

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Medis

1. Teori Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Saifuddin.2009).

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari *spermatozoa* dan *ovum* dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi (Prawirohardjo.2014).

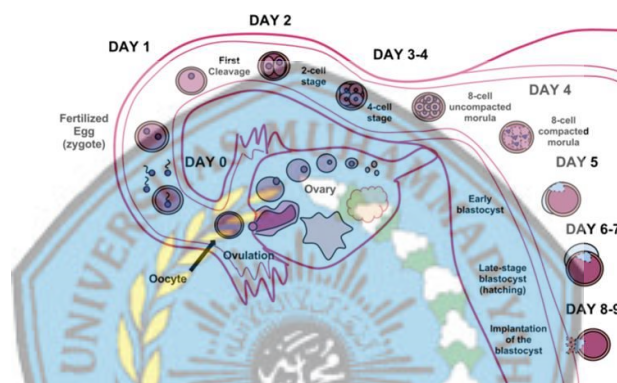
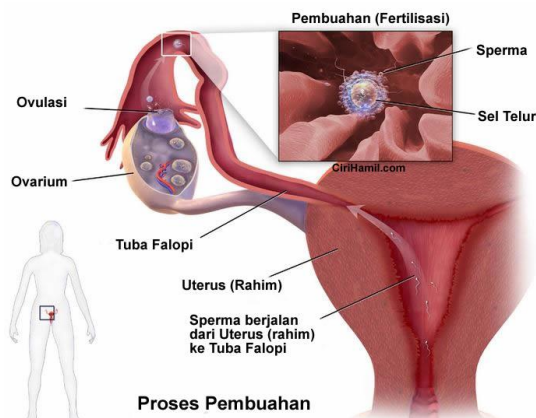
b. Fisiologi

Proses terjadinya kehamilan dibagi ke dalam dua fase sebelum embrio terbentuk dan proses setelah embrio terbentuk. Proses terjadinya kehamilan dimulai dari awal *folikel stimulating hormon* yang merangsang beberapa folikel menjadi matang dalam kisaran waktu kurang lebih 2 minggu. Saat sel telur matang, ukurannya akan menjadi tiga kali lipat dari ukuran normal. Dan hanya satu folikel yang dominan dalam 1 siklus pematangan tersebut. Selanjutnya sel telur akan lepas dari indung telur dan dikenal istilah ovulasi. Sel telur yang telah matang tersebut selanjutnya akan ditangkap oleh *fimbriae*. Selanjutnya akan menuju ke saluran telur ke tuba fallopi. Di tempat tersebut, sel telur akan menunggu

kedatangan sperma untuk dibuahi. Jika sperma masuk ke tuba fallopi dan bertemu dengan ovum yang sudah matang maka terjadilah pembuahan yang disebut konsepsi atau fertilitas. Sel telur yang telah berhasil dibuahi oleh sperma akan membelah diri dan bergerak kembali menuju ke dalam rongga uterus dan selanjutnya melekat pada mukos uterus dan melakukan proses menetap yang disebut nidasi atau implementasi. Sel telur telah melekat akan terus tumbuh dan berkembang dan membentuk rambut-rambut halus yang berfungsi menyerap gizi ke dalam uterus sebagai sumber energi dalam menjamin pertumbuhannya. Pada hari kelima, sel telur tadi keluar dari indung telur dan mulai membentuk saraf. Selanjutnya, janin akan membentuk otak dan sumsum dan dilanjutkan dengan terbentuknya jantung, otot sampai ke pembuluh darah. Sementara itu, dalam perut ibu akan terbentuk plasenta atau ari-ari yang berperan selayaknya selimut dan menutupi tubuh janin. Plasenta terbentuk di usia kehamilan 3 minggu. Plasenta mengandung pembuluh darah ibu atau maternal dan juga embrio. Melalui plasenta janin atau embrio mendapatkan nutrisi dari ibunya. Melalui organ ini pula terjadi pertukaran gas respirasi dan juga pembuangan limbah hasil metabolisme janin (Sri Rahayu.2017).

Berikut ini proses pembuahan Menurut Sri Rahayu (2017) :

- 1) Sel telur dikeluarkan dari permukaan ovarium sekitar hari ke 14 dari siklus haid. Sel telur ini ditangkap oleh ujung saluran telur (tuba fallopi) yang berbentuk corong, kemudian berjalan di dalam tuba karena adanya kontraksi otot.
- 2) Fertilisasi atau pembuahan oleh satu sperma umumnya terjadi pada sepertiga dari panjang saluran telur.
- 3) Sel yang sudah dibuahi akan membelah diri dalam 24 jam.
- 4) Pembelahan berulang-ulang akan membentuk bola sel yang disebut zigot.
- 5) Zigot terus membelah diri selama berjalan di dalam saluran.
- 6) Di dalam bola sel terbentuk rongga kecil berisi cairan disebut blastosit.
- 7) Blastosit sampai di rongga rahim.
- 8) Implementasi terjadi sekitar hari ke 7, biasanya bagian atas rahim disisi ovarium mengeluarkan sel telur. Pada hari ke 10 embrio sudah tertanam kuat. Masa embrionik dimulai sejak pembuahan sampai minggu ke 8. Setelah minggu ke delapan embrio disebut janin.



Gambar 2.1. Proses Pembuahan. Sumber : (Sri Rahayu, 2017)

c. Tanda – tanda kehamilan.

1) Tanda- tanda dugaan kehamilan

Berikut ini adalah tanda-tanda dugaan adanya kehamilan menurut Manuaba (2010).

- a) Amenore (terlambat datang bulan). Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadinya pembentukan folikel ke *graaf* dan *ovulasi*. Dengan mengetahui hari haid terakhir dengan perhitungan rumus *naegle*, dapat ditentukan perkiraan persalinan.

- b) Mual dan muntah (emesis). Pengaruh estrogen dan progesteron menyebabkan pengeluaran asam lambung yang berlebihan. Mual dan muntah terutama pada pagi hari disebut *morning sickness*. Dalam batas yang fisiologis, keadaan ini dapat diatasi. Akibat mual dan muntah, nafsu makan berkurang.
- c) Ngidam. wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang demikian disebut *nhidam*.
- d) Sinkope atau pingsan. Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala (sentral) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkop atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.
- e) Payudara tegang. Pengaruh estrogen-estrogen dan somatomamotrofin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang. Ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit tertuma pada hamil pertama.
- f) Sering miksi. Desakan rahim ke depan menyebabkan kandung kemih cepat terasa penuh dan sering miksi. Pada triwulan kedua, gejala ini sudah menghilang.
- g) Konstipasi atau obstipasi. Pengaruh progesteron dapat menghambat peristaltik usus menyebabkan kesulitan untuk buang air besar.

h) Pigmentasi kulit. Keluarnya *melanophore stimulating hormone* hipofisis anterior menyebabkan pigmentasi kulit di sekitar pipi (*klosma gravidarum*), pada dinding perut (*striae lividae*, *striae nigra*, *linea alba* makin hitam), dan sekitar payudara (*hiperpigmentasi areola mammae*, puting susu makin menonjol, kelenjar *montgomery* menonjol, pembuluh darah menifis pada payudara), di sekitar pipi (*klosma gravidarum*).

i) Epulis. Hipertrofi gusi yang disebut epulis, dapat terjadi bila hamil.

j) *Varises* atau penampakan pembuluh darah vena. Karena pengaruh dari estrogen dan progesteron terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama bagi mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah itu terjadi sekitar genitalia eksterna, kaki, dan betis, dan payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat menghilang setelah persalinan.

2) Tanda Kemungkinan Kehamilan

- a) Rahim membesar, sesuai dengan tuanya kehamilan.
- b) Pada pemeriksaan dalam, dijumpai tanda Hegar, tanda *Chadwicks*, tanda *Piscaseck*, kontraksi *Braxton Hicks*, dan teraba *ballottement*.

- c) Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif. Tetapi sebagian kemungkinan positif palsu.

3) Tanda Pasti Kehamilan

- a) Gerakan janin dalam rahim.
- b) Terlihat/teraba gerakan janin dan teraba bagian janin.
- c) Denyut jantung janin. Didengar dengan stetoskop *Leanec*, alat kardiotokografi, alat *Doppler*. Dilihat dengan ultrasonografi. Pemeriksaan alat canggih, yaitu rontgen untuk melihat kerangka janin, ultrasonografi.

d. Perubahan anatomi dan fisiologi pada perempuan hamil.

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

Perubahan anatomi dan fisiologi pada perempuan hamil menurut Prawirohardjo (2014).

1) System Reproduksi.

a) Uterus

Pembesaran uterus meliputi peregangan dan penebalan sel – sel otot, sementara produksi miosit yang baru sangat terbatas. Selama kehamilan uterus akan beradaptasi untuk menerima dan melindungi hasil konsepsi (janin, plasenta, amnion) sampai persalinan. Pada perempuan tidak hamil

uterus mempunyai berat 70g dan kapasitas 10ml atau kurang. Selama kehamilan uterus akan berubah menjadi suatu organ yang mampu menampung janin, plasenta, dan cairan amnion rata – rata pada akhir kehamilan volume total mencapai 5 liter bahkan mencapai 20 liter atau lebih dengan rata – rata 1100g.

b) Serviks

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

c) Ovarium

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

d) Vagian dan Perinium.

Selama kehamilan peningkatan vaskularisasi dan hiperemia terlihat jelas pada kulit dan otot – otot di perineum dan vulva, sehingga pada vagina akan terlihat

keunguan yang dikenal dengan tanda Chadwick.

e) Kulit.

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

f) Payudara.

Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukuranya dan vena- vena di bawah kulit akan lebih terlihat. Putting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak.

2) System kardiovaskular.

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

3) System Endokrin.

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

4) System Muskuloskeletal.

Lordosis yang progresif akan menjadi bentuk yang

umum pada kehamilan. Akibat kompensasi dari pembesaran uterus ke posisi anterior, lordosis menggeser pusat daya berat ke belakang ke arah dua tungkai ini diperkirakan karena pengaruh hormonal.

e. Pemeriksaan Pada Ibu Hamil

Menurut Kementerian Kesehatan, tahun 2015 Pemeriksaan kesehatan ibu hamil merupakan rangkaian asuhan kepada ibu hamil guna mengetahui kondisi dan mendeteksi adanya penyakit atau komplikasi sehingga dapat dilakukan deteksi dini. Pemeriksaan kesehatan ibu hamil diberikan kepada ibu hamil yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Proses ini dilakukan selama rentang usia kehamilan ibu yang dikelompokkan sesuai usia kehamilan menjadi trimester pertama, trimester kedua, dan trimester ketiga. Pelayanan kesehatan ibu hamil yang diberikan harus memenuhi elemen pelayanan 10 T yaitu :

- 1) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan
- 2) Pengukuran tekanan darah
- 3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA)
- 4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri)
- 5) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ) .
- 6) Penentuan status imunisasi tetanus dan pemberian imunisasi tetanus toksoid sesuai status imunisasi.

- 7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan.
- 8) Pelayanan tes laboratorium sederhana, minimal tes hemoglobin darah (Hb), pemeriksaan protein urin dan pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya).
- 9) Pelaksanaan temu wicara (pemberian komunikasi interpersonal dan konseling, termasuk keluarga berencana).
- 10) Tatalaksana kasus.

f. Kunjungan Antenatal Menurut Sri Rahayu (2017)

Kunjungan antenatal adalah kunjungan ibu hamil yang memeriksakan kehamilannya yang terdiri dari dua kunjungan yaitu kunjungan pertama dan kunjungan ulang. Untuk menghindari resiko komplikasi pada kehamilan dan persalinan, anjurkan setiap ibu hamil melakukan kunjungan antenatal yang berkualitas minimal 4 kali, termasuk 1 kali kunjungan bersama dengan suami/keluarga.

Tabel 2.1 Kunjungan Antenatal.

Trimester	Jumlah Kunjungan	Waktu Kunjungan
	Minimal	
I	1 Kali	Sebelum 16 minggu
II	1 Kali	Antara Minggu ke 24-28
III	2 Kali	Antara minggu ke 30-32

Antara minggu ke 36-

38

Sumber : (Sri Rahayu, 2017)

g. Tanda bahaya kehamilan Menurut Prawirohardjo, (2014).

1) Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan di bawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum. Perdarahan pada kehamilan lanjut atau diatas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa.

2) Preeklamsia

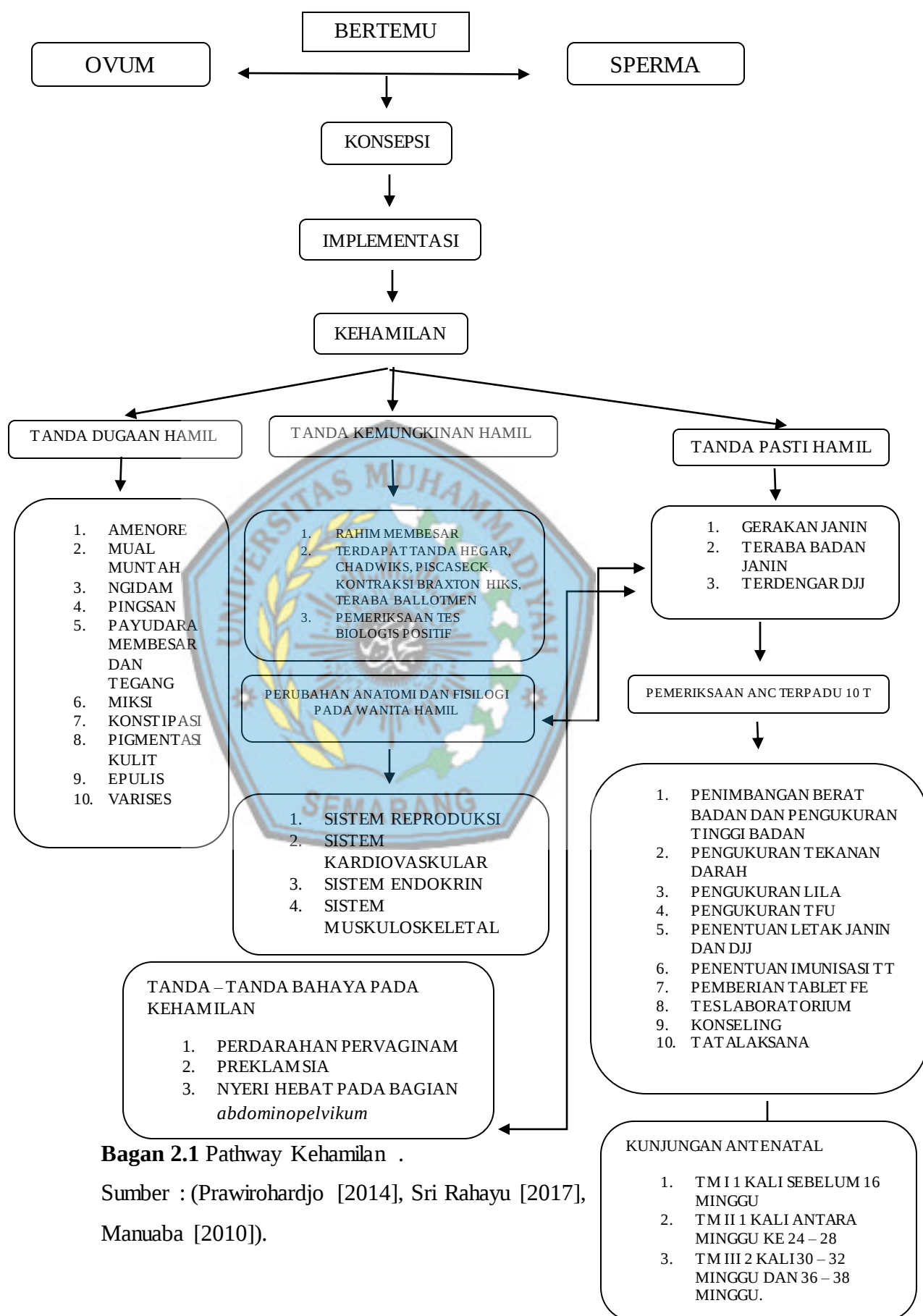
Preeklamsia ini biasanya timbul di usia kehamilan di atas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah di atas normal sering diasosiasikan dengan preeklamsia. Tanda dan gejala lain preeklamsia sebagai berikut:

- a) Gangguan penglihatan seperti pandangan kabur, silau atau berkunang – kunang.
- b) Proteinuria (di atas positif 3)
- c) Edema menyeluruh.

3) Nyeri hebat di daerah *abdominopelvikum*.

Bila hal tersebut terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda- tanda uterus tegang dan nyeri maka diagnosisnya mengarah pada solusio plasenta.





Bagan 2.1 Pathway Kehamilan .

Sumber : (Prawirohardjo [2014], Sri Rahayu [2017], Manuaba [2010]).

2. Teori Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan atau hampir cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput dari ibu (Firman,2018)

Persalinan adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawiroharjo.2014).

b. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan Menurut Rohani, dkk (2013)

1) *Power* (Tenaga/Kekuatan)

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.

2) *Passage* (Jalan Lahir)

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 relatif kaku,

oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.

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.

4) Psikis (Psikologis)

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

5) Penolong

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

c. Tanda-tanda Persalinan Sudah Dekat Menurut Firman (2018)

- 1) Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasakan keadaanya menjadi lebih enteng (*lightening*). Ia merasa sesaknya berkurang, tetapi sebaliknya, ia merasa berjalan

menjadi sedikit lebih sukar, dan sering diganggu oleh perasaan nyeri pada anggota bawah. Selain itu, juga terdapat besar kencing (*polakisuria*). Pada pemeriksaan, ternyata epigastrium mengendur, fundus uteri lebih rendah daripada kedudukannya pada akhir bulan IX, dan kepala sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul. Secara singkat, gejala ini disebabkan oleh turunnya fundus uteri akibat masuknya kepala ke dalam rongga panggul. Jika dilakukan pemeriksaan dalam, ternyata *cervix* sudah matang.

- 2) His pendahuluan atau his palsu tiga atau empat minggu sebelum persalinan, calon ibu diganggu oleh his pendahuluan yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi *Braxton Hicks*. His pendahuluan bersifat :
- a) Nyeri, dan nyeri ini hanya terasa di perut bagian bawah.
 - b) Tidak teratur.
 - c) Berdurasi pendek.
 - d) Tidak bertambah kuat dengan majunya waktu.
 - e) Tidak bertambah kuat jika dibawa berjalan, malahan sering berkurang.
 - f) Tidak berpengaruh pada pendaftaran atau pembukaan *cervix*.

d. Tanda – tanda Persalinan Menurut Sri Rahayu (2017)

- 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).

e. Asuhan Sayang Ibu Dalam Proses Persalinan Menurut Prawirohardjo, (2014)

- 1) Panggil ibu sesuai namanya, hargai, dan perlakukan ibu sesuai martabatnya.
- 2) Jelaskan asuhan dan perawatan yang akan diberikan pada ibu sebelum memulai asuhan tersebut.
- 3) Jelaskan proses persalinan pada ibu dan keluarganya.
- 4) Anjurkan ibu untuk bertanya dan membicarakan rasa takut atau khawatir.
- 5) Dengarkan dan tanggapilah pertanyaan dan kekhawatiran ibu.
- 6) Berikan dukungan, besarkan hatinya, dan tentramkan perasaan ibu beserta anggota keluarga lainnya.

- 7) Anjurkan ibu untuk ditemani suami dan anggota keluarga yang lain.
- 8) Ajarkan kepada suami dan anggota keluarga mengenai cara – cara bagaimana memperhatikan dan mendukung ibu selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- 9) Lakukan praktik – praktik pencegahan infeksi yang baik dan konsisten.
- 10) Hargai privasi ibu.
- 11) Anjurkan ibu untuk mencoba berbagai posisi selama persalinan dan kelahiran bayinya.
- 12) Anjurkan ibu untuk minum cairan dan makan makanan ringan bila ia menginginkannya.
- 13) Hargai dan perbolehkan praktik – praktik tradisional yan tidak memberikan pengaruh merugikan.
- 14) Hindari tindakan berlebihan dan mungkin membahayakan seperti episiotomi, pencukuran dan klisma.
- 15) Anjurkan ibu untuk memeluk bayinya segera setelah lahir.
- 16) Membantu memulai pemberian ASI dalam satu jam pertama setelah kelahiran bayi.
- 17) Siapkan rencana rujukan.
- 18) Mempersiapkan persalinan dan kelahiran bayi dengan baik serta bahan – bahan, perlengkapan, dan obat – obatan yang

diperlukan. Siap untuk melakukan resusitasi bayi baru lahir pada setiap kelahiran bayi.

f. Kala Persalinan Menurut Firman (2018)

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 belakang, kemudian bahu depan, disusul oleh seluruh badan anak dengan fleksi lateral sesuai dengan paksa jalan lahir.

Sesudah anak lahir, sering keluar sisa air ketuban yang tidak keluar sewaktu ketuban pecah, kadang – kadang bercampur darah. Lamanya kala II pada priigravida $\pm$ 50 menit, sedangkan pada multigravida $\pm$ 20 menit.

3) Kala III

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.

Tabel 2.2 Lamanya Persalinan bagi Primigravida dan Multigravida.

	Primigravida	Multigravida
Kala I	12 jam 30 menit	7 jam 20 menit
Kala II	80 menit	30 menit
Kala II	10 menit	10 menit
Persalinan	14 Jam	8 Jam

Sumber : Firman, 2018

g. Patograf Menurut Saifuddin (2009)

Dipakai untuk memantau kemajuan persalinan dan membantu petugas kesehatan dalam menuntukan dalam penatalaksanaan. Partograf memberi peringatan pada perugas kesehatan bahwa suatu persalinan berlangsung lama, adanya gawat ibu dan janin, bahwa ibu mungkin perlu dirujuk. Untuk menggunakan partograf dengan

benar, petugas harus mencatat kondisi ibu dan janin sebagai berikut :

- 1) Denyut jantung janin. Catat setiap jam.
- 2) Air ketuban. Catat warna air ketuban setiap melakukan pemeriksaan vagina :
 - a) U : selaput utuh
 - b) J : selaput pecah, air ketuban jernih.
 - c) M : air ketuban bercampur mekoneum.
 - d) D : air ketuban bernoda darah.
- 3) Perubahan bentuk kepala janin (*molding* atau *molase*) :
 - a) 1 : sutura (pertemuan dua tulang tengkorak) yang tepat/bersesuaian.
 - b) 2 : sutura tumpang tindih tetapi dapat diperbaiki.
 - c) 3 : sutura tumpang tindih dan tidak dapat diperbaiki.
- 4) Pembukaan mulut rahim (*serviks*). Dinilai pada setiap pemeriksaan pervaginam dan diberi tanda silang (x).
- 5) Penurunan mengacu pada bagian kepala (dibagi 5 bagian) yang teraba (pada pemeriksaan abdomen/luar) di atas simfisi pubis catat dengan tanda lingkaran (O) pada setiap pemeriksaan dalam. Pada posisi 0/5, sinsiput (S) atau paruh atas kepala berada di simfisi pubis.
- 6) Waktu menyatakan berapa jam waktu yang telah dijalani sesudah pasien diterima.

- 7) Jam catat jam sesungguhnya.
- 8) Kontraksi catat setiap setengah jam lakukan palpasi untuk menghitung banyaknya kontraksi dalam 10 menit dan lamanya masing –masing kontraksi dalam hitungan detik.
 - a) Kurang dari 20 detik
 - b) Antara 20 dan 40 detik
 - c) Lebih dari 40 detik
- 9) Oksitosin bila memakai oksitosin, catatlah banyaknya oksitosin per volume cairan infus dan dalam tetesan per menit.
- 10) Obat yang diberikan catat semua obat lain yang diberikan
- 11) Nadi catatlah setiap 30-60 menit dan tandai dengan sebuah titik besar (●).
- 12) Tekanan darah catatlah setiap 4 jam dan tandai dengan anak panah.
- 13) Suhu badan catatlah setiap dua jam.
- 14) Protein, aseton, dan volume urin catatlah setiap kali ibu berkemih. Bila temuan-temuan melintas ke arah kanan dari garis waspada, petugas kesehatan harus melakukan penilaian terhadap kondisi ibu dan janin dan segera mencari rujukan yang tepat.

PARTOGRAF

No. Register : _____ Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. P. A. _____
 No. Puskesmas : _____ Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
 Ketuban pecah : _____ Sejak jam : _____ mules sejak jam : _____

Denyut Jantung Janin (/menit)

200
190
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80

Air ketuban Penyusutan

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

WAKTU (jam)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

Kontraksi

< 20/4
20-40/3
> 40/2
10 Menit

Detak Nadi

180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60

Takanan darah

180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60

Suhu °C

38
37
36
35
34
33
32
31
30
29
28
27
26
25
24
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

Urin

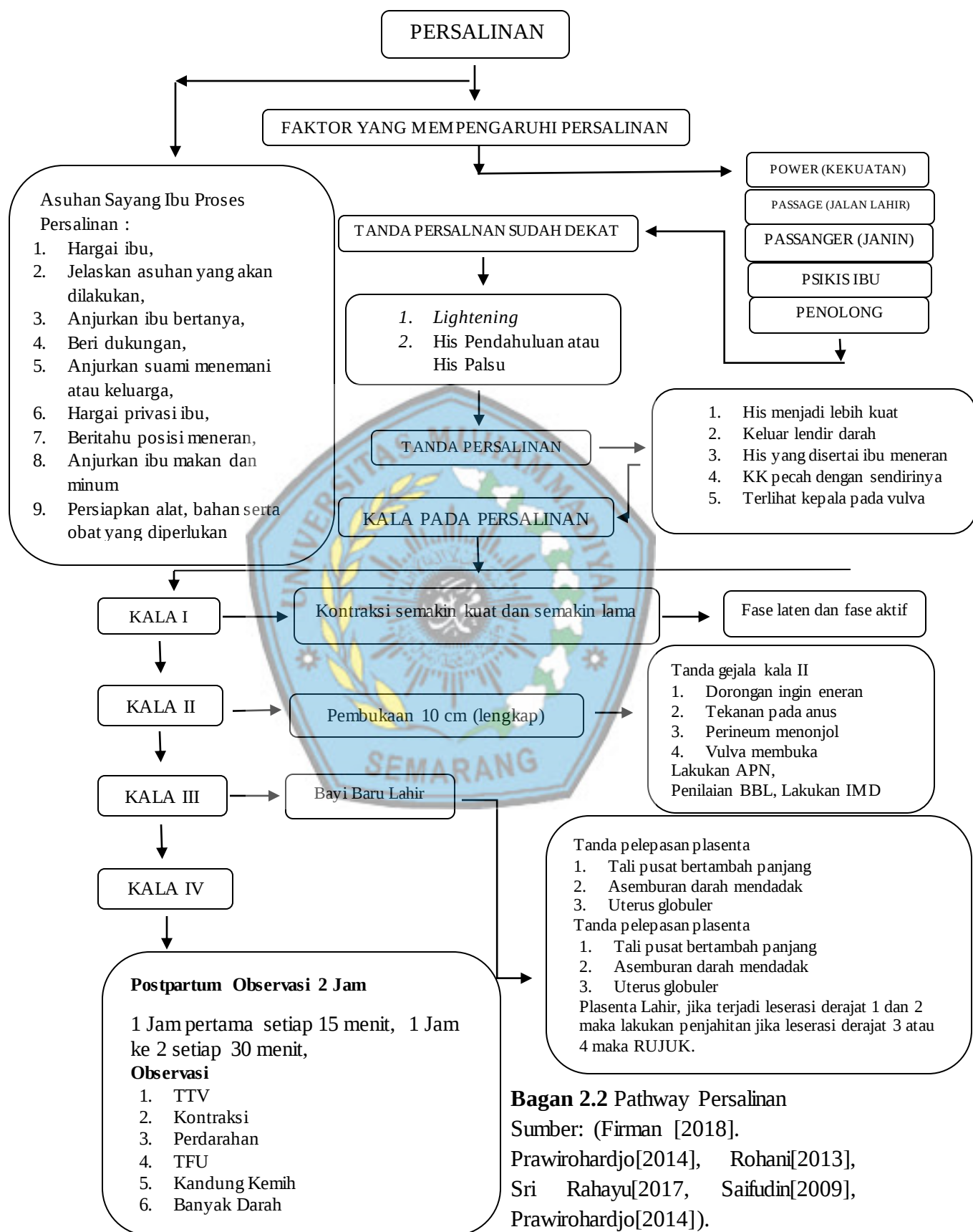
Protein
Aseton
Volume

REKAM JEJAK PASIEN

1. Tanggal : _____
 2. Nama Pasien : _____
 3. Nama Ibu : _____
 4. Nama Janin : _____
 5. Berat janin : _____
 6. Panjang janin : _____
 7. Berat plasenta : _____
 8. Panjang plasenta : _____
 9. Berat tali pusat : _____
 10. Panjang tali pusat : _____
 11. Berat darah : _____
 12. Panjang darah : _____
 13. Berat otak : _____
 14. Panjang otak : _____
 15. Berat paru-paru : _____
 16. Panjang paru-paru : _____
 17. Berat hati : _____
 18. Panjang hati : _____
 19. Berat limpa : _____
 20. Panjang limpa : _____
 21. Berat ginjal : _____
 22. Panjang ginjal : _____
 23. Berat pankreas : _____
 24. Panjang pankreas : _____
 25. Berat usus : _____
 26. Panjang usus : _____
 27. Berat kandung kemih : _____
 28. Panjang kandung kemih : _____
 29. Berat rahim : _____
 30. Panjang rahim : _____
 31. Berat serviks : _____
 32. Panjang serviks : _____
 33. Berat vagina : _____
 34. Panjang vagina : _____
 35. Berat payudara : _____
 36. Panjang payudara : _____
 37. Berat payudara kiri : _____
 38. Panjang payudara kiri : _____
 39. Berat payudara kanan : _____
 40. Panjang payudara kanan : _____
 41. Berat payudara kiri : _____
 42. Panjang payudara kiri : _____
 43. Berat payudara kanan : _____
 44. Panjang payudara kanan : _____
 45. Berat payudara kiri : _____
 46. Panjang payudara kiri : _____
 47. Berat payudara kanan : _____
 48. Panjang payudara kanan : _____
 49. Berat payudara kiri : _____
 50. Panjang payudara kiri : _____
 51. Berat payudara kanan : _____
 52. Panjang payudara kanan : _____
 53. Berat payudara kiri : _____
 54. Panjang payudara kiri : _____
 55. Berat payudara kanan : _____
 56. Panjang payudara kanan : _____
 57. Berat payudara kiri : _____
 58. Panjang payudara kiri : _____
 59. Berat payudara kanan : _____
 60. Panjang payudara kanan : _____
 61. Berat payudara kiri : _____
 62. Panjang payudara kiri : _____
 63. Berat payudara kanan : _____
 64. Panjang payudara kanan : _____
 65. Berat payudara kiri : _____
 66. Panjang payudara kiri : _____
 67. Berat payudara kanan : _____
 68. Panjang payudara kanan : _____
 69. Berat payudara kiri : _____
 70. Panjang payudara kiri : _____
 71. Berat payudara kanan : _____
 72. Panjang payudara kanan : _____
 73. Berat payudara kiri : _____
 74. Panjang payudara kiri : _____
 75. Berat payudara kanan : _____
 76. Panjang payudara kanan : _____
 77. Berat payudara kiri : _____
 78. Panjang payudara kiri : _____
 79. Berat payudara kanan : _____
 80. Panjang payudara kanan : _____
 81. Berat payudara kiri : _____
 82. Panjang payudara kiri : _____
 83. Berat payudara kanan : _____
 84. Panjang payudara kanan : _____
 85. Berat payudara kiri : _____
 86. Panjang payudara kiri : _____
 87. Berat payudara kanan : _____
 88. Panjang payudara kanan : _____
 89. Berat payudara kiri : _____
 90. Panjang payudara kiri : _____
 91. Berat payudara kanan : _____
 92. Panjang payudara kanan : _____
 93. Berat payudara kiri : _____
 94. Panjang payudara kiri : _____
 95. Berat payudara kanan : _____
 96. Panjang payudara kanan : _____
 97. Berat payudara kiri : _____
 98. Panjang payudara kiri : _____
 99. Berat payudara kanan : _____
 100. Panjang payudara kanan : _____

Gambar 2.2 Partograf

Sumber : (Saifudin,2009)



Bagan 2.2 Pathway Persalinan

Sumber: (Firman [2018].

Prawirohardjo[2014], Rohani[2013],

Sri Rahayu[2017, Saifudin[2009],

Prawirohardjo[2014]).

3. Teori Masa Nifas

a. Pengertian Masa Nifas

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, Tri Sunarsi, 2011).

b. Kunjungan Masa Nifas Menurut Sri Rahayu (2017)

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.

c. Tahapan Masa Nifas Menurut Vivian, Tri Sunarsih (2011)

1) *Puerperium Dini*

Yaitu kepulihan di mana ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan, secara menjalankan aktivitas layaknya wanita normal lainnya.

2) *Puerperium Intermediate*

Yaitu 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 selama hamil atau persalinan mempunyai komplikasi.

d. Perubahan – Perubahan Masa Nifas Menurut Sri Rahayu (2017)

1) Sistem reproduksi

- a) Uterus Involusi uteri merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gram. Autolisis adalah proses penghancur diri sendiri yang terjadi di dalam otot rahim. Dengan involusi uterus ini, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi *necrotik*. Desidua yang mati akan keluar bersama sisa cairan, suatu campuran antara darah yang dinamakan lokia. Lokia adalah cairan rahim selama masa

postnatal. Lokia mengalami perubahan karena proses involusi uteri.

Macam- macam lokia :

- a) Lokia rubra muncul pada hari pertama sampai ke empat masa postpartum. Warnanya merah mengandung darah dari robekan/luka pada plasenta dan serabut *desidua* dan *chorion*.
- b) Lokia serosa muncul pada hari ke lima sampai sembilan hari berikutnya. Warnanya kecoklatan mengandung lebih sedikit darah dan lebih banyak serum terdiri dari lekosit dan robekan/leserasi plasenta.
- c) Lokia alba berwarna lebih pucat, putih kekuningan mengandung lekosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.
- b) Perinium, vagina dan vulva

Berkurangnya sirkulasi progesteron 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 perinium.

c) Payudara

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

2) Sistem Pencernaan

Seringkali diperlukan waktu 3 sampai 4 hari sebelum faal usus normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama 1 atau 2 hari gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika melahirkan diberikan enema. Rasa sakit daerah perineum sering menghalangi keringanan ke belakang sehingga dapat menyebabkan obtipasi.

3) Sistem Perkemihan

Distensi yang berlebihan pada kantung kemih adalah hal yang umum terjadi karena peningkatan kapasitas kandung kemih, pembengkakan, memar jaringan sekitar utera, dan

hilangnya sesuai terhadap tekanan yang meningkat uretr, hilangnya sesuai terhadap tekanan yang meningkat. Kandung kemih yang penuh menggesar 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.

4) Sistem Muskulokeletal

Adaptasi sistem muskulokeletal ibu yang terjadi selama ibu yang terjadi selama masa hamil berlangsung secara terbalik pada masa postpartum. Adaptasi ini mencakup hal yang membantu relaksasi dan hipermobilitas sendi dan perubahan pusat gravitasi ibu akibat pembesaran rahim. Stabilitas 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.

5) Sistem Endokrin

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

6) Sistem Kardiovaskuler

Setelah terjadi diuresis yang mencolok akibat penurunan kadar esterogen volume darah kembali kepada keadaan tidak hamil. Jumlah sel darah merah dan hemoglobin kembali normal

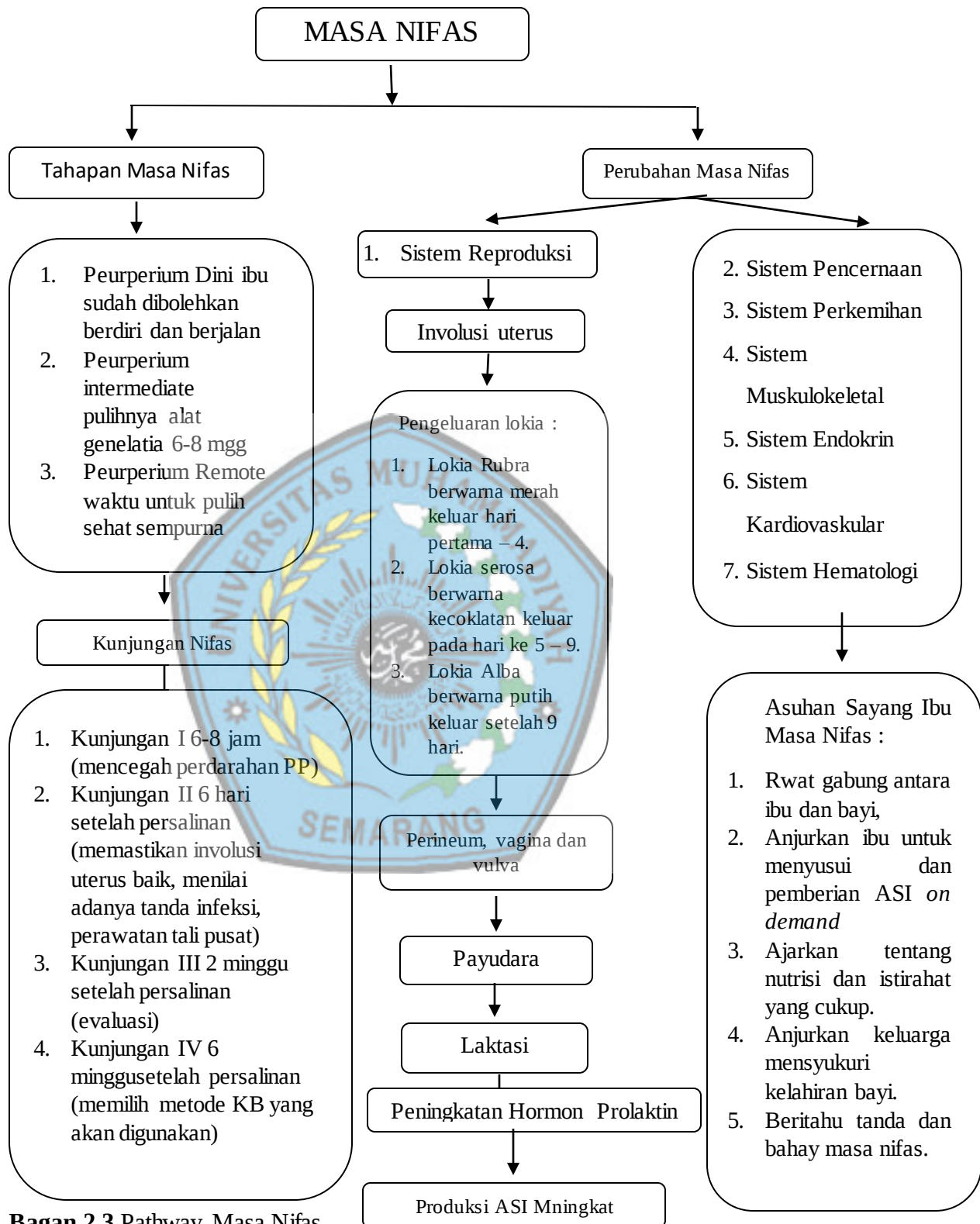
pada hari ke 5. Meskipun kadar esterogen mengalami penurunan yang sangat besar selama masa postnatal, namun kadarnya tetap lebih tinggi daripada normal.

7) Sistem Hematologi

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

e. Asuhan Sayang Ibu Pada Masa Nifas Menurut Prawirohardjo, (2014)

- 1) Anjurkan ibu untuk selalu berdekatan dengan bayinya (rawat gabung).
- 2) Bantu ibu untuk mulai membiaskan menyusui dan anjurkan pemberian ASI sesuai permintaan.
- 3) Anjurkan kepada ibu dan keluarganya mengenai nutrisi dan istirahat yang cukup setelah melahirkan.
- 4) Anjurkan suami dan anggota keluarga untuk memeluk bayi dan mensyukuri kelahiran bayinya.
- 5) Ajarkan kepada ibu dan anggota keluarganya tentang bahaya dan tanda – tanda bahaya yang dapat diamati dan dianjurkan mereka untuk mencari pertolongan jika terdapat masalah atau kekhawatira



Bagan 2.3 Pathway Masa Nifas

Sumber : (Vivian[2011], Sri Rahayu[2017], Prawirohadjo[2014]).

4. Bayi Baru Lahir (Neonatus)

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus merupakan individu yang sedang bertambah dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intra uterin ke kehidupan ekstrauterin. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badan 2500-4000 gram (Ibrahim Krisna S.1984.perawatan kebidanan jilid ii,bandung) dalam (Vivian Nanny Kia Dewi,2011).

b. Ciri-ciri Bayi Normal

Menurut Sri Rahayu (2017) ciri-ciri bayi normal dapat diketahui sebagai berikut :

- 1) Berat badan 2500 – 4000 gram.
- 2) Panjang 48 – 52 cm.
- 3) Lingkar dada 30 – 38 cm.
- 4) Lingkar kepala 33 0 35 cm.
- 5) Frekuensi jantung 120 – 160 kali/menit.
- 6) Pernafasan $\pm$ 60 – 40 kali/menit.
- 7) Kulit kemerah – merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup.
- 8) Rambut lanugo tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 9) Kuku agak panjang dan lemas.

- 10) Genetalia perempuan labia mayor sudah menutup labia minora, laki- laki testis sudah turun, skrotun sudah ada.
- 11) Reflek hisap dan menelan sesudah terbentuk dengan baik.
- 12) Reflek morrow atau gerak memeluk bila dikagetkan sudah baik.
- 13) Reflek graps atau menggenggam sudah baik.
- 14) Eliminasi baik, mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecoklatan.

c. Tahapan bayi baru lahir Vivian (2011)

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

d. Asuhan Bayi Baru Lahir Menurut Sri Rahayu (2017)

- 1) Membersihkan jalan nafas

Bayi normalakan menangis spontan segera setelah lahir. Apabila bayi tidak langsung menangis, penolong segera membersihkan jalan nafas dengan cara sebagai berikut :

- a) Letakkan bayi pada posisi terlentang di tempat yang keras dan hangat.

- b) Gulung sepotong kain dan letakkan di bawah bahu sehingga leher bayi lebih lurus dan kepala tidak menekuk. Posisi kepala diatur lurus sedikit tengadah ke belakang.
- c) Bersihkan hidung, rongga mulut dan tenggorokan bayi dengan jari tangan yang dibungkus kasa steril.
- d) Tepuk kedua telapak kaki bayi sebanyak 2-3 kali atau gosok kulit bayi dengan kain kering dan kasar. Dengan rangsangan ini biasanya bayi segera menangis.

Kekurangan zat asam pada bayi baru lahir dapat menyebabkan kerusakan otak. Sangat penting membersihkan jalan nafas, sehingga upaya bayi bernafas tidak akan menyebabkan aspirasi lendir (masuknya lendir ke paru-paru).

- a) Alat penghisap lendir mulut atau alat pengisap lainnya yang steril, tabung oksigen dengan selangnya harus telah siap di tempat.
- b) Segera lakukan usaha menghisap mulut dan hidung.
- c) Petugas harus memantau dan mencatat usaha nafas yang pertama.
- d) Warna kulit, adanya cairan atau mekonium dalam hidung atau mulut harus diperhatikan.

Bantuan untuk memulai pernafasan mungkin diperlukan untuk mewujudkan ventilasi yang adekuat. Dokter atau tenaga

medis lain hendaknya melakukan pemompaan bila setelah 1 menit bayi tak bernafas.

2) Memotong dan merawat tali pusat

Tali pusat dipotong sebelum atau sesudah plasenta lahir tidak begitu menentukan dan tidak akan mempengaruhi bayi, kecuali pada bayi kurang bulan. Apabila bayi lahir tidak menangis, maka tali pusat segera dipotong untuk memudahkan melakukan tindakan resusitasi pada bayi. Tali pusat dipotong 5 cm dari dinding perut bayi dengan gunting steril dan diikatkan dengan pengikat steril. Apabila masih terjadi perdarahan dapat dibuat ikatan baru. Luka tali pusat dibersihkan dan dirawat dengan alkohol 70% atau *povidon iodine* 10% serta dibalut kasa steril. Pembalut tersebut diganti setiap hari dan atau setiap kali basah atau kotor. Sebelum memotong tali pusat, dipastikan bahwa tali pusat telah diklem dengan baik, untuk mencegah terjadinya perdarahan.

- a) Alat pengikat tali pusat atau klem harus selalu siap tersedia di ambulans, di kamar bersalin, ruang penerima bayi dan ruang perawatan bayi.
- b) Gunting steril juga siap.
- c) Pantau kemungkinan terjadinya perdarahan dari tali pusat.

3) Mempertahankan suhu tubuh bayi

Pada waktu baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat. Suhu tubuh bayi merupakan tolak ukur kebutuhan akan tempat tidur yang hangat sampai suhu tubuhnya sudah stabil. Suhu bayi harus dicatat.

4) Memberikan Vitamin K Menurut Saifudin (2014)

Jenis vitamin K yang digunakan adalah vitamin K1 diberikan intramuskular dengan dosis 1 mg.

5) Memberikan obat tetes atau salep mata

Diberberapa negara perawatan mata bayi baru lahir secara hukum diharuskan untuk mencegah terjadinya *oftamia neonatorum*. Di daerah di mana prevalensi gonorea tinggi, setiap bayi baru lahir perlu diberi salep mata sesudah 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual). Perawatan mata harus dikerjakan segera. Tindakan ini dapat dikerjakan setelah bayi selesai dengan perawatan tali pusat, dan harus dicatat di dalam status termasuk obat apa yang digunakan.

6) Identifikasi bayi

Pada alat atau gelang identifikasi harus tercantum nama (bayi, nyonya), tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin, unit, nama lengkap ibu.

7) Pemantauan bayi baru lahir

Tujuan pemantauan bayi baru lahir adalah untuk mengetahui aktivitas bayi normal atau tidak dan identifikasi masalah kesehatan bayi baru lahir yang memerlukan perhatian keluarga dan penolong persalinan serta tindak lanjut petugas kesehatan.

a) 2 jam pertama sesudah lahir.

Hal-hal yang dinilai waktu pemantauan bayi pada jam pertama sesudah lahir meliputi :

- (1) Kemampuan menghisap kuat atau lemah.
- (2) Bayi tampak aktif atau lunglai.
- (3) Bayi kemerahan atau biru.

b) Sebelum penolong persalinan meninggalkan ibu dan bayinya.

- (1) Bayi kecil untuk masa kehamilan atau bayi kurang bulan.
- (2) Gangguan pernafasan.
- (3) Hipotermia.
- (4) Infeksi.

(5) Cacat bawaan dan trauma lahir.

8) Pemeriksaan fisik (*head to toe*)

- a) kepala ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil, sutura, moulase, caput *succedaneum*, *chepal haematoma*, *hidrosefalus*, rambut meliputi : jumlah, warna, dan adanya lanugo pada bahu dan punggung.
- b) Muka tanda-tanda paralisis.
- c) Mata ukuran, bentuk (*strabismus*, pelebaran, *epicanthus*) dan kesimetrisan, kekeruhan kornea, katarak kongenital, trauma, keluar nanah, bengkak pada kelopak mata, perdarahan subkonjungtiva.
- d) Telinga jumlah, bentuk, posisi, kesimetrisan letak dihubungkan dengan mata dan kepala serta adanya dan gangguan pendengaran.
- e) Hidung bentuk, dan lebar hidung, pola pernafasan dan kebersihan.
- f) Mulut bentuk simetris atau tidak, mukosa mulut kering atau basah, lidah, palatum, bercak putih pada gusi, refleks menghisap, adakah *labio* atau *palatoskisis*, *trush*, *sianosis*.
- g) Leher bentuk simetris atau tidak, adakah pembengkakan dan benjolan, kelainan tiroid, hemangioma, tanda abnormalitas kromosom dan lain-lain.

- h) Klavikula dan lengan atas adakah fraktur klavikula, gerakan, jumlah jari.
- i) Dada bentuk dan kelainan bentuk dada, puting susu, gangguan pernafasan, auskultasi bunyi jantung dan pernafasan.
- j) Abdomen penonjolan sekitar tali pusat ketika menangis, perdarahan tali pusat, dinding perut dan adanya benjolan, distensi *grastoskisis*, *omfalokel*, bentuk simetris atau tidak, palpasi hati, ganjil.
- k) Genetalia kelamin laki-laki : panjang penis, testis sudah turun berada dalam skrotum, orifisium uretrae diujung penis, kelainan (fimosi, hipospadia atau epispadia).
Kelainan perempuan : labia mayora dan labia minra, klitoris, *orifisium uretra*, sekret, dan lain –lain.
- l) Tungkai dan kaki gerakan, bentuk simetris atau tidak, jumlah jari, pergerakan, pes *equinnovarus* atau pen *equinovalgus*.
- m) Anus berlubang atau tidak, posisi, fungsi spingter ani, ada nya atresia ani, *meconium plug syndrome*, megacolon.
- n) Punggung bayi tengkurap, raba kurvatura kolumma vertebralis, skoliosis, pembengkakan, spina bifida, mielomeningokel, lesung atau bercak rambut, dan lain-lain.

- o) Pemeriksaan kulit *vernix caseosa*, lanugo, warna, odema, bercak, tanda lahir dan memar.
- p) Reflek berkedip, babinski, merangkak, menari atau melangkah, ekstrusi, *galant's*, *moro's*, *neck righting*, *palmargraps*, *rooting*, *startle*, menghisap, *tonic neck*.
- q) Antropometri BB, PB, LK, LD, LP, LILA
- r) Eliminasi kaji kepatenan fungsi ginjal dan saluran gastrointestinal bagian bawah. Bayi baru lahir normal biasanya kencing lebih dari 6 kali sehari. Bayi baru lahir normal biasanya berak cair 6 – 8 kali sehari. Dicurigai diare apabila frekuensi meningkat, tinja hijau atau mengandung lendir atau darah.

e. 4 cara kehilangan panas BBL Prawrohardjo (2014)

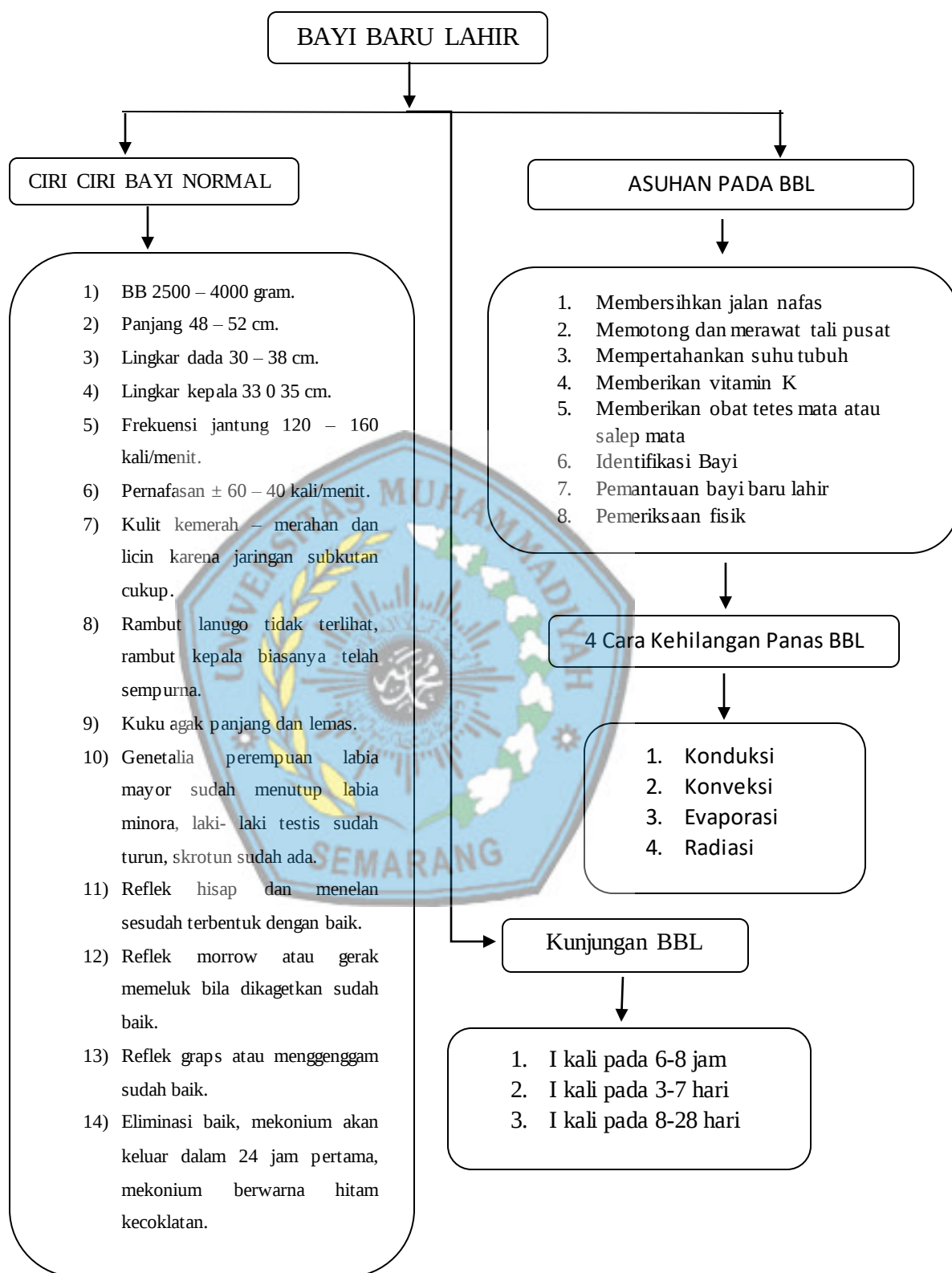
Keadaan telanjang bayi baru lahir menyebabkan bayi mudah kehilangan panas melalui:

- 1) Konduksi adalah kehilangan panas melalui benda-benda padat yang berkontak dengan kulit bayi.
- 2) Konveksi adalah kehilangan panas melalui aliran udara di sekitar bayi
- 3) Evaporasi adalah kehilangan panas melalui penguapan air pada kulit bayi yang basah

- 4) Radiasi adalah kehiangan panas melalui benda padat dekat bayi yang tidak berkontak secara langsung daengan kulit bayi.

f. Kunjungan Neonatal

Setiap bayi baru lahir memperoleh pelayanan Kunjungan Neonatal minimal 3 kali, yaitu 1 kali pada 6-48 jam, 1 kali pada 3-7 hari, 1 kali pada 8-28 hari sesuai standar di satu wilayah kerja pada satu tahun (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia,2014). Pelayanan yang diberikan saat kunjungan neonatal adalah pemeriksaan sesuai standar Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) dan konseling perawatan bayi baru lahir termasuk ASI eksklusif dan perawatan tali pusat.Kunjungan neonatal pertama (KN1) adalah cakupan pelayanan kesehatan bayi baru lahir (umur 6-48 jam). Pada kunjungan neonatal pertama (KN1), bayi baru lahir mendapatkan vitamin K1 injeksi dan imunisasi hepatitis B (HB0) bila belum diberikan pada saat lahir (Kemenkes RI,2014).



Bagan 2.4 Pathway Bayi Baru Lahir

Sumber : (Vivian[2011], Sri Rahayu[2017], Prawrohardjo[2014])

5. KB (Keluarga Berencana)

a. Pengertian Keluarga Berencana (KB)

Keluarga berencana adalah suatu usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Untuk dapat mencapai hal tersebut maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan (Sri Rahayu, 2017). Dalam menggunakan kontrasepsi, keluarga pada umumnya mempunyai perencanaan. Perencanaan tersebut diklasifikasikan menjadi tiga fase, yaitu :

Tabel 2.3 Fase dalam perencanaan penggunaan KB

Fase Menunda Kehamilan Bagi Wanita 20 Tahun Kebawah	Fase Menjarangkan Kehamilan Dengan Jarak 3- 4 Tahun Dan Jumlah Anak Dua Orang	Fase Tidak Hamil Lagi Atau Mengakhiri Kehamilan Bagi Istri 35 Tahun Keatas Dan Mempunyai Dua Anak
1. KB Pil	1. AKDR	1.Kontrasepsi
2. AKDR mini	2. KB Suntik	Mantap
3.Kontrasepsi Sederhana	3. Minipil	2. AKDR
4. Implan	4. Kb Pil	3. KB Suntik
5. KB Suntik	5. Implan	4.Kontrasepsi
	6.Kontsepsi Sederhana	Sederhana
		5.KB pil

Sumber : Sri Rahayu,2017.

b. Tujuan Keluarga Berencana (KB)

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

c. Manfaat Keluarga Berencana

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

d. Metode - Metode Kontrasepsi Menurut Sri Rahayu (2017)

1) Kondom

Merupakan sarung ketat yang dapat dibuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), plastik, atau bahan alami yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Tipe kondom ada berbagai macam yaitu kondom biasa, kondom berkontur (bergerigi), kondom beraroma dan kondom tidak beraroma. Kondom ada yang untuk pria dan ada yang untuk wanita namun lebih terkenal untuk pria.

a) Keuntungan

(1) Efektif bila digunakan dengan benar.

- (2) Tidak mengganggu produksi ASI.
- (3) Tidak menggunakan kesehatan klien.
- (4) Tidak mempunyai pengaruh sistematis.
- (5) Murah dan dapat dibeli secara umum.
- (6) Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan khusus.

b) Kerugian

- (1) Efektifitas tidak terlalu tinggi.
- (2) Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi.
- (3) Agak mengganggu hubungan seksual.
- (4) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual.
- (5) Klien malu untuk membeli kondom di tempat umum.
- (6) Menimbulkan limbah karena membuang kondom sembarang.

2) Kontrasepsi Suntik

Kontrasepsi suntik adalah suatu cara kontrasepsi melalui penyuntikan hormon, baik hormon estrogen dan progesteron saja, sebagai suatu usaha pencegahan kehamilan pada wanita usia subur.



Gambar 2.3 Kontrasepsi Suntik

Sumber : Sri Rahayu, 2017

a) Kontrasepsi Suntik Kombinasi

Berisi 25 mg depo medroksiprogesteron asetat dan 5 mg estradiol sipionat (*cyclofem*). 50 mg noretindron enatat dan 5 mg estradiol valerat. Keduanya diberikan secara injeksi Intra Muscular (IM) sebulan sekali.

(1) Cara kerja :

- 1) Menekan ovulasi.
- 2) Membuat lendir serviks menjadi kental.
- 3) Perubahan pada endometrium menjadi atrofi sehingga implantasi terganggu.
- 4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

(2) Keuntungan

- (a) Resiko terhadap kesehatan kecil.
- (b) Tidak mempengaruhi hubungan suami istri.
- (c) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam.
- (d) Efek samping kecil.

- (e) Pemakaian jangka panjang.
- (f) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.
- (g) Terlindungi dari penyakit radang panggul.
- (h) Mencegah kehamilan ektopik.
- (i) Mengurangi nyeri waktu haid.

(3) Kerugian

- (1) Terjadi perubahan pola haid secara tidak teratur kadang terjadi bercak/*spotting*.
- (2) Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan dan keluhan ini hilang setelah suntikan yang kedua.
- (3) Efektifitas berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat-obat epilepsi.
- (4) Dapat terjadi efek samping yang serius seperti penyakit jantung, stroke, bekuan darah pada paru atau otak, kemungkinan tumor hati.
- (5) Kemungkinan terlambat pemulihan kesuburan setelah pemberhentian pemakaian.
- (6) Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan penyakit infeksi menular seksual, penyakit HIV, hepatitis B.

(4) Indikasi

- (a) Usia reproduksi.
- (b) Telah memiliki anak ataupun belum memiliki anak.
- (c) Pascapersalinan dan tidak menyusui.
- (d) Riwayat kehamilan ektopik.
- (e) Penderita kangker payudara, anemia.
- (f) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.

(5) Kontraindikasi

- (a) Hamil atau diduga hamil.
- (b) Menyusui di bawah 6 bulan.
- (c) Perdarahan pervaginam.
- (d) Penyakit.
- (e) Wanita usia 35 tahun yang merokok aktif.
- (f) Penderita jantung, stroke, lever, darah tinggi dan kencing manis.
- (g) Keganasan pada payudara.

b) Kontrasepsi Suntik Progestin

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

mengandung progestin yaitu Depo Medroksiprogesteron asetat (depo propera) mengandung 150 DMPA yang diberikan setiap 3 bulan sekali dengan cara disuntikan intramuscular (IM).

(1) Keuntungan

(1) Resiko terhadap kesehatan kecil.

(2) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.

(3) Tidak di perlukan pemeriksaan dalam.

(4) Jangka panjang.

(5) Efek samping sangat kecil.

(6) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik.

(2) Kerugian

(1) Gangguan haid. Siklus haid mendadak atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, *spotting*, tidak haid sama sekali.

(2) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu.

(3) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersaring.

(4) Terlambat kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian.

(5) Pada penggunaan jangka panjang dapat menurunkan desintas tulang.

(6) Pada penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi, sakit kepala, nervositas, dan jerawat.

3) Kontrasepsi Pil

Pil adalah obat pencegah kehamilan yang diminum berisi hormon progestin. Berisi hormon estrogen dan atau hormon progesterin. Pil diperkenalkan sejak 1960. Diperuntukan bagi wanita yang tidak hamil dan menginginkan cara pencegahan kehamilan sementara yang paling efektif bila diminum secara teratur. Minum pil dapat dimulai segera sesudah terjadinya keguguran, setelah menstruasi, atau pada masa post partum bagi para ibu yang tidak menyusui bayinya. Jika seorang ibu ingin menyusui, maka hendaknya penggunaan pil ditunda sampai 6 bulan sesudah kelahiran anak (atau selama masih menyusui) dan disarankan menggunakan cara pencegahan kehamilan yang lain.



Gambar 2.4. Kontrasepsi Pil

Sumber : Sri Rahayu, 2017.

a) Pil Gabungan Atau Kombinasi

Pada setiap pil mempunyai komposisi yaitu hormon estrogen dan progesterin. Pil gabungan mempunyai cara kerja mencegah kehamilan dan hampir 100% efektif bila diminum secara teratur. Dapat dipakai oleh semua ibu usia reproduksi, baik yang sudah punya anak maupun yang belum punya anak. Tidak dianjurkan pada ibu menyusui, dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat.

(1) Cara Kerja

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

(2) Keuntungan

- (a) Memiliki efektifitas tinggi.
- (b) Resiko terhadap kesehatan kecil.
- (c) Tidak mengganggu hubungan seksual.
- (d) Siklus haid tidak teratur.
- (e) Dapat digunakan jangka panjang, pada usia remaja sampai menopause, dan mudah dihentikan.
- (f) Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat dan dapat mencegah kehamilan ektopik, kanker ovarium dan kanker endometrium.

(3) Kerugian

- (a) Mahal dan membosankan karena, digunakan setiap hari.
- (b) Mual pada 3 bulan pertama.
- (c) Berat badan naik, nyeri pada payudara, tidak mencegah IMS dapat meningkatkan tekanan darah.
- (d) Perdarahan bercak terutama 3 bulan pertama.
- (e) Pusing dan tidak boleh diberikan pada wanita menyusui.

(4) Indikasi

- (a) Usia reproduksi.
- (b) Telah mempunyai anak atau belum mempunyai anak.

- (c) Gemuk atau kurus.
- (d) Pasca keguguran, riwayat kehamilan ektopik dan kelainan payudara jinak.
- (e) Nyeri haid hebat dan siklus haid tidak teratur.

(5) Kontra Indikasi

- (a) Hamil atau diduga hamil.
- (b) Menyusui eksklusif.
- (c) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- (d) Perokok dengan usia <35 tahun.
- (e) Riwayat penyakit jantung, stroke atau tekanan darah.
- (f) Riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kecing manis.

b) Kontrasepsi Pil Khusus Progestin (Pil Mini)

Pil ini mengandung dosis kecil bahan progestin sintetis dan memiliki sifat pencegah kehamilan, terutama dengan mengubah mukosa dari leher rahim (merubah sekresi pada leher rahim) sehingga mempersulit penyangkutan sperma. Selain itu, juga mengubah lingkungan endometrium (lapisan dalam rahim) sehingga menghambat perletakan telur yang telah dibuahi.

(1) Keuntungan

Berkurangnya risiko yang serius dibanding pil kombinasi dikarenakan sedikit estrogen.

(a) Berkurangnya risiko yang serius dibanding pil kombinasi dikarenakan sedikit estrogen.

(b) Digunakan pada wanita menyusui.

(c) Risiko terjadinya PID terlalu kecil.

(d) Membantu rasa nyeri pada penderita endometritis.

(e) Mengurangi kram pada saat menstruasi.

(2) Kerugian

(a) Haid tidak teratur.

(b) Tidak melindungi dari HIV AIDS atau IMS.

(c) Dapat meningkatkan berat badan dengan olahraga teratur dan memperhatikan nutrisi akan meminimalkan kenaikan berat badan.

(d) Harus selalu ingat untuk meminum kontrasepsi pil.

(e) Peningkatan/penurunan berat badan.

(f) Payudara menjadi tegang, mual, pusing, dermatitis atau jerawat.

(g) Efektifitas lebih rendah.

(h) Tidak melindungi dari infeksi menular seksual.

(i) Harus digunakan setiap hari pada waktu yang sama.

(3) Indikasi

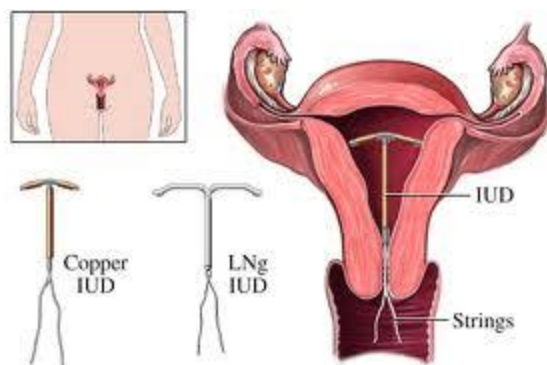
- (a) Usia reproduksi.
- (b) Telah mempunyai anak atau belum mempunyai anak.
- (c) Perokok segala usia.
- (d) Mempunyai tekanan darah tinggi atau masalah dengan pembekuan darah.
- (e) Pasca keguguran.

(4) Kontra Indikasi

- (a) Hamil atau diduga hamil.
- (b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- (c) Menggunakan obat tubercolusis.
- (d) Sering lupa minum pil.
- (e) Kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- (f) Riwayat stroke.

4) AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

AKDR atau IUD (*Intra Uterine Device*) adalah perangkat kecil yang diletakkan di rongga rahim. IUD lebih aman, lebih murah dan sangat efektif sebagai kontrasepsi jangka panjang.



Gambar 2.5. Kontrasepsi AKDR

Sumber : Sri Rahayu, 2017.

a) Jenis – jenis AKDR :

(1) Copper-T

AKDR berbentuk T, terbuat dari bahan polyethelen di mana pada bagian vertikalnya diberi lilitan kawat tembaga halus. Lilitan kawat tembaga halus ini mempunyai efek antifertilisasi (anti pembuahan) yang cukup baik.

(2) Copper -7

AKDR ini berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan. Jenis ini mempunyai ukuran diameter batang vertikal 32 mm dan ditambahkan gulungan kawat tembaga (Cu) yang mempunyai luas permukaan 200 mm², fungsinya sama seperti halnya lilitan tembaga halus pada jenis Copper – T.

(3) Multi Load

AKDR ini terbuat dari plastik (Polyethelene) dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksibel. Panjangnya dari ujung atas ke bawah 3,6 cm, batangnya diberi gulungan kawat tembaga dengan luas permukaan 250 mm² atau 375 mm² untuk menambah efektivitas. Ada 3 ukuran multi load, yaitu standar, kecil, dan mini.

(4) Lippes Loop

AKDR ini terbuat dari bahan polyethelene, bentuknya seperti spiral atau huruf S tersambung. Untuk memudahkan kontrol, dipasang benang pada ekornya.

b) Keuntungan

- (1) Metode jangka panjang.
- (2) Tidak ada efek samping hormonal.
- (3) Tidak mempengaruhi pemberian ASI.
- (4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.

c) Kerugian

- (1) Tidak melindungi infeksi menular seksual.
- (2) Mungkin sedikit kram, rasa sakit dan bercak darah setelah insersi.
- (3) Alergi terhadap tembaga.

(4) Menstruasi akan lebih banyak dibandingkan yang normal.

(5) Harus rajin kontrol ke tenaga kesehatan.

5) Kontrasepsi Implan

Disebut alat kontrasepsi bawah kulit, karena dipasang dibawah kulit pada lengan atas, alat kontrasepsi ini disusupkan dibawah kulit lengan atas sebelah dalam. Bentuknya semacam tabung-tabung kecil atau pembungkus plastik berongga dan ukurannya sebesar batang korek api. Susuk dipasang seperti kipas dengan enam buah kapsul atau tergantung jenis susuk yang dipakai. Di dalamnya berisi zat aktif berupa hormon. Susuk tersebut akan mengeluarkan hormon sedikit demi sedikit. Jadi, konsep kerjanya menghalangi terjadinya ovulasi dan menghalangi migrasi sperma. Pemakaian susuk dapat diganti setiap 3 tahun, 5 tahun, dan ada juga yang diganti setiap tahun.

a) Keuntungan

- (1) Kontrasepsi yang efektif untuk jangka panjang.
- (2) Tidak mengganggu pada waktu hubungan suami istri.
- (3) Depresi dan meningkatkan gejala pra menstruasi.
- (4) Wanita lebih sedikit keluarnya darah menstruasi mereka juga tidak kram, sakit kepala dan nyeri pada payudara.

b) Kerugian

- (1) Tidak mencegah penyakit HIV/AIDS.
- (2) Tidak terjadi perdarahan di luar haid.

6) Kontrasepsi Tubektomi (Sterilisasi Pada Wanita)

Tubektomi merupakan suatu tindakan memotong atau menutup saluran tuba fallopi sehingga memutuskan jalur pertemuan ovum dan sperma.

a) Indikasi

- (1) Masa interval, selesai haid.
- (2) Pasca persalinan, sebaiknya sebelum 24 jam dan selambat-lambatnya 48 jam pasca persalinan. Jika lewat dari 48 jam maka tindakan tubektomi akan dipersulit oleh odema tuba, infeksi sehingga dapat mengakibatkan kegagalan sterilisasi. Jika dilakukan 7-10 hari pasca persalinan maka uterus dan alat-alat genital lainnya telah mengecil dan operasi menjadi lebih sulit dilakukan mudah berdarah dan infeksi.
- (3) Pasca keguguran (post abortum) sesudah terjadi abortus dapat langsung dilakukan sterilisasi.
- (4) Waktu operasi membuka perut, setiap operasi yang dilakukan dengan membuka perut perlu dipikirkan apakah sudah ada indikasi untuk sterilisasi.

b) Komplikasi

- (1) Perforasi rahim.
- (2) Ruptur vesika urinaria.
- (3) Trauma usus.
- (4) Infeksi lokal pada luka operasi.
- (5) Robekan pada mesosalping.

7) Kontrasepsi Vasektomi

Vasektomi adalah tindakan memotong dan menutup saluran sperma (vasdeferens) yang menyalurkan sperma keluar dari testis.

a) Indikasi

- (1) Untuk tujuan kontrasepsi yang bersifat permanen.
- (2) Untuk tujuan pengobatan supaya mencegah terjadinya epididimitis.

b) Komplikasi

- (1) Komplikasi pasca bedah, perdarahan, hematoma, rasa nyeri, rasa pegal dan injeksi.
- (2) Komplikasi jangka panjang, spermatic granuloma, kemungkinan rekanalisasi.

e. Metode Keluarga Berencana Alamiah Menurut Affandi (2014)

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.

a) Keuntungan Kontrasepsi (MAL)

Keuntungan Kontrasepsi MAL menurut Bkkbn, (2014) 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 yaitu :

- (1) Untuk bayi

Mendapat kekebalan pasif (mendapatkan antibodi perlindungan lewat ASI), sumber asupan gizi yang

terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal dan terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air susu lain atau formula atau alat minum yang dipakai.

(2) Untuk ibu

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

c) Keterbatasan

Keterbatasan menurut Kontrasepsi MAL menurut yaitu :

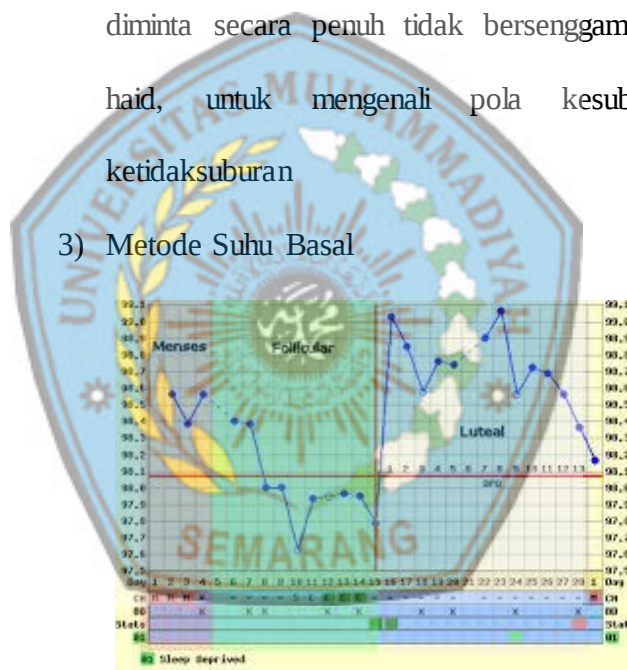
- (1) Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pascapersalinan.
- (2) Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial.
- (3) Efektifitas tinggi hanya sampai kembalinya haid atau sampai dengan 6 bulan.
- (4) Tidak melindungi terhadap IMS termasuk virus hepatitis B/HBV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

2) *Metode 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 lender serviks yang keluar dari vagina, pengamatan sepanjang hari dan ambil kesimpulan pada malam hari.

Periksa lender dengan jari tangan atau tisu diluar vagina dan perhatikan perubahan perubahan perasaan kering-basah. Tidak dianjurkan untuk periksa ke dalam vagina 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 sat siklus haid, untuk mengenali pola kesuburan dan pola ketidaksuburan

3) Metode Suhu Basal



Gambar 2.6. Metode suhu basal

Sumber : Afandi, 2014.

Ibu dapat mengenali masa subur ibu dengan mengukur suhu badan secara teliti dengan termometer khusus yang bias mencatat perubahan suhu sampai $0,1^{\circ}\text{C}$ untuk mendeteksi,

bahkan suatu perubahan kecil, suhu tubuh anda. Pakai
Aturan

Perubahan Suhu

- a) 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.
- b) 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.
- c) Tarik garis pada $0,05^{\circ}\text{C}$ di atas suhu tertinggi dari suh 10 hari tersebut. Ini dinamakan garis pelindung (*cover line*) atau garis suhu.
- d) Masa tak subur mulai pada sore setelah hari ketiga berturut-turut suhu berada di atas garis pelindung tersebut (Aturan Perubahan Suhu)

Catatan, jika salah satu dari 3 suhu berada dibawah garis pelindung (*cover line*) selama perhitungan 3 hari, ini mungkin tanda bahwa ovulasi belum terjadi. Untuk menghindari kehamilan tunggu sampai 3 hari berturut-

turut suhu tercatat diatas garis pelindung sebelum memulai senggama. Kemudian ketika mulai masa tak subur, tidak perlu untuk mencatat suhu basal ibu. Ibu dapat berhenti mencatat sampai haid berikutnya mulai dan bersenggama sampai ahri pertama haid berikutnya.

4) Metode Simtomtermal

Ibu haarus 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 subr, selalu ikuti aturan yang paling konservatif, yaitu aturan yang mengidentifikasi masa subur yang paling panjang.

5) 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.

Manfaat senggama terputus 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

c) Keterbatasan senggama terputus menurut Bkkbn, (2014) yaitu,

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

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

(3) Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual.

d) Indikasi senggama terputus yaitu :

(1) Suami yang ingin berpartisipasi aktif dalam keluarga berencana

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

(3) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera

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

(5) Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera

(6) Pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur

e) Kontraindikasi senggama terputus yaitu :

(1) Suami dengan pengalaman ejakulasi dini

(2) Suami yang sulit melakukan senggama terputus

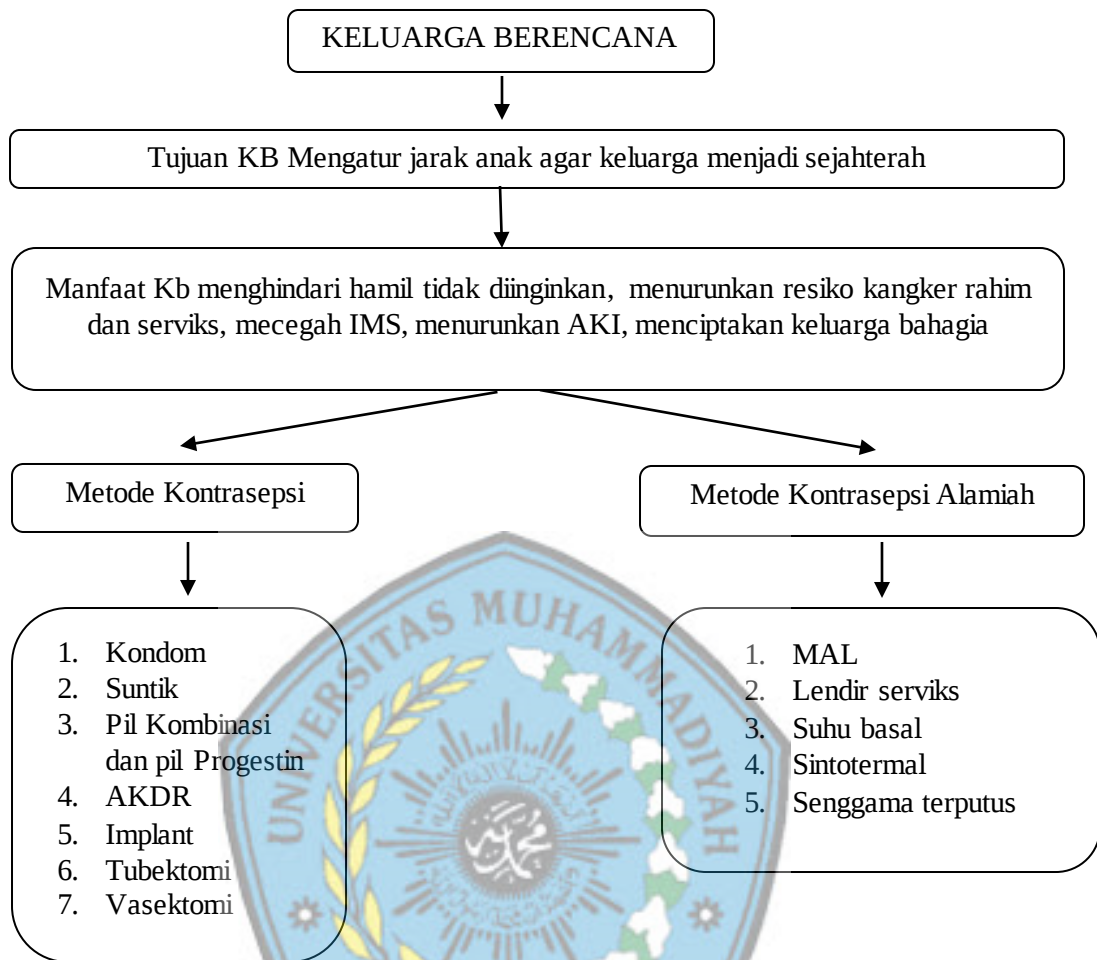
(3) Suami yang memiliki kelainan fisik atau psikologis

(4) Istri yang mempunyai pasangan yang sulit bekerja sama

(5) Pasangan yang kurang dapat saling berkomunikasi

(6) Pasangan yang tidak bersedia melakukan senggama terputus.





Bagan 2. Pathway KB

Sumber : (Sri Rahayu[2017], Afandi[2014])

B. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisa data, dianogsa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluas (Mufdlilah, dkk.2012).

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 bila pasien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter meskipun dalam manajemen kolaborasi.

2. Langkah II : Identifikasi Masalah Diagnosa dan Kebutuhan

Pada langkah ini data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan menjadi masalah atau diagnosa spesifik yang sudah diidentifikasi. Kata masalah dan diagnosa keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi sungguh membutuhkan penanganan yang dituangkan kedalam sebuah rencana asuhan terhadap pasien. Masalah sering berkaitan

dengan pengalaman wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan pengarahannya. Masalah ini sering menyertai diagnosa. Diagnosa kebidanan dan masalah. Diagnosa yang ditegakkan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur. Standar nomenklatur diagnosa kebidanan :

- a. Diakui dan telah disahkan oleh profesi
- b. Berhubungan langsung dengan praktik kebidanan
- c. Memiliki ciri khas kebidanan
- d. Didukung oleh klinikal judgement dalam lingkup praktik kebidanan
- e. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan

3. Langkah III : Mengidentifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang terbaru. Langkah ini membutuhkan antisipasi pencegahan bila memungkinkan menunggu sambil mengamati dan bersiap-siap bila hal tersebut benar-benar terjadi. Pada langkah ini penting sekali melakukan asuhan yang aman.

4. Langkah IV : Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan, jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama

wanita tersebut bersama bidan terus-menerus, misalnya pada wanita tersebut dalam persalinan. Data-data baru senantiasa dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mengidentifikasi situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak.

5. Langkah V : Merencanakan Asuhan yang Menyeluruh

Merencanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya, langkah ini merupakan lanjutan dari masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah informasi / data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah terlihat dari kondisi pasien atau dari setiap masalah yang berkaitan tetapi juga berkaitan dengan kerangka pedoman antisipasi bagi wanita tersebut yaitu tentang apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, penyuluhan, konseling dan rujukan untuk masalah-masalah sosial, ekonomi, kultural, atau masalah psikologis bila diperlukan. Dengan perkataan lain, asuhan terhadap wanita tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan kesehatan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan wanita tersebut, agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena wanita tersebutlah yang pada akhirnya akan melaksanakan rencana tersebut. Oleh karena itu, pada langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan pembahasan rencana

bersama wanita tersebut kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

6. Langkah VI : Melaksanakan Perencanaan

Langkah keenam adalah pelaksanaan rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah 5. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian oleh wanita tersebut, bidan atau anggota tim lainnya. Jika bidan tidak melakukannya sendiri, ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (yaitu memastikan agar langkah-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 dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan pasien.

7. Langkah VII : Evaluasi

Langkah terakhir ini sebenarnya adalah merupakan mengecek apakah rencana asuhan tersebut yang meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, benar-benar telah terpenuhi kebutuhannya akan bantuan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam masalah dan diagnosa. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya dan dianggap tidak efektif jika memang benar

tidak efektif. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut telah efektif sedang sebagian lain tidak.

Soap model dokumentasi yang digunakan dalam asuhan kebidanan adalah dalam bentuk catatan perkembangan, karena bentuk asuhan yang diberikan berkesinambungan dan menggunakan proses yang terus menerus (Mufdillah, dkk.2012).

1. Subjektif : Data informasi yang subjektif (mencatat hasil anamnesa).
2. Objektif : Data informasi objektif (hasil pemeriksaan, observasi).
3. Analisa : Mencatat hasil analisa (diagnosis atau masalah kebidanan, diagnosis atau masalah potensial dan antisipasinya, perlunya tindakan segera).
4. Penatalaksanaan : mencatat seluruh penatalaksanaan (tindakan antisipasi, tindakan segera, tindakan rutin, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, rujukan dan evaluasi).

C. Teori Hukum Kewenangan Bidan

1. Pengertian Kewenangan

Menurut kamus besar bahasa indonesia (KBBI), kata wewenang disamakan dengan kata kewenangan, yang diartikan sebagai hak dan kekuasaan untuk bertindak, kekuasaan membuat keputusan, memerintah dan melimpahkan tanggung jawab kepada orang/badan lain. Menurut Frans Magnis Suseno kewenangan adalah kekuasaan yang dilembagakan. Sedangkan Menurut H.D Stoud kewenangan adalah keseluruhan aturan-aturan yang berasal dari hukum organisasi pemerintahan, yang dapat dijelaskan sebagai seluruh aturan-aturan yang berkenaan dengan perolehan dan penggunaan wewenang-wewenang pemerintahan oleh subjek hukum publik didalam hubungan hukum publik. Dari referensi diatas dapat disimpulkan bahwa pengertian kewenangan adalah suatu hak yang sudah ditentukan oleh pemerintah dan wajib mengikuti kewenangan yang sudah ditetapkan tersebut.

Pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomer 28 Tahun 2017 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan terdapat pada pasal 18 yaitu sebagai berikut dan dijelaskan bagian – bagian dari isi pasal 18 pada pasal 19, pasal 20 dan pasal 21.

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

- 1) pelayanan kesehatan ibu;
- 2) pelayanan kesehatan anak; dan

- 3) pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

b. 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.

c. 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 perujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi:

- a) penanganan awal asfiksia bayi baru lahir melalui pembersihan jalan nafas, ventilasi tekanan positif, dan/atau kompresi jantung;
- b) penanganan awal hipotermia pada bayi baru lahir dengan BBLR melalui penggunaan selimut atau fasilitasi dengan cara menghangatkan tubuh bayi dengan metode kangguru;
- c) penanganan awal infeksi tali pusat dengan mengoleskan alkohol atau povidon iodine serta menjaga luka tali pusat tetap bersih dan kering; dan
- d) membersihkan dan pemberian salep mata pada bayi baru lahir dengan infeksi gonore (GO).

5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak prasekolah sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c meliputi kegiatan penimbangan berat badan, pengukuran lingkar kepala, pengukuran tinggi badan, stimulasi deteksi dini, dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang balita dengan menggunakan Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP).

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

d. Pasal 21

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

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