

BAB II

TINJAUAN TEORI

I. Tinjauan Teori Kebidanan

A. Asuhan kebidanan Komprehensif

1. Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 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). (Prawiroharjo, 2014 h.213).

b. Fisiologi Kehamilan

Menurut Prawirohardjo (2014) Proses terjadinya kehamilan yaitu:

- 1) Fertilisasi (pembuahan) adalah penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampula tuba. Fertilisasi meliputi penetrasi spermatozoa ke dalam ovum, fusi spermatozoa dan ovum, diakhiri dengan fusi materi genetik. Hanya

satu spermatozoa yang telah mengalami proses kapasitasi mampu melakukan penetrasi membran sel ovum.

Dalam beberapa jam setelah pembuatan terjadi, mulailah pembelahan zigot. hal ini dapat berlangsung oleh karena sitoplasma ovum mengandung banyak zat asam amino dan enzim. segera setelah pembelahan ini terjadi, pembelahan- pembelahan selanjutnya berjalan dengan lancar, dan dalam 3 hari terbentuk suatu kelompok sel yang sama besarnya. hasil konsepsi berada dalam stadium morula.

- 2) Nidasi (Implantasi) yaitu Selanjutnya pada hari ke 4 hasil konsepsi mencapai stadium. blastula disebut biasa tokista (blastocyst), suatu bentuk yang di bagian luarnya adalah trofoblas dan di bagian dalamnya disebut masa inner cell. Massa inner cell ini berkembang menjadi janin dan trofoblas akan berkembang menjadi plasenta.
- 3) Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio kedalam endometrium, plasenta dimulai. Pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12 – 18 minggu setelah fertilisasi.

c. Tanda dan Gejala Kehamilan

1) Tanda tidak pasti hamil

a) Perut Membesar

Peningkatan *vaskularisasi*, *kongesti*, dan edema jaringan dinding uterus dan hipertrofi kelenjar serviks menyebabkan berbagai perubahan yang dikenali tanda *Chadwick*, *Goodell*, dan *Hegar*.(Prawirohardjo, 2014 h.217).

Menurut Prawirohardjo (2014 h: 219) Pada pemeriksaan dalam ditemui:

- (1) Tanda *Chadwick* adalah perubahan menjadi kebiruan atau keunguan pada vulva, vagina, dan serviks.
- (2) Tanda *Goodell* adalah perubahan konsistensi (yang dianalogikan dengan konsistensi bibir) serviks dibandingkan dengan konsistensi kenyal (dianalogikan dengan ujung hidung) pada saat tidak hamil.
- (3) Tanda *Hegar* adalah pelunakan dan kompresibilitas ismus serviks sehingga ujung- ujung jari seakan dapat ditemukan apabila ismus ditekan dari arah yang berlawanan.
- (4) Tanda *Pisceks* yaitu adanya pelunakan dan pembesaran pada unilateral pada tempat implantasi (rahim).

(5) Tanda *Braxton Hicks* yaitu kontraksi yang terjadi akibat peregangan miometrium yang disebabkan oleh terjadinya pembesaran uterus.

2) Tanda pasti hamil

Tanda Pasti hamil (tanda positif) menurut Ina Kuswanti (2014 h: 103)

a. Gerakan janin yang dapat dilihat atau dirasakan atau diraba, Gerakan janin pada primigravida dapat dirasakan oleh ibunya pada kehamilan 18 minggu, sedangkan pada multigravida pada 16 minggu.

b. Denyut jantung janin:

- a. Didengar dengan stetoskop monoral laenec
- b. Dicatat dan didengar dengan alat Doppler
- c. Dicatat dengan fetu- elektro kardiogram (pada kehamilan 12 minggu)
- d. Dilihat pada ultrasonografi

Dengan USG, akan dapat terlihat gambaran janin yang berupa ukuran kantong janin, panjang janin dan diameter biparietalis hingga dapat diperkirakan tuannya kehamilan.

d. Perubahan Fisiologis Kehamilan

1) trimester I

Tanda fisik pertama yang dapat dilihat pada beberapa ibu adalah perdarahan sedikit/"spotting" sekitar 11 hari setelah konsepsi pada saat embrio melekat pada lapisan uterus. Jika seorang ibu mempunyai

siklus menstruasi 28 hari perdarahan ini terjadi sebelum ia akan mendapat menstruasi. Perdarahan implantasi ini biasanya kurang dari lamanya menstruasi normal. Setelah terlambat satu periode menstruasi, perubahan fisik berikutnya adalah nyeri dan pembesaran payudara diikuti oleh rasa kelelahan yang kronis/menetap dan sering kencing. Ibu akan mengalami dua gejala yang terakhir selama tiga bulan berikutnya. “Morning Sickness” atau mual muntah biasanya dimulai sekitar 8 minggu dan mungkin berakhir sampai 12 minggu. Pada usia kehamilan 12 minggu pertumbuhan uterus diatas simpisis pubis bisa dirasakan. Ibu biasanya mengalami kenaikan berat badan sekitar 1-2 kg selama trimester pertama (Vivian Nanny, 2011 h: 106).

Adapun perubahan dari bulan ke bulan menurut Vivian Nanny (2011 h: 106) adalah:

a) Minggu ke 4/ bulan ke- 1

Ibu terlambat menstruasi. Payudara menjadi nyeri dan membesar. Kelelahan yang kronis (menetap) dan sering BAK mulai terjadi. Keadaan ini berlangsung selama tiga bulan berikutnya. HCG ada di dalam urine dan serum 9 hari setelah konsepsi.

b) Minggu ke- 8/ bulan ke 2

Mual dan muntah (*morning sickness*) mungkin terjadi sampai usia kehamilan 12 minggu. Uterus berubah dari bentuk pir menjadi globuler. Tanda- tanda Hegar dan Goodell muncul.

Serviks fleksi dan leukorea meningkat. Penambahan berat badan belum terlihat nyata.

Akibat kadar estrogen dan dengan adanya hipervaskularisasi serta meningkatnya suplai darah maka konsistensi serviks menjadi lunak yang disebut tanda goodell (Ina kuswanti, 2014 h: 80).

Pada kehamilan 8 minggu uterus membesar sebesar telur bebek dan pada kehamilan 12 minggu kira-kira sebesar telur angsa. Pada saat ini fundus uteri telah dapat diraba dari luar di atas simpisis. Pada minggu pertama isthmus uteri mengadakan hipertropi seperti korpus uteri. Hipertropi isthmus pada triwulan pertama membuat isthmus menjadi panjang dan lebih lunak yang disebut tanda hegar. Perlunakan isthmus uteri pada sambungan serviks dan korpus ini timbul pada 6 minggu pertama setelah haid terakhir (Ina kuswanti, 2014 h: 81).

c) Minggu ke- 12/ bulan ke- 3

Tanda Chadwick muncul dan uterus naik di atas simpisis. Kontraksi Braxton Hicks mulai dan mungkin terus berlangsung selama kehamilan. Potensial untuk menderita infeksi saluran kemih meningkat dan ada selama kehamilan. Kenaikan berat badan sekitar 1- 2 kg selama trimester pertama. Plasenta sekarang berfungsi penuh dan memproduksi hormone.

2) Trimester II

Uterus akan terus tumbuh. Pada usia kehamilan 16 minggu. Uterus biasanya berada pada pertengahan antara simpisis pubis dan pusat. Penambahan berat badan sekitar 0,4- 0,5 kg/mg. Ibu mungkin akan merasa banyak energy. Pada usia kehamilan 20 minggu, fundus beada dekat pusat. Payudara mulai mengeluarkan kolostrum. Ibu dapat merasa gerakan bayinya dan juga mengalami perubahan yang normal pada kulitnya, meliputi adanya chloasma, linea nigra, dan strae gravidarum (Vivian Nanny, 2011 h: 107).

Adapun perubahan dari bulan ke bulan menurut Vivian Nanny (2011 h: 107) adalah:

a) Minggu ke- 16/ bulan ke- 4

Fundus berada di tengah antara simpisis dan pusat. Berat ibu bertambah 0,4- 0,5 kg/mg selama sisa kehamilan dan mungkin mempunyai banyak energy. Sekresi vagina meningkat (tetapi normal jika tidak gatal, iritasi, atau berbau busuk). Tekanan pada kandung kemih berkrang sehingga frekuensi sering BAK berkurang.

b) Minggu ke- 20/ bulan ke- 5

Fundus mencapai pusat. Payudara memulai sekresi olostrum. Kantong ketuban menampung 400 ml cairan. Rasa akan pingsang dan pusing mungkin terjadi, terutama jika posisi berubah secara mendadak. Varises bertambah gelap. Hidung

tersumbat mungkin terjadi, kram pada kaki mungkin ada, dan konstipasi mungkin dialami.

c) Minggu ke- 24/ bulan ke- 6

Fundus di atas pusat. Sakit punggung dan kram pada kaki mungkin terjadi. Perubahan kulit berupa striae gravidarum, chloasma, linea nigra, dan jerawat. Mimisan dapat terjadi dan mungkin mengalami gatal-gatal pada abdomen karena uterus membesar dan kulit meregang.

3) Trimester III

Pada usia kehamilan 28 minggu, fundus berada pada pertengahan antara pusat dan sifoides. Pada usia kehamilan 32- 36 minggu, fundus mencapai prosesus sifoides. Payudara penuh dan nyeri tekan. Sering BAK kembali terjadi. Sekitar usia 38 minggu bayi masuk/turun ke dalam panggul. Sakit punggung dan sering BAK meningkat. Ibu mungkin menjadi sulit tidur. Kontraksi Braxton Hicks meningkat (Vivian Nanny, 2011 h: 108)

Adapun perubahan dari bulan ke bulan menurut Vivian Nanny (2011 h: 108) adalah:

a) Minggu ke- 28/ bulan ke- 7

Fundus berada di pertengahan antar pusat dan sifoides. Hemoroid mungkin terjadi. Pernapasan dada menggantikan pernapasan perut. Garis bentuk janin dapat dipalpasi. Rasa panas dalam perut mungkin mulai terasa.

b) Minggu ke- 32/ bulan ke- 8

Fundus mencapai prosesus sifoideus. Payudara penuh, dan nyeri tekan. Sering BAK mungkin kembali terjadi. Selain itu, mungkin juga mengalami dyspnea.

c) Minggu ke- 38/ bulan ke- 9

Penurunan bayi ke dalam pelvis/ panggul ibu (*lightening*). Plasenta setebal hampir 4 kali waktu usia kehamilan 18 minggu dan beratnya 0,5- 0,6 kg. Sakit punggung dan sering BAK meningkat. Braxton Hicks meningkat karena serviks dan segmen bawah Rahim disiapkan untuk persalinan.

e. Perubahan Psikologi pada Ibu hamil

1) Perubahan Peran Selama Kehamilan

Ibu hamil biasanya akan mengalami perubahan psikologis dan pada saat ini ibu akan mencoba untuk beradaptasi terhadap peran barunya melalui tahap- tahap menurut Ina Kuswanti (2014 h: 94):

a) Tahap antisipasi

Pada tahap ini, wanita akan mewakili adaptasi perannya sengan merubah peran sosialnya melalui latihan formal seperti kelas khusus kehamilan ataupun informai melalui model peran. Meningkatnya frekuensi interaksi dengan wanita hamil dan ibu muda lainnya akan mempercepat proses adaptasi untuk mencapai penerimaan peran barunya sebagai orang tua.

Tahap menerima peran dan mencoba menyesuaikan diri. Pada tahap ini wanita sudah mulai menerima peran barunya dengan cara mencoba menyesuaikan diri. Wanita akan mengubah posisinya dari penerimaan kasih sayang dari ibunya menjadi pemberi kasih sayang pada bayinya.

b) Tahap stabil

Pada tahap ini terjadi peningkatan dari tahap sebelumnya sampai wanita mengalami titik stabil dalam penerimaan peran barunya. Wanita akan melakukan aktivitas- aktivitas yang positif dan lebih focus pada kehamilannya.

c) Tahap akhir

Pada tahap ini wanita mengadakan perjanjian dengan dirinya sendiri untuk sedapat mungkin menepati janji mengenai kesepakatan- kesepakatan internal yang telah ia buat berkaitan dengan apa yang akan ia perankan sejak saat ini sampai bayinya lahir.

2) Kehamilan Trimester I (Periode Penyesuaian/ Penentuan)

a) Ibu merasa tidak sehat dan kadang merasa benci dengan kehamilannya.

b) Kadang muncul penolakan, kekecewaan, kecemasan dan kesedihan. Bahkan kadang berharap agar dirinya tidak hamil saja. Akibat dari terjadinya peningkatan hormone estrogen dan progesterone tubuh ibu hamil akan mempengaruhi perubahan

pada fisik sehingga banyak ibu hamil yang merasakan kekecewaan, penolakan, kecemasan, dan kesedihan.

- c) Ibu akan selalu mencari tanda- tanda apakah ia benar- benar hamil. Hal ini dilakukan sekedar untuk meyakinkan dirinya.
 - d) Setiap perubahan yang terjadi dalam dirinya akan selalu mendapat perhatian dengan seksama.
 - e) Oleh karena perutnya masih kecil, kehamilan merupakan rahasia seorang ibu yang mungkin akan diberitahukannya kepada orang lain atau malah mungkin dirahasiakannya.
 - f) Hasrat untuk melakukan hubungan seksual berbeda- brbeda pada tiap wanita, tetapi kebanyakan akan mengalami penurunan.
- 3) Kehamilan trimester II (periode kesehatan yang baik/ pancaran kesehatan)
- a) Ibu merasa sehat, tubuh ibu sudah terbiasa dengan kadar hormone yang tinggi.
 - b) Ibu sudah bias menerima kehamilannya.
 - c) Merasakan gerakan anak.
 - d) Merasa terlepas dari ketidaknyamanan dan kekhawatiran.
 - e) Libido meningkat
 - f) Menuntut perhatian dan cinnta.
 - g) Merasa bahwa bayi sebagai induvidu yang merupakan bagian dari dirinya.

- h) Hubungan sosial meningkat dengan wanita lainnya atau pada orang lain yang baru menjadi ibu.
 - i) Ketertarikan dan aktivitasnya terfokus pada kehamilan, kelahiran, dan persiapan untuk peran baru.
- 4) Kehamilan trimester III (periode penantian dengan penuh kewaspadaan)
- a) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
 - b) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi lahir tidak tepat waktu.
 - c) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
 - d) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi mencerminkan perhatian dan kekhawatiran.
 - e) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
 - f) Merasa kehilangan perhatian.
 - g) Merasa mudah terluka.
 - h) Libido menurun.

f. Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan

1) Pengertian

Asuhan antenatal adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik untuk optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan rutin selama kehamilan Prawirohardjo (2014:279).

Ada 6 alasan penting untuk mendapatkan asuhan antenatal, yaitu :

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

2) Jadwal Kunjungan Asuhan Antenatal

Sebaiknya kunjungan ANC dilakukan 4 kali selama kehamilan, yaitu:

- a) Satu kali pada trimester I
 - b) Satu kali pada trimester II
 - c) Dua kali pada trimester III
- 3) Pemeriksaan kehamilan dilakukan berulang ulang dengan ketentuan
- a) Satu kali kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28 minggu
 - b) Satu kali kunjungan antenatal selama kehamilan 28-36 minggu
 - c) Dua kali kunjungan antenatal pada kehamilan di atas 36 minggu

- 4) Standar Asuhan Kebidanan menurut Kemenkes RI (2015):
 - a) Timbang Berat Badan
 - b) Ukur Tekanan Darah
 - c) Ukur Lingkar Lengan Atas (LILA)
 - d) Ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU)
 - e) *Presentasi* Janin/ Letak Janin
 - f) Imunisasi TT (Tetanus Toxoid)
 - g) Pemberian Tablet Besi (minimum 90 tablet selama kehamilan)
 - h) Tes Terhadap PMS (Penyakit Menular Seksual)
 - i) Konseling atau Penjelasan
 - j) Temu Wicara Dalam Rangka Persiapan Rujukan

2. Teori Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinaan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinaan 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 (Ichesmi dan Margareth, 2015 h: 185).

Persalinaan merupakan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, dan membrane dari dalam Rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya

pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu (Rohani dkk 2013 h:2).

b. Tujuan Asuhan Persalinan

Menurut Rohani, dkk (2013:10), tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan, dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

Tujuan asuhan persalinan normal adalah menjaga kelangsungan hidup dan memberikan derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya, melalui upaya yang terintegrasi dan lengkap tetapi dengan intervensi yang seminimal mungkin agar prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat yang optimal.

Setiap intervensi yang akan diaplikasikan dalam asuhan persalinan normal harus mempunyai alasan dan bukti ilmiah yang kuat tentang manfaat intervensi tersebut bagi kemajuan dan keberhasilan proses persalinan

c. Teori Terjadinya Persalinan

Ada beberapa teori tentang mulainya persalinan, yaitu: penurunan kadar progesterone, teori oxytosin, peregangan otot-otot uterus yang berlebihan (*destended uterus*), pengaruh janin, teori prostaglandin.

Sebab terjadinya partus sampai kini masih merupakan teori-teori yang kompleks, faktor-faktor hormonal, pengaruh prostaglandin, struktur uterus, sirkulasi uterus, pengaruh syaraf dan nutrisi disebut sebagai

faktor-faktor yang mengakibatkan partus mulai. Perubahan-perubahan dalam biokimia dan biofisika telah banyak mengungkapkan mulai dari berlangsungnya partus, antara lain penurunan kadar hormon esterogen dan progesterone. Seperti diketahui progesterone merupakan penenang bagi otot-otot uterus. Menurunnya kadar hormon ini terjadi kira-kira 1-2 minggu sebelum partus dimulai. Kadar prostaglandin dalam kehamilan dari minggu ke 15 hingga aterm meningkat, lebih-lebih sewaktu partus. Seperti telah dikemukakan, “plasenta menjadi tua” dengan tuanya kehamilan, Villi corealis mengalami perubahan-perubahan, sehingga kadar progesterone dan esterogen menurun.

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi. Teori berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh Hypocrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan. Faktor lain yang dikemukakan ialah tekanan pada ganglion servikale dari pleksus Frankenhauser yang terletak dibelakang serviks. Bila ganglion ini tertekan, kontraksi uterus dapat dibangkitkan (Ichesmi dan Margareth, 2015 h:185-186).

d. Sebab-Sebab Mulainya Persalinan

Menurut Rohani, dkk (2013: 4), hal yang menjadi penyebab mulainya persalinan belum diketahui benar, yang ada hanyalah

merupakan teori-teori yang kompleks. Perlu diketahui bahwa ada 2 hormon yang dominan saat hamil.

1) Esterogen

- a) Meningkatkan sensitivitas otot rahim
- b) Memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, serta rangsangan mekanis.

2) Progesteron

- a) Menurunkan sensitivitas otot rahim
- b) Menyulitkan penerimaan dari luar seperti rangsangan oksitosin, rangsangan prostaglandin, serta rangsangan mekanis
- c) Menyebabkan otot Rahim dan otot polos relaksasi

Esterogen dan progesterone harus berada dalam kondisi keseimbangan sehingga kehamilan dapat dipertahankan. Perubahan keseimbangan kedua hormon tersebut menyebabkan oksitosin yang dikeluarkan oleh hipofisis pars posterior dapat menimbulkan kontraksi *Braxton Hicks*. Kontraksi *Braxton Hicks* menjadi kekuatan dominan saat mulainya persalinan, oleh karena itu semakin tua kehamilan, frekuensi kontraksi semakin sering.

Oksitosin diduga bekerja bersama atau bekerja melalui prostaglandin, yang nilainya akan meningkat mulai dari umur kehamilan minggu ke-15.

e. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Rohani dkk (2013:16-36), faktor yang mempengaruhi persalinan adalah :

1) Power/Tenaga yang Mendorong Anak

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu.

His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. Pada bulan terakhir dari kehamilan dan sebelum persalinan dimulai, sudah ada kontraksi rahim yang disebut his. His dibedakan sebagai berikut :

- a) His pendahuluan atau his palsu, yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan kontraksi dari *Braxton Hicks*. His pendahuluan ini bersifat tidak teratur dan menyebabkan nyeri di perut bagian bawah dan lipat paha, tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang ke perut bagian bawah seperti his persalinan. Lamanya kontraksi pendek dan tidak bertambah kuat bila ibu berjalan, bahkan sering berkurang. His pendahuluan tidak bertambah kuat dengan majunya waktu, bertentangan dengan his persalinan yang makin lama makin kuat. Hal yang paling penting adalah his pendahuluan tidak mempunyai pengaruh pada serviks.
- b) His persalinan merupakan suatu kontraksi dari otot-otot Rahim yang fisiologis, akan tetapi bertentangan dengan kontraksi

fisiologis lainnya dan bersifat nyeri. Perasaan nyeri tergantung juga pada ambang nyeri dari penderita, yang ditentukan oleh kondisi jiwanya. Kontraksi rahim bersifat otonom, artinya tidak dipengaruhi oleh kamauan; namun dapat dipengaruhi dari luar, misalnya rangsangan oleh jari-jari tangan.

2) Passage/Panggul

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina dan introitus. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Jalan lahir dibagi atas :

- a) Bagian keras: tulang-tulang panggul
- b) Bagian lunak: uterus, otot panggul dasar dan perineum

3) Passenger/Janin dan Plasenta

Cara penumpang (*passenger*) atau janin bergerak di sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak sikap, dan posisi janin. Plasenta juga harus melalui jalan lahir sehingga dapat juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Namun, plasenta jarang menghambat proses persalinan pada kelahiran normal.

Janin dapat mempengaruhi jalannya kelahiran karena ukuran dan presentasinya. Kepala banyak mengalaminya cedera pada persalinan sehingga dapat membahayakan hidup dan kehidupan janin. Pada

persalinan, oleh karena tulang-tulang masih dibatasi fontanel dan sutura yang belum keras, maka pinggir tulang dapat menyisip antara tulang satu dengan tulang yang lain, atau disebut molase, sehingga kepala bayi bertambah kecil. Biasanya apabila kepala janin sudah lahir, maka bagian-bagian lain dari janin akan dengan mudah menyusul.

Ukuran dan sifat kepala bayi relatif kaku sehingga sangat memengaruhi proses persalinan. Tengkorak janin terdiri atas dua tulang parietal, dua tulang temporal, satu tulang frontal, dan satu tulang oksipital. Tulang-tulang ini disatukan oleh sutura membranosa: sagitalis, lamdoidalis, koronaris, dan frontalis. Rongga yang berisi membran ini disebut fontanel, terletak dipertemuan antar sutura. Saat persalinan dan setelah selaput ketuban pecah, fontanel dan sutura dipalpasi untuk menentukan presentasi, posisi, dan sikap janin; pengkajian ukuran janin memberi informasi usia dan kesejahteraan janin.

4) Psikologis

Banyak wanita normal bisa merasakan kegairahan dan kegembiraan saat merasa kesakitan di awal menjelang kelahiran bayinya. Perasaan positif ini berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas “kewanitaan sejati”, yaitu munculnya rasa bangga melahirkan atau memproduksi anak. Khususnya, rasa lega itu berlangsung bila kehamilannya mengalami

perpanjangan waktu, mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula dianggap sebagai suatu “keadaan yang belum pasti”, sekarang menjadi hal yang nyata. Faktor psikologis meliputi hal-hal sebagai berikut:

- a) Melibatkan psikologis ibu, emosi, dan persiapan intelektual
- b) Pengalaman melahirkan bayi sebelumnya
- c) Dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu

5) Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.

f. Mekanisme Persalinan

Menurut Icesmi dan Margareth (2015:200-209), gerakan utama kepala janin pada proses persalinan :

1) Engagement

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

2) Desent

Penurunan kepala janin sangat tergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga

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

3) Flexion

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

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

4) Internal Rotation

Rotasi interna (putaran paksi dalam) : selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (ke bawah simfisis pubis), membawa kepala melewati distansia interspinarum dengan diameter biparietalis. Perputaran kepala (penunjuk) dari samping ke depan atau ke arah posterior (jarang) disebabkan:

1) Ada his selaku tenaga/gaya pemutar

2) Ada dasar panggul beserta otot-otot dasar panggul selaku tahanan

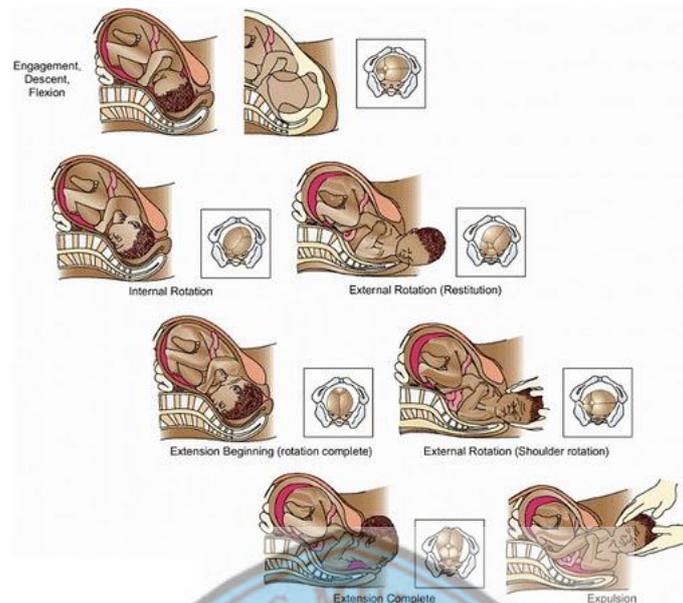
Bila tidak terjadi putaran paksi dalam umumnya kepala tidak turun lagi dan persalinan diakhiri dengan tindakan vakum ekstraksi. Pemutaran bagian depan anak sehingga bagian terendah memutar ke depan ke bawah simfisis.

5) Extension

Dengan kontraksi perut yang benar dan adekuat kepala makin turun dan menyebabkan perineum distensi. Pada saat ini puncak kepala berada di simfisis dan dalam keadaan begini kontraksi perut ibu yang kuat mendorong kepala ekspulsi dan melewati introitus vagina.

6) External Rotation

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



Gambar 2.1 dan Lampiran 6 Mekanisme Persalinan

g. **Tanda – tanda Persalinan** Menurut Sri Rahayu (2017:44)

- 1) His menjadi lebih kuat (3 detik-4detik sekali)
- 2) Mengeluarkan darah dan lendir lebih banyak.
- 3) Bila datang his disertai ibu mengejan.
- 4) Kulit ketuban pecah sendiri pada kala II, kadang-kadang kulit ketuban pecah pada akhir kala I, vulva membuka, anus membuka dan perineum menonjol (tidak selalu).
- 5) Bila KK sudah pecah maka pada waktu his tampak penonjolan kepala anak, kulit ketuban menonjol keluar (bila his hilang kulit ketuban akan kembali tidak tampak).

Tanda dan gejala menjelang persalinan antara lain: perasaan distensi berkurang (*lightening*), perubahan serviks, persalinan palsu, ketuban

pecah, blood show, lonjakan energy, gangguan pada saluran cerna (Dwi dan Cristine, 2012 h: 22).

h. **Kala Persalinan** Menurut Firman (2018:153).

1) Kala I

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

2) Kala II

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 alanya ketuban pecah dalam kala I dan malahan selaput janin dapat robek sebelum persalinan dimulai. Pada masa ini, pasien mulai mengejan. Pada akhir kala II, sebagai tanda kepala sudah sampai di

dasar panggul, perineum menonjol, vulva merenggang dan tectum terbuka. Pada puncak his, bagian kecil bagian kecil kepala nampak dalam vulva, tetapi hilang lagi sewaktu his berhenti. Pada his berikutnya, bagian kepala yang nampak lebih besar lagi, tetapi surut kembali jika his berhenti. Kejadian ini disebut kepala membuka pintu maju dan surutnya kepala berlangsung terus sampai lingkarang terbesar kepala terpegang oleh vulva, sehingga tidak dapat 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 depannya robek. Setelah kepala lahir, kepala tersebut jatuh ke bawah, kemudian terjadi putaran paksi luar, sehingga kepala melintang. Sekarang vulva menekan leher sedangkan dada tertekan oleh jalan lahir, sehingga keluar lendir dan cairan dari hidung anak. Bahu lahir pada his berikutnya. Diawali bahu belakangan, kemudian bahu depan, disusul oleh seluruh badan anak dengan fleksi lateral sesuai dengan paksa jalan lahir. Sesudah anak lahir, sering keluar sisa air ketuban yang tidak keluar sewaktu ketuban pecah, kadang – kadang bercampur darah. Lamanya kala II pada priigravida \pm 50 menit, sedangkan pada multigravida \pm 20 menit.

Setelah anak lahir, his berhenti sebentar, tanpa timbul lagi setelah beberapa menit. His ini dinamakan his pelepasan uri yang berfungsi melepaskan uri, sehingga terletak pada segmen bawah rahim atau bagian atas vagina. Pada masa ini, uterus akan teraba sebagai tumor yang keras, segmen atas melebar karena mengandung plasenta, dan fundus uteri teraba sedikit di bawah pusat. Jika telah lepas, bentuk plasenta menjadi bundar, dan tetap bundar sehingga perubahan bentuk ini dapat dijadikan tanda pelepasan plasenta. Jika keadaan ini dibiarkan, setelah plasenta lepas, fundus uteri teraba sedikit hingga setinggi pusat atau lebih. Bagian tali pusat di luar vulva menjadi lebih panjang, naiknya fundus uteri disebabkan karena plasenta jatuh dalam segmen bawah rahim atau bagian atas vagina sehingga mengangkat uterus yang berkontraksi. Seiring lepasnya plasenta, dengan sendirinya bagian tali pusat yang lahir menjadi panjang. Lamanya kala uri $\pm 8,5$ menit, dan pelepasan plasenta hanya memakan waktu 2-3 menit.

Sebagai ikhtisar, tanda- tanda pelepasan plasenta ialah sebagai berikut.

- a) Uterus menjadi bundar.
- b) Perdarahan, terutama perdarahan yang sekonyong-konyong dan aga banyak.
- c) Memanjangnya bagian tali pusat yang lahir.

d) Naiknya fundus uteri krena naiknya rahim sehingga lebih mudah digerakan.

Perdarahan dalam kala uri ± 250 cc. Perdarahan dianggap patologis jika melebihi 500 cc.

3) Kala III

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

4) Kala IV

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

i. Partograf

1) Pengertian Partograf

Partograf adalah alat bantu yang digunakan selama persalinan. Tujuan utama penggunaan partograf adalah untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dan mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal, Dengan demikian, juga dapat dilaksanakan deteksi secara dini, setiap kemungkinan terjadinya partus lama (Prawirohardjo,2014 h 315).

2) Penggunaan partograf

- 3) Partograf harus digunakan untuk (1) semua ibu dalam fase aktif kala satu persalinan sampai dengan kelahiran bayi, sebagai elemen penting asuhan persalinan; (2) semua tempat pelayanan persalinan (rumah, puskesmas, klinik bidan swasta, rumah sakit, dan lain- lain); (3) semua penolong persalinan yang memberikan asuhan kepada ibu selama persalinan dan kelahiran (Spesialis Obstetri, dan Ginekologi, Bidan, Dokter Umum, Residen, dan Mahasiswa Kedokteran) (Prawirohardjo,2014 h 315).

Gambar 2.2 Bagian Depan Partograf

4) Halaman belakang partograf

Halaman belakang partograf merupakan bagian untuk mencatat hal-hal yang terjadi selama proses persalinan dan kelahiran, serta tindakan – tindakan yang dilakukan sejak persalinan kala I hingga IV (termasuk bayi baru lahir). Itulah sebabnya bagian ini disebut sebagai catatan persalinan. Nilai dan catatan asuhan yang telah diberikan pada ibu dalam masa nifas terutama selama persalinan kala IV untuk memungkinkan penolong persalinan mencegah terjadinya penyulit dan membuat keputusan klinik, terutama pada pemantauan kala IV (mencegah terjadinya perdarahan pascapersalinan). Selain itu, catatan persalinan (yang sudah diisi dengan lengkap dan tepat) dapat

pula digunakan untuk menilai memantau sejauh mana telah dilakukan pelaksanaan asuhan persalinan yang bersih dan aman

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
 2. Nama ibu :
 3. Tempat Persalinan :
 Rumah Sw Puskesmas
 Poliklinik Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :

4. Alamat tempat persalinan :
 5. Catatan : I / II / III / IV
 6. Alasan masuk :
 7. Tempel ngakam :
 8. Pendamping pada saat masuk :
 Istri Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

KATA I

9. Perogram melawat garis waspada : Y / T
 10. Masalah lain, sebutkan :

11. Penatalaksanaan masalah Ter :
 12. Hasilnya :

KATA II

13. Epileptomi :
 Ya, Indikasi
 Tidak
 14. Pendamping pada saat persalinan
 Suami Teman Tidak ada
 Keluarga Dukun
 15. Gawat Janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak

16. Distosis bahu :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak

17. Masalah lain, sebutkan :

18. Penatalaksanaan masalah tersebut :

19. Hasilnya :

KATA III

20. Jaminan kala III : menit
 21. Pemberian Oksitosin 10 U in ?
 Ya, waktu :
 Tidak, alasan :
 22. Perawatan menggunakan Oksitosin (Ox) ?
 Ya, alasan :
 Tidak
 23. Perangin bal pusat terkendali ?
 Ya
 Tidak, alasan :

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus (cm)	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Pendarahan
1							
2							

Masalah kala IV :
 Penatalaksanaan masalah tersebut :
 Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
 Ya
 Tidak, alasan :

25. Pasosida lahir lengkap (intof) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :

26. Presentasi tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
 Tidak

27. Laksasi :
 Ya, dimana :
 Tidak

28. Jika terasmi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
 Pengisian, dengan / tanpa anastesi
 Tidak dipili, alasan :

29. Abasi uteri :
 Ya, tindakan :
 Tidak

30. Jumlah perdarahan : ml
 31. Masalah lain, sebutkan :

32. Penatalaksanaan masalah tersebut :

33. Hasilnya :

BATI BARU LAHIR :

34. Berat badan : gram
 35. Panjang : cm
 36. Jenis kelamin : L / P
 37. Perasaan bayi baru lahir : baik / ada penyulit
 38. Sisi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 mengeringkan
 menghangatkan
 Balok bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Aspih ke tenggorokan/ibu/leher/indukan :
 Tidak diperlukan, lakukan masa
 mengeringkan tali
 menghangatkan
 Tempatkan bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan :

39. Pemberian ASI
 Ya, waktu : jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan :

40. Masalah kesehatan :
 Hasilnya :

(Prawirohardjo, 2014 h 315).

Gambar 2.3 Bagian Belakang Partograf

3. Teori Dasar Masa Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

Menurut Sri Rahayu (2017:75), masa nifas adalah masa dimulai dari beberapa jam sesudah lahirnya plasenta dan mencakup enam minggu berikutnya dan kondisi tidak hamil, Masa ini disebut juga masa puerperium. Asuhan postnatal haruslah memberikan tanggapan terhadap kebutuhan khusus ibu selama masa yang istimewa.

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum

hamil. Masa nifas atau *puerperium* dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu. Dalam bahasa latin, waktu mulai tertentu setelah melahirkan anak ini disebut *puerperium* yaitu dari kata *puer* yang artinya bayi dan *parous* melahirkan. Jadi, *puerperium* berarti masa setelah melahirkan bayi. *Puerperium* adalah masa pulih kembali, sekitar 50 % kematian ibu terjadi dalam 24 jam pertama postpartum sehingga pelayanan pasca persalinan yang berkualitas harus terselenggarakan pada masa itu untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi Vivian dan Tri Sunarsih (2011:1).

b. Perubahan-Perubahan Masa Nifas

Menurut Sri Rahayu (2017:76-80), perubahan masa nifas ada 7 macam, yaitu :

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Involusi uteri merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gram. Proses involusi uteri adalah sebagai berikut :

Autolisis adalah proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot rahim. Dengan involusi uterus ini, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi necrotic. Desidua yang mati akan keluar bersama sisa cairan, suatu campuran antara darah yang dinamakan lokia.

Lokia adalah cairan rahim selama masa postnatal. Lokia mempunyai reaksi lokia yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lokia mempunyai bau amis (anyir), meskipun tidak terlalu menyengat, dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lokia mengalami perubahan karena proses involusi.

Macam-macam lokia :

- (1) Lokia rubra: Lokia muncul pada hari pertama sampai ke empat masa postpartum. Warnanya merah mengandung darah dari robekan/luka pada plasenta dan serabut desidua dan chorion
- (2) Lokia serosa: Lokia yang muncul pada hari ke lima sampai sembilan hari berikutnya. Warnanya kecoklatan mengandung lebih sedikit darah dan lebih banyak serum terdiri dari leukosit dan robekan/lacerasi plasenta
- (3) Lokia alba: Berwarna lebih pucat, putih kekuningan mengandung leukosit, selaput lender serviks dan serabut jaringan yang mati.

b) Perinium, Vagina dan Vulva

Berkurangnya sirkulasi progesterone mempengaruhi otot-otot pada panggul, perineum, vagina dan vulva. Proses ini membantu pemulihan kearah tonisitas/elastisitas normal dari

ligamentum otot Rahim. Ini merupakan proses bertahap yang akan berguna apabila ibu melakukan ambulasi dini, senam masa postnatal dan mencegah timbulnya konstipasi. Progesteron juga meningkatkan pembuluh darah pada vagina dan vulva selama kehamilan dan persalinan biasanya menyebabkan timbulnya beberapa hematoma dan edema pada jaringan ini dan pada perineum. Bila melaksanakan latihan pengencangan otot perineum akan mengembalikan tonusnya dan wanita akan mengencangkan vaginanya. Pengencangan yang sempurna bila dilakukan setiap hari. Abrasi dan laserasi vulva dan perineum akan cepat sembuh.

c) Payudara

Laktasi akan dimulai dengan perubahan hormone saat melahirkan dan bila wanita tidak menyusui dapat terjadi kongesti payudara selama beberapa hari pertama postnatal karena tubuh mempersiapkan untuk memberikan nutrisi kepada bayi. Wanita yang menyusui berespons terhadap stimulus bayi yang disusui dan akan terus melepaskan hormone yang akan merangsang alveoli untuk memproduksi susu.

2) Sistem Pencernaan

Seringkali diperlukan waktu 3 sampai 4 hari sebelum faal usus normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah

melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama 1 atau 2 hari gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika melahirkan diberikan enema. Rasa sakit daerah perineum sering menghalangi keringanan ke belakang sehingga dapat menyebabkan obstipasi.

3) Sistem Perkemihan

Distensi yang berlebihan pada kantung kemih adalah hal yang umum terjadi karena peningkatan kapasitas kadung kemih, pembengkakan, mamar jaringan disekitar uretra, dan hilangnya sesuai terhadap tekanan yang meningkat. Kandung kemih yang penuh menggeser uterus dan dapat menyebabkan retensi uri, pengosongan kandung kemih yang adekuat umumnya kembali dalam 5-7 hari setelah terjadi pemulihan jaringan yang bengkak dan memar. Laju filtrasi glomerulus (GFR) tetap meningkat kira-kira 7 hari setelah melahirkan. Ureter yang berdilatasi dan pelvis renal kembali ke keadaan sebelum hamil dalam 6-10 minggu setelah melahirkan.

4) Sistem Muskuloskeletal

Adaptasi sistem muskuloskeletal ibu yang terjadi selama ibu yang terjadi selama masa hamil berlangsung secara terbalik pada masa postpartum. Adaptasi ini mencakup hal yang membantu relaksaksi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat gravitasi ibu akibat pembesaran rahim. Stabilitasi sendi lengkap pada

minggu ke 6 sampai minggu ke 8 postpartum. Akan tetapi, semua sendi yang lain kembali normal sebelum hamil tetapi kaki wanita tidak mengalami perubahan setelah melahirkan.

a) Sistem Endokorin

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

b) Sistem Kardiovaskuler

Setelah terjadi diuresis yang mencolok akibat penurunan kadar estrogen volume darah kembali kepada keadaan tidak hamil. Jumlah sel darah merah dan hemoglobin kembali normal pada hari ke 5. Meskipun kadar estrogen mengalami penurunan yang sangat besar selama masa postnatal, namun kadarnya tetap lebih tinggi daripada normal.

c) Sistem Hematologi

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

c. **Tahapan Masa Nifas**

Menurut Vivian dan Tri (2011:4), tahapan masa nifas dibagi menjadi 3, yaitu :

1) Puerperium Dini

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

2) Puerperium Intermediate

Suatu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.

3) Puerperium Remote

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama apabila ibu selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

d. **Kunjungan Masa Nifas Menurut Sri Rahayu (2017:83)**

1) Kunjungan I

Waktunya 6 – 8 jam setelah persalinan, bertujuan mencegah terjadinya perdarahan masa postnatal akibat atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberikan rujukan bila perdarahan berlanjut, memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai cara mencegah perdarahan masa postnatal karena atonia uteri, pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu, mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir, menjaga bayi tetap sehat dengan mencegah hipotermia, jika bidan menolong

persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi dalam keadaan stabil.

2) Kunjungan II

Waktunya 6 hari setelah persalinan, bertujuan memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau kelainan pasca melahirkan. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda penyulit. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, menjaga bayi agar tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari.

3) Kunjungan III

Waktunya 2 minggu setelah persalinan, bertujuan sama seperti asuhan kunjungan 6 hari.

4) Kunjungan IV

Waktunya 6 minggu setelah persalinan, bertujuan menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang dialami atau bayinya, memberikan konseling untuk KB secara dini.

e. **Kebijakan Program Nasional Masa Nifas**

Menurut Vivian dan Tri Sunarsih (2011:4-5), kebijakan program nasional masa nifas, yaitu :

- 1) 6-8 jam setelah persalinan

- a) Mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri
 - b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain pendarahan, rujuk bila pendarahan berlanjut
 - c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah pendarahan masa nifas karena atonia uteri
 - d) Pemberian ASI awal
 - e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
 - f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
- 2) 6 hari setelah persalinan
- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, tidak ada pendarahan abnormal, tidak bau
 - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan pendarahan abnormal
 - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
 - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi dan tali pusat, serta menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari
- 3) 2 minggu setelah persalinan
- Memastikan rahim sudah kembali normal dengan mengukur dan meraba bagian Rahim.

4) 6 minggu setelah persalinan

- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia atau bayi alami
- b) Memberikan konseling untuk KB secara dini

f. **Tujuan Asuhan Masa Nifas** Menurut Vivian dan Tri Sunarsih (2011:2)

- 1) Mendeteksi adanya perdarahan masa nifas.
- 2) Menjaga kesehatan ibu dan banyinya.
- 3) Melaksanakan skrining secara komprehensif.
- 4) Memberikan pendidikan kesehatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, dan perawatan bayi sehat. Ibu postpartum harus diberikan pendidikan mengenai pentingnya gizi antara lain kebutuhan gizi ibu menyusui, yaitu :
 - a) Mengonsumsi tambahan 500 kalor tiap hari.
 - b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
 - c) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari (anjurkan ibu untuk
- 5) Memberikan pendidikan laktasi dan perawatan payudara, yaitu sebagai berikut :
 - a) Menjaga payudara tetap bersih dan kering.
 - b) Menggunakan bra yang menyokong payudara.
 - c) Apabila puting susu lecet, oleskan kolostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui.

Menyusui tetap dilakukan mulai dari puting susu yang tidak lecet.

- d) Lakukan pengompresan apabila bengkak dan terjadinya bendungan ASI.
- 6) Konseling mengenai KB. Bidan memberikan konseling mengenai KB.

4. Teori Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

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

b. Ciri-Ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Sri R (2017:89), ciri- ciri bayi baru lahir normal adalah :

- 1) Berat badan 2.500 - 4.000 gram
- 2) Panjang badan 48 – 52 cm
- 3) Lingkar dada 30 – 38 cm
- 4) Lingkar kepala 33 -35 cm
- 5) Frekuensi jantung 120 – 160 kali/menit
- 6) Pernafasan \pm 40 – 60 kali/menit
- 7) Kulit kemerahan dan licin karena jaringan subkutan cukup

- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- 9) Kuku agak panjang dan lemas
- 10) Genitalia: 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 grasps atau menggenggam sudah baik
- 14) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

c. Tahapan Bayi Baru Lahir

Menurut Vivian dan Tri Sunarsih (2013:3), tahapan bayi baru lahir sebagai berikut :

- 1) Tahap I terjadi segera setelah lahir, selama menit-menit pertama kelahiran. Pada tahap ini digunakan system *scoring apgar* untuk fisik dan *scoring gray* untuk interaksi bayi baru lahir.
- 2) Tahap II disebut tahap transisional reaktivitas. Pada tahap II dilakukan pengkajian selama 24 jam pertama terhadap adanya perubahan perilaku.
- 3) Tahap III disebut tahap periodik, pengkajian dilakukan setelah 24 jam pertama yang meliputi pemeriksaan seluruh tubuh.

d. Mekanisme Kehilangan Suhu Tubuh

Menurut Rohani dkk (2013:251-252), kehilangan panas tubuh pada bayi baru lahir dapat terjadi melalui mekanisme berikut ini :

- 1) Evaporasi adalah cara kehilangan panas karena menguapnya cairan ketubuh pada permukaan tubuh setelah bayi baru lahir karena tubuh tidak segera dikeringkan.
- 2) Konduksi adalah kehilangan panas melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin. Bayi diletakkan di atas meja, timbangan, atau tempat tidur.
- 3) Konveksi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi terpapar dengan udara sekitar yang lebih dingin, misalnya tiupan kipas angin, penyejuk ruangan tempat bersalin, dan lain-lain
- 4) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi saat bayi ditempatkan dekat benda yang mempunyai temperatur tubuh lebih rendah dari temperatur tubuh bayi. Bayi ditempatkan dekat jendela terbuka.



Gambar 2.4 dan Lampiran 6 Mekanisme Kehilangan Suhu Tubuh

e. Penilaian Apgar Score

Tabel 2.1 Apgar Score

Tanda	0	1	2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Pucat/biru seluruh tubuh	Tubuh merah ekstremitas Biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i> (denyut jantung)	Tidak ada	<100	>100
<i>Grimace</i> (tonus otot)	Tidak ada	Ekstremitas sedikit fleksi	Gerakan aktif
<i>Activity</i> (aktivitas)	Tidak ada	Sedikit gerak	Langsung menangis
<i>Respiration</i> (pernafasan)	Tidak ada	Lemah/tidak teratur	Menangis

Sumber: (Vivian (2013:2-3)

f. Asuhan Kebidanan pada BBL Normal

Menurut Vivian (2013:3-4), ada beberapa tahapan asuhan kebidanan pada BBL normal, yaitu :

- 1) Cara memotong tali pusat
 - a) Menjepit tali dengan klem dengan jarak 3 cm dari pusat, lalu mengurut tali pusat ke arah ibu dan memasang klem ke-2 dengan jarak 2 cm dari klem
 - b) Memegang tali pusat di antara 2 klem dengan menggunakan tangan kiri (jari tengah melindungi tubuh bayi) lalu memotong tali pusat di antara 2 klem
 - c) Mengikat tali pusat dengan jarak \pm 1 cm dari umbilicus dengan simpul mati lalu mengikat balik tali pusat dengan simpul mati. Untuk kedua kalinya bungkus dengan kassa steril, lepasakan klem pada tali pusat, lalu memasukkannya dalam wadah yang berisi larutan klorin 0,5%

- d) Membungkus bayi dengan kain bersih dan memberikannya kepada ibu
- e) Inisiasi menyusui dini (IMD).

Pada tahun 1992 WHO/ UNICEF mengeluarkan protocol tentang Inisiasi Menyusui Dini (IMD) sebagai salah satu dari *Evidence for the ten steps successful breastfeeding* yang harus diketahui oleh setiap tenaga kesehatan. Segera setelah dilahirkan, bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya (Prawirohardjo, 2014; 369).

Manfaat IMD bagi bayi adalah membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh bayi lebih baik dibandingkan dengan incubator, menjaga kolonisasi kuman yang aman untuk bayi dan mencegah infeksi nosocomial. Kadar bilirubin bayi juga lebih cepat normal karena pengeluaran mekonium lebih cepat sehingga dapat menurunkan insiden ikterus bayi baru lahir. Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur lebih baik. Dengan demikian, berat badan bayi lebih cepat meningkat dan lebih cepat ke luar dari rumah sakit. Bagi ibu, IMD dapat mengoptimalkan pengeluaran hormone oksitosin, prolactin, dan secara psikologis dapat menguatkan ikatan batin antara ibu dan bayi (Prawirohardjo, 2014; 369).

2) Mempertahankan suhu tubuh BBL dan mencegah hipotermia

a) Mengeringkan tubuh bayi segera setelah lahir

Kondisi bayi lahir dengan tubuh basah karena air ketuban atau aliran udara melalui jendela/pintu yang terbuka akan mempercepat terjadinya penguapan yang akan mengakibatkan bayi lebih cepat kehilangan suhu tubuh. Hal ini akan mengakibatkan serangan dingin (*cold stress*) yang merupakan gejala awal hipotermia. Bayi kedinginan biasanya tidak memperlihatkan gejala menggigil oleh karena control suhunya belum sempurna

b) Untuk mencegah terjadinya hipotermia, bayi yang baru lahir harus segera dikeringkan dan dibungkus dengan kain kering kemudian diletakkan telungkup di atas dada ibu untuk mendapatkan kehangatan dari dekapan ibu

c) Menunda memandikan BBL sampai tubuh bayi stabil

Pada BBL cukup bulan dengan berat badan lebih dari 2.500 gram dan mengisap kuat bisa dimandikan \pm 24 jam setelah kelahiran dengan tetap menggunakan air hangat. Pada BBL berisiko yang berat badannya kurang dari 2.500 gram atau keadannya sangat lemah sebaiknya jangan dimandikan sampai suhu tubuhnya stabil dan mampu mengisap ASI dengan baik.

d) Menghindari kehilangan panas pada bayi baru lahir

Ada empat cara yang membuat bayi kehilangan panas, yaitu melalui radiasi, evaporasi, konduksi dan konveksi.

5. Keluarga Berencana (KB)

a. Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

1) Pengertian Keluarga Berencana (KB)

Keluarga berencana (KB) merupakan suatu upaya meningkatkan kepedulian dan peran serta masyarakat, melalui pendewasaan usia perkawinan, pengatran 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 (Pusdiklatnakes, 2015).

2) Tujuan Keluarga Berencana (KB)

Tujuan utama KB nasional adalah untuk memenuhi perintah masyarakat akan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas, menurunkan tingkat/angka kematian ibu bayi dan anak serta penanggulangan masalah kesehatan resproduksi dalam rangka membangun keluarga kecil (Dyah dan Sujiyatini,2011;28)

Menurut Atikah Proverawati, dkk (2010) Sampai Saat ini belum ada satu cara kontrasepsi yang ideal. Kontrasepsi yang ideal memiliki ciri- ciri sebagai berikut:

- a) Berdaya guna
- b) Aman
- c) Murah
- d) Estetik

- e) Mudah didapatkan
- f) Tidak memerlukan motivasi yang terus- menerus
- g) Efek samping minimal

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). Syarat MAL: Bayi tersebut harus berusia kurang dari 6 bulan, Wanita tersebut tidak mengalami perdarahan vaginal setelah 56 hari postpartum, Menyusui harus menjadi sumber nutrisi eksklusif untuk bayinya (Erna Setiyaningrum, 2015).

Cara Kerja MAL menurut Erna Setiyaningrum (2015):

- 1) Kontrasepsi prolactin meningkatkan sebagai respons terhadap stimulus pengisapan berulang ketika menyusui. Dengan intensitas dan frekuensi yang cukup, kadar prolactin akan tetap tinggi. Hormon prolactin yang

merangsang produksi ASI juga mengurangi kadar hormone LH yang diperlukan untuk memelihara dan melangsungkan siklus menstruasi.

2) Kadar prolactin yang tinggi menyebabkan ovarium menjadi kurang sensitive terhadap perangsangan gonadotropin yang memang sudah rendah, dengan akibat timbulnya inaktivasi ovarium, kadar esterogen yang rendah dan anovulasi. Bahkan pada saat aktivitas ovarium mulai pulih kembali, kadar prolactin yang tinggi menyebabkan fase luteal yang singkat dan fertilitas menurun.

3) Jadi, intinya cara kerja Metode Amernorea Laktasi (MAL) ini adalah dengan penundaan atau penekanan ovulasi

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 psikologi ibu dan bayi.

c) 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 alammi (KBA) menurut (Affandi ,2014;h.MK-7) adalah ibu harus belajar mengetahui kapan masa suburnya berlangsung, efektif bila dipakai dengan tertib, tidak ada 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).

Ketika ovum mulai matang, jumlah estrogen yang di hasilkan meningkat, hal ini menyebabkan peningkatan lendir serviks, hal inilah menandai permulaan fase subur (Erna Setyaningrum, 2015).

Menurut Erna Setyaningrum (2015) lendir yang dihasilkan adalah **Lendir type-E (estrogenik):**

- 1) Diproduksi pada fase akhir pra-ovulasi dan fase ovulasi.

2) Sifat- sifat:

- a) Banyak, tipis seperti air (jernih) dan viskositas rendah.
- b) Spinnbarkeit (elastisitas) besar. Spinnbarkeit: sampai seberapa jauh lender dapat diregangkan sebelum putus.
- c) Bila keringkan terjadi bentuk seperti daun pakis.
- d) Gambarannya seperti putih telur mentah
- e) Di sebut sebagai lendir masa subur.

3) Spermatozoa dapat menembus masa subur.

Empat hari setelah hari terakhir lender masa subur, yang dinamakan **Lender type-G (Progesteron)**:

- 1) Diproduksi pada fase awal pra-ovuasi dan fase ovulasi.
- 2) Sifat- sifat: Kental dan Keruh
- 3) Dibuat karena peninggian kadar progesterone
- 4) Spermatozoa tidak dapat menembus lender ini.

Perubahan Lendir ini disebabkan karena ovum telah dilepaskan dan kadar estrogen telah turun.

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 saat siklus haid,

untuk mengenali pola kesuburan dan pola ketidaksuburan
(Affandi,2014;h.MK-10)

Ciri-ciri lendir serviks pada berbagai fase dari siklus haid (30)
menurut Erna Setyaningrum (2015):

a. Fase I

- 1) haid
- 2) hari 1-5
- 3) lendir dapat ada atau tidak, dan tertutup oleh darah haid
- 4) perasaan wanita : basah dan licin (lubrikatif)

b. Fase II

- 1) post haid
- 2) hari 6-10
- 3) tidak hanya lendir / hanya sedikit
- 4) perasaan wanita kering

c. Fase III

- 1) awal pra ovulasi
- 2) hari 11- 13
- 3) lendir keruh, kuning atau putih dan liat
- 4) perasaan wanita : liat dan atau lembab

d. Fase IV

- 1) segera sebelum pada saat dan sesudah ovulasi
- 2) hari 14-17
- 3) lendir bersifat jernih, licin, basah, dapat diregangkan

- 4) dengan konsistensi seperti putih telur
- 5) hari terakhir fase ini dikenal sebagai gejala puncak
- 6) perasaan wanita :lubrikatif dan atau basah

e. Fase V

- 1) post ovulasi
- 2) hari 18-21
- 3) lendir sedikit, keruh dan liat
- 4) perasaan wanita liat dan atau lembab

f. Fase VI

- 1) akhir post ovulasi atau segera pra haid
- 2) hari 27-30
- 3) lendir jernih dan seperti air
- 4) perasaan wanita : liat dan/ atau lembab/basah

Teknik Metode Lendir Serviks

Abstain dimulai dari hari pertama diketahui adanya lendir setelah haid dan berlanjut sampai dengan hari keempat setelah gejala puncak.

Penyulit-penyulit lendir serviks :

- a. keadaan fisiologis : sekresi vagina karena ada rangsangan seksual.
- b. keadaan patologis : infeksi vagina, serviks, penyakit-penyakit, pemakaian obat.
- c. keadaan psikologis : sters baik fisik maupun emosional

b) Metode Suhu Basal

Suhu tubuh basal adalah suhu terendah yang dicapai oleh tubuh selama istirahat atau dalam keadaan istirahat(tidur). Pengukuran suhu basal dilakukan pada pagi hari segera setelah bangun tidur dan sebelum melakukan aktivitas lainnya (Erna Setiyaningrum, 2015).

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

- (1) Ukur suhu ibu pada waktu yang hamper sama setiap pagi (sebelum bangkit dari tempat tidur) dan catat suhu ibu pada kartu yang disediakan oleh instruktur KBA ibu.
- (2) Pakai catatan suhu pada kartu tersebut untuk 10 hari pertama dari siklus haid ibu ntuk menentukan suhu tertinggi dari suhu yang “normal, rendah” (misalnya, catatan suhu harian pada pola tertentu tanpa satu kondisi yang luar biasa). Abaikan setiap suh tinggi yang disebabkan oleh demam atau gangguan lain.
- (3) Tarik garis pada $0,05^{\circ}$ 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 hari pertama haid berikutnya (Affandi,2014;h.MK-14).

Kerugian menurut Erna Setyaningrum (2015) yaitu:

- 1) membutuhkan motivasi
- 2) perlu diajarkan oleh spesialis keluarga berencana alami.
- 3) Suhu tubuh basal dipengaruhi oleh, gangguan tidur, stress, alcohol dan obat- obatan, misalnya aspirin.
- 4) Apabila suhu tubuh tidak diukur pada sekitar waktu yang sama setiap hari akan menyebabkan ketidakakuratan suhu tubuh basal.
- 5) Tidak mendeteksi permulaan masa subur sehingga mempersulit untuk mencapai kehamilan.

6) Membutuhkan masa pantang yang lama, karena ini hanyalah mendeteksi pasca ovulasi.

Keuntungan menurut Kerugian menurut Erna Setyaningrum (2015) yaitu:

- 1) Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran pasangan terhadap masa subur.
- 2) Membantu wanita yang mengalami siklus tidak teratur dengan cara mendeteksi ovulasi.
- 3) Dapat membantu menunjukkan perubahan tubuh lain seperti lender serviks.
- 4) Berada dalam kendali wanita.
- 5) Dapat digunakan mencegah atau meningkatkan kehamilan.

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 lender 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).

3) 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
- 4) Metode barrier (Kondom, Diafragma, Spermisida)

- a) Kondom

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

Ukuran Kondom menurut Kerugian menurut Erna Setiyaningrum (2015) yaitu:

1) Ada 2 kelas ukuran kondom:

Kelas I: panjang 160 mm, lebar 52 ± 2 mm.

Kelas II: panjang 150 mm, lebar 48 ± 2 mm.

2) Umumnya ukuran standar kondom adalah:

Panjang: minimal 160 mm.

Lebar: 45- 55 mm.

Tebal: maksimal 0.07-0.16 mm.

Tipe kondom menurut Kerugian menurut Erna Setiyaningrum (2015) yaitu:

- 1) Kondom Biasa
- 2) Kondom Berkontur (bergerigi)
- 3) Kondom Beraroma
- 4) Kondom tidak beraroma.

Cara kerja kondom menurut Bkkbn, (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 dari lateks (karet) yang dimasukkan 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).

Jenis- jenis diafragma menurut Erna Setyaningrum (2015):

1. *Flat Spring (diafragma pegas datar)*

Jenis ini cocok untuk vagina normal dan disarankan untuk pemakaian pertama kali. Memiliki pegas jam yang kuat dan mudah dipasang.

2. *Coil spring diafragma pegas kumparan)*

Jenis ini cocok untuk wanita yang vaginanya kencang dan peka terhadap tekanan. Jenis ini memiliki pegas kumparan spiral dan jauh lebih lunak dari pegas datar.

3. *Arching spring*

Jenis ini bermanfaat pada dinding vagina yang tampak kendur atau panjang dan posisi serviks menyebabkan pemasangan sulit. Tipe ini merupakan kombinasi dari Flat spring dan Coil spring, dan menimbulkan tekanan yang kuat pada dinding vagina.

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 pembuahan sel telur (Affandi,2014;h.MK-24).

Menurut Erna Setiyaningrum (2015) spermisida adalah bahan kimia yang digunakan untuk membunuh sperma. Yang dikemas dalam bentuk:

- 1) Aerosol (busa)
- 2) Tablet vagina, suppositoria, atau dissolvable film
- 3) Krim

Cara kerja

Menurut Erna Setiyaningrum (2015), menyebabkan sel membrane sperma pecah, memperlambat pergerakan sperma, dan menurunkan kemampuan pembuahan sel telur.

5) Pil Kombinasi

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

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

- c) Trifasik adalah Pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormone aktif estrogen dan progesterin (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.

6) 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 Bkkbn, (2014;h.MK-36) yaitu, suntikan kombinasi diberika setiap blan dengan suntikan secra IM dalam. Klien diminta dating 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 hbungan seksual selama 7 hari atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain untuk 7 hari saja.

7) 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 sntikan 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.
- 8) Pil Progestin (Minipil)

Cocok untuk perempuan yang menyusui yang ingin memakai pil KB, sangat efektif pada masa laktasi, dosis rendah, tidak menurunkan produksi ASI, tidak memberikan efek samping esterogen, efek samping utama adalah gangguan perdarahan bercak atau perdarahan tidak teratur, dan dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat (Affandi,2014;h.MK-50).

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

9) 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 kontasepsi (Affandi, 2014;h.MK-55).

Profil menurut Erna Setiyaningrum (2015):

1. Dua kapsul tipis, fleksibel berisi levonorgestrel (LNG) yang disisipkan di bawah kulit lengan atas seorang wanita.
2. Efektif 5 tahun untuk Norplant, 3 tahun untuk Jadena, Indoplant, atau Implanon.
3. Nyaman.
4. Dapat dipakai oleh semua Ibu dalam usia reproduksi.
5. Kesuburan segera kembali setelah implan dicabut.
6. Efek samping utama berupa perdarahan tidak teratur, perdarahan bercak dan amenora.
7. Aman dipakai pada masa laktasi

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 kapsl 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 kapsil 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.

10) 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 reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi. Dan memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (Affandi,2014;h.MK-80,MK-81).

11) 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 untk 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.

Yang dapat menjalani Tubektomi menurut Erna Setiyaningrum (2015):

- 1) Usia > 26 tahun
- 2) Paritas (jumlah ank) minimal 2 dengan umur anak terkecil > 2 tahun.
- 3) Yakin telah mempunyai besar keluarga yang sesuai dengan kehendaknya.
- 4) Pada kehamilannya akan menimbulkan risiko kesehatan yang serius.
- 5) Pascapersalinan dan atau pasca keguguran.
- 6) Paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini.

Yang tidak boleh menjalani Tubektomi menurut Erna Setiyaningrum (2015):

- 1) Hamil.
- 2) Perdarahan vaginal yang belum terjelaskan.
- 3) Infeksi sistemik atau pelvik yang akut.
- 4) Tidak boleh menjalani proses pembedahan.
- 5) Kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas di masa depan.
- 6) Belum memberikan persetujuan tertulis.

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).

12) 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 memastioikan apakah seorang klien sesuai menggunakan metode ini. Vasektomi disebut juga metode kontrasepsi operatif lelaki. Metode permanen untk pasangan tidak ingin anak lagi. Metode ini membuat sperma (yang disalrkan melalui vas deferens) tidak dapat mencapai vesikla seminalis yang pada saat ejaklasi 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).

Kondisi yang memerlukan perhatian khusus bagi tindakan vasektomi menurut Erna Setyaningrum (2015):

- a) Kondisi kulit pada daerah operasi
- b) Infeksi sistematik yang sangat mengganggu kondisi kesehatan klien.
- c) Hidrokel atau varikokel yang besar
- d) Filiarisis
- e) Undesensus testikularis
- f) Masa intraskrotalis
- g) Anemia berat, gangguan pembekuan darah atau sedang menggunakan antikoagulasi.

Waktu dilakukan prosedur vasektomi

Setiap pria, suami dari suatu pasangan usia subur yang telah memiliki jumlah anak cukup dan tidak ingin menambah anak lagi, sehat tanpa kontraindikasi dapat dilakukan prosedur vasektomi tanpa pisau sesegera mungkin sesuai dengan keinginan mereka (Erna Setyaningrum, 2015 h: 95).

B. Manajemen dokumentasi kebidanan

Proses manajemen varney terdiri dari 7 langkah yang berurutan dimana setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses dimulai dengan pengumpulan data dasar berakhir dengan evaluasi. Ketujuh langkah tersebut membentuk kerangka lengkap yang dapat dipecah menjadi langkah-langkah tertentu dan ini bisa berubah sesuai dengan bagaimana keadaan pasien. Ketujuh tersebut sebagai berikut :

1. Langkah I : Pengumpulan Data Dasar

Adalah pengumpulan data dasar untuk mengevaluasi keadaan pasien. Data dasar ini termasuk riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan panggul sesuai dengan kebutuhannya, meninjau catatan terbaru atau catatan rumah sakit sebelumnya meninjau data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi singkatnya, langkah pertama ini mengumpulkan semua informasi yang akurat dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi pasien. Bidan mengumpulkan data dasar awal yang lengkap meskipun pasien mengalami komplikasi yang perlu di konsultasikan kepada dokter meskipun dalam manajemen kolaborasi.

2. Langkah II (Kedua) : Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data- data yang dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosa yang spesifik.

Langkah awal dari perumusan masalah/diagnosa kebidanan adalah pengolahan/analisa data yaitu menggabungkan dan menghubungkan data satu dengan lainnya sehingga tergambar fakta.

Masalah adalah kesenjangan yang diharapkan dengan akta/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 bidang kebidanan tentang profil keadaan dalam hubungannya dengan status sehat-sehat dan kondisi fisiologis yang akhirnya menjadi aktor agent yang akan mempengaruhi status kesehatan orang yang bersangkutan.

3. Langkah III (Ketiga) : Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

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

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

Beberapa data menunjukkan situasi emergensi dimana bidan perlu bertindak segera demi keselamatan ibu dan bayi, beberapa data menunjukkan situasi yang memerlukan tindakan segera sementara menunggu instruksi dokter. Mungkin juga memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan lain. Bidan mengevaluasi situasi setiap pasien untuk menentukan asuhan pasien yang paling tepat. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan.

5. Langkah V (Kelima) : Merencanakan asuhan yang komprehensif /menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen

terhadap diagnosa atau masalah yang telah diidentifikasi atauantisipasi,pada langkah ini informasi/data dasar yang tidak lengkap dilengkapi. Suatu rencana asuhan harus sama-sama disetujui oleh bidan maupun wanita itu agar efektif, karena pada akhirnya, wanita itulah yang akan melaksanakan rencana itu atau tidak. Oleh karena itu tugas dalam langkah ini termasuk membuat dan mendiskusikan rencana dengan wanita itu begitu juga penegasan termasuk penegasan akan persetujuannya.

6. Langkah VI (Keenam) : Melaksanakan perencanaan dan penatalaksanaan

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke 5 dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dilakukan oleh bidan dan sebagian lagi oleh klien, atau anggota tim kesehatan lainnya. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya(memastikan langkah tersebut benar-benar terlaksana). Dalam situasi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter dan keterlibatannya dalam manajemen asuhan bagi pasien yang mengalami komplikasi, bidan juga bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu, biaya dan meningkatkan mutu asuhan.

7. Langkah VII (Ketujuh) : Evaluasi

Pada langkah ke 7 ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah

benarbenar terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagaimana rencana tersebut telah efektif sedang sebagian belum efektif.

Manajemen kebidanan ini merupakan suatu kontinum, maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencanaasuhan berikutnya. Adapun sistematikanya adalah sebagai berikut :

II. Tinjauan Kewenangan Bidan

1. Pengertian

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 kewewenangan 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 rujukan;
 - c) pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah; dan
 - d) konseling dan penyuluhan.
- (3) Pelayanan neonatal esensial sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi inisiasi menyusui dini, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan Vit K1, pemberian imunisasi B0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian tanda identitas diri, dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil dan tepat waktu ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang lebih mampu.
- (4) Penanganan kegawatdaruratan, dilanjutkan dengan 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; dan
 - d) membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).
- (5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi kegiatan penimbangan berat badan, pengukuran lingkar kepala, pengukuran tinggi badan, stimulasi deteksi dini, dan intervensi dini peyimpangan 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.

