

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Teori Medis**

##### **1. Kehamilan**

###### **a. Konsep Dasar Kehamilan**

###### **1) Pengertian**

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Dihitung saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu (10 bulan atau 9 bulan) menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 dan minggu ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga minggu ke-40) (Prawirohardjo, 2014;h 213).

###### **b. Diagnosa Kehamilan (Sri Rahayu,2017;h.13)**

###### **1) Gejala Tidak Pasti**

- a) Amenorea : berhentinya menstruasi dan test gravidek positif.
- b) Nausea,vomisting,anoreksia
- c) Obstipasi
- d) Hiperpigmentasi
- e) Varises,epulis
- f) Tanda chadwicks : serviks berwarna kebiruan
- g) Tanda piscaseck : Pembesaran uterus karena terjadi nidasi

h) Tanda braton hiks : kontraksi otot-otot uterus yang tidak beraturan karena ada massa disalam uterus.

i) Quickening : Terasa gerak-gerak anak oleh ibu

## 2) Gejala Pasti

a) Terdengar denyut jantung janin

b) Teraba bagian-bagian janin

c) teraba gerak-gerak

d) Terlihat janin saat USG

e) Terlihat kerangka janin pada foto ronsent

## c. Perubahan anatomi dan fisiologi pada perempuan hamil

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

### 1) System Reproduksi.

#### a) Uterus

Pembesaran uterus meliputi peregangan dan penebalan sel – sel otot, sementara produksi miosit yang baru sangat terbatas. Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70g dan kapasitas 10ml atau kurang. Selama kehamian uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu

menampung janin, plasenta, dan cairan amnion rata – rata pada akhir kehamilan volume total mencapai 5 liter bahkan mencapai 20 liter atau lebih dengan rata – rata 1100g (Prawirohardjo, 2014; 175).

b) Serviks

Satu bulan setelah konsepsi servik akan menjadi lebih lunak dan kebiruan. Perubahan ini terjadi akibat penambahan vaskularisasi dan terjadinya edema pada seluruh serviks, bersamaan dengan terjadinya hipertrofi dan hiperplasia pada kelenjar – kelenjar serviks (Prawirohardjo, 2014; 177)

c) Ovarium.

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

d) Vagina dan Perinium.

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

e) Kulit.

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

f) Payudara.

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

2) System kardiovaskular.

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

3) System Endokrin.

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

#### 4) System Muskuloskeletal.

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

#### **d. Asuhan Kehamilan**

Untuk menghindari risiko komplikasi pada kehamilan dan persalinan, anjurkan setiap ibu hamil untuk melakukan kunjungan antenatal komprehensif yang berkualitas minimal 4 kali, termasuk minimal 1 kali kunjungan diantar suami/pasangan atau anggota keluarga. Pada trimester I minimal 1 kali kunjungan, trimester II minimal 1 kali dan pada trimester III minimal 2 kali kunjungan (Kemenkes Buku Saku, 2013: h.22).

##### 1) Melengkapi Riwayat Medis

- a) Pada kunjungan pertama, lengkapi riwayat medis ibu seperti: identitas, riwayat kehamilan sekarang, riwayat kontrasepsi, riwayat obstetri lalu, riwayat medis lainnya, dan riwayat sosial ekonomi.
- b) Pada kunjungan berikutnya, selain memperhatikan catatan pada kunjungan sebelumnya, tanyakan keluhan yang dialami ibu selama kehamilan berlangsung
- c) Melengkapi pemeriksaan fisik umum
  - (1) Pemeriksaan fisik umum pada kunjungan pertama: tanda vital (tekanan darah, suhu badan, frekuensi nadi, frekuensi nafas)

- (a) Berat badan
- (b) Tinggi badan
- (c) Lingkar lengan atas
- (d) Muka
- (e) Status generalis atau pemeriksaan fisik umum lengkap, meliputi kepala, mata, hygiene mulut dan gigi, karies, tiroid, jantung, paru, payudara (apakah terdapat benjolan, bekas luka operasi di daerah aerola, bagaimana kondisi puting), abdomen (terutama bekas operasi terkait uterus), tulang belakang, ekstremitas (edema, varises, refleks partella), serta kebersihan kulit.

2) Pemeriksaan fisik pada kunjungan berikutnya:

- a) Tanda vital : tekanan darah, suhu badan, frekuensi nadi, frekuensi napas.
- b) Berat badan
- c) Edema
- d) Pemeriksaan terkait masalah yang telah teridentifikasi pada kunjungan sebelumnya.

3) Melengkapi pemeriksaan fisik obstetri

a) Pemeriksaan fisik obstetri pada kunjungan pertama:

- (1) Tinggi fundus uteri (menggunakan pita ukur bila usia kehamilan >20 minggu)

- (2) *Vulva/perenium* untuk memeriksa adanya varises, kondiloma, edema, hemoroid, atau kelainan lainnya.
- (3) Pemeriksaan dalam untuk menilai: serviks, uterus, kelenjar bartholin, kelenjar skene, dan utera (bila usia kehamilan <12 minggu)
- (4) Pemeriksaan Inspekulo untuk menilai: serviks, tanda-tanda infeksi dan cairan dari ostium uteri.
- 4) Pemeriksaan fisik obstetri pada kunjungan berikutnya:
- a) Pantau tumbuh kembang janin dengan mengukur tinggi fundus uteri.
  - b) Palpasi abdomen menggunakan manuver leopold I-IV: leopold I menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terletak difundus uteri (dilakukan sejak awal trimester I), leopold II menentukan bagian janin pada sisi kiri dan kanan ibu (dilakukan mulai trimester II), leopold III menentukan bagian janin yang terletak di bagian bawah uterus (dilakukan mulai akhir trimester II), leopold IV menentukan berapa jauh masuknya janin ke pintu atas panggul (dilakukan bila usia kehamilan >36 minggu)
  - c) Auskultasi denyut jantung janin menggunakan fetoskop atau doppler (jika usia kehamilan >16 minggu).
- 5) Melakukan pemeriksaan penunjang
- Pemeriksaan penunjang untuk ibu hamil meliputi pemeriksaan laboratorium (rutin maupun sesuai indikasi) dan pemeriksaan *ultrasonografi*. Lakukan pemeriksaan laboratorium rutin (untuk semua

ibu hamil) pada kunjungan pertama: kadar hemoglobin, golongan darah dan rhesus, rapid test (darah tebal dan tipis pada malaria).

- a) Lakukan pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi: urinalisis (terutama protein urin pada trimester kedua dan ketiga) jika terdapat hipertensi, kadar hemoglobin pada trimester ketiga terutam juga dicurigai anemia, Pemeriksaan sputum bakteri tahan asam, tes sifilis, gula darah.
- b) Lakukan pemeriksaan *ultrasonografi* (USG). Pemeriksaan direkomendasikan:pada awal kehamilan, pada usia kehamilan sekitar 20 minggu dan pada trimester ketiga untuk perencanaan persalinan
- c.) Memberikan suplemen dan pencegahan penyakit
  - (1) Beri ibu 60 mg zat besi *elmental* segera setelah mual muntah berkurang dan 400 mg asam folat 1x/hari sesegera mungkin selama kehamilan.
  - (2) Memberikan ibu vaksin tetanus toksoid (TT) sesuai status imunisasinya.

#### **e. Pemeriksaan Kehamilan 10 T (Kemenkes RI,1997)**

- 1) Pengukuran tinggi badan dan penimbangan berat badan

Bila tinggi badan kurang dari 145 cm maka kemungkinann sulit lahir normal karena resiko panggul sempit.Dan untuk penimbangan sejak bulan ke 4 pertambahan berat badan paling sedikit 1 kg /bulan. Sarwono Prawirohardjo (2009 ;h. 94 ) Pada kehamilan normal

gambaran pemantauan kemajuan kehamilan dengan berat badan minimal 8 kg selama kehamilan.

2) Pengukuran tekanan darah

Tekanan darah normal 120/80 mmHg. Bila tekanan darah lebih dari atau sama dengan 140/90 mmHg ada faktor resiko hipertensi tekanan darah tinggi pada kehamilan.

3) Pengukuran lingkar lengan atas

Bila lingkar lengan atas kurang dari 23,5 cm menunjukkan ibu hamil menderita Kurang energi kronis atau KEK dan beresiko melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah ( BBLR )

4) Pengukuran tinggi rahim

Pengukuran tinggi rahim berguna untuk melihat pertumbuhan janin apakah sesuai dengan usia kehamilan.

5) Penentuan letak janin dan penghitungan denyut jantung janin

Apabila pada Trimester ke III bawah janin bukan kepala atau kepala belum masuk panggul kemungkinan ada kelainan letak dan bila denyut jantung janin kurang dari 120 kali/menit atau lebih dari 160 kali/menit menunjukkan ada tanda gawat janin, segera rujuk.

6) Penentuan Imunisasi TT ( Tetanus Toksoid )

Dilakukan oleh petugas kesehatan bila mana diperlukan mendapatkan suntikan tetanus toksoid sesuai anjuran petugas kesehatan untuk mencegah tetanus pada ibu dan bayi.

7) Pemberian tablet penambah darah

Tablet penambah darah diminum pada malam hari, dan ibu hamil sejak awal kehamilan minum tablet penambah darah setiap hari 1 kali minimal selama 90 hari.

8) Tes Laboratorium

Tes laboratorium terdiri dari :

- a) Tes golongan darah untuk mempersiapkan donor bagi ibu hamil bila diperlukan
- b) Tes hemoglobin untuk mengetahui apakah ibu kekurangan darah
- c) Tes periksa urine
- d) Tes pemeriksaan darah lainnya sesuai indikasi seperti malaria, HIV, sifilis.

9) Konseling dan penjelasan

Tenaga kesehatan memberikan penjelasan mengenai perawatan kehamilan pencegahan kelainan bawaan, persalinan, dan inisiasi menyusui dini, nifas, perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, Keluarga berencana dan imunisasi pada bayi. Penjelasan ini diberikan secara bertahap pada saat kunjungan ibu hamil.

10) Tata laksana atau mendapatkan pengobatan

Jika ibu mempunyai masalah kesehatan pada saat hamil.

**f. Asuhan perkembangan Ibu dalam masa kehamilan ( buku panduan,2019;28 )**

- 1) Subjektif : Keluhan ibu hamil di TM III
- 2) Objektif : tanda dan gejala hasil pemeriksaan ibu hamil TM III
- 3) Analisa : diagnosa ibu dalam kehamilan TM III
- 4) Penatalaksanaan : penatalaksanaan ibu hamil di TM III dan hasil tindakan

**2. Persalinan**

**a. Konsep Dasar Persalinan**

1) Pengertian Persalinan

Persalinan normal sering terjadi pada kehamilan cukup bulan dan berjalan secara spontan disaat permulaan dengan janin menunjukkan kepala sebagian ujung depan. Proses tersebut berakhir dalam waktu 18 jam tanpa komplikasi apapun ( Sri Rahayu, 2017;38).

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir, spontan dengan presentasi belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin (icesmi sukarni, 2015 ; 185).

**b. Fisiologi Persalinan**

Persalinan dimulai inpartu sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks membuka dan menipis dan

berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap (Buku saku Obstetri,2016 ;20)

- 1) Tanda-tanda gejala inpartu
  - (a) Penipisan dan pembukaan serviks
  - (b) Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks
  - (c) Cairan lendir bercampur darah pada vagina
- 2) Tindakan pencegahan infeksi untuk mencegah penyebab infeksi saat menjelang persalinan yaitu mencuci tangan, memakai sarung tangan, memakai perlengkapan pelindung ( celemek, kacamata, sepatu tertutup ), menggunakan teknik aseptik, memproses alat bekas pakai, menjaga kebersihan dan kerapian lingkungan serta pembuangan sampah secara benar ( Sarwono Prawirohardjo,2014 ; h. 339 )

### **c.Tahapan Persalinan**

- 1) Tahapan persalinan digambarkan sebagai berikut  
(Sri Rahayu,2017;h.38) :

- a) Awal Persalinan

Hal ini merupakan bagian dari tugas bidan untuk memastikan bahwa para wanita telah mendapatkan informasi yang cukup untuk bisa membantu mereka dalam mengenali datangnya persalinan yang sebenarnya.

b) Pra Persalinan

suatu istilah yang diberikam kepada minggu terakhir dari kehamilan pada saat dimana terjadi sejumlah perubahan.

c) Peringanan

2-3 minggu sebelum permulaan persalinan segmen bawah dan atas rahim merenggang dan membiarkan kepala janin turun lebih jauh kebawah,kepala tersebut bisa saja turun dan mengunci.

2) Kala Persalinan menurut Firman

a) Persalinan Kala I (Firman,2018;h.153)

Pada kala pembukaan, his belum begitu kuat, datangnya setiap 10-15 menit dan tidak seberapa mengganggu ibu, sehingga ibu sering kali masih dapat berjalan. Lambat laun his bertambah kuat, interval menjadi lebih pendek, kontraksi juga menjadi lebih kuat dan lebih lama. Lendir berdarah bertambah banyak. Lamanya kala I untuk primigravida adalah 12 jam dan untuk multigravida 8 jam. Untuk mengetahui apakah persalinan dalam kala I maju sebagaimana mestinya, sebagai pegangan kita ambil. Kemajuan pembukaan 1 cm per jam bagi primigravida, dan 2 cm per jam bagi multigravida, walaupun ketentuan ini sebetulnya kurang tepat seperti yang akan diuraikan nanti.

b) Persalinan Kala II

Gejala-gejala kala II ialah his menjadi lebih kuat, kontraksinya selama 50-100 detik, dan datang tiap 2-3 menit. Ketuban pecah dalam kala ini, dan ditandai dengan keluarnya cairan yang berwarna kekuning-kuningan secara sekonyong-konyong dan banyak.

Ada kalanya ketuban pecah dalam kala I dan malahan selaput janin dapat robek sebelum persalinan dimulai. Pada masa ini, pasien mulai mengejan. Pada akhir kala II, sebagai tanda kepala sudah sampai di dasar panggul, perineum menonjol, vulva merenggang dan tectum terbuka. Pada puncak his, bagian kecil bagian kecil kepala nampak dalam vulva, tetapi hilang lagi sewaktu his berhenti.

Pada his berikutnya, bagian kepala yang nampak lebih besar lagi, tetapi surut kembali jika his berhenti. Kejadian ini disebut kepala membuka pintu maju dan surutnya kepala berlangsung terus sampai lingkaran terbesar kepala terpegang oleh vulva, sehingga tidak dapat mundur lagi. Pada saat ini, tonjolan tulang ubun-ubun telah lahir dan *subocciput* berada dibawah *symphysis*. Sebutan kepala membuka pintu pada saat ini juga disebabkan karena pada his berikutnya dengan ekstensi, lahirlah ubun-ubun besar, dahi dan mulut pada *commissura posterior*.

Pada primigravida, perineum biasanya tidak dapat menahan regangan yang kuat pada saat ini sehingga pinggirannya robek. Setelah kepala lahir, kepala tersebut jatuh ke bawah, kemudian terjadi putaran paksi luar, sehingga kepala melintang. Sekarang vulva menekan leher sedangkan dada tertekan oleh jalan lahir, sehingga keluar lendir dan cairan dari hidung anak. Bahu lahir pada his berikutnya.

Diawali bahu belakang, kemudian bahu depan, disusul oleh seluruh badan anak dengan fleksi lateral sesuai dengan paksa jalan lahir. Sesudah anak lahir, sering keluar sisa air ketuban yang tidak keluar sewaktu ketuban pecah, kadang-kadang bercampur darah. Lamanya kala II pada primigravida  $\pm$  50 menit, sedangkan pada multigravida  $\pm$  20 menit.

1) Tanda-tanda Kala II (Sri Rahayu, 2017; 44)

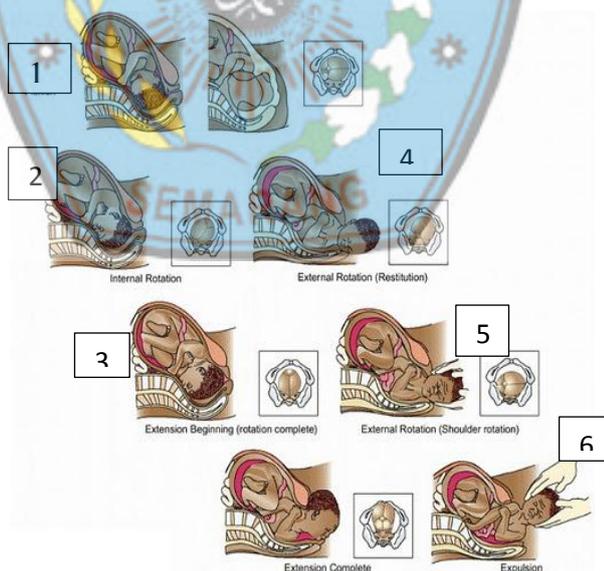
- (a) His menjadi lebih kuat 3-4 detik sekali
  - (b) Mengeluarkan darah dan lendir banyak
  - (c) Bila datang His disertai ibu mengejan
  - (d) KK pecah sendiri pada kala II kadang-kadang kulit ketuban pecah pada akhir kala I, vulva membuka, anus membuka dan perineum menonjol
- KK Belum pecah saat pembukaan lengkap dilakukan, amniotomi adalah tindakan untuk membuka selaput amnion dengan jalan membuat robekan kecil yang

kemudian akan melebar secara spontan akibat gaya berat cairan dan adanya tekanan di dalam rongga amnio. Tindakan ini biasanya dilakukan pada saat pembukaan lengkap atau hampir lengkap agar penyelesaian proses persalinan berlangsung sebagaimana mestinya (Prawirohardjo, 2009 ; h.453)

Indikasi dilakukan amniotomi yaitu persalinan kala II, Akselerasi persalinan, persalinan pervaginam dengan menggunakan instrumen.

(e) Bila KK sudah pecah maka pada waktu his tampak penonjolan kepala bayi.

## 2) Mekanisme Persalinan



Gambar 2.1. Mekanisme Persalinan

### (a) Turunnya kepala (Engagement)

Pada primigravida sebelum persalinan mulai sudah harus terjadi penurunan kepala jelas dalam proses

penurunan. Penurunan tidak akan terjadi sampai persalinan persalinan berjalan dengan baik, penurunan disebabkan oleh tekanan kontraksi uterus ke bawah dan dibantu oleh daya mengejan.

(b) Fleksi

Sebelum persalinan mulai sudah terjadi fleksi sebagian oleh karena itu ini merupakan sikap alamiah janin dalam uterus. Pada permulaan persalinan kepala janin biasanya berada dalam sikap fleksi. Dengan adanya his atau tahanan dari dasar panggul yang makin besar, maka kepala janin akan makin turun dan semakin fleksi sehingga dagu janin menekan dada dan belakang kepala (oksiput) menjadi bagian terbawah, keadaan ini dinamakan fleksi maksimal.

(c) Putaran paksi dalam

Sebagian panggul mempunyai PAP yang berbentuk oval melintang. Sumbu panjang kepala janin harus sesuai dengan sumbu panjang panggul ibu. Karena kepala janin yang masuk PAP pada diameter transversa atau obliqua harus berputar ke diameter anteroposterior supaya dapat lahir.

## (d) Ekstensi

Pada dasarnya disebabkan oleh dua kekuatan kontraksi uterus yang menimbulkan tekanan kebawah dan dasar panggul yang memberikan tahanan.

## (e) Putaran paksi luar

Putaran paksi luar kepala sebenarnya merupakan manifestasi putaran paksi dalam dari pada bahu mencapai dasar panggul bahu depan yang lebih rendah berputar kedepan dibawah simpisis berputar dari diameter obliqua ke kiri menjadi diameter anteroposterior panggul. Kepala yang berputar kembali untuk mengembalikan hubungan normal dengan bahu.

## (f) Mekanisme bahu

Kontraksi uterus dan hejan perut ibu mendorong janin ke bawah simpisis, berputarnya bahu kedepan berlawanan arah dengan putaran kepala ke depan. Bahu depan lahir dibawah simpisispubis menjadi titik putar, kemudian bahu belakang lahir melalui perineum dengan gerakan flrksi lateral.

## c) Persalinan kala III

Kala III ialah pengeluaran plasenta dan selaput juga mengendalikan pengendalian perarahan. Proses ini dimulai setelah selesai kelahiran bayi dan berakhir dengan lahirnya

placenta. Kala tiga persalinan berlangsung rata-rata antara 5-10 menit.

d) Persalinan Kala IV (Buku saku Obstetric, 2016; h. 30)

Persalinan Kala IV dimulai setelah lahirnya placenta dan berakhir dua jam setelah itu.

Selama 2 jam post partum yang dipantau yaitu :

- (1) Pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan darah yang keluar setiap 15 menit selama satu jam pertama dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua.
- (2) Masase uterus untuk membuat kontraksi menjadi baik
- (3) Pantau temperatur suhu ibu
- (4) Nilai perdarahan

**d. Asuhan Persalinan**

1) Penanganan Kala I (Prawirohardjo, 2009 ;h. 108)

a) Tindakan yang dilakukan selama kala I persalinan:

- (1) Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti : suami, keluarga pasien, atau teman dekat. Dukungan yang dapat diberikan yaitu mengusap keringat, menemani/membimbing jalan-jalan (mobilisasi), memberikan minum, merubah posisi, memijat atau menggosok pinggang.
- (2) Mengatur aktifitas dan posisi ibu, Ibu diperbolehkan melakukan aktifitas sesuai dengan kesanggupannya.

- (3) Posisi sesuai dengan keinginan ibu, namun bila ibu ingin di tempa tidur sebaiknya tidak dianjurkan tidur dalam posisi tentang terlentang lurus.
- (4) Membimbing ibu dan untuk rileks sewaktu habis his. Ibu diminta menarik nafas panjang, tahan napas sebentar, kemudian dilepaskan dengan cara meniup sewaktu his.
- (5) Menjaga privasi ibu. Penolong tetap menjaga hak privasi ibu dalam persalinan, antara lain menggunakan penutup atau tirai, tidak menghadirkan orang lain tanpa sepengetahuan dan seizin pasien/ibu.
- (6) Penjelasan tentang kemajuan persalinan. Menjelaskan kemajuan persalinan, perubahan yang terjadi dalam tubuh ibu, serta prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil-hasil pemeriksaan.
- (7) Menjaga kebersihan diri. Membolehkan ibu untuk mandi, menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya sesuai buang air kecil/besar.
- (8) Mengatasi rasa panas. Ibu bersalin biasanya merasa panas dan banyak keringat, dapat diatasi dengan cara menggunakan kipas angin atau AC dalam kamar, menggunakan kipas biasa, menganjurkan ibu untuk mandi.
- (9) Massase. Jika ibu suka, lakukan pijitan/Massase pada punggung atau mengusap perut dengan lembut.

(10) Pemberian cukup minum. Untuk memenuhi kebutuhan energi dan mencegah dehidrasi.

(11) Mempertahankan kandung kemih tetap kosong. Sarankan ibu untuk berkemih sesering mungkin.

(12) Sentuhan, Disesuaikan dengan keinginan ibu, memberikan sentuhan pada salah satu bagian tubuh yang bertujuan untuk mengurangi rasa kesendirian ibu selama proses persalinan. **Diagnosis kala I** yaitu sudah dalam persalinan (*inpartu*) : ada tanda-tanda persalinan (pembukaan serviks >3 cm, his adekuat (teratur, minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik), lendir darah dari vagina. Kemajuan persalinan normal: kemajuan berjalan sesuai dengan partograf. Persalinan bermasalah seperti : kemajuan persalinan yang tidak sesuai dengan partograf, melewati garis waspada. Kegawatdaruratan saat persalinan, seperti : eklampsia, perdarahan, gawat janin.

## 2) Penanganan Kala II

a) Melakukan tindakan yang dilakukan selama kala II persalinan

b) Memberikan dukungan terus menerus kepada ibu. Kehadiran seseorang ibu untuk mendapampingi ibu agar merasa nyaman, menawarkan minum, mengipasi dan memijat ibu.

c) Menjaga kebersihan diri. Ibu tetap dijaga kebersihannya agar terhindar infeksi, bila ada darah lendir atau cairan ketuban segera dibersihkan.

- d) Mengipasi dan massase. Menambah kenyamanan bagi ibu.
- e) Memberikan dukungan mental. Untuk mengurangi kecemasan atau ketakutan ibu, dengan cara menjaga privasi, penjelasan tentang proses dan kemajuan persalinan, penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan dan keterlibatan ibu.
- f) Mengatur posisi ibu. Dalam memimpin mendedan dapat dipilih posisi jongkok, menungging, tidur miring, setengah duduk, posisi tegak ada kaitannya dengan berkurangnya rasa nyeri, mudah mendedan, kurangnya trauma vagina, Perineum dan infeksi.
- g) Menjaga kandung kemih tetap kosong. Ibu dianjurkan untuk berkemih sesering mungkin. Kandung kemih yang penuh dapat menghalangi turunnya kepala ke dalam rongga panggul.
- h) Memberi cukup minum. Memberi tenaga dan mencegah dehidrasi.
- i) Memimpin mendedan. Ibu dipimpin mendedan selama his, anjurkan kepada ibu untuk mengambil nafas. Mendedan tanpa diselingi bernafas, kemungkinan dapat menurunkan pH pada arteri umbilicus yang dapat menyebabkan denyut jantung tidak normal dan nilai Apgar rendah.
- j) Bernafas selama persalinan. Minta ibu untuk bernafas selagi kontraksi untuk memastikan janin tidak mengalami bradikardi

(<120). Selama mengejan yang lama, akan terjadi pengurangan aliran darah dan oksigen ke janin.

k) Melahirkan bayi.

(1) Menolong kelahiran bayi.

Letakkan satu tangan ke kepala bayi agar defleksi tidak terlalu cepat. Menahan Perineum dengan satu tangan lainnya bila diperlukan. Mengusap muka bayi untuk membersihkan dari kotoran lendir/darah.

(2) Periksa tali pusat.

Bila lilitan tali pusat terlalu ketat, diklem pada dua tempat kemudian digunting di antara kedua klem tersebut, sambil melindungi leher bayi.

(3) Melahirkan bahu dan anggota seluruhnya.

Tempatkan kedua tangan pada sisi kepala dan leher bayi. Lakukan tarikan lembut ke bawah untuk melahirkan bahu depan. Lakukan tarikan lembut ke atas untuk melahirkan bahu belakang. Selipkan satu tangan anda ke bahu dan lengan bagian belakang bayi sambil menyangga kepala dan selipkan satu tangan lainnya ke punggung bayi untuk mengeluarkan tubuh bayi seluruhnya. Pegang erat bayinya jangan sampai jatuh.

(4) Bayi dikeringkan dan dihangatkan dari kepala sampai kaki.

Setelah bayi lahir segera dikerangkan dan diselimuti dengan menggunakan handuk atau sejenisnya, letakkan pada perut ibu dan berikan bayi untuk menetek.

(5) Merangsang bayi.

Biasanya dengan melakukan pengeringan cukup memberikan rangsangan pada bayi. Di lakukan dengan cara mengusap pada bagian punggung atau menepuk telapak kaki bayi. Pengkajian awal/segera palpasi Uterus untuk menentukan apakah ada bayi yang kedua: jika ada tunggu sampai bayi kedua lahir. Menilai apakah bayi baru lahir dalam keadaan stabil, jika tidak rawat bayi segera. Diagnosis kala II yaitu kehamilan dengan janin tunggal normal. Persalinan spontan melalui vagina pada bayi tunggal, cukup bulan. Bayi normal, tidak ada tanda-tanda kesulitan pernafasan, apgar >7 pada menit ke 5, tanda-tanda vital stabil, dan berat badan  $\geq 2,5$  kg. Bayi dengan penyulit. Berat badan kurang, Asfiksia, Apgar score rendah, cacat lahir pada kaki.

3) Penanganan Kala III

a) Ikat tali pusat. Jika petugas sendiri dan sedang melakukan manajemen aktif pada kala III persalinan, maka tali pusat diklem, dan gunting kemudian berikan oksitosin. Segera

setelah plasenta dan selaputnya lahir lakukan massase fundus agar berkontraksi, baru tali pusat diikat dan klem dilepas.

- b) Pemeriksaan fundus dan massase. Periksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 20-30 menit selama jam kedua.
- c) Nutrisi dan hidrasi. Anjurkan ibu dan kenakan pakaian ibu yang bersih dan kering.
- d) Istirahat. Biarkan ibu beristirahat, ia telah bekerja keras melahirkan bayinya. Bahu ibu pada posisi yang nyaman.
- e) Peningkatan hubungan ibu dan bayi. Biarkan bayi berada pada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi, sebagai permulaan dengan menyusui bayi.
- f) Memulai menyusui. Bayi sangat siap segera setelah kelahiran. Hal ini sangat tepat untuk memulai memberikan ASI. Menyusui juga membantu Uterus berkontraksi.
- g) Menolong ibu ke kamar mandi. Jika ibu perlu ke kamar mandi, ibu boleh bangun, pastikan ibu dibantu dan selamat karena ibu masih dalam keadaan lemah atau pusing setelah persalinan. Pastikan ibu sudah buang air kecil dalam 3 jam *postpartum*.
- h) Mengajari ibu dan anggota keluarga bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi, tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi.

#### 4) Penanganan Kala IV

- a) Ikat tali pusat. Jika petugas sendiri dan sedang melakukan manajemen aktif pada kala III persalinan, maka tali pusat diklem, dan gunting kemudian berikan oksitosin. Segera setelah plasenta dan selaputnya lahir lakukan massase fundus agar berkontraksi, baru tali pusat diikat dan klem dilepas.
- b) Pemeriksaan fundus dan massase. Periksa fundus setiap 15 menit pada jam pertama dan setiap 20-30 menit selama jam kedua.
- c) Nutrisi dan hidrasi. Anjurkan ibu dan kenakan pakaian ibu yang bersih dan kering.
- d) Istirahat. Biarkan ibu beristirahat, ia telah bekerja keras melahirkan bayinya. Bahu ibu pada posisi yang nyaman.
- e) Peningkatan hubungan ibu dan bayi. Biarkan bayi berada pada ibu untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi, sebagai permulaan dengan menyusui bayi.
- f) Memulai menyusui. Bayi sangat siap segera setelah kelahiran. Hal ini sangat tepat untuk memulai memberikan ASI. Menyusui juga membantu Uterus berkontraksi.
- g) Menolong ibu ke kamar mandi. Jika ibu perlu ke kamar mandi, ibu boleh bangun, pastikan ibu dibantu dan selamat karena ibu masih dalam keadaan lemah atau pusing setelah persalinan. Pastikan ibu sudah buang air kecil dalam 3 jam postpartum.

h) Mengajari ibu dan anggota keluarga bagaimana memeriksa fundus dan menimbulkan kontraksi, tanda-tanda bahaya bagi ibu dan bayi.

5) Memantau persalinan dengan partograf (Sri Rahayu,2017 ; 67)

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

Tujuan penggunaan partograf :

- a) Menilai penurunan bagian terbawah janin melalui pemeriksaan persalinan suprasimfisis.
- b) Mencatat hasil observasi dan memantau kemajuan persalinan
- c) Mendeteksi proses persalinan berjalan secara normal pada kondisi ibu dan janin pada fase aktif kala I
- d) Mencatat asupan dan luaran ibu selama fase aktif kala I

Bagian – bagian partograf :

- a) Kemajuan Persalinan
  - (1) Pembukaan serviks
  - (2) Turunnya bagian terbawah dari kepala janin
  - (3) Kontraksi uterus, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus

b) Kondisi janin

- (1) Denyut jantung janin
- (2) Warna dan volume air ketuban
- (3) Moulase kepala janin

c) Kondisi ibu

- (1) Kondisi selaput, cairan dan warna air ketuban
- (2) Tekanan darah, nadi dan suhu badan
- (3) Volume produksi urin, aseton dan protein
- (4) Obat dan cairan

Cara membuat temuan pada partograf ,Informasi awal / saat datang ke tempat bersalin :

- (1) Nama,umur
- (2) Gravida, para, abortus
- (3) Nomer catatan medik / nomer puskesmas
- (4) Tanggal dan waktu mulai dirawat
- (5) Waktu pecahnya selaput ketuban

d) Contoh Lembar Partograf

Gambar 2.2 Partograf ( Sri Rahayu,2017 ; h. 189)

**e. Asuhan Ibu dalam Masa Persalinan ( buku panduan,2019 ;28)**

## 1) Kala I

- a) Subjektif : keluhan ibu bersalin kala I
- b) Objektif : tanda, gejala ,hasil pemeriksaan ibu bersalin kala I
- c) Analisa : diagnosa ibu dalam kala I
- d) Penatalaksanaan: penatalaksanaan kebutuhan ibu kala I

## 2) Kala II

- a) Subjektif : Keluhan ibu bersalin kala II
- b) Objektif : tanda, gejala, hasil pemeriksaan ibu bersalin kala II
- c) Analisa : diagnosa ibu dalam persalinan kala II
- d) Penatalaksanaan : penatalaksanaan kebutuhan ibu bersalin kala II

## 3) Kala III

- a) Subjektif : keluhan ibu bersalin kala III
- b) Objektif : tanda, gejala , hasil pemeriksaan ibu bersalin kala III
- c) Analisa : diagnosa ibu dalam persalinan kala III
- d) Penatalaksanaan : penatalaksanaan kebutuhan ibu bersalin kala III

## 4) Kala IV

- a) Subjektif : keluhan ibu bersalin kala IV
- b) Objektif : tanda, gejala hasil pemeriksaan ibu bersalin kala IV
- c) Analisa : diagnosa ibu dalam persalinan kala IV
- d) Penatalaksanaan : Penatalaksanaan kebutuhan ibu bersalin kala IV

### 3. Nifas

#### a. Pengertian

Masa nifas dimulai setelah kelahiran placenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau *puerperium* dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya placenta sampai dengan 6 minggu (Vivian, Tri Sunarsih, 2011; h.1)

#### b. Tahapan Masa Nifas

Beberapa tahapan masa nifas (Vivian, Tri Sunarsih, 2011 ;h.4)

##### 1) Puerperium dini

Kepulihan dimana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan serta menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.

##### 2) Puerperium intermedieate

Suatu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

##### 3) Puerperium remote

Waktu yang diperlukan sehat sempurna terutama terutama apabila ibu selama hamil atau persalianan mempunyai komplikasi.

#### c. Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas

##### 1) Perubahan Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (*involsi*) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil. Secara rinci proses involusi uterus dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 2.1 Tinggi Fundus Uterus dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi

Involusi	TFU	Berat Uterus
<b>Bayi lahir</b>	Setinggi pusat	1000 gram
<b>Plasenta lahir</b>	2 jari dibawah pusat	750 gram
<b>1 minggu</b>	Pertengahan pusat-sympisis	500 gram
<b>2 minggu</b>	Tidak teraba diatas sympisis	350 gram
<b>6 minggu</b>	Bertambah kecil	50 gram
<b>8 minggu</b>	Sebesar normal	30 gram

Sumber : Vivian ,Tri Sunarsih,2011 ;57

2)Pengeluaran *Lochea* (Vivian, Tri Sunarsih, 2011 ; 58)

*Lochea* adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai bau yang amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. *Lochea* mengalami perubahan karena proses involusi.

Pengeluaran *lochea* dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya diantaranya sebagai berikut :

a) *Lochea rubra*/merah (kruenta)

*Lochea* ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum, berwarna merah dan mengandung darah dari luka pada plasenta dan serabut dari desidua dan chorion.

b) *Lochea sanguinolenta*

Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir karena pengaruh plasma darah, pengeluarannya pada hari ke tiga sampai kelima hari *post partum*.

c) *Lochea serosa*

*Lochea* ini muncul pada hari ke lima sampai kesembilan postpartum, berwarna kekuningan atau kecoklatan. Terdiri atas lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri atas *leukosit* dan robekan laserasi plasenta.d

*d)Lochea alba*

Berwarna lebih pucat,putih kekuningan, serta lebih banyak mengandung leukosit, selaput lendir *serviks*, dan serabut jaringan yang mati, lochea ini muncul lebih dari hari ke sepuluh setelah *post partum*.

3)Perubahan Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium uteri eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks akan menutup.

4)Perubahan pada vulva dan vagina adalah :

- a) Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur.
- b) Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil
- c) Setelah 3 minggu rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

### 5) Perubahan Perineum

Perubahan yang terjadi pada perineum adalah :

- a) Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju.
- b) Pada masa nifas hari ke-5, tonus otot perineum sudah kembali seperti keadaan sebelum hamil, walaupun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan. Untuk mengembalikan tonus otot perineum, maka pada masa nifas perlu dilakukan senam kegel.

### 6) Perubahan Psikologis pada masa nifas

Menurut Vivian, Tri Sunarsih (2011, h.65) Ada beberapa tahap perubahan psikologis pada masa nifas yaitu:

#### a) *Fase Talking In* (1-2 hari *post partum*)

Fase ini merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini ciri-ciri yang bias diperlihatkan adalah :

- (1) Ibu nifas masih pasif dan sangat tergantung
- (2) Fokus perhatian ibu adalah pada dirinya sendiri
- (3) Ibu nifas lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami sehingga pengalaman selama proses persalinan diceritakan secara berulang-ulang dan lebih suka didengarkan.
- (4) Kebutuhan tidur meningkat, sehingga diperlukan istirahat yang cukup karena baru saja melalui proses persalinan yang melelahkan.

- (5) Nafsu makan meningkat jika kondisi kelelahan dibiarkan terus menerus maka ibu nifas akan menjadi lebih mudah tersinggung dan pasif terhadap lingkungan.

*b) Taking hold*

Fase *taking hold* berlangsung mulai hari ketiga sampai kesepuluh masa nifas.

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

- (1) Ibu nifas sudah bias menikmati peran sebagai seorang ibu
- (2) Ibu nifas mulai belajar merawat bayi tetapi masih membutuhkan orang lain untuk membantu
- (3) Ibu nifas lebih berkonsentrasi pada kemampuannya menerima tanggung jawab terhadap perawatan bayi
- (4) Ibu nifas merasa khawatir akan ketidakmampuan serta tanggung jawab dalam merawat bayi
- (5) Perasaan ibu nifas sangat sensitive sehingga mudah tersinggung, maka diperlukan komunikasi dan dukungan yang positif dari keluarga selain bimbingan dan dorongan tenaga kesehatan untuk mengatasi kritikan yang dialaminya.

Pada fase ini merupakan saat yang tepat untuk memberikan penyuluhan tentang perawatan bayi ataupun perawatan masa nifas sehingga ibu nifas memiliki rasa percaya diri untuk merawat dan bertanggung jawab atas bayinya.

c) *Letting go*

Fase ini terjadi setelah hari kesepuluh masa nifas atau pada saat ibu nifas sudah berada dirumah. Pada fase ini ibu nifas sudah bias menikmati dan menyesuaikan diri dengan tanggung jawab peran barunya. Selain itu keinginan untuk merawat bayi secara mandiri serta bertanggung jawab terhadap diri dan bayinya sudah meningkat.

**d. Kebutuhan dasar pada masa nifas (Vivian, Tri Sunarsih, 2011; h.71)**

1) Nutrisi dan cairan

Ibu nifas memerlukan nutrisi dan cairan untuk pemulihan kondisi kesehatan setelah melahirkan, cadangan tenaga serta untuk memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut, mengkonsumsi makanan tambahan, kurang lebih 500 kalori tiap hari, makanan dengan diet gizi seimbang untuk memenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral. Minum sedikitnya 3 liter setiap hari, mengkonsumsi tablet besi selama 40 hari *post partum*, mengkonsumsi vitamin A.

2) Ambulasi Dini

Ambulasi setelah bersalin, ibu akan merasa lelah oleh karena itu ibu harus istirahat. Mobilisasi yang dilakukan tergantung pada komplikasi persalinan, nifas dan sembuhnya luka. Ambulasi dini (early ambulation) adalah mobilisasi segera setelah ibu melahirkan dengan membimbing ibu untuk bangun dari tempat tidurnya. Ibu *post partum* diperbolehkan bangun dari tempat tidurnya 24-48 jam setelah

meahirkan. Anjurkan ibu untuk memulai mobilisasi dengan miring kanan miring kiri, duduk kemudian berjalan.

### 3) Istirahat

Anjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, istirahat tidur yang dibutuhkan ibu nifas sekitar 8 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Kurang istirahat dapat menyebabkan jumlah ASI berkurang, memperlambat proses involusi uteri dan menyebabkan depresi dan ketidakmampuan dalam merawat bayinya.

### 4) Eliminasi (Vivian, Tri sunarsih, 2011; h.73)

Buang Air Kecil (BAK), setelah ibu melahirkan, terutama bagi ibu yang pertama kali melahirkan akan terasa pedih bila BAK. Keadaan ini kemungkinan disebabkan oleh iritasi pada uretra sebagai akibat persalinan sehingga takut BAK. Bila kandung kemih penuh, maka harus diusahakan agar penderita dapat buang air kecil sehingga tidak memerlukan penyedapan karena bagaimanapun kecilnya akan membawa bahaya infeksi.

Eliminasi disebut normal bila dapat BAK spontan tiap 3-4 jam. Ibu diusahakan mampu buang air kecil sendiri, bila tidak maka dilakukan tindakan merangsang dengan mengalirkan air keran didekat klien, mengompres air hangat diatas simpisis dan *site bath* (berendam air hangat) lalu disuruh BAK, bila tidak berhasil maka dilakukan kateterisasi. Buang Air Besar (BAB) harus ada dalam 3 hari *postpartum*, bila ada obstipasi dan timbul *koprostase* hingga feses yang

mengeras tertimbun di rektum, mungkin akan terjadi febris. Bila terjadi hal demikian dapat dilakukan klisma.

#### **e. Pemberian ASI**

ASI eksklusif (menurut WHO,2013 ; h.57) adalah pemberian ASI saja pada bayi sampai usia 6 bulan tanpa tambahan cairan ataupun makanan lain. ASI dapat diberikan sampai bayi usia 2 tahun. Pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan dianjurkan oleh pedoman internasional yang didasarkan pada bukti ilmiah tentang manfaat ASI bagi bayi, keluarga maupun Negara.

1)Pembagian ASI . (Vivian,Tri sunarsih,2011 ; h.20)

##### a.) Kolostrum

- (1)Merupakan cairan yang pertama kali keluar,cairan kental dengan warna kekuning-kuningan dibanding susu matur
- (2)Disekresi hari ke 1 sampai ke 3 bila dipanaskan akan menggumpal sedangkan ASI matur tidak
- (3)Merupakan pencahar yang ideal untuk membersihkan mekonium dari usus bayi yang baru lahir dan mempersiapkan saluran pencernaan makanan bayi bagi makanan yang akan datang.

##### b) Air susu Peralihan atau transisi

- (1)Merupakan ASI peralihan dari kolostrum sampai menjadi ASI yang matur
- (2)Disekresi dari hari ke 4 sampai ke 10 Kadar protein makin rendah sedangkan kadar karbohidrat dan lemak semakin meninggi dan volume juga semakin meningkat.

c) Air susu matur

- (1) Merupakan ASI yang disekresi pada hari ke-10 dan seterusnya, komposisi relative konstan
- (2) Merupakan cairan berwarna putih kekuningan yang diakibatkan warna dari ca-casein dan karotin yang terdapat didalamnya
- (3) Tidak menggumpal jika dipanaskan
- (4) Terdapat antimicrobial faktor antara lain : antibody, protein dan hormon-hormon.

**f. Mekanisme Menyusui (Vivian, Tri Sunarsih, 2011; 13)**

1) Reflek mencari (*Rooting Reflex*)

Payudara ibu yang menempel pada pipi atau daerah sekeliling mulut merupakan rangsangan yang menimbulkan refleksi mencari pada bayi. Keadaan ini menyebabkan kepala bayi berputar menuju puting susu yang menempel tadi diikuti dengan membuka mulut dan kemudian puting susu ditarik masuk kedalam mulut.

2) Refleksi menghisap (*Sucking Reflek*)

Puting susu yang sudah masuk ke dalam mulut bantuan lidah di tarik lebih jauh dan rahang menekan kalang payudara di belakang puting susu yang pada saat ini sudah terletak pada langit-langit keras. Tekanan bibir dan gerakan rahang yang terjadi secara berirama membuat gusi akan menjepit kalang payudara dan sinus laktiferus sehingga air susu akan mengalir ke puting susu, selanjutnya bagian belakang lidah menekan

puting susu pada langit-langit yang mengakibatkan air susu keluar dari puting susu

3) Refleksi menelan (swallowing reflek)

Pada saat air susu keluar dari puting susu, akan disusul dengan gerakan menghisap yang ditimbulkan oleh otot-otot pipi sehingga pengeluaran susu akan bertambah dan diteruskan dengan mekanisme menelan masuk ke lambung. Keadaan akan berbeda bila bayi diberi susu botol dimana rahang mempunyai peranan sedikit saat menelan dot botol sebab susu mengalir dengan mudah dari lubang dot.

**g. Asuhan pada Masa Nifas (Vivian, Tri Sunarsih, 2011 ; h.94)**

1) Kunjungan I ( hari ke 1 sampai ke 7)

- a) Pemberian ASI bidan mendorong pasien untuk memberikan ASI secara eksklusif.
- b) Perdarahan, bidan mengkaji warna dan banyaknya atau jumlahnya yang semestisnya, adakah tanda-tanda perdarahan.
- c) Involusi Uterus, bidan mengkaji involusi uterus dan memberikan penjelasan kepada pasien mengenai involusi uterus.
- d) Bidan mendorong ibu untuk memperkuat ikatan batin antara ibu dan bayi, pentingnya sentuhan fisik, komunikasi dan rangsangan.
- e) Bidan memberikan penyuluhan mengenai tanda-tanda bahaya baik ibu maupun bayi.

2) Kunjungan II (Hari ke 8 sampai hari ke 28)

- a) Bidan memberikan informasi mengenai makanan yang seimbang.

- b) Kebersihan dan perawatan diri, bidan menganjurkan pasien untuk menjaga kebersihan diri terutama puting susu dan perineum.
  - c) Bidan mengajarkan senam kegel dan senam perut yang ringan tergantung pada kondisi ibu.
  - d) Bidan mengkaji adanya tanda-tanda postpartum blues
  - e) Keluarga berencana, pembicara awal tentang kembalinya masa subur dan melanjutkan hubungan seksual setelah selesai masa nifas.
- 3) Kunjungan III ( Hari ke 29 sampai ke hari 42)
- a) Penapisan adanya kontraindikasi terhadap metode keluarga berencana yang belum dilakukan.
  - b) Riwayat tambahan tentang periode waktu sejak pertemuan terakhir.
  - c) Evaluasi fisik dan panggul spesifik tambahan yang berkaitan dengan kembalinya saluran reproduksi dan tubuh pada status tidak hamil.
  - d) Menentukan dan menyediakan metode dan alat KB
  - e) Rencana untuk asuhan selanjutnya
  - f) Rencana untuk kunjungan ulang bayi untuk imunisasi.

**h. Menurut Prawirohardjo (2009 ; h.123) Kunjungan masa nifas paling sedikit 4 kali yaitu :**

- 1) Kunjungan 1 6-8 jam setelah persalinan
  - a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
  - b) mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut

- c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- d) Pemberian ASI awal
- e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
- f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia

2) Kunjungan 6 hari setelah persalinan

- a) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal
- b) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat
- c) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
- d) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari

3) 2 minggu setelah persalinan

- a) Sama seperti di atas (6 hari setelah persalinan)
- 2) 6 minggu setelah persalinan
  - a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu atau bayi alami
  - b) Memberikan konseling untuk KB secara dini

**i. Asuhan perkembangan ibu dalam masa nifas (buku panduan,2019 ;29)**

1) Masa Nifas 6 jam

- a) Subjektif : keluhan ibu pada masa nifas 6 jam
- b) Objektif : tanda, gejala, hasil pemeriksaan ibu masa nifas 6 jam
- c) Analisa : diagnosa ibu dalam maa nifas 6 jam
- d) Penatalaksanaan : penatalaksanaan kebutuhan nifas 6 jam

2) Masa Nifas 6 hari

- a) Subjektif : keluhan ibu masa nifas dalam 6 hari
- b) Objektif : tanda,gejala, hasil pemeriksaan ibu masa nifas 6 hari
- c) Analisa : diagnosa ibu dalam masa nifas 6 hari
- d) Penatalaksanaan : penatalaksanaan ibu nifas 6 hari

3) Masa nifas 2 minggu

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

**4. Bayi Baru Lahir**

**a. Pengertian**

Bayi baru lahir adalah bayi yang baru dilahirkan selama satu jam pertama kelahiran ( Saifuddin,2002).Menurut Donna L. Wong (2003)bayi baru lahir adalah bayi yang lahir sampai usia 4

minggu. Lahirnya pada usia gestasi 38-42 minggu. Sedangkan menurut Depkes RI (2005) Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37-42 minggu dan berat lahir 2500-4000 gram (Sri Rahayu, 2017 : h.89)

### **b. Fisiologis Bayi Baru Lahir**

Ciri-ciri bayi normal (Sri Rahayu, 2017 ; h. 89) yaitu:

- 1) Berat Badan 2500-4000 gram
- 2) Panjang badan lahir 48-52 cm
- 3) Lingkar dada 30-38 cm
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm
- 5) Frekuensi jantung 120-160 denyut/menit
- 6) Pernafasan  $\pm$  40 -60 kali/menit.
- 7) Kulit kemerah -merahan dan licin karena jaringan sub kutan cukup
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- 9) Kuku agak panjang dan lemas.
- 10) Genetalia. Perempuan labia mayora sudah menutupi labia minora. Laki -laki testis sudah turun, skrotum sudah ada.
- 11) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
- 12) Reflek *morrow* atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
- 13) Reflek *graps* atau menggenggam sudah baik.

- 14) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

**c. Pembagian Asuhan Bayi Baru Lahir (Sri Rahayu,2017 ; h.103)**

1) Asuhan pada bayi baru lahir

- a) Pastikan pernafasan bayi baru lahir, melakukan resusitasi neonatus setelah bayi lahir yang tidak menangis.
- b) Melakukan perawatan tali pusat pemotongan tidak terlalu pendek dan harus diawasi setiap hari .
- c) Memberikan identitas bayi.
- d) Mengenali adanya kelainan pada bayi baru lahir dan melakukan pertolongan pertama sebelum dirujuk.
- e) Melakukan pemeriksaan fisik dan observasi tanda vital.

2) Asuhan pada bayi usia 2-6 hari

- a) Segera beri minum bayi dengan ASI
- b) Buang air besar : selama 2 atau 3 hari pertama tinja bayi baru lahir bersifat lengket, lunak, berwarna hitam dinamakan mekonium.

c) Buang Air Kecil

Dalam waktu 24 jam setelah lahir bayi harus sudah buang air kecil. Hari selanjutnya bayi akan buang air kecil 6-8 kali perhari.

d) Tidur

Bayi memerlukan waktu banyak tidur yaitu 16-18 jam per hari.

e) Kebersihan Kulit

Kulit bayi sangat sensitif terhadap kemungkinan terjadinya infeksi. Untuk mencegah terjadinya infeksi, keutuhan kulit bayi senantiasa dijaga. Untuk menjaga kulit bayi petugas kesehatan harus memastikan semua pakaian bayi selalu bersih dan kering.

f) Keamanan pada Bayi

Bayi merupakan sosok yang masih rentan dan lemah. Untuk menghindari terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan pada bayi sebaiknya tidak membiarkan bayi sendiri tanpa ada yang menunggu.

g) KIE sebelum bayi pulang

Macam –macam KIE yang diberikan sebelum bayi pulang adalah menjaga kehangatan bayi, mencegah hipertermi, pemberian ASI perawatan tali pusat, mengawasi tanda-tanda bahaya, perawatan bayi baru lahir pencegahan infeksi pada bayi serta imunisasi.

**d. Asuhan bayi baru lahir**

Pengkajian yang dilakukan meliputi dibawah ini dan cegah kedinginan selama pemeriksaan :

- a. Melihat tonus, postur dan aktifitas (Buku saku obstetric, 2016 ; 37)
- b. Melihat kulit : wajah, bibir dan selaput lendir dada berwarna merah muda tanpa ada kemerahan.
- c. Lihat tarukab dinding dada, rekuensi nafas normal 40-60 kali/menit.

- d. Lakukan pengukuran suhu
- e. Lihat dan raba bagian kepala, bentuk kepala kadang asimetris karena penyesuaian pada saat persalinan.
- f. Melihat mata tidak ada kotoran atau sekret.
- g. Melihat mulut dan meraba langit-langit mulut.
- h. Lihat dan raba perut serta tali pusat.
- i. Lihat punggung dan raba tulang belakang.
- j. Melihat ekstrimitas, hitung jumlah jari tangan dan kaki.
- k. Melihat lubang anus dan tanyakan apakah sudah BAB
- l. Melihat dan meraba alat kelamin luar dan tanyakan pada ibu apakah bayi sudah BAK.
- m. Timbang bayi, mengukur panjang badan dan lingkar kepala.
- n. Menilai cara menyusui, meminta ibu untuk menyusui bayinya.

**e. Kunjungan bayi baru lahir (buku panduan ; h.25)**

1) Masa BBL 6 jam

- a) Subjektif : hasil anamnesa ibu
- b) Objektif : data fokus bayi baru lahir usia 6 jam
- c) Analisa : diagnosa BBL 6 jam
- d) Penatalaksanaan : penatalaksanaan dan hasil tindakan BBL 6 jam.

2) Masa BBL 6 hari

- a) Subjektif : hasil anamnesa ibu
- b) Objektif : data fokus pada bayi usia 6 hari
- c) Analisa : diagnosa BBL 6 hari

d) Penatalaksanaan : penatalaksanaan dan hasil tindakan BBL 6 hari

3) Masa BBL 2 minggu

a) Subjektif : hasil anamnesa ibu

b) Objektif : data fokus bayi baru lahir usia 2 minggu

c) Analisa diagnosa BBL 2 minggu

d) penatalaksanaan : penatalaksanaan dan hasil tindakan 2 minggu

**f. Pelayanan Kesehatan pada bayi baru lahir (Kemenkes RI, 1997 ; h. 36)**

1) Pada 6 jam – 48 jam setelah lahir

2) Pada hari ke 3-7 setelah lahir

3) Pada hari ke 8 – 28

**g. Kebutuhan Dasar Bayi Baru Lahir**

Kebutuhan nutrisi bayi baru lahir dapat dipenuhi melalui air susu ibu (ASI) yang mengandung komponen paling seimbang. Pemberian ASI eksklusif berlangsung hingga enam bulan tanpa adanya makanan pendamping lain, sebab kebutuhannya sesuai dengan jumlah yang dibutuhkan oleh bayi. Selain itu sistem pencernaan bayi usia 0-6 bulan belum mampu mencerna makanan padat.

Komposisi ASI berbeda dengan susu sapi. Perbedaan yang penting terdapat pada konsentrasi protein dan mineral yang lebih rendah dan laktosa yang lebih tinggi. Protein pada ASI juga mempunyai nilai biologi tinggi sehingga hampir semuanya digunakan tubuh.

## 5. Keluarga Berencana

### a. Pengertian Keluarga Berencana (Pusdiklatnakes, 2015)

Keluarga Berencana (KB) merupakan suatu upaya meningkatkan kepedulian dan peran serta masyarakat, melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera. Upaya ini juga berdampak terhadap penurunan angka kesakitan dan kematian ibu akibat kehamilan yang tidak direncanakan.

Tujuan KB adalah membentuk keluarga kecil sesuai kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara mengatur kelahiran anak, agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidup (Pusdiklatnakes, 2015)

### b. Metode Kontrasepsi

#### 1) Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apa pun lainnya. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila menyusui secara penuh (*full breast feeding*); lebih efektif bila pemberian  $\geq 8 \times$  sehari, belum haid, dan umur bayi kurang dari 6 bulan. MAL efektif sampai 6 bulan dan harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya. Cara kerja MAL yaitu penundaan/penekanan ovulasi. (Affandi, 2014;h.MK-1).

a) Keuntungan Kontrasepsi ( MAL )

Keuntungan Kontrasepsi MAL menurut Affandi, (2014;h.MK-1) yaitu :

- (1) Efektifitas tinggi (keberhasilan 98% pada enam bulan pascapersalinan)
- (2) Segera efektif
- (3) Tidak mengganggu senggama
- (4) Tidak ada efek samping secara sistematis
- (5) Tidak perlu pengawasan medis
- (6) Tidak perlu obat atau alat
- (7) Tanpa biaya

b)Keuntungan Nonkontrasepsi ( MAL )

Keuntungan Kontrasepsi MAL menurut Affandi, (2014;h.MK-2) yaitu

(1)Untuk bayi

Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibody perlindungan lewat ASI), sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal dan terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai.

(2)Untuk ibu

Mengurangi perdarahan pascapersalinan, mengurangi resiko anemia dan meningkatkan hubungan psikologik ibu dan bayi.

a)Keterbatasan

Keterbatasan menurut Kontrasepsi MAL menurut Affandi, (2014;h.MK

-2) yaitu :

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

## 2) Metode Alami

Metode Keluarga berencana alami (KBA) menurut Bkkbn, (2014;h.MK-7) adalah ibu harus belajar mengetahui kapan masa suburnya berlangsung, efektif bila dipakai dengan tertib, tidak efek samping dan pasangan secara sukarela menghindari senggama pada masa subur untuk mencapai kehamilan.

Macam-macam KBA menurut Affandi, (2014;h.MK-7) yaitu :

### a) *Metode Ovulasi Billings (MOB)*

Metode Lendir Serviks atau lebih dikenal sebagai *Metode Ovulasi Billings (MOB)* intruksi kepada klien yaitu anda dapat mengenali masa subur dengan memantau lendir serviks yang keluar dari vagina, pengamatan sepanjang hari dan ambil kesimpulan pada malam hari. Periksa lendir dengan jari tangan atau tisu diluar vagina dan perhatikan perubahan perubahan perasaan kering-basah. Tidak dianjurkan untuk periksa ke dalam vagina (Affandi,2014;h.MK-10).

Untuk menggunakan MOB ini, seorang perempuan harus belajar mengenali pola kesuburan dan pola dasar ke-tidak-suburannya. Untuk menghindari kekeliruan dan untuk menjamin keberhasilan pada awal masa belajar, pasangan diminta secara penuh tidak bersenggama pada satu siklus haid, untuk mengenali pola kesuburan dan pola ketidaksuburan (Affandi,2014;h.MK-10).

b) Metode Suhu Basal

Dapat mengenali masa subur ibu dengan mengukur suhu badan secara teliti dengan termometer khusus yang bias mencatat perubahan suhu sampai  $0,1^{\circ}\text{C}$  untuk mendeteksi, bahkan suatu perubahan kecil, suhu tubuh anda. Pakai Aturan Perubahan Suhu

- (1) Ukur suhu ibu pada waktu yang hampir sama setiap pagi (sebelum bangkit dari tempat tidur) dan catat suhu ibu pada kartu yang disediakan oleh instruktur KBA ibu.
- (2) Pakai catatan suhu pada kartu tersebut untuk 10 hari pertama dari siklus haid ibu untuk menentukan suhu tertinggi dari suhu yang “normal, rendah” (misalnya, catatan suhu harian pada pola tertentu tanpa satu kondisi yang luar biasa). Abaikan setiap suhu tinggi yang disebabkan oleh demam atau gangguan lain.
- (3) Tarik garis pada  $0,05^{\circ}\text{C}$  di atas suhu tertinggi dari suhu 10 hari tersebut. Ini dinamakan garis pelindung (*cover line*) atau garis suhu.

(4) Masa tak subur mulai pada sore setelah hari ketiga berturut-turut suhu berada di atas garis pelindung tersebut (Aturan Perubahan Suhu) Catatan, jika salah satu dari 3 suhu berada dibawah garis pelindung (*cover line*) selama perhitungan 3 hari, ini mungkin tanda bahwa ovulasi belum terjadi. Untuk menghindari kehamilan tunggu sampai 3 hari berturut-turut suhu tercatat diatas garis pelindung sebelum memulai senggama. Kemudian ketika mulai masa tak subur, tidak perlu untuk mencatat suhu basal ibu. Ibu dapat berhenti mencatat sampai haid berikutnya mulai dan bersenggama sampai ahri pertama haid beriktnya (Affandi,2014;h.MK-14).

c) Metode Simtomtermal

Ibu harus mendapat instruksi untuk Metode Lendir Serviks dan suhu basal. Ibu dapat menentukan masa subur ibu dengan mengamati suhu tubuh dan lendir serviks. Setelah darah haid berhenti, ibu dapat bersenggama pada malam hari pada hari kering dengan berselang sehari selama masa tak subur. Ini adalah aturan selang hari kering (aturan awal). Aturan yang sama dengan Metode Lendir Serviks. Masa subur mulai ketika ada perasaan basah atau munculnya lender, ini adalah aturan awal. Aturan yang sama dengan lender serviks. Berpantang bersenggama sampai masa subur berakhir. Pantang bersenggama sampai hari pncak dan aturan perubahan suhu telah terjadi. Apabila aturan ini tidak mengidentifikasi hari yang sama

sebagai akhir masa subur, selalu ikuti aturan yang paling konservatif, yaitu aturan yang mengidentifikasi masa subur yang paling panjang (Affandi,2014;h.MK-14).

d)Senggama Terputus

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, di mana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi. Cara kerjanya yaitu alat kelamin (penis) dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina sehingga tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum dan kehamilan dapat dicegah (Affandi, 2014;MK-15)

Manfaat senggama terputus menurut Affandi (2014;h.MK-15) yaitu:

(a) *Kontrasepsi*

- (1) Efektif bila dilaksanakan dengan benar
- (2) Tidak mengganggu produksi ASI
- (3) Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya
- (4) Tidak ada efek samping
- (5) Dapat digunakan setiap waktu
- (6) Tidak membutuhkan biaya

*(b) Nonkontrasepsi*

(1) Meningkatkan keterlibatan suami dalam keluarga berencana

(2) Untuk pasangan memungkinkan hubungan lebih dekat dan pengertian yang sangat dalam,

Keterbatasan senggama terputus menurut Affandi, (2014,h.MK-16) yaitu ;

(a) Efektifitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4 – 27 kehamilan per 100 perempuan per tahun),

(b) Efektivitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis.

(c) Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual.

Indikasi senggama terputus menurut Affandi, (2014,h.MK-16) yaitu

(a) Suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana

(b) Pasangan yang taat beragama atau mempunyai alasan filosofi untuk tidak memakai metode-metode lain

(c) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera

(d) Pasangan yang memerlukan metode sementara, sambil menunggu metode yang lain

(e) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera

(f) Pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur

Kontraindikasi senggama terputus menurut Affandi, (2016;h.MK-14) yaitu :

- (a) Suami dengan pengalaman ejakulasi dini
- (b) Suami yang sulit melakukan senggama terputus
- (c) Suami yang memiliki kelainan fisik atau psikologis
- (d) Istri yang mempunyai pasangan yang sulit bekerja sama
- (e) Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi
- (f) Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus

### 3)Metode barrier

- (a) Kondom

Kondom tidak hanya mencegah kehamilan, tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV/AIDS. Efektif bila dipakai dengan baik dan benar. Kondom dapat dipakai bersama kontrasepsi lain untuk mencegah IMS. Kondom merupakan selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastic (vinil), atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila diglung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu (Affandi,2014;h.MK-17).

Cara kerja kondom menurut Affandi, (2014;h.mk-18) yaitu, kondom menghalang terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma diujung selubung karet yang

dipasang pada penis sehingga sperma tidak tumpah ke dalam saluran reproduksi perempuan.

(b) Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup serviks. Cara kerjanya yaitu menahan sperma agar mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopii) dan sebagai alat tempat spermisida (Affandi,2014;h.MK-21).

(c) Spermisida

Spermisida adalah bahan kimia (biasanya non oksinol-9) digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk Aerosol (busa), Tablet vagina, suppositoria atau *dissolvable film*. Cara kerjanya yaitu, menyebabkan sel membrane sperma terpecah, memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan kemampuan pemyaian sel telur (Affandi,2014;h.MK-24).

#### 4)Pil Kombinasi

Jenis pil kombinasi menurut Affandi, (2014;MK-31)

(a) Monifasik adalah pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif ekstrojen atau progesterin (E/P) dalam dosis yang sama, tanpa 7 tablet tanpa hormone aktif.

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

Cara Kerja Pil Kombinasi menurut Affandi, (2014;MK- 31) yaitu:

- (a) Menekan ovulasi
- (b) Mencegah implantasi
- (c) Lendir serviks mengental sehingga sulit dilalui oleh sperma.
- (d) Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula.

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

- (a) Memiliki efektivitas yang tinggi (hampir menyerupai efektivitas tubektomi), bila digunakan setiap hari (1 kehamilan per 1000 perempuan dalam tahun pertama penggunaan).
- (b) Resiko terhadap kesehatan sangat kecil
- (c) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- (d) Siklus 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.

Keterbatasan Pil Kombinasi menurut Affandi, (2014;h.MK-32) yaitu :

- (a) Mahal dan membosankan karena harus menggunakannya setiap hari.
- (b) Mual, terutama 3 bulan pertama.
- (c) Perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama 3 bulan pertama.
- (d) Pusing.
- (e) Nyeri payudara.
- (f) Berat badan naik sedikit, tetapi pada perempuan tertentu kenaikan berat badan justru memiliki dampak positif.
- (g) Berhenti haid (amenorea), jarang pada pil kombinasi.
- (h) Tidak boleh diberikan pada perempuan menyusui (mengurangi ASI).
- (i) Pada sebagian kecil perempuan dapat menimbulkan depresi, dan perubahan suasana hati, sehingga keinginan untuk melakukan hubungan seksual berkurang.
- (j) Dapat meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan, sehingga resiko stoke, dan gangguan pembekuan darah pada vena dalam sedikit meningkat. Pada perempuan usia > 35 tahun dan merokok perlu hati-hati.
- (k) Tidak mencegah IMS (Infeksi Menular Seksual), HBV, HIV/AIDS.

Yang dapat Menggunakan Pil Kombinasi menurut Affandi, (2014;MK-32) yaitu,pada prinsipnya hampir semua ibu boleh menggunakan pil kombinasi, seperti :

- (a) Usia reproduksi.
- (b) Telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak.
- (c) Gemuk atau kurus.
- (d) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi.
- (e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
- (f) Setelah melahirkan 6 bulan yang tidak memberikan ASI eksklusif, sedangkan semua cara kontrasepsi yang dianjurkan tidak cocok bagi ibu tersebut.
- (g) Pasca keguguran.
- (h) Anemia karena haid berlebihan.
- (i) Nyeri haid hebat.
- (j) Siklus haud tidak teratur.
- (k) Riwayat kehamilan ektopik.
- (l) Kelainan payudara jinak
- (m) Kencing manis tanpa komplikasi pada ginjal.
- (n) Pembuluh darah, mata dan saraf.
- (o) Penyakit teroid, penyakit radang panggul, endometriosis atau tumor ovarium jinak.

### **5)Suntikan Kombinasi**

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron Asetat dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi IM. Sebulan sekali (Cyclofem), dan 50 mg Noretidron Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi IM sebulan sekali. Cara Kerjanya yaitu menekan ovulasi, membuat lender serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu, perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu. Dan menghambat transportasi gamet oleh tuba (Affandi,2014;h.MK-36).

Cara penggunaan Suntik Kombinasi menurut Affandi, (2014;h.MK-36) yaitu, suntikan kombinasi diberikan setiap bulan dengan suntikan secara IM dalam. Klien diminta datang setiap 4 minggu. Suntikan ulang dapat diberikan 7 hari lebih awal, dengan kemungkinan terjadi gangguan perdarahan. Dapat juga diberikan setelah 7 hari dari jadwal yang telah ditentukan, asal saja diyakini ibu tersebut tidak hamil. Tidak dibenarkan melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain untuk 7 hari saja.

### **6)Suntikan Progestin**

Suntikan Progestin sangat efektif, aman, dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi, kembalinya kesuburan lebih lambat rata-rata 4 bulan dan cocok untuk masa laktasi karena tidak menekan produksi ASI (Affandi,2014;h.MK-43).

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

- (a) Depo Medroksiprogesteron Asetat (Depo prevera), mengandung 150 mg DMPA, yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disntik IM (didaerah bokong)
- (b) Depo Nerotisteron Enantat (Depo Noristrat), yang mengandung 200 mg Noretindron Enantat, diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntikan secara IM.

Cara kerja suntukan Progestin menurut Affandi, (2014;h.MK-43) yaitu mencegah ovulasi, mengentalkan lender serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma. Menjadikan selaput lender Rahim tipis dan atrofi dan menghambat transportasi gamet oleh tuba.

Kekurangan Suntikan Progestin menurut Affandi, (2014;h.MK-44) yaitu :

- (a) Sering ditemukan gangguan haid
- (b) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.
- (c) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tesering.
- (d) Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.

#### **7)Pil Progestin (Minipil)**

Cocok untuk perempuan yang menyusui yang ingin memakai pil KB, sangat efektif pada masa laktasi, dosis rendah, tidak menurunkan produksi ASI, tidak memberikan efek samping estrogen, efek samping

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

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

### **8)Implant**

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

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

- (a) Norplant, terdiri dari 6 kapsul yang secara total bermuatan total 2016 mg levonorgestrel. Panjang kapsul 34 mm dengan diameter 2,4 mm. penggunaan selama 5 tahun. Enam kapsul norplant dipasang menurut konfigurasi kipas di lapisan subdermal lengan atas.
- (b) Norplant II, memakai levonogestrel 150 mg dalam kapsul 43 mm dan diameter 2,5 mm. Masa kerja Norplant-2 5 tahun.

(c) Implanon, kontrasepsi subdermal kapsul tunggal yang mengandung etonogestrel (3-ketodesogestrel). Masa kerjanya hanya direkomendasikan untuk 3 tahun penggunaan walaupun ada penelitian yang menyatakan masa aktifnya dapat mencapai 4 tahun.

Masa pemakaian menurut Affandi, (2014;h.MK-59) Bila dipasang sebelum tanggal kadaluwarsa, Implan-2 bekerja efektif mencegah kehamilan hingga 3-4 tahun. Kapsul yang dipasang harus dicabut menjelang akhir masa 3-4 tahun (masa pakai). Kapsul yang baru dapat dipasang kembali setelah pencabutan apabila dikehendaki oleh klien.

#### **9) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)**

Sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang (dapat sampai 10 tahun: CuT-380). Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak, pemasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi dan tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar pada IMS (Affandi, 2014;h.MK-80).

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

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

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

#### **10)Tubektomi**

Tubektomi menurut Affandi, (2014;h.MK-89) adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur beda untuk melakkan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini. Tubektomi termasuk metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang. Efektifitas Tubektomi :

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

kontrasepsi lainnya. Metode dengan efektifitas tinggi adalah tubektomi minilaparotomi pascapersalinan.

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

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

#### **11)Vasektomi**

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah ntuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastiokan apakah seorang klien sesuai menggunakan metode ini. Vasektomi disebut juga metode kontrasepsi operatif lelaki. Metode permanen untk pasangan tidak ingin anak lagi. Metode inin membuat sperma (yang disalrkan melalui vas deferens) tidak dapat mencapai vesikla seminalis yang pada saat ejakulasi dikeluarkan bersamaan dengan cairan semen, untuk oklusi vas deferens, diperlukan tindakan insisi kecil (minor) pada daerah rafe skrotalis. Penyesalan terhadap vasektomi, tidak segera memulihkan fungsi reproduksi karena memerlukan tindakan pembedahan ulang (Affandi, 2014;h.MK-95).

## **B. Teori Manajemen Kebidanan**

### **1. Tahapan Manajemen Kebidanan**

Mengingat bahwa manajemen asuhan kebidanan suatu yang berkelanjutan perlu dilakukan secara sistematis, yang dimulai dari pengumpulan data dasar dan berakhir dengan evaluasi.

Proses ini terdiri dari tujuh langkah yang membentuk suatu kerangka lengkap sebagai berikut (Mufdlilah dkk,2012,h; 111)

#### a) Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara observasi, wawancara, pemeriksaan. Data secara garis besar diklasifikasikan menjadi data subjektif dan data objektif.

#### b) Langkah II : Interpretasi Data Dasar

Mengidentifikasi diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang akurat terhadap data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasi sehingga dapat merumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Langkah awal dari perumusan masalah adalah pengolahan data yaitu menggabungkan dan menghubungkan data satu dengan lainnya sehingga tergambar fakta.

#### c) Langkah III : Masalah Potensial

Pada langkah ini dilakukan identifikasi diagnose atau masalah potensial berdasarkan hasil pengkajian dari data subjektif dan data objektif.

Pada langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan sambil mengamati klien, sangat diharapkan oleh bidan jika masalah potensial benar-benar terjadi bidan bersiap-siap melakukan asuhan kebidanan yang aman.

d)Langkah IV : Kebutuhan Segera

Pada langkah ini bidan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, melakukan konsultasi, kolaborasi dengan petugas lain berdasarkan kebutuhan klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses terus-menerus ini menghasilkan baru yang segera dinilai, data yang muncul dapat menggambarkan suatu keadaan darurat dimana bidan harus segera bertindak untuk menyelamatkan klien dengan melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemasangan infuse dengan drips oksitosin.

e)Langkah V : Rencana Asuhan Tindakan

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya, langkah ini merupakan kelanjutan dari masalah yang telah diidentifikasi. Setiap rencana asuhan harus disetujui oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan secara efektif. Berdasarkan teori kasus partus lama harus ditolong di Rumah Sakit untuk perbaikan keadaan umum ibu, pemeriksaan lebih lanjut, pengkajian masalah partus lama, pemasangan infuse dengan drips oksi, pemantauan lebih lanjut, serta intervensi hal- hal yang dapat mempercepat proses persalinan

f)Langkah VI : Pelaksanaan Asuhan

Pada langkah ini pelaksanaan asuhan langsung secara efisien dan aman yang dapat dilakukan seluruhnya oleh bidan dan sebagian oleh pasien. Meski telah berkolaborasi dengan dokter, bidan tetap bertanggung jawab dalam manajemen asuhan klien agar penanganan kasus pada partus lama dapat berhasil dan memuaskan.

g)Langkah VII : Evaluasi

Langkah ini dilakukan pengevaluasian keefektifan dari asuhan yang diberikan, meliputi pemenuhan kebutuhan terhadap masalah yang telah diidentifikasi berdasarkan teori yang ada.

## **2.Pendokumentasian Asuhan Kebidanan (SOAP)**

Dokumentasi merupakan catatan tentang interaksi antar tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien, serta respon pasien terhadap semua kegiatan yang dilakukan, asuhan itu harus dicatat dengan benar, jelas logis, sehingga dapat mengkomunikasikan kepada orang lain mengenai asuhan yang telah dilakukan secara sistematis, dalam bentuk SOAP, yaitu :

- a. Subjektif : Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis sebagai langkah I varney.
- b. Objektif : Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, pemeriksaan penunjang, untuk mendukung asuhan yang telah diberikan sebagai langkah I varney.
- c. Assesment : Menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi:

- 1) Diagnosis / masalah
  - 2) Antisipasi diagnosa/masalah potensial
- d. Planning : Menggambarkan pendokumentasian dari hasil perencanaan, pelaksanaan dan pengevaluasian asuhan yang telah diberikan sebagai langkah 5,6 dan 7.

## **C.Teori Hukum Kewenangan Bidan**

### **1. Pengertian Kewenangan**

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

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

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

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

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

Pasal 18 Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

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

Pasal 19

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

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

Pasal 20

- 1) Pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 18 huruf b diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak prasekolah.
- 2) Dalam memberikan pelayanan kesehatan anak sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Bidan berwenang melakukan:
  - a) pelayanan neonatal esensial;
  - b) penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan perujukan;
  - c) pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah
  - d) konseling dan penyuluhan.

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

tumbuh kembang balita dengan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP).

- 6) Konseling dan penyuluhan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf d meliputi pemberian komunikasi, informasi, edukasi (KIE) kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, ASI eksklusif, tanda bahaya pada bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, PHBS, dan tumbuh kembang.

#### Pasal 21

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

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

## 2. Standar Kompetensi Bidan

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

- a. Kompetensi ke 1

Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dari ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etik yang membentuk dasar

dari asuhan yang bermutu tinggi, sesuai dengan budaya untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarganya.

b. Kompetensi ke 2

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

c. Kompetensi ke 3

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

d. Kompetensi ke 4

Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin suatu persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawat darurat tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir.

e. Kompetensi ke 5

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

f. Kompetensi ke 6

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

g. Kompetensi ke 7

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

h. Kompetensi ke 8

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

i. Kompetensi ke 9

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

