5 mg *Estradiol valerat* yang diberikan dengan injeksi IM sebulan sekali. Sedangkan jenis suntikan *progestin* terdapat 2 jenis yaitu *Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depovera)* yang diberikan setiap 3 bulan sekali dan *Depo Norentindron Entanat (Depo Noristerat)* yang diberikan setiap 2 bulan sekali secara IM.

Cara kerja suntikan Progestin menurut Bkkbn, yaitu mencegah ovulasi, mengentalkan lender serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma. Menjadikan selaput lender Rahim tipis dan atrofi dan menghambat transportasi gamet oleh tuba. Kekurangan Suntikan Progestin menurut BKKBN yaitu :

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

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

AKDR mempengaruhi gerakan dan kelangsungan hidup sperma dalam rahim, sehingga sperma tidak dapat mencapai sel telur untuk membuahnya. Sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang (dapat sampai 10 tahun: CuT-380). Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak, pemasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi dan tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar pada IMS (BKKBN,2014;h.MK-80).

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

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

Cara kerjanya yaitu menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi. Mempengaruhi fertilitas sebelum ovum mencapai kavum uteri. AKDR bekerja terutama mencegah sperma mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi. Dan memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (BKKBN,2014; h.MK-80,MK-81).

## 5) Metode operasi (Sterilisasi)

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

### a) Sterilisasi pada wanita

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

- (1) Kurang dari 1 kelahiran per 100 (5 per 1000) perempuan pada tahun pertama penggunaan.
- (2) Pada 10 tahun penggunaan, terjadi sekitar 2 kehamilan per 100 perempuan (18-19 per 1000 perempuan).
- (3) Efektifitas kontraseptif terkait juga dengan teknik tubektomi (penghambatan atau oklusi tuba) tetapi secara keseluruhan, efektifitas tubektomi cukup tinggi dibandingkan metode kontrasepsi lainnya. Metode dengan efektifitas tinggi adalah tubektomi minilaparotomi pascapersalinan.

Keuntungan tubektomi mempunyai efek protektif terhadap kehamilan dan penyakit radang panggul (PID). Beberapa studi

menunjukkan efek protektif terhadap kanker ovarim (BKKBN, 2014;h.MK-89).

b) Sterilisasi pada pria

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

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah ntuk 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 vesikla seminalis yang pada saat ejakulasi dikeluarkan bersamaan dengan cairan semen, untuk oklusi vas deferens, diperlukan tindakan insisi kecil (minor) pada daerah rafe skrotalis. Penyesalan terhadap vasektomi, tidak segera memulihkan fungsi reproduksi karena memerlukan tindakan pembedahan ulang



## 6) Implant

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 (BKKBN, 2014;h.MK-55).

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

- a) *Norplant*, terdiri dari 6 kapsul yang secara total bermuatan total 2016 mg levonorgestrel. Panjang kapsul 34 mm dengan diameter 2,4 mm. penggunaan selama 5 tahun. Enam kapsul *norplant* dipasang menurut konfigurasi kipas di lapisan subdermal lengan atas.
- b) *Norplant II*, memakai *levonogestrel* 150 mg dalam kapsul 43 mm dan diameter 2,5 mm. Masa kerja *Norplant-2* 5 tahun.
- c) *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 BKKBN,(2014;h.MK-59) Bila dipasang sebelum tanggal kadaluwarsa, *Implan-2* bekerja efektif mencegah kehamilan hingga 3-4 tahun. Kapsul yang dipasang

harus dicabut menjelang akhir masa 3-4 than (masa pakai). Kapsul yang baru dapat dipasang kembali setelah pencabutan apabila dikehendaki oleh klien.

## B. Teori Manajemen Kebidanan

Menurut Nurrobikha (2018) Teori manajemen kebidanan adalah :

### 1. Manajemen Kebidanan Varney

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

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

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

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

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

b. Langkah II (Interpretasi Data Dasar)

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa, tetapi sngguh membutuhkan penanganan yang dituangkan kedalam sebuah rencana asuhan terhadap klien.

c. Langkah III (Identifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial)

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

d. Langkah IV (Identifikasi Tindakan Segera)

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

e. Langkah V (Perencanaan)

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

f. Langkah VI (Pelaksanaan)

Pada langkah ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah sebelumnya dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Dalam situasi ketika bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, keterlibatan bidan dalam manajemen asuhan bagi klien adalah bertanggung jawab terhadap terlaksananya asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan meningkatkan waktu dan menghemat biaya serta meningkatkan mutu asuhan klien.

g. Langkah VII (Evaluasi)

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

2. Metode dokumentasi SOAP

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

Kriteria pencatatan Asuhan Kebidanan adalah sebagai berikut:

a. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam Medis atau KMS atau buku KIA).

b. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP

1) S (Subjektif)

Yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa

2) O (Objektif)

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

3) A (Assesment)

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

#### 4) P (Plann)

Yaitu menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assesment.

### C. Tinjauan kewenangan Bidan

#### 1. Pengertian Kewenangan Bidan

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

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

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

Pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomer 28 Tahun 2017 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan

terdapat pada pasal 18 yaitu sebagai berikut dan dijelaskan bagian – bagian dari isi pasal 18 pada pasal 19, pasal 20 dan pasal 21.

#### Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

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

#### Pasal 19

- (1) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf a diberikan pada masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.
- (2) Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan:
  - a) konseling pada masa sebelum hamil;
  - b) antenatal pada kehamilan normal;
  - c) persalinan normal;
  - d) ibu nifas normal;
  - e) ibu menyusui; dan
  - f) konseling pada masa antara dua kehamilan.

(3) Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan:

- a) episiotomi;
- b) pertolongan persalinan normal;
- c) penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II;
- d) penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
- e) pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil;
- f) pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas;
- g) fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif;
- h) pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum;
- i) penyuluhan dan konseling;
- j) bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan
- k) pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

#### Pasal 20

(1) Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak prasekolah.

(2) Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bidan berwenang melakukan:

- a) pelayanan neonatal esensial;



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

- d) membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).
- (5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi kegiatan penimbangan berat badan, pengukuran lingkaran kepala, pengukuran tinggi badan, stimulasi deteksi dini, dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita dengan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP)
- (6) Konseling dan penyuluhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d meliputi pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, tanda bahaya pada bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, PHBS, dan tumbuh kembang.

Pasal 21

Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam pasal 18 huruf c,

Bidan berwenang memberikan:

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

## 2. Standar Kompetensi Bidan

Dengan mengacu pada Keprmenkes RI Nomor : 369/Menkes/SK/111/2007 tentang standar profesi bidan, maka ditetapkan standar kompetensi bidan yang harus dimiliki. Adapun kompetensi yang dimaksud yaitu ada 9 (Sembilan) dengan penjabaran sebagai berikut :

### a. Kompetensi ke 1:

Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dari ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi, sesuai dengan budaya untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya.

### b. Kompetensi ke 2:

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh di masyarakat dalam rangka meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan menjadi orang tua.

### c. Kompetensi ke 3:

Bidan memberi asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi deteksi dini, pengobatan atau rujukan.

### d. Kompetensi ke 4:

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin suatu persalinan

yang bersih dan aman, menangani situasi kegawat daruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.

e. Kompetensi ke 5:

Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan menyusui yang bermutu tinggi, tanggap terhadap budaya setempat.

f. Kompetensi ke 6:

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi baru lahir sehat, sampai dengan umur 1 bulan.

g. Kompetensi ke 7:

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi dan balita sehat (1 bln - 5 thn).

h. Kompetensi ke 8:

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai budaya setempat.

i. Kompetensi ke 9:

Bidan melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita/ibu dengan gangguan reproduksi.