

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Medis

1. Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan di definisikan 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

Rahim atau uterus yang semula besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hyperplasia, sehingga menjadi seberat 1000 gram saat akhir kehamilan. Pajang fundus uteri pada usia kehamilan 28 minggu adalah 25 cm, pada usia kehamilan 32 minggu panjangnya 27 cm dan umur hamil 36 minggu panjangnya 30 cm. 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 (Manuaba, dkk, 2010:85).

2) Vagina dan vulva

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

3) Sistem metabolisme

Sebagian besar 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

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

5) Sistem pernafasan

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

6) Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Perkembangan

payudara tidak dapat dilepaskan dari pengaruh hormone saat kehamilan, yaitu estrogen, progesterone, dan somatomamotrofin (Manuaba, dkk, 2010:92).

c. Penatalaksanaan 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 10 T. Asuhan standar minimal 10 T meliputi penimbangan berat badan dan tinggi badan, pengukuran tekanan darah, pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA), pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri), penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi, pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan, penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ), pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal, pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya) dan tatalaksana kasus.

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 sosial.
 - 6) Mempersiapkan ibu dan keluarga dapat berperan dengan baik dalam memelihara bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara normal.
- d. Tanda-Tanda Bahaya Kehamilan
- 1) Perdarahan

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan di bawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum. (Prawiroharjo, 2014:282)
 - 2) Sakit kepala yang hebat, menetap, dan tidak hilang.

Sakit kepala yang menunjukkan suatu masalah yang serius adalah sakit kepala hebat yang menetap dan tidak hilang dengan beristirahat adalah salah satu gejala preeklamsi. Preeklamsi biasanya juga disertai dengan penglihatan tiba-tiba hilang/ kabur, bengkak/oedem pada kaki dan muka serta nyeri pada epigastrium. (Jannah, 2012:187)
 - 3) Nyeri Hebat di Daerah *Abdomino pelvikum*. Bila hal tersebut di atas terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda-tanda di bawah ini, maka diagnosis nya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai

perdarahan (*revealed*) maupun tersembunyi (*concealed*).
(Prawirohardjo, 2014:283)

4) Bayi Kurang Bergerak Seperti Biasa

Ibu mulai merasakan gerakan bayinya selama bulan ke-5 atau ke-6. Beberapa ibu dapat merasakan gerakan bayinya lebih awal. Jika bayi tidur, gerakannya akan melemah. Bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam. Biasanya diukur dalam waktu selama 12 jam yaitu sebanyak 10 kali. (Jannah, 2012:188)

5) Keluar Air Ketuban Sebelum Waktunya (Ketuban Pecah Dini)

Dapat diidentifikasi dengan keluarnya cairan mendadak disertai bau yang khas. Adanya kemungkinan infeksi dalam Rahim dan persalinan prematuritas yang dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi. Ketuban pecah dini yang disertai kelainan letak akan mempersulit persalinan yang dilakukan ditempat dengan fasilitas belum memadai. (Jannah, 2012:189)

6) Muntah Terus-Menerus (Hiperemesis Gravidarum)

Terdapat muntah yang terus-menerus yang menimbulkan gangguan kehidupan sehari-hari dan dehidrasi. (Jannah, 2012:189)

7) Demam

Demam tinggi, terutama yang diikuti dengan tubuh menggigil, rasa sakit seluruh tubuh, sangat pusing biasanya disebabkan oleh malaria. (Jannah, 2012:190)

8) Anemia

Pembagian anemia

- a) Anemia ringan : 9-10 gr %
- b) Anemia sedang : 7-8 gr %
- c) Anemia berat : <7 gr %

Pengaruh anemia pada kehamilan dapat terjadi abortus, partus prematurus, IUGR, infeksi, hiperemesis gravidarum, dan lain-lain.

Anemia ditandai dengan :

- a) Bagian dalam kelopak mata, lidah, dan kuku pucat
- b) Lemah dan merasa cepat lelah
- c) Kunang-kunang
- d) Napas pendek-pendek
- e) Nadi meningkat
- f) Pingsan. (Jannah, 2012:190)

9) Kejang

Kejang pada ibu hamil merupakan gejala lanjut dari preeklamsi. (Jannah, 2012:191)

e. Kebutuhan 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 ketidaknormalan 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)

f. Kebutuhan Fisiologis Ibu Hamil TM III

1) Kebutuhan Nutrisi

Pada masa kehamilan, ibu hamil 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

Perawatan kebersihan selama kehamilan sebenarnya tidak berbeda dari saat-saat yang lain. Akan tetapi, 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 jumlahnya (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, 2012:152)

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, 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.

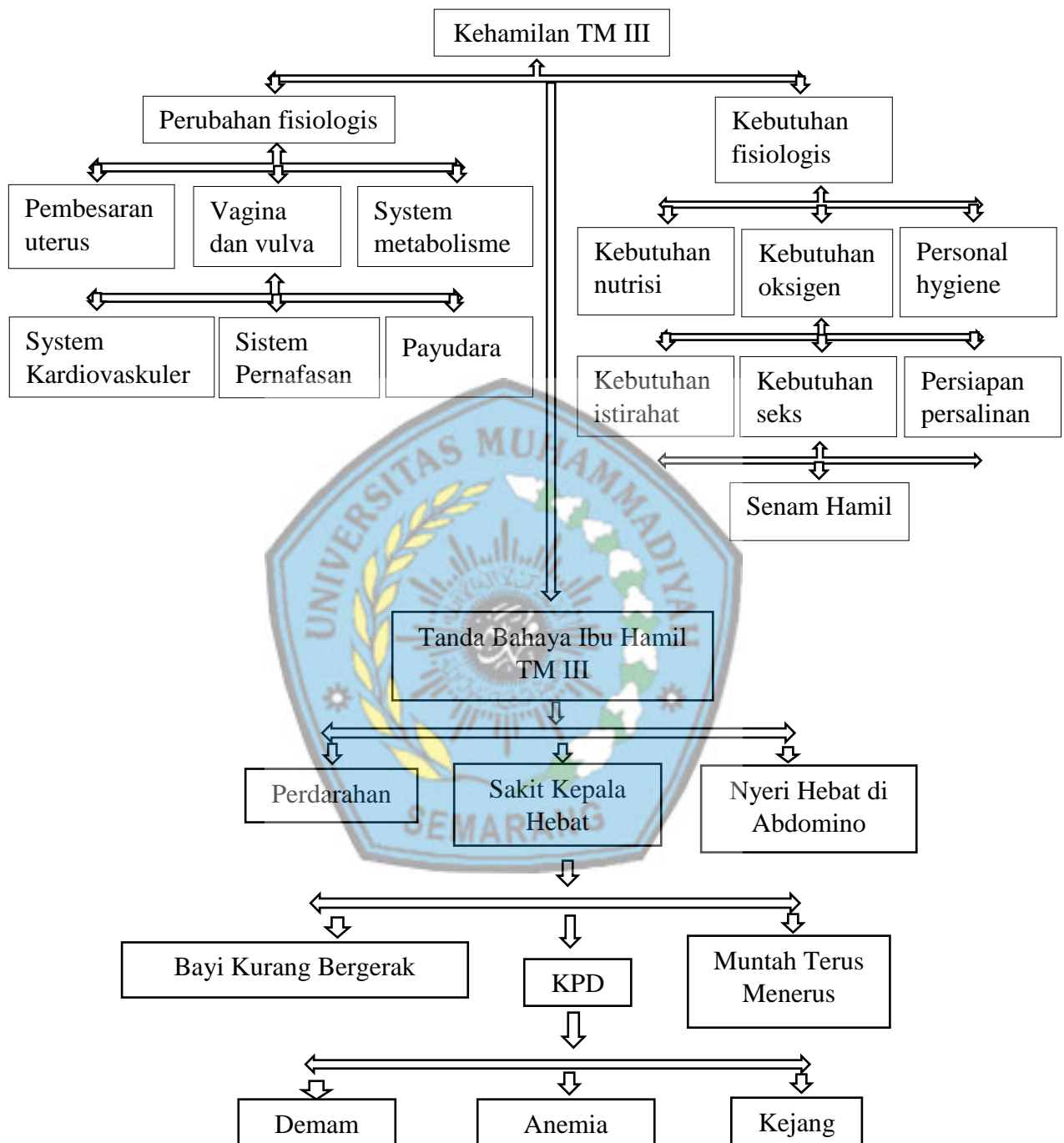
e) Mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk persalinan

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, dkk, 2010:132).



g. Pathway



Bagan 2.1 Pathway Kehamilan TM III

Sumber : Manuaba (2010), Jannah (2012), Prawirohardjo (2014)

2. Persalinan

a. Pengertian Persalinan Normal

Persalinan sering digambarkan sebagai suatu proses dimana janin, plasenta dan selaput dikeluarkan melalui jalan lahir. Persalinan Normal terjadi pada kehamilan cukup bulan dan berjalan secara spontan disaat permulaan dengan janin menunjukkan kepala sebagai ujung dengan (*vertex presentation*). Proses tersebut berakhir dalam waktu 18 jam tanpa komplikasi apapun. (Rahayu, 2017:38)

Persalinaan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau hampir cukup bulan dan dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri) (Manuaba, 1998:157). (Nurasiah, dkk, 2014:2)

Menurut Mochtar (1998:91) Partus normal adalah proses lahirnya bayi dengan letak belakang dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat serta tidak melukai ibu dan bayi yang umumnya berlangsung 24 jam. Sedangkan menurut Prawirohardjo (2002:100) persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan persentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. (Nurasiah, dkk, 2014:3)

b. Macam-macam Persalinan

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

1) Jenis persalinan berdasarkan bentuk persalinan:

a) Persalinan spontan

Adalah proses persalinan seluruhnya berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri.

b) Persalinan buatan

Adalah proses persalinan dengan bantuan tenaga dari luar.

c) Persalinan anjuran

Adalah bila kekuatan yang di perlukan untuk persalinan ditimbulkan dari luar dengan jalan rangsangan.

2) Jenis persalinan menurut usia kehamilan

a) Abortus

Pengeluaran buah kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu atau berat 500 gram.

b) Partus immatur

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 20 minggu dan 28 minggu atau berat badan janin antara 500 gram dan kurang dari 1000 gram.

c) Partus prematur

Pengeluaran buah kehamilan antara kehamilan 28 minggu dan < 37 minggu atau berat badan janin antara 1000 gram dan kurang dari 2500 gram.

d) Partus matur atau partus aterm

Pengeluaran buah kehamilan antara usia kehamilan 37 minggu dan 42 minggu atau berat badan janin lebih dari 2500 gram.

e) Partus sirotinus atau partus posmatur

Pengeluaran buah kehamilan lebihdari 42 minggu. (Nurasiah, dkk, 2014 : 3).

c. Sebab-sebab Mulainnya Persalinan

1) Penurunan hormon progesteron

Pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun menjadikan otot rahim sensitif sehingga menimbulkan his.

2) Keregangan otot-otot

Otot rahim akan meregang dengan majunya kehamilan, oleh karena isinyabertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya atau mulai persalinan.

3) Peningkatan hormon oksitosin

Pada akhir kehamilan hormon oksitosin bertambah sehingga dapat menimbulkan his.

4) Pengaruh janin

Hypofise dan kelenjar suprarenal pada janin memegang peran dalam proses persalinan, oleh karna itu anencepalus kehamilan lebih lama dari biasanya.

5) Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang di hasilkan dari desidua meningkat saat umur kehamilan 15 minggu. Hasil percobaan menunjkan bahwa prostaglandin menimbulkan kontraksi myomentrium pada setiap umur kehamilan.

6) Plasenta menjadi tua

Dengan tuanya kehamilan plasenta menjadi tua,villi corialis mengalami perubahan sehingga kadar progesteron dan estrogen menurun. (Nurasiah, dkk,2014:4)

d. Tanda-tanda Persalinan

Sebelum terjadi persalinan, beberapa sebelumnya wanita memasuki kala pendahuluan (*preparatory stage of labor*), dengan tanda-tanda sebagai berikut:

1) Terjadi *lightening*.

Menjelang minggu ke-36 pada primigravida, terjadi penurunan fundus uteri karna kepala bayi sudah masuk PAP. Pada multigravida, tanda ini tidak begitu kelihatan.

Mulai menurunnya bagian terbawah bayi ke pelvis terjadi sekitar 2 minggu menjelang persalinan. Bila bagian terbawah bayi telah turun, maka ibu merasa tidak nyaman; selain nafas pendek

pada trimester 3, ketidaknyamanan disebabkan karena adanya tekanan bagian terbawah pada struktur daerah pelvis, secara spesifik akan mengalami hal berikut:

- a) Kandung kemih tertekan sedikit, menyebabkan peluang untuk melakukan ekspansi berkurang, sehingga frekuensi berkemih meningkat.
 - b) Meningkat tekanan oleh sebagian besar bagian janin pada saraf yang melewati foramen obturator yang menuju kaki, menyebabkan sering terjadi kram kaki.
 - c) Meningkatnya tekanan pada pembuluh darah vena menyebabkan terjadinya edema karena bagian terbesar dari janin menghambat darah yang kembali dari bagian bawah tubuh.
- 2) Terjadinya his permulaan.
 - a) Rasa nyeri ringan di bagian bawah.
 - b) Datang tidak teratur.
 - c) Tidak ada perubahan pada serviks atau pembawa tanda.
 - d) Durasi pendek.
 - e) Tidak bertambah bila beraktivitas.
 - 3) Perut kelihatan lebih melebar.
 - 4) Perasaan sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
 - 5) Serviks menjadi lembek, mulai mendatar, dan sekiranya bertambah, kadang bercampur darah (*bloody show*). Dengan mendekatnya persalinan, maka serviks menjadi matang dan lembut, serta terjadi obliterasi serviks dan kemungkinan sedikit dilatasi. (Rohani, dkk, 2011 : 13)

e. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Nurasiah, dkk (2014:28) faktor yang mempengaruhi persalinan sebagai berikut :

1) Power (Kekuatan)

Power adalah kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi:

a) His (Kontraksi Uterus)

Adalah kekuatan kontraksi uterus karena untuk otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi. Walaupun his itu kontraksi yang fisiologis akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya, bersifat nyeri. Tiap his dimulai sebagai gelombang dari salah satu sudut dimana tuba masuk ke dalam dinding uterus. Di tempat tersebut ada suatu fase *pace maker* dari mana gelombang tersebut berasal.

Kontraksi uterus juga bersifat intermiten sehingga ada periode relaksasi uterus diantara kontraksi, fungsi penting relaksasi, yaitu: mengistirahatkan otot uterus, memberi kesempatan istirahat bagi ibu, memepertahankan kesejahteraan bayi karena kontraksi uterus menyebabkan kontraksi pembuluh darah plasenta.

(1) Pembagian his dan sifat-sifatnya:

- (a) His pendahuluan : his tidak kuat, datangnya tidak teratur, menyebabkan keluarnya lendir darah atau *bloody show*.
- (b) His pembukaan (kala I) : menyebabkan pembukaan serviks, semakin kuat, teratur dan sakit.
- (c) His pengeluaran (kala II) : untuk mengeluarkan janin, sangat kuat, teratur, simetris, terkoordinasi.
- (d) His pelepasan plasenta (kala III) : kontraksi sedang untuk melepaskan dan melahirkan plasenta.
- (e) His pengiring (kala IV) : kontraksi lemah, masih sedikit nyeri, terjadi pengecilan dalam beberapa jam atau hari.

(2) Hal-hal yang harus di perhatikan pada his saat melakukan observasi:

(a) Frekuensi his : jumlah his dalam waktu tertentu, biasanya permenit persepuluh menit.

(b) Intensitas his : kekuatan his (adekuat atau lemah).

(c) Durasi (lama his) : lamanya setiap his berlangsung dan tentukan dalam detik, misalnya 50 detik.

(d) Interval his : jarak antara his yang satu dengan his berikutnya, his datang tiap 2-3menit (Asrinah, 2010:10)

(3) Identifikasi his atau kontraksi his

Jika persalinan salah di diagnosis, mungkin akan dilakukan intervensi yang tidak tepat untuk mempercepat persalinan. Sebaliknya, jika persalinan tidak di diagnosis, janin berada dalam bahaya akibat penyulit tidak terduga.

(4) Perubahan-perubahan akibat his

(a) Pada uterus : uterus teraba keras atau padat karena kontraksi. Sejak kehamilan lanjut dengan jenis terdiri dari 2 segmen, yaitu segmen atas dan segmen bawah. Segmen atas dibentuk oleh korpus uteri dan segmen bawah yang terjadi di isthmus uteri. Pada saat kontraksi segmen atas memegang peranan aktif dan dinding nya menjadi tebal karena dan mendorong anak untuk keluar. Sedangkan segmen bawah memegang peranan pasif yaitu mengadakan relaksasi dan dilatasi sehingga menjadi saluran tipis dan keregang karena akan dilalui oleh bayi. Batas ini disebut dengan lingkaran retraksi fisiologis. Jika segmen sangat di regang maka lingkaran retraksi lebih jelas lagi dan naik mendekati pusat, disebut dengan lingkaran retraksi patologis atau *lingkaran bandle*.

- (b) Pada serviks : his membuat serviks menjadi tipis dan memendek yang disebut *effacement*.
- (c) Pada janin : pertukaran oksigen pada sirkulasi uteroplasenter kurang, sehingga timbul hipoksia pada janin.
- (d) Pada ibu : menyebabkan rasa sakit. Bersamaan dengan setiap kontraksi, kandung kemih, rektum, tulang belakang, dan tulang pubis menerima tekanan kuat dari rahim.

b) Tenaga Mengedan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah ketuban pecah atau di pecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar di bantu dengan keinginan ibu untuk mengedan atau usaha volinter. Keinginan mengedan ini disebabkan karena :

- (1) Kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra abdominal dan tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan untuk mendorong keluar.
- (2) Tenaga ini serupa dengan tenaga mengedan sewaktu buang air besar (BAB), tapi jauh lebih kuat.
- (3) Saat kepala sampai kedasar panggul, timbul refleks yang mengakibatkan ibu menutup glotisnya, mengkontraksikan otot-otot perut dan menekan diafragma kebawah.
- (4) Tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his.
- (5) Tanpa mengedan bayi tidak akan lahir. (Nurasiah, dkk, 2014:31)

2) Passage (jalan lahir)

Passage atau jalan lahir dibagi menjadi dua :

- a) Bagian keras : panggul
- b) Bagian lunak : otot-otot dan ligamen-ligamen (Nurasiah, ddk, 2014:32).

3) Passenger (janin dan plasenta)

a) Janin

Passenger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dia dianggap sebagai bagian dari passenger yang menyertai janin. Nama plasenta jarang menghambat proses persalinan normal

b) Plasenta

Plasenta merupakan organ yang luar biasa. Plasenta berasal dari lapisan *trofoblas* pada ovum yang dibuahi, lalu terhubung dengan sirkulasi ibu untuk melakukan fungsi-fungsi yang belum dapat dilakukan oleh janin itu sendiri selama kehidupan *intra uterine*. Keberhasilan janin untuk hidup tergantung atas kebutuhan dan efisiensi plasenta. (Nurasiah, dkk, 2014:39)

4) Psikologis

Keadaan fisiologis ibu memengaruhi proses persalinan. Ibu bersalin yang di dampingi oleh suami dan orang yang di cintainya cenderung mengalami proses persalinan yang lebih lancar dibanding ibu dengan bersalin tanpa pendamping. Ini menunjukkan bahwa dukungan mental berdampak positif bagi keadaan psikis ibu, yang berpengaruh terhadap kelancaran proses persalinan. Psikologis. (Nurasiah, dkk, 2014:48)

5) Pysician (penolong)

Kompetensi yang dimiliki penolong sangat bermanfaat untuk memperlancar proses persalinan dan mencegah kematian maternal

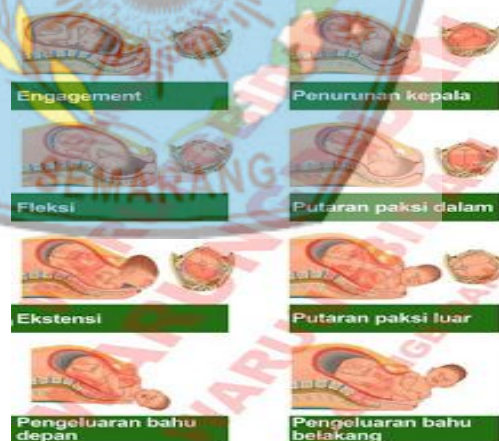
dan neonatal. Dengan pengetahuan dan kompetensi yang baik, diharapkan kesalahan atau mal praktik dalam memberikan asuhan tidak terjadi.

Tidak hanya aspek tindakan yang diberikan, tetapi aspek konseling dan pemberian informasi yang jelas di butuhkan oleh ibu bersalin untuk mengurangi tingkat kecemasan ibu dan keluarga.

Bidan mempunyai tanggung jawab yang besar dalam proses persalinan. Langkah utama yang harus dikerjakan adalah mengkaji perkembangan persalinan, memberitahu perkembangannya baik fisiologis maupun patologis pada ibu dan keluarga dengan bahasa yang mudah dimengerti. Kesalahan yang dilakukan bidan dalam mendiagnosis persalinan dapat menimbulkan kegelisahan dan kecemasan ibu dan keluarga. (Nurasiah, dkk, 2014:48)

f. Mekanisme persalinan

Menurut Sukarni dan Margareth (2015:200) gerakan kepala utama kepala janin pada proses persalinan sebagai berikut :



Gambar 2.1

Mekanisme Persalinan

1) *Engagement*

Pada minggu-minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan dimulai kepala masuk lewat PAP, umumnya dengan presentasi biparietal (diameter lebar yang paling panjang berkisar 8,5-9,5 cm) atau 70% pada panggul ginekoid.

2) *Flexion*

Pada umumnya terjadi fleksi penuh/sepurna sehingga sumbu: panjang kepala sejajar sumbu panggul, membentuk penurunan kepala selanjutnya. Fleksi: kepala janin fleksi, dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito-bregmatikus (belakang kepala).

Dengan majunya kepala, fleksi bertambah, ukuran kepala yang melalui jalan lahir lebih kecil (Diameter suboksipito bregmatika menggantikan suboksipito frontalis). Fleksi terjadi karena anak didorong maju, sebaliknya juga mendapat tahanan dari PAP, serviks, dinding panggul/dasar panggul.

3) *Descent*

Penurunan kepala janin sangat tergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga penurunan kepala berlangsung lambat.

Kepala turun ke dalam rongga panggul, akibat: tekanan langsung dari his dari daerah fundus ke arah daerah bokong, tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan), dan badan janin terdiri ekstensi dan menegang.

4) *Internal rotation* (Putar Paksi Dalam)

Rotasi interna (putaran paksi dalam) : selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simfisis pubis), membawa kepala melewati distansi interspinarum dengan diameter biparietalis.

Perputaran kepala (penunjuk) dari samping ke depan atau ke arah posterior (jarang) disebabkan:

- a) Ada his selaku tenaga/gaya pemutar
- b) Ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan.

5) *Extension* (Ekstensi)

Dengan kontraksi perut yang benar dan adekuat kepala makin turun dan menyebabkan perenium disertai. Pada saat ini puncak kepala berada di simfisis dan dalam keadaan begini kontraksi perut ibu yang kuat mendorong kepala ekspluasi dan melewati introitus vagine.

- a) Defleksi dari kepala
- b) Pada kepala bekerja 2 kekuatan, yaitu yang mendesak kepala ke bawah dan tahanan dasar panggul yang menolak ke atas , rensultantnya kekuatan ke depan atas
- c) Pusat pemutar : *hipornoklion*
- d) Ekstensi terjadi setelah kepala mencapai vulva, terjadi ekstensi setelah oksiput melewati bawah simfisis pubis bagian posterior.lahir berturut-turut: oksiput, bregma, dahi, hidung, mulut, dagu.

6) *External rotation* (Putar Paksi Luar)

Setelah seluruh kepala sudah lahir terjadi putaran kepala ke posisi pada saat engagement.dengan demikian bahu depan dan belakang dilahirkan lebih dahulu dan diikuti dada, perut, bokong dan seluruh tungkai.

- a) Setelah kepala lahir memutar kemabli ke arah punggung untuk menghilangkan toris pada leher (putaran *restitusi*).
- b) Selanjutnya putaran dilanjutkan sampai belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum sefihak putaran paksi luar sebenarnya.
- c) Putaran paksi luar disebabkan ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari PAP .

- d) Setelah putaran paksi luar ,bahu depan di bawah simfisis menjadi hipmokolin kelahiran bahu belakang.
- e) Bahu depan menyusul lahir,diikuti seluruh badan anak

7) *Expulsion*

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah symphys dan menjadi hypomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak searah dengan paksi jalan lahir.

g. Tahapan Persalinan

Menurut Manuaba, dkk (2010:173) tahap persalina dibagi menjadi 4 yaitu :

1) kala I

kala I adalah kala pembukannya 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 /jm dan pembukaan multigravida 2 cm /jm. Dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan tersebut lengkap dapat diperkirakan.

2) Kala II

- a) His semakin kuat, dengan interval sampai 3 menit, dengan duras 50 sampai 100 detik.
- b) Menjelang akhir kala I, ketuban pecah dan ditandai dengan pengeluaran caira secara mendadak.
- c) Ketuban pecah pada pembukaan mendekati lengkap diikuti keinginan mengejan, karena tertekannya *pleksus Frankenhauser*.
- d) Kedua kekuatan, His dan mengejan lebih mendorong kepala bayi sehingga terjadi kepala membuka pintu, suboksiput

bertindak sebagai hipomoglion berturut-turut lahir ubun-ubun besar, dahi, hidung dan muka, dan kepala seluruhnya.

- e) Kepala lahir seluruhnya dan diikuti oleh putaran paksi luar, yaitu penyesuaian kepala terhadap punggung.
- f) Setelah putaran paksi luar berlangsung, maka persalinan bayi ditolong dengan jalan: kepala dipegang pada os oksiput dan di bawah dagu, ditarik curam ke bawah untuk melahirkan bahu depan, dan curam ke atas untuk melahirkan bahu belakang, setelah kedua bahu lahir, ketika dikaitkan untuk melahirkan sisa badan bayi, bayi lahir diikuti oleh sisa air ketuban.

3) Kala III

- a) His pelepasan uri
- b) Tanda pelepasan plasenta :
 - (1) Uterus menjadi bundar
 - (2) Perdarah sekonyong-konyong
 - (3) Tali pusat yang lahir memanjang
 - (4) Fundus uteri naik
- c) Terdiri dari
 - (1) Pelepasan plasenta
 - (2) Pengeluaran plasenta
- d) Sebab –sebab pelepasan plasenta
 - (1) Pengeluaran rahim yang sekonyong-konyong akibat retraksi dan kontraksi otot-otot rahim -> perlekatan plasenta sangat mengecil
 - (2) Ditempat plasenta lepas hematoma -> plasenta teragkat dari dasarnya. (Sukarni dan Margareth, 2015:233)

4) Kala IV

Dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jm pertama. Observasi yang dilakukan meliputi tingkat kesadaran penderita, pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi dan pernapasan, kontraksi

uterus, terjadinya perdarahan perdarahan dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400 sampai 500cc.

h. Macam-macam Posisi Meneran

Posisi meneran persalinan merupakan suatu peristiwa fisiologis tanpa disadari dan terus berlanjut/progresif. Penolong persalinan dapat membantu agar ibu tetap tenang dan rileks, maka penolong persalinan tidak boleh mengatur posisi meneran. Penolong persalinan harus memfasilitasi ibu dalam memilih sendiri posisi meneran dan menjelaskan alternatif-alternatif posisi meneran bila posisi yang dipilih ibu tidak efektif. (Nurasiah, dkk, 2014:116)

Adapun macam-macam posisi meneran adalah:

1) Duduk atau Setengah Duduk



Gambar 2.2

Posisi Meneran Duduk atau Setengah Duduk

Dengan posisi ini penolong persalinan lebih leluasa dalam membantu kelahiran kepala janin serta lebih leluasa untuk dapat memperhatikan perineum.

2) Merangkak

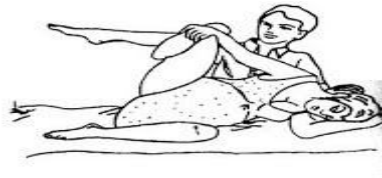


Gambar 2.3

Posisi Meneran Merangkak

Posisi merangkak sangat cocok untuk persalinan dengan rasa sakit pada punggung, mempermudah janin dalam melakukan rotasi serta peregangan pada perineum berkurang.

3) Berbaring Miring ke kiri



Gambar 2.4

Posisi Meneran Berbaring Miring ke Kiri

Posisi ini dapat mengurangi penekanan pada vena cava inferior sehingga dapat mengurangi kemungkinan terjadinya hipoksia, karena suplay oksigen tidak terganggu, dapat memberi suasana rileks bagi ibu yang mengalami kecapean dan dapat mencegah terjadinya laserasi/robekan jalan lahir.

4) Jongkok atau berdiri

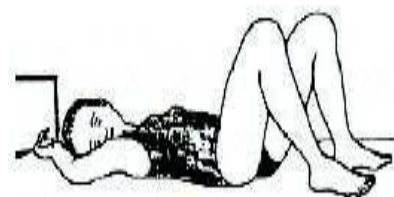


Gambar 2.5

Posisi Meneran Jongkok atau Berdiri

Posisi memudahkan penurunan kepala janin, memperluas panggul sebesar 28% lebih besar pada pintu bawah panggul, memperkuat dorong meneran. Namun posisi ini beresiko terjadinya laserasi (perluasan jalan lahir).

5) Hindari posisi terlentang dapat menyebabkan:



Gambar 2.6

Posisi Meneran Terlentang (*supine*)

a) Hipotensi dapat beresiko terjadinya syok dan berkurangnya suplay oksigen dalam sirkulasi uteroplasenta sehingga dapat menyebabkan

- (1) Hipoksia bagi janin
- (2) Rasa nyeri yang bertambah
- (3) Kemajuan persalinan bertambah lama
- (4) Ibu mengalami gangguan untuk bernafas
- (5) Buang air kecil terganggu
- (6) Mobilisasi ibu kurang bebas
- (7) Ibu kurang semangat
- (8) Resiko laserasi jalan lahir bertambah
- (9) Dapat mengakibatkan kerusakan pada syaraf kaki dan punggung. (Nurasiah, dkk, 2014:116)

i. 60 langkah APN

MELIHAT TANDA DAN GEJALA KALA DUA

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

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 & 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 kepala

- 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.

- 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.
- 23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, 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 menghendakinya.

PENANGANAN PLASENTA

Oksitosin

- 31) 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 :
- (1) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
 - (2) Menilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
 - (3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - (4) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
 - (5) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.
- 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 terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.

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

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 kantong 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) Mencelupkan 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 anestesi 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. Menganjurkan 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).
(prawirohardjo, 2014:341)

j. Robekan Perineum

Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya. Namun hal ini dapat dihindarkan atau dikurang dengan menjaga jangan sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat, dan adanya robekan perineum ini dibagi menjadi :

- 1) Derajat I : Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum.
- 2) Derajat II : Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum.

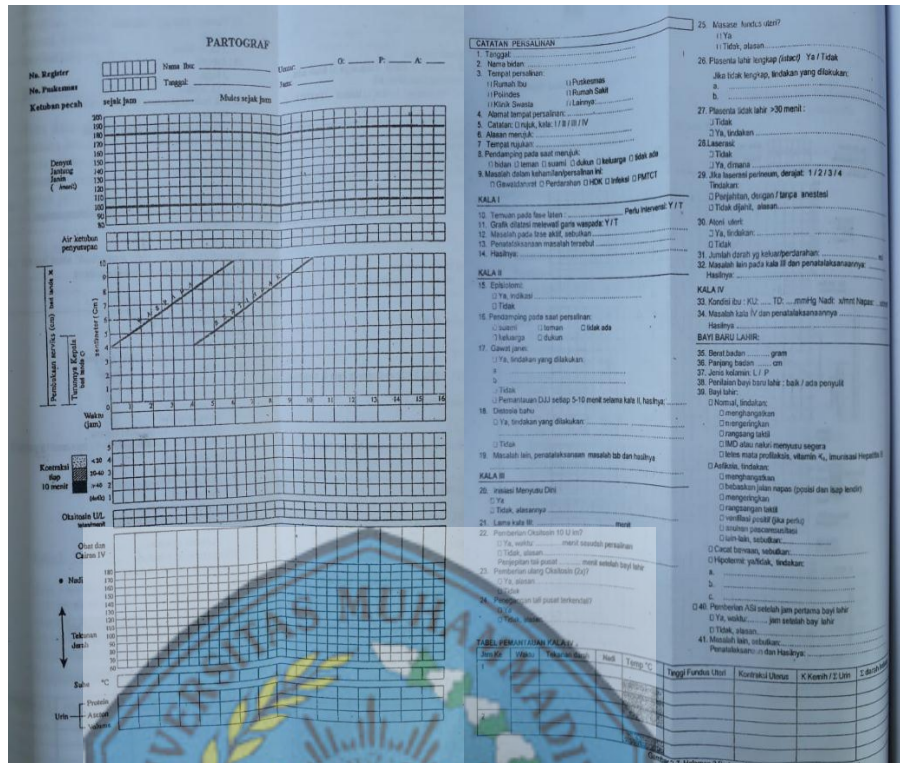
- 3) Derajat III : Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot spinter ani eksterna.
- 4) Derajat IV : Mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum, otot spinter ani eksterna, dinding rekrum anterior. (Nurasiah,dkk, 2014:172).

k. Partograf

Partograf adalah alat bantu untuk memantau kemajuan kala I persalinan dan informasi untuk membuat keputusan klinik.

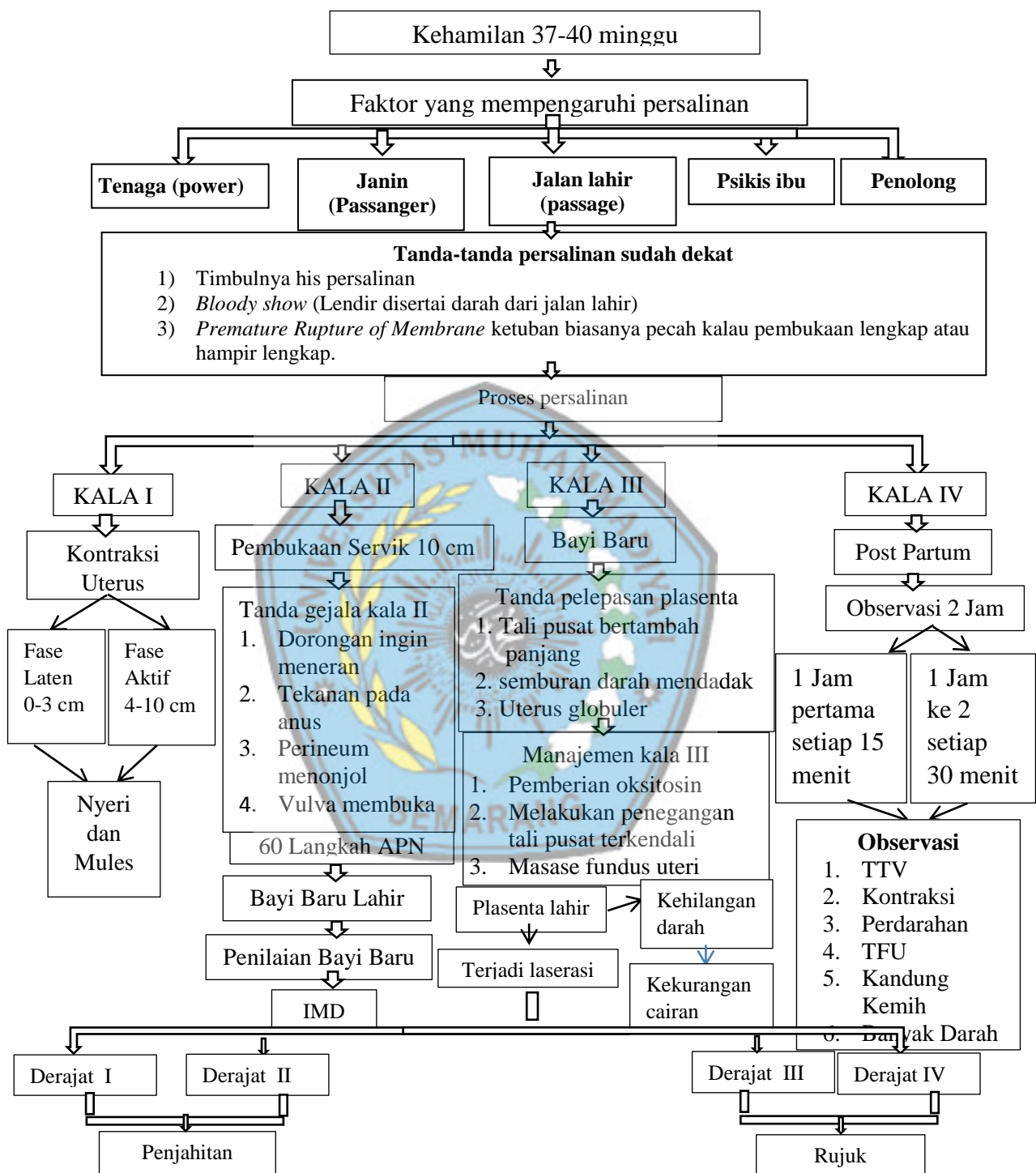
Tujuan utama dari penggunaan partograf adalah:

- 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)



Gambar 2.7
Partograf

1. Pathway Persalinan Normal



Bagan 2.2 Pathway Persalinan Normal

Sumber : Nurasiah, dkk (2014), Rohani, dkk (2011), Manuaba, dkk (2010), Prawirohardjo (2014)

3. 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.

Periode masa nifas (*puerperium*) adalah periode waktu selama 6-8 minggu setelah persalinan. Proses ini dimulai setelah selesainya persalinan dan berakhir setelah alat-alat reproduksi kembali seperti keadaan sebelum hamil/tidak hamil sebagai akibat dari adanya perubahan fisiologi dan psikologi karena proses persalinan. (Saleha, 2009:4)

b. Tujuan Asuhan Nifas

Menurut Dewi dan Sunarsih (2013:2) tujuan asuhan masa nifas adalah sebagai berikut :

- 1) Meneteksi Adanya Perdarahan Masa Nifas
- 2) Menjaga Kesehatan Ibu dan Bayinya
- 3) Melaksanakan skrining secara komprehensif
- 4) Memberikan pendidikan kesehatan diri
- 5) Memberikan pendidikan mengenai laktasi dan perawatan payudara
- 6) Konseling mengenai KB

c. Perubahan Fisiologi Pada Masa Nifas

Selama masa nifas, alat-alat interna maupun eksterna berangsur-angsur kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genitalia ini disebut involusi. (Saleha, 2009:53)

Perubahan-perubahan yang terjadi antara lain :

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Segera setelah lahirnya plasenta, pada uterus yang berkontraksi posisi fundus uteri berada kurang lebih pertengahan antara umbilikus dan simfisis, atau sedikit lebih tinggi. Dua hari kemudian, kurang lebih sama dan kemudian mengerut, sehingga dalam dua minggu telah turun masuk kedalam rongga pelvis dan tidak dapat diraba dari luar. involusi tersebut dapat dipercepat dengan proses bila ibu menyusui bayinya.

Dalam keadaan normal, uterus mencapai ukuran besar pada masa sebelum hamil sampai dengan kurang dari 4 minggu, berat uterus setelah kelahiran kurang lebih 1 kg sebagai akibat involusi. Setelah satu minggu setelah melahirkan beratnya menjadi kurang lebih 500 gram, pada akhir minggu kedua setelah persalinan menjadi kurang lebih 3000 gram, setelah itu menjadi 100 gram atau kurang. Otot-otot uterus segera berkontraksi setelah postpartum. Pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta lahir.

b) Lokia

Lokia adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina selama masa nifas. Berikut adalah beberapa jeni lokia yang terdapat pada perempuan :

(1) Lokia Rubra berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, lanugo dan mekonium. Lokia ini akan keluar selama 2-3 hari setelah postpartum.

- (2) Lokia Sanguilenta berwarna merah kekuningan berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pascapersalinan.
- (3) Lokia Serosa lokia ini berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan ini tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai ke-14 pascapersalinan.
- (4) Lokia Alba adalah lokia yang terakhir dimulai dari hari ke-14 kemudian makin lama makin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya.

c) Serviks

Segera setelah kala IV, serviks menjadi sangat lembek, kendur dan terkulai. Serviks tersebut bisa melepuh dan lecet, terutama di bagian anterior. Lubang serviks lama kelamaan akan mengecil, beberapa hari setelah persalinan diri retak karena robekan dalam persalinan. Rongga leher serviks bagian luar serviks bagian luar akan membentuk seperti keadaan sebelum hamil pada saat empat minggu postpartum.

d) Vagina

Vagina dan lubang vagina pada pemulaan puerperium merupakan suatu saluran yang berdinding tipis. Secara berangsur-angsur luasnya berkurang, tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran seorang nulipara.

e) Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alamai. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologi, yaitu sebagai berikut :

- (1) Produksi susu
- (2) Sekresi susu

Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makan bagi bayi baru lahir. Sampai hari ketiga setelah

melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan.

2) Sitem Pencernaan

Seorang wanita dapat merasa lapar dan siap meyatap makanannya dua jam setelah persalinan. Kalsium sangat penting unttuk gigi pada kehamilan dan masa nifas, dimana pada masa ini terjadi penurunan konsentrasi ion kalsium karena meningkatnya kebutuhan kalsium pada ibu, terutama pada bayi yang dikandungnya untuk proses pertumbuhan janin juga pada ibu dalam masa laktasi. (Saleha, 2009:58)

Menurut Dewi dan Sunarsih (2013:61) perubahan pencernaan pada masa nifas berupa :

a) Nafsu makan

Ibu merasa lapar segera setelah melahirkan sehingga ia boleh mengonsumsi makanan ringan. Ibu seringkali cepat lapar setelah melahirkan dan siap makan pada 1-2 jam setelah postpartum.

Seringkali untuk pemulihan nafsu makan, diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usu kembali normal. Meskipun kadar progesteron kembali turun setelah melahirkan namun asupan makanan juga mengalalai peurunan selam satu atau dua hari.

b) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motalitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesi bisa memperlambat pengambilan tonus dan motalitas ke keadaan normal.

c) Pengosongan usus

BAB akan tertunda dua sampai tiga hari setelah ibu melahirkan. Karena tonus otot usu menurun slama proses

persalinan dan pada awal masa pascapartum, diare sebelum melahirkan, kurang makan, atau dehidrasi.

3) Sistem perkemihan

Pelvis gijal dan ureter yang teregang dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhirminggu keempat setelah melahirkan. Kurang lebih 40% wanita nifas mengalami proteinurin yang nonpatologis sejak pascapersalinan sampai dua hari potspartum agar dapat dikendalikan.

Jumlah urin yang keluar dapat melebihi 3.000 ml per harinya, selain itu juga didapati adanya keringat yang banyak pada beberapa hari pertama setelah persalinan.

4) Sitem Muskuloskeletal

Ligme, fasia dan diafragma pelvis yang meregang sewaktu kehamilan dan persalinan berangsur-angsur kembali seperti sedia kala.

5) Sistem Integumen

Perubahan kulit selama kehamilan berupa hiperpegmentasi pada wajah, leher, mamae, dinding perut dan beberapa lipatan sendi akan menghilag setelah masa nifas.

d. Peran dan Tanggung Jawab Bidan dalam Masa Nifas

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. (Dewi dan Sunarsih, 2013:3)

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. (Dewi dan Sunarsih, 2013:4)
- e. Tahap Masa Nifas

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 pendarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lokia, tekanan darah, dan suhu

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

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdaraha, lokia 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. (Saleha, 2009:5)

f. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Pada kebijakan program nasional masa nifas paling sedikit 4 kali kunjungan yang dilakukan. Hal ini untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir serta untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi. (Dewi dan Sunarsih, 2013, hal:4)

- 1) 6-8 jam setelah persalinan
 - a) Mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain pendarahan, rujuk bila pendarahan berlanjut.
 - c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri.
 - d) Pemberian ASI awal.
 - e) Meakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
 - f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

Catatan : Jika petugas kesehatan menolong persalinan ia harus tinggal dengan ibu dan baru 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 pendarahan abnormal, dan tidak ada bau.
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan pendarahan abnormal.
 - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat.
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
 - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi dan tali pusat, serta menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

3) 2 minggu setelah persalinan

Memastikan Rahim sudah kembali normal dengan mengukur dan meraba bagian rahim.

4) 6 minggu setelah persalinan

a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami.

b) Memberikan konseling untuk KB secara dini.

g. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Menurut Saleha (2009:71) Kebutuhan ibu pada masa nifas meliputi :

1) Nutrisi dan Cairan

Pada masa nifas masalah diet perlu mendapatkan perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi susunan air susu. Diet yang diberikan harus bermutu, bergizi tinggi, cukup kalori, tinggi protein, dan banyak mengandung cairan.

Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut :

a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.

b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.

c) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari.

d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.

e) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayinya melalui ASI.

2) Ambulasi Dini

Ambulasi dini (*early ambulation*) ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan.

Sekarang tidak perlu lagi menahan ibu postpartum terlentang di tempat tidurnya selama 7-14 hari setelah melahirkan. Ibu postpartum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam postpartum.

Keuntungan *early ambulation* adalah sebagai berikut :

- a) Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan *early ambulation*.
- b) Faal usus dan kandung kemih lebih baik.
- c) *Early ambulation* memungkinkan kita mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu masih di rumah sakit. Misalnya memandika, mengganti pakaian, dan memberi makan.
- d) Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (social ekonomis). Menurut penelitian-penelitian yang saksama, *early ambulation* tidak mempunyai pengaruh yang buruk, tidak menyebabkan perdarahan yang abnormal, tidak mempengaruhi penyembuhan luka episiotomi atau luka di perut, serta tidak memperbesar kemungkinan prolapses atau retrotexto uteri.

Early ambulation tentu tidak dibenarkan pada ibu postpartum dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam, dan sebagainya.

Penambahan kegiatan dengan *early ambulation* harus berangsur-angsur, jadi bukan maksudnya ibu segera setelah bangun dibenarkan mencuci, memasak, dan sebagainya.

3) Eliminasi

a) Buang air kecil

Ibu diminta untuk buang air kecil (miksi) 6 jam postpartum. Jika dalam 8 jam postpartum belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterisasi. Akan tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menunggu 8 jam untuk kateterisasi.

Berikut ini sebab-sebab terjadinya kesulitan berkemih (*retensio urine*) pada ibu postpartum :

- (1) Berkurangnya tekanan intraabdominal.
- (2) Otot-otot perut masih lemah.
- (3) Edema dan uretra.
- (4) Dinding kandung kemih kurang sensitif.

b) Buang air besar

Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar (defekasi) setelah hari kedua postpartum. Jika hari ketiga belum juga BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau rektal. Jika setelah pemberian obat pencahar masih belum bias BAB, maka dilakukan klisma (huknah).

4) Personal Hygiene

Pada masa postpartum, seorang ibu sangat rentan terhadap infeksi. Oleh karena itu, kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur, dan lingkungan sangat penting untuk tetap dijaga.

Langkah-langkah yang dapat dilakukan untuk menjaga kebersihan diri ibu postpartum adalah sebagai berikut :

- a) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh, terutama perineum.
- b) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Nasihati ibu untuk membersihkan vulva setiap kali selesai buang air kecil atau besar.
- c) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan di bawah matahari dan disetrika.
- d) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.

- e) Jika ibu mempunyai luka episiotomi atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah tersebut.

5) Istirahat dan Tidur

Hal-hal yang biasa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah sebagai berikut :

- a) Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- b) Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan., serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.
- c) Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal :
 - (1) Mengurangi jumlah ASI yang diproduksi.
 - (2) Memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak perdarahan.
 - (3) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

6) Aktivitas Seksual

Aktivitas seksual yang dapat dilakukan oleh ibu masa nifas harus memenuhi syarat berikut ini :

- a) Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu-satu dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.
- b) Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

7) Latihan dan Senam Nifas

Setelah persalinan terjadi involusi pada hamper seluruh organ tubuh wanita. Involusi ini sangat jelas terlihat pada alat-alat kandungan. Sebagai akibat kehamilan dinding perut menjadi

lembek dan lemas disertai adanya striae gravidarum yang membuat keindahan tubuh akan sangat terganggu. Oleh karena itu, mereka akan selalu berusaha untuk memulihkan dan mengencangkan keadaan dinding perut yang sudah tidak indah lagi. Cara untuk mengembalikan bentuk tubuh menjadi indah dan langsing seperti semula adalah dengan melakukan latihan dan senam nifas. Untuk itu beri penjelasan pada ibu tentang beberapa hal berikut ini :

- a) Diskusikan pentingnya otot-otot perut dan panggul agar kembali normal, karena hal ini akan membuat ibu merasa lebih kuat dan ini juga menjadikan otot perutnya menjadi kuat, sehingga mengurangi rasa sakit pada punggung.
- b) Jelaskan bahwa latihan tertentu beberapa menit setiap hari sangat membantu.
 - (1) Dengan tidur terlentang dan lengan di samping, Tarik otot perut selagi menarik napas, tahan napas dalam, angkat dagu ke dada, tahan mulai hitungan 1 sampai 5. Rileks dan ulangi sebanyak 10 kali.



Gambar 2.8
Senam Nifas

Sumber : Saleha (2009:71)

- (2) Untuk memperkuat tonus otot jalan lahir dan dasar panggul lakukanlah latihan Keagel.
- c) Berdiri dengan tungkai dirapatkan. Kencangkan otot bokong dan pinggul, tahan sampai 5 hitungan. Relaksasi otot dan ulangi latihan sebanyak 5 kali.
- d) Mulai mengerjakan 5 kali latihan untuk setiap gerakan. Setiap minggu naikkan jumlah latihan 5 kali lebih banyak. Pada minggu ke 6 setelah persalinan ibu harus mengerjakan setiap gerakan sebanyak 30 kali.

h. Gejala dan Tanda Bahaya Masa Nifas

Menurut Prawirohardjo (2009:260) dapat dilihat dari tabel dibawah ini :

1) Metritis (Endometriti/Endometriosis)

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 pascapersalinan.

4) Mastitis

Ada inflamasi yang didahului bendungan, kemerahan yang batas nya jelas pada payudara, terjadi pada satu payudara, antara 3-4 pascapersalinan.

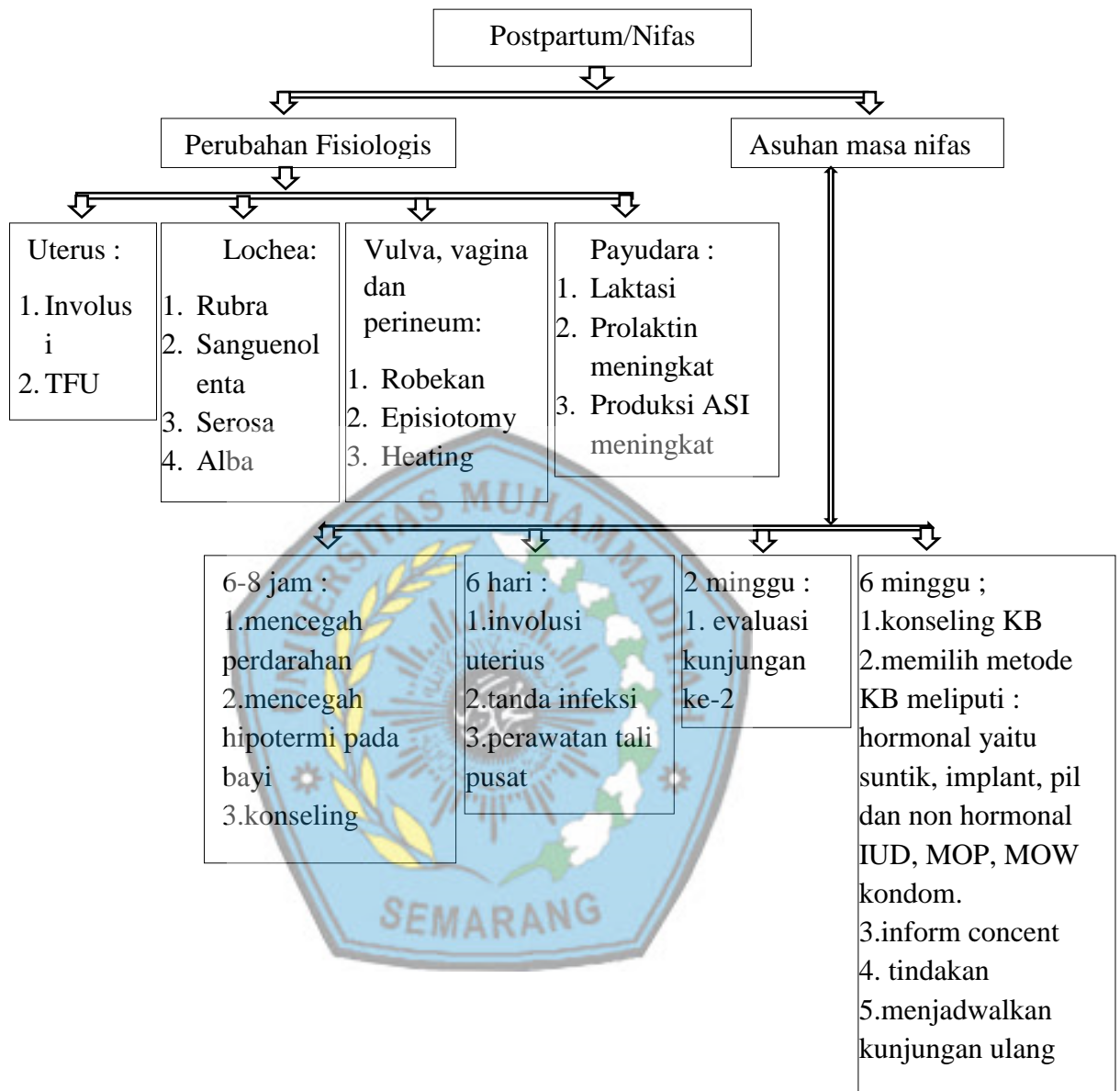
5) Abses Payudara

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

6) Kehilangan selera makan untuk waktu bekepanjangan

7) Merasa sedih atau tidak mampu merawat bayi

i. Pathway



Bagan 2.3 Pathway Nifas

Sumber : Saleha (2009), Dewi dan Sunarsih (2013)

4. Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru di lahirkan selama satu jam pertama kelahiran. Menurut Donna L.Wong (2003) bayi baru lahir adalah bayi yang lahir sampai 4 minggu lahirnya pada usia gestasi 38-42 minggu. (Rahayu, 2017:89)

b. Ciri-ciri Bayi Normal

- 1) Berat badan 2500-4000 gram
- 2) Panjang badan sampai 48-52 cm
- 3) Lingkar dada 30-38 cm
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm
- 5) Frekuensi jantung 120-160 cm
- 6) Pernafasan \pm - 60 40 kali/menit
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan sub cutan ukup
- 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 grasps atau menggenggam sudah baik
- 14) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jampertama, berwarna hitam kecoklatan (Rahayu, 2017:89)

c. Perubahan Fisiologis Bayi Baru Lahir

1) Sistem kardiovaskuler

Sistem kardiovaskuler mengalami perubahan yang mencolok setelah bayi baru lahir. Foramen ovale, duktus arteriolus, dan duktus venosus menutup. Arteri umbilialis dan arteri menjadi ligamen. Nafas pertama yang dilakukan bayi baru lahir membuat paru-paru berkembang dan menurunkan restensi vaskuler

pulmoner sehingga darah paru mengalir. Frekuensi denyut jantung bayi rata-rata 140 kali/menit saat lahir dengan variasi berkisar antara 120 dan 160 kali/menit

2) Sistem ginjal

Fungsi ginjal dalam kehidupan dengan beban kerja yang minimal sampai bayi lahir. Urin berwarna jernih dan tidak berbau. Ginjal bayi baru lahir memperlihatkan penurunan aliran darah dan ginjal dan penurunan laju filtrasi glomerulus. Bayi baru lahir mengekresi sejumlah kecil urin pada 48 jam pertama kehidupan, seringkali hanya sebanyak 30 – 60 ml.

3) Sistem cerna/Gastrointestinal

Sistem gastrointestinal pada bayi baru lahir cukup bulan relatif sudah matang. Sebelum lahir, janin cukup bulan melakukan hisapan dan tindakan menelan. Reflek muntah dan batuk yang sudah sempurna tetap utuh pada saat lahir. Kemampuan bayi baru lahir cukup bulan untuk menelan dan mencerna makanan masih terbatas.

4) Sistem imunologi

Sel-sel tubuh memberikan fungsi imunitas yang terdapat pada saat lahir guna membantu bayi baru lahir membunuh mikroorganisme asing. Tiga sel yang berfungsi dalam fagositosis (menelan dan membunuh) mikroorganisme yang menyerang tubuh ketiga sel darah neutrofil polimorfomuklear, monosit, dan makrofag.

5) Sistem skeletal

Tulang-tulang neonatus lunak karena tulang tersebut sebagian besar terdiri dari kartilago yang hanya mengandung sejumlah kecil kalsium.

6) Sistem Neuromuskuler

Pada saat lahir otot bayi lambat dan lentur, otot-otot tersebut memiliki tonus kemampuan untuk berkontraksi ketika dirangsang,

tetapi bayi kurang mempunyai kemampuan untuk mengontrolnya. Sistem pernafasan bayi cukup berkembang untuk bertahan hidup tetapi belum terintegrasi secara sempurna.

7) Sistem termal

Suhu tubuh yang normal pada bayi baru lahir adalah 36,5 – 37,5°C. Hipotermia terjadi pada waktu suhu tubuh turun dibawah 36,5°C. Bayi baru lahir sangat peka terhadap hipotermia selama periode stabilisasi pada 6 – 12 jam setelah kelahiran. Bayi dapat kehilangan panas melalui mekanisme konveksi, reduksi, konduksi, dan evaporasi (Rahayu, 2017:90).

d. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

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 °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 menyusui.
 - c) Jangan pisahkan bayi sedikitnya 1 jam setelah persalinan.
- 3) Menjaga pernafasan
- a) Periksa 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. Kunjungan Neonatal
- Menurut Kemenkes RI (2016:35) dalam buku KIA Pelayanan kesehatan Bayi Baru Lahir oleh Bidan/Perawat/Dokter 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
- Ibu/keluarga memastikan bayi sudah mendapat pelayanan kesehatan dan tercatatnya hasil pelayanan sebagai berikut :
- 1) Berat badan (gr)
 - 2) Panjang badan (cm)
 - 3) Suhu (°c)
 - 4) Menanyakan pada ibu, bayi sakit apa?

- 5) Memeriksa kemungkinan penyakit berat atau infeksi bakteri
- 6) Frekuensi nafas (kali/menit)
- 7) Frekuensi denyut jantung (kali/menit)
- 8) Memeriksa adanya diare
- 9) Memeriksa ikterus/bayi kuning
- 10) Memeriksa kemungkinan berat badan rendah
- 11) Memeriksa status pemberian Vitamin K1
- 12) Memeriksa status imunisasi HB-0
- 13) Memeriksa masalah/keluhan ibu

f. Perawatan Bayi Baru Lahir

Menurut Kemenkes RI (2016:33) dalam buku KIA perawatan Bayi Baru Lahir yaitu :

- 1) Pemberian ASI
 - a) Segera melakukan inisiasi menyusui dini
 - b) ASI yang keluar pertama berwarna kekuning (kolestrum) mengandung zat kekebalan tubuh, langsung berikan pada bayi, jangan dibuang
 - c) Berikan hanya ASI saja sampai berusia 6 bulan (ASI Eksklusif) karena asi memiliki banyak manfaat :
 - (1) Sehat, praktis dan tidak butuh
 - (2) Meningkatkan kekebalan ilmiah pada bayi
 - (3) Mencegah pendarahan pada ibu dan bayi
 - (4) Mencegah kanker payudara
- 2) Cara Menjaga Bayi Agar Tetap Hangat
 - a) Memandikan bayi setelah 6 jam, dimandikan dengan air hangat
 - b) Bayi harus tetap berpakaian dan diselimuti setiap saat, memakai pakaian keing dan lembut
 - c) Ganti popok dan baju jika basah
 - d) Jangan tidurkan bayi ditempat dingin tau banyak angin

- e) Jaga bayi agar tetap hangat dengan menggunakan topi, kaos kaki, kaos tangan dan pakaian yang hangat pad saat tidak dalam dekapan
 - f) Jika berat lahir kurang dari 2500 gram, lakukan perawatan Metode Kangguru (dekap bayi didada ibu/bapak/anggota keluarga lain)
 - g) Bidan/Perawat/Dokter menjelaskan cara Metode Kangguru
- 3) Perawatan Tali Pusat
- a) Selalu cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir sebelum dan sesudah memegang bayi
 - b) Jangan memberikan apapun pada tali pusat
 - c) Rawatali pusat terbuka
 - d) Bila tali pusat kotor atau basah cuci dengan air bersih dan sabun mandi dan keringkan dengan air basah.
- g. 4 Mekanisme Kehilangan Panas :
- 1) Konveksi

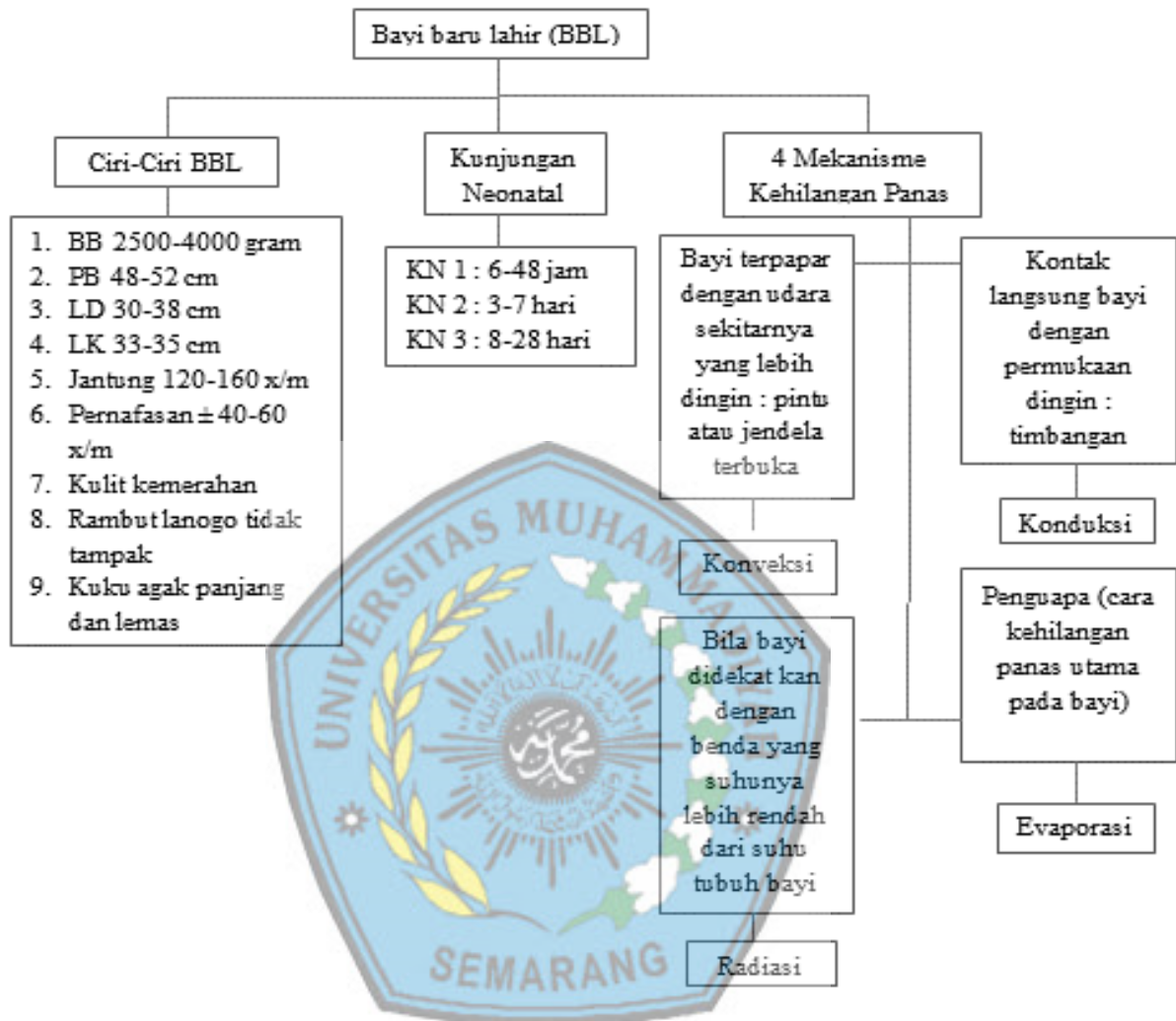
Hilangnya panas tubuh bayi karena aliran udara di sekeliling bayi, misal BBL diletakkan dekat pintu atau jendela terbuka.
 - 2) Konduksi

Pindahnya 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).

h. Pathway



Bagan 2.4 Pathway Bayi Baru Lahir

Sumber : Sukarni dan Margareth (2015), Kemenkes RI dalam buku KIA (2016), Rahayu (2017)

5. Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang di inginkan. Untuk dapat mencapai hal tersebut maka dibuatlah beberapa cara atau alternative untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. (Rahayu, 2017:109)

b. Tujuan Program KB

- 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. (Setiyaningrum, 2015:2)

Dalam buku Setiyaningrum, 2015:2 tujuan KB berdasar RENSTRA 2005-2009 adalah :

- 1) Keluarga dengan anak ideal
- 2) Keluarga sehat
- 3) Keluarga berpendidikan
- 4) Keluarga sejahtera
- 5) Keluarga berketahanan
- 6) Keluarga yang terpenuhi hak-hak reproduksinya
- 7) Penduduk tumbuh seimbang (PTS)

c. Macam-macam Alat Kontrasepsi

1) Kontrasepsi Hormonal

Kontrasepsi hormonal umumnya mengandung kombinasi estrogen dan progesterone atau progesterone saja. (Affandi, dkk, 2014:MK-28)

Kontrasepsi hormonal yaitu :

a) Pil Kombinasi (Hormon estrogen dan progesteron)

Pil kombinasi mempunyai cara kerja mencegah kehamilan dan hampir 100% efektif bila diminum secara teratur. Tidak

dianjurkan pada ibu menyusui, dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat. (Rahayu, 2017:124)

(1) Jenis pil kombinasi

(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 atau 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. (Affandi, dkk, 2014:MK-31)

(2) Cara Kerja Pil Kombinasi :

(a) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat)

(b) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit

(c) Mengentalkan lender serviks sehingga menghambat penetrasi sperma

(d) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu. (Setiyaningrum, 2015:68)

(3) Manfaat Pil Kombinasi

(a) Memiliki efektivitas yang tinggi (hamper 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 (Affandi, dkk, 2014:MK-31).
- (4) Keterbatasan
- (a) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid (perdarahan sela, spotting, amenorea)
 - (b) Peningkatan/penurunan berat badan
 - (c) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama
 - (d) Bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar
 - (e) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat
 - (f) Resiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan)
 - (g) Tidak melindungi diri dari infeksi menular seksual atau HIV/AIDS. (Setyaningrum, 2015:69)
- (5) Indikasi
- (a) Usia reproduksi.
 - (b) Telah mempunyai anak atau belum mempunyai anak.
 - (c) Gemuk atau kurus.
 - (d) Pasca keguguran, riwayat kehamilan ektopik dan kelainan payudara jinak.
 - (e) Nyeri haid hebat dan siklus haid tidak teratur. (Rahayu, 2017:126)

(6) Kontraindikasi

- (a) Hamil atau diduga hamil.
- (b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- (c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
- (d) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- (e) Sering lupa minum pil
- (f) Mioma uterus.
- (g) Riwayat stroke. (Setiyaningrum, 2015:69)

(7) Waktu mulai menggunakan pil kombinasi

- (a) Setiap saat selagi haid, untuk meyakinkan kalau perempuan tersebut tidak hamil.
- (b) Hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid.
- (c) Boleh menggunakan pada hari ke 8, tetapi perlu menggunakan metode kontrasepsi yang lain (kondom) mulai hari ke 8 sampai hari ke 14 atau tidak melakukan hubungan seksual sampai anda telah menghabiskan paket pil tersebut.
- (d) Setelah melahirkan :
 - i. Setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif.
 - ii. Setelah 3 bulan dan tidak menyusui.
 - iii. Pascakeguguran (segera atau dalam waktu 7 hari)
- (e) Bila berhenti menggunakan kontrasepsi injeksi, dan ingin menggantikan dengan pil kombinasi, pil dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid. (Affandi, dkk, 2014:MK-33)

b) Pil Khusus (Progestin)

Pil ini mengandung dosis kecil bahan progestin sintetis dan memiliki sifat pencegahan kehamilan. Pada umumnya wanita memilih kontrasepsi mini pil dikarenakan tidak ada kecocokan pada pil kombinasi seperti pada wanita menyusui. (Rahayu, 2017:126)

(1) Cara kerja mini pil

- (a) Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium (tidak begitu kuat)
- (b) Endometrium mengalami transformasi lebih awal sehingga implantasi lebih sulit.
- (c) Mengentalkan lendir serviks sehingga menghambat penetrasi sperma.
- (d) Mengubah motilitas tuba sehingga transportasi sperma terganggu. (Affandi, dkk, 2014:MK-51)

(2) Keuntungan mini pil

- (a) Berkurangnya resiko yang serius dibanding pil kombinasi dikarenakan sedikit estrogen.
- (b) Digunakan pada wanita menyusui.
- (c) Resiko terjadi PID terlalu kecil.
- (d) Membantu rasa nyeri pada penderita endometritis.
- (e) Mengurangi kram pada saat menstruasi. (Rahayu, 2017:127)

(3) Keterbatasan

- (a) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid (perdarahan sela, spotting, amenorea).
- (b) Peningkatan/penurunan berat badan.
- (c) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama.
- (d) Bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar.
- (e) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat.
- (f) Resiko kehamilan ektopik cukup tinggi (4 dari 100 kehamilan), tetapi resiko ini lebih rendah jika dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan mini pil.
- (g) Tidak melindungi diri dari infeksi menular seksual atau HIV/AIDS.

(h) Hirsutisme (tumbuh rambut/bulu berlebihan di daerah muka), tetapi sangat jarang terjadi. (Affandi, dkk, 2014:MK-52)

(4) Indikasi mini pil

- (a) Usia reproduksi.
- (b) Telah mempunyai anak atau belum mempunyai anak.
- (c) Perokok segala usia.
- (d) Mempunyai tekanan darah tinggi atau masalah dengan pembekuan darah.
- (e) Pascapersalinan dan tidak menyusui tidak boleh menggunakan estrogen.
- (f) Pasca keguguran. (Rahayu, 2017:128)

(5) Kontraindikasi mini pil

- (a) Hamil atau diduga hamil.
- (b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- (c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
- (d) Menggunakan obat tuberculosi (rifamsilin), atau obat untuk epilepsy (fenitoin dan barbiturat).
- (e) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- (f) Sering lupa menggunakan pil.
- (g) Miom uterus (progestin memicu pertumbuhan miom uterus).
- (h) Riwayat stroke (progestin menyebabkan spasme pembuluh darah). (Affandi, dkk, 2014:MK-52)

c) Suntikan Kombinasi

(1) Pengertian KB Suntik 1 Bulan

- (a) 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Sipionat (cyclofem).
- (b) 50 mg noretindron enantat dan 5 mg estradiol valerat. Keduanya diberikan secara injeksi Intra Muscular (IM) sebulan sekali. (Rahayu, 2017:118)

(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.
- (Setiyaningrum, 2015:71)

(3) Efektivitas

Sangat efektif (0,1-0,4) kehamilan per 100 perempuan) selama tahun pertama penggunaan. (Affandi, dkk, 2014:MK-36)

(4) Keuntungan

- (a) Resiko terhadap kesehatan kecil.
- (b) Tidak mempengaruhi hubungan suami istri.
- (c) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam.
- (d) Efek samping kecil.
- (e) Pemakaian jangka panjang.
- (f) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- (g) Terlindung dari penyakit-penyakit radang panggul.
- (h) Mencegah kehamilan ektopik.
- (i) Mengurangi nyeri waktu haid. (Rahayu, 2017:118)

(5) Keterbatasan

- (a) Sering ditemukan gangguan haid, seperti : siklus haid yang pendek atau memanjang, perdarahan yang banyak, perdarahan bercak, tidak haid sama sekali.
- (b) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan.
- (c) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut.
- (d) Permasalahan BB merupakan efek samping sering.

- (e) Terlambatnya kesuburan setelah penghentian pemakaian.
- (f) Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang.
- (g) Pada penggunaan jangka panjang dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang.
- (h) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina. (Setiyaningrum, 2015:72)

(6) Indikasi

- (a) Usia reproduksi.
- (b) Telah memiliki anak, ataupun yang belum memiliki anak.
- (c) Ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas yang tinggi.
- (d) Menyusui ASI pascapersalinan >6 bulan.
- (e) Pascapersalinan dan tidak menyusui.
- (f) Anemia.
- (g) Nyeri haid hebat.
- (h) Haid teratur.
- (i) Riwayat kehamilan ektopik. (Affandi, dkk, 2014:MK-37)

(7) Kontraindikasi

- (a) Hamil atau diduga hamil.
- (b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- (c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid.
- (d) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- (e) DM disertai komplikasi. (Setiyaningrum, 2015:73)

d) Suntikan KB 3 Bulan

(1) Pengertian

Kontrasepsi suntikan progestin dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia produktif yang sangat efektif cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan ASI, sangat aman digunakan tetapi kembali kesuburan lebih lambat. (Rahayu, 2017:120)

(2) 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. (Affandi, dkk, 2014:MK-43)

(3) Cara Kerja

(a) Mencegah ovulasi.

(b) Mengentalkan lender serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma .

(c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi.

(d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

(Setiyaningrum, 2015:71)

(4) Efektivitas

Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektivitas yang sangat tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan/tahun, asal penyuntikan dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan. (Affandi, dkk, 2014:MK-44)

(5) Keuntungan

- (a) Sangat efektif .
- (b) Pencegahan kehamilan jangka panjang.
- (c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- (d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.
- (e) Tidak memiliki pengaruh pada ASI.
- (f) Sedikit efek samping.
- (g) Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun-perimenopause. (Setiyaningrum, 2015:71)

(6) Kerugian

- (a) Gangguan haid. Siklus haid memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, *spotting*, tidak haid sama sekali.
- (b) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu.
- (c) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering.
- (d) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian. (Rahayu, 2017:120)

e) Implant

(1) Pengertian

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga atau lima tahun. (Affandi, dkk, 2014:MK-55)

(2) Cara Kerja

- (a) Lendir serviks menjadi kental.
- (b) Mengganggu proses pembentukan endometrium sehingga sulit terjadi implantasi.
- (c) Mengurangi transportasi sperma.

(d) Menekan ovulasi. (Setiyaningrum, 2015:73)

(3) Keuntungan

- (a) Kontrasepsi yang efektif untuk jangka panjang.
- (b) Tidak mengganggu pada waktu hubungan suami istri.
- (c) Depresi dan meningkatkan gejala pra menstruasi.
- (d) Wanita lebih sedikit keluarnya darah menstruasi, mereka juga tidak kram, sakit kepala dan nyeri pada payudara. (Rahayu, 2017:132)

(4) Keterbatasan

Pada kebanyakan klien dapat meyebabkan pola haid berupa perdarahan bercak (spotting), hipermenorea, atau meningkatnya jumlah darah haid, serta amenorea. (Setiyaningrum, 2015:74)

(5) 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. (Setiyaningrum, 2015:75)

(6) Yang Tidak Boleh Menggunakan Implant

- (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. (Setiyaningrum, 2015:75)

2) 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, dkk, 2014:MK-1)

MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila :

(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. (Setiyaningrum, 2015:38)

(3) Keterbatasan MAL

- (a) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan.
- (b) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi social.
- (c) Efektivitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.
- (d) Tidak melindungi dari terhadap IMS. (Affandi, dkk, 2014:MK-2)

(4) Indikasi

- (a) Ibu yang menyusui secara eksklusif dan bayinya berusia kurang dari 6 bulan.
- (b) Belum mendapat menstruasi setelah melahirkan.

- (c) Kita dapat mendorong ibu untuk memilih metode lain dengan tetap menganjurkan untuk melanjutkan ASI. (Setiyaningrum, 2015:39)

(5) Kontraindikasi

- (a) Sudah mendapat haid setelah bersalin.
 - (b) Tidak menyusui secara eksklusif.
 - (c) Bayinya sudah berumur lebih dari 6 bulan.
 - (d) Bekerja dan terpisah dari bayi lebih lama dari 6 jam.
- (Affandi, dkk, 2014:MK-3)

b) Kondom

(1) Pengertian Kondom

Kondom merupakan sarung karet yang dapat dibuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik, atau bahan alami yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. (Rahayu, 2017:116)

(2) Cara Kerja :

- (a) Mencegah sperma masuk ke saluran reproduksi wanita.
- (b) Sebagai alat kontrasepsi.
- (c) Sebagai pelindung terhadap infeksi atau transmisi mikroorganisme penyebab PMS. (Setiyaningrum, 2015:43)

(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. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan/tahun. (Affandi, dkk, 2014:MK-18)

(4) Keterbatasan

- (a) Efektifitas tidak terlalu tinggi.
- (b) Tingkat efektivitas tergantung pada pemakaian kondom yang benar.
- (c) Adanya pengurangan sensitivitas pada penis.
- (d) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual.
- (e) Perasaan malu membeli di tempat umum.
- (f) Masalah pembuangan kondom bekas pakai.

(Setiyaningrum, 2015:44)

(5) Keuntungan

- (a) Efektif bila digunakan dengan benar.
- (b) Tidak mengganggu produksi ASI.
- (c) Tidak memngganggu kesehatan klien
- (d) Tidak mempunyai pengaruh sistemik.
- (e) Murah dan dapat dibeli secara umum.
- (f) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan khusus.

(Rahayu, 2017:116)

(6) Kontraindikasi

- (a) Pria dengan ereksi yang tidak baik.
- (b) Riwayat syok septik.
- (c) Tidak bertanggung jawab secara seksual.
- (d) Interupsi seksual *foreplay* manghalangi minat seksual.
- (e) Alergi terhadap karet atau lubrikan pada partner seksual. (Setiyaningrum, 2015:44)

c) AKDR

(1) Pengertian

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim/*Intra Uterine Deevise* (AKDR/IUD) adalah perangkat kecil yang diletakkan dirongga rahim. IUD lebih aman, lebih murah dan sangat efektif sebagai kontrasepsi jangka panjang. Bangi banyak kaum wanita merupakan alat kontrasepsi yang terbaik. Alat

ini sangat efektif dan tidak perlu diingat setiap hari seperti halnya pil. Bagi ibu yang menyusui, AKDR tidak akan mempengaruhi isi, kelancaran ataupun kadar air susu ibu (ASI). (Rahayu, 2017:129)

Alat kontrasepsi dalam rahim terbuat dari plastik elastik, dililit tembaga atau campuran tembaga dengan perak. Lilitan logam menyebabkan reaksi anti fertilitas dengan waktu penggunaan dapat mencapai 2-10 tahun, dengan metode kerja mencegah masuknya spermatozoa/sel mani ke dalam saluran tuba. Pemasangan dan pencabutan alat kontrasepsi ini harus dilakukan oleh tenaga medis (dokter atau bidan terlatih), dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi namun tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar IMS. (Setyaningrum, 2015:76)

(2) Jenis-jenis IUD

Jenis-jenis IUD yang dipakai oleh Indonesia antara lain:

(a) 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.

(b) 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.

(c) 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.

(d) 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 loop 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. (Setiyaningrum, 2015:77)

(3) Cara Kerja :

- (a) Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi.
- (b) Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai cavum 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, dkk, 2014:MK-80)

(4) Keuntungan

- (a) Alat kontrasepsi dalam rahim dapat diterima masyarakat dunia, termasuk Indonesia dan menempati urutan ketiga dalam pemakaian.
- (b) Pemasangan tidak memerlukan medis teknis yang sulit.
- (c) Control medis yang ringan.
- (d) Penyulit tidak terlalu berat.
- (e) Pulihnya kesuburan setelah AKDR dicabut berlangsung baik. (Manuaba, dkk, 2010:611)

(5) Kerugian

- (a) Tidak melindungi IMS.
- (b) Mungkin sedikit kram, rasa sakit dan bercak darah setelah insersi.
- (c) Alergi terhadap tembaga.
- (d) Menstruasi akan lebih banyak dibandingkan yang normal.
- (e) Harus rajin kontrol ke tenaga kesehatan. (Rahayu, 2017:131)

(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. (Affandi, dkk, 2014:MK-87)

d) Kontrasepsi Mantap (Tubektomi dan Vasektomi)

(1) Tubektomi

(a) Pengertian

Tubektomi adalah prosedur bedah sukarela untuk menghentikan fertilitas (kesuburan) seseorang perempuan. (Setiyaningrum, 2015:87)

(b) Mekanisme Kerja

Dengan mengoklusi tuba falopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum. (Affandi, dkk, 2014:MK-91)

(c) 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. 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.
- (Affandi, dkk, 2014:MK-91)

(d) Keterbatasan

- i. Harus dipertimbangkan sifat mantap metode kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali), kecuali dengan rekanalisasi.
- ii. Klien tidak menyesal di kemudian hari.
- iii. Resiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anestesi umum)

- iv. Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan.
 - v. Dilakuka oleh dokter terlatih (dibutuhkan dokter spesialis ginekologi untuk proses laparoskopi).
 - vi. Tidak melindungi diri dari IMS, termasuk HBV dan HIV/AIDS. (Setyaningrum, 2015:88)
- (e) 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. (Affandi, dkk, 2014:MK-92)
- (f) Yang 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. Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas di masa depan.
 - vi. Belum memberikan persetujuan tertulis. (Setyaningrum, 2015:89)

(2) Vasektomi

(a) Pengertian

Vasektomi adalah tindakan memotong dan menutup saluran sperma (vasdeferens) yang menyalurkan sperma keluar dari testis. (Rahayu, 2017:141)

(b) Mekanisme Kerja

Vasektomi merupakan operasi kecil dimana vas deferens yang berfungsi sebagai saluran transportasi spermatozoa dipotong dan disumbat. Setelah operasi minor ini, spermatozoa akan terbendung pada ujung vas sisi testis yang telah disumbat. Karena vasektomi tidak mempengaruhi fungsi dari kelenjar-kelenjar aksesoris 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. (Setyaningrum, 2015:94)

(c) Efektivitas

Setelah masa pengosongan sperma dari vesikula seminalis (20 kali ejakulasi menggunakan kondom) maka kehamilan hanya terjadi pada 1 per 100 perempuan pada tahun pertama penggunaan. (Affandi, dkk, 2014:MK-96)

(d) 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 anak minimal 2 tahun.

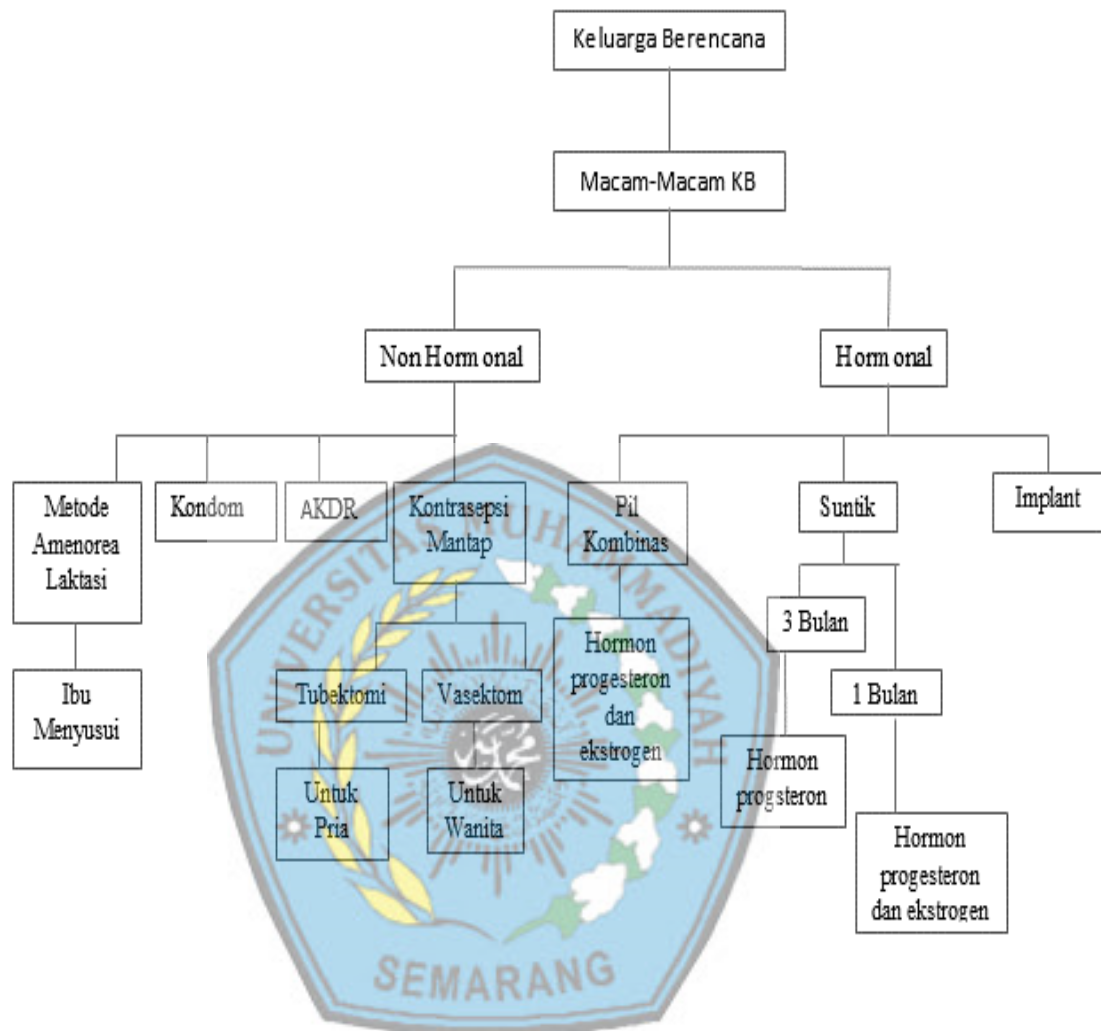
iii. Sehat, melalui pemeriksaan oleh dokter klien dianggap sehat dan memenuhi persyaratan medis untuk dilakukan prosedur tindakan vasektomi. (Setiyaningrum, 2015:96)

(e) Efek Samping, Resiko, dan komplikasi

Tidak ada efek samping jangka pendek dan jangka panjang. Karena area pembedahan termasuk superfisial, jarang sekali menimbulkan resiko kerugian pada klien. Walaupun jarang sekali, dapat terjadi nyeri scrotal dan testicular berkepanjangan (bulanan atau tahunan). Komplikasi segera dapat berupa hematoma intraskrotal dan infeksi. Teknik vasektomi tanpa pisau (VTP) sangat mengurangi kejadian infeksi pascabedah. (Affandi, dkk, 2014:MK-96)



d. Pathway



Bagan 2.5 Pathway Keluarga Berencana

Sumber : Affandi, dkk (2014), Manuaba, dkk (2010), Rahayu (2017), Setyaningrum (2015)

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 Varney

a. Pengertian

Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan serta keterampilan suatu keputusan yang berfokus pada pasien (Norma D dan Dwi S, 2013).

Manajemen Kebidanan Varney 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 (Norma D dan Dwi S, 2013)

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).

Tehnik pengumpulan data ada 3 yaitu :

a) Wawancara

Wawancara adalah pembicaraan terarah yang umumnya dilakukan pada pertemuan tatap muka. Dalam wawancara yang penting diperhatikan adalah data yang ditanyakan diarahkan ke data yang relevan.

b) Observasi

Observasi adalah pengumpulan data melalui indera: penglihatan (prilaku, tanda fisik, kecacatan, ekspresi wajah), Pendengaran (bunyi batuk, bunyi nafas), Penciuman (bau nafas, bau luka), Perabaan (suhu badan, nadi).

c) Pemeriksaan

Pemeriksaan dilakukan dengan memakai instrument/alat pengukur. Tujuannya untuk memastikan batas dimensi angka, irama, kuantitas. Misalnya : tinggi badan dengan meteran, berat badan dengan timbangan, tekanan darah dengan tensimeter.

2) Langkah II : Interpretasi Data

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

Masalah adalah kesenjangan yang diharapkan dengan fakta/ kenyataan. Analisa adalah proses pertimbangan tentang nilai sesuatu dibandingkan dengan standar. Standar adalah aturan/ ukuran yang telah diterima secara umum dan digunakan sebagai dasar perbandingan dalam kategori yang sama. Hambatan yang berpotensi tinggi menimbulkan masalah kesehatan (faktor resiko). Dalam bidang kebidanan pertimbangan butir-butir tentang profik keadaan dalam hubungannya dengan status sehat-sakit dan kondisi

fisiologis yang akhirnya menjadi faktor agen yang akan mempengaruhi status kesehatan orang bersangkutan.

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

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap- siap diagnosa atau masalah ini benar- benar terjadi (Norma D dan Dwi S, 2013).

- 4) Langkah IV : Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan segera dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

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 direncanakan usaha yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi/ diantisipasi (Norma D dan Dwi S, 2013).

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi/masalah klien, tapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien tersebut, apakah kebutuhan perlu konseling, penyuluhan dan apakah klien perlu dirujuk karena ada masalah-masalah yang berkaitan dengan masalah kesehatan lain. Pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien dan keluarga, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melakukannya (Walyani, 2015)

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).

3. Metode Dokumentasi SOAP

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

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

- a. Subyektif : Keluahan ibu hamil di TM III
- b. Obyektif : Tanda, gejala, hasil pemeriksaan ibu hamil TM III
- c. Analisa : Diagnosa ibu dalam kehamilan TM III
- d. Penatalaksanaan : Penatalaksanaan kebutuhan ibu hamil di TM III dan hasil tindakan

Catatan Perkembangan : Asuhan Ibu Dalam Masa Persalinan Kala I

- a. Subyektif : Keluhan ibu bersalin kala I
- b. Obyektif : Tanda, gejala, hasil pemeriksaan ibu bersalin kala I
- c. Analisa : Diagnosa ibu dalam persalinan kala I
- d. Penatalaksanaan : Penatalaksanaan kebutuhan ibu bersalin kala I

Kala II

- a. Subyektif : Keluhan ibu bersalin kala II
- b. Obyektif : Tanda,gejala,hasil pemeriksaan ibu bersalin kala II
- c. Analisa : Diagnosa ibu dalam persalinan kala II
- d. Penatalaksanaan : Penatalaksanaan kebutuhan ibu bersalin kala II

Kala III

- a. Subyektif : Keluhan ibu bersalin kala III
- b. Obyektif : Tanda, gejala, hasil pemeriksaan kala III
- c. Analisa : Diagnosa ibu dalam persalinan kala III
- d. Penatalaksanaan : Penatalaksanaan kebutuhan ibu bersalin kala III

Kala IV

- a. Subyektif : Keluhan ibu bersalin kala IV
- b. Obyektif : Tanda, gejala, hasil pemeriksaan kala IV
- c. Analisa : Diagnosa ibu dalam persalinan kala IV
- d. Penatalaksanaan : Penatalaksanaan kebutuhan ibu bersalin kala IV

Catatan Perkembangan : Asuhan Kebidanan dalam Masa Nifas Masa**Nifas 6 Jam**

- a. Subyektif : Keluhan ibu masa nifas 6 jam
- b. Obyektif : Tanda,gejala,hasil pemeriksaan nifas 6 jam
- c. Analisa : Diagnosa ibu dalam masa nifas 6 jam
- d. Penatalaksanaan : Penatalaksanaan kebutuhan maa nifas 6 jam

Masa Nifas 6 Hari

- a. Subyektif : Keluhan ibu masa nifas 6 hari
- b. Obyektif : Tanda, gejala, hasil pemeriksaan nifas 6 hari
- c. Analisa : Diagnosa ibu dalam masa nifas 6 hari
- e. Penatalaksanaan : Penatalaksanaan kebutuhan maa nifas 6 hari

Masa Nifas 2 Minggu

- a. Subyektif : Keluhan ibu masa nifas 6 minggu
- b. Obyektif : Tanda,gejala,hasil pemeriksaan nifas 6 minggu
- d. Analisa : Diagnosa ibu dalam masa nifas 6 minggu

- c. Penatalaksanaan : Penatalaksanaan kebutuhan maa nifas 6 minggu dan pelayanan KB

Catatan Perkembangan : Asuhan Bayi Baru Lahir (BBL) Masa BBL 6 Jam

- a. Subyektif : (hasil anamnesa ibu)
 b. Obyektif : Data focus BBL usia 6 jam
 c. Analisa : Diagnosa BBL 6 jam
 d. Penatalaksanaan : Penatalaksanaan dan hasil tindakan BBL 6 jam

Masa BBL 6 Hari

- a. Subyektif : (hasil anamnesa ibu)
 b. Obyektif : Data focus BBL usia 6 hari
 c. Analisa : Diagnosa BBL 6 hari
 d. Penatalaksanaan : Penatalaksanaan dan hasil tindakan BBL 6 hari

Masa BBL 2 Minggu

- a. Subyektif : (hasil anamnesa ibu)
 b. Obyektif : Data focus BBL usia 6 minggu
 c. Analisa : Diagnosa BBL 6 minggu
 d. Penatalaksanaan : Penatalaksanaan dan hasil tindakan BBL 6 minggu

C. Teori Hukum Kewenangan Bidan

Sebagai seorang bidan dalam memberikan asuhan harus berdasarkan aturan atau hukum yang berlaku, sehingga penyimpangan terhadap hukum (mal praktik) dapat dihindarkan dalam memberikan asuhan kebidanan dengan serotinus, landasan hukum yang digunakan yaitu:

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan yang terkait dalam kasus ini adalah:

1. Pasal 18

Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan :

- a. Pelayanan kesehatan ibu

- b. Pelayanan kesehatan anak; dan
 - c. Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
2. Pasal 19
- a. 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.
 - b. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi pelayanan:
 - 1) Konseling pada masa sebelum hamil
 - 2) Antenatal pada kehamilan normal
 - 3) Persalinan normal
 - 4) Ibu nifas normal
 - 5) Ibu menyusui, dan
 - 6) Konseling pada masa antara dua kehamilan.
 - c. Dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Bidan berwenang melakukan :
 - 1) Episiotomi
 - 2) Pertolongan persalinan normalPenjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II
 - 3) Penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan rujukan
 - 4) Pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil
 - 5) Pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas
 - 6) Fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif
 - 7) Pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum
 - 8) Penyuluhan dan konseling
 - 9) Bimbingan pada kelompok ibu hamil, dan
 - 10) Pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.

3. Pasal 20

- a. Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak prasekolah.
- b. Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bidan berwenang melakukan:
 - 1) Pelayanan neonatal esensial;
 - 2) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
 - 3) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah; dan
 - 4) Konseling dan penyuluhan.
- c. 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.
- d. Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi:
 - 1) Penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung;
 - 2) Penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru;
 - 3) Penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering; dan
 - 4) Membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).

4. Pasal 22

Selain kewenangan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18, Bidan memiliki kewenangan memberikan pelayanan berdasarkan :

- a. Penugasan dari pemerintah sesuai kebutuhan; dan/atau
- b. Pelimpahan wewenang melakukan tindakan pelayanan kesehatan secara mandat dari dokter.

5. Pasal 25

a. Kewenangan berdasarkan program pemerintah sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23 ayat (1) huruf a, meliputi:

- 1) Pemberian pelayanan alat kontrasepsi dalam rahim dan alat kontrasepsi bawah kulit;
- 2) Asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit tertentu;
- 3) Penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai dengan pedoman yang ditetapkan;
- 4) Pemberian imunisasi rutin dan tambahan sesuai program pemerintah;
- 5) Melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan;
- 6) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah;
- 7) Melaksanakan deteksi dini, merujuk, dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya.
- 8) pencegahan penyalagunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukasi dan
- 9) melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas

b. Kebutuhan dan penyediaan obat, vaksin, dan kebutuhan logistik lainnya dalam pelaksanaan kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1),

harus dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

