

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Medis

##### 1. Kehamilan

###### a. Definisi Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi (Prawirohardjo, 2010;h.213).

Periode antepartum adalah periode kehamilan yang dihitung sejak Hari Pertama Haid Terahir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati yang menandai awal periode antepartum (Varney, 2007;h.492).

Kehamilan adalah masa dimana seorang wanita membawa embrio atau fetus di dalam tubuhnya. Masa kehamilan di mulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya kehamilan mulai dari ovulasi sampai partus yaitu kira kira 280 hari(40 minggu), dan tidak lebih dari 300 hari (43 minggu) (Kuswanti 2013;h.99).

Jadi, kehamilan adalah penyatuan dari spermatozoa dan ovum yang kemudian berimplantasi yang dimulai dari Hari Pertama Haid Terahir (HPHT) sampai mulai terjadinya tanda-tanda persalinan

###### b. Tanda dan Gejala Kehamilan

Menurut Manuaba (2013) tanda dan gejala kehamilan dibagi 3, sebagai berikut:

1) Tanda Dugaan Kehamilan, dijabarkan sebagai berikut:

- a) Amenorea (terlambat datang bulan). Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de Graaf dan ovulasi.
- 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.
- c) Ngidam. Wanita hamil sering menginginkan makanan tertentu, keinginan yang seperti itu disebut ngidam.
- d) Sinkope atau pingsan. Terjadinya gangguan sirkulasi ke daerah kepala menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan sinkope atau pingsan. Keadaan ini menghilang setelah usia kehamilan 16 minggu.
- e) Payudara tegang. Pengaruh estrogen dan progesteron dan somatomotrofin menimbulkan deposit lemak, air, dan garam pada payudara. Payudara membesar dan tegang. Ujung saraf tertekan menyebabkan rasa sakit terutama pada hamil pertama.
- f) Sering miksi. Desakan rahim kedepan 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 (kloasma gravidarum), pada dinding perut (striae lividae, striae nigra, linea alba makin hitam), dan sekitar payudara (hiperpigmentasi areola mammae,

putting susu makin menonjol, kelenjar Montgomery menonjol, pembuluh darah menifes sekitar payudara).

- i) Epulis. Hipertrofi gusi yang disebut epulis, dapat terjadi bila hamil.
- j) Varises atau penampakan pembuluh darah vena. Karena pengaruh dari estrogen dan progesterone terjadi penampakan pembuluh darah vena, terutama mereka yang mempunyai bakat. Penampakan pembuluh darah itu terjadi disekitar genetalia eksterna, kaki dan betis, dan payudara. Penampakan pembuluh darah ini bisa menghilang setelah persalinan.

2) Tanda tidak Pasti Kehamilan, dijabarkan sebagai berikut:

- a) Rahim membesar, sesuai dengan umur kehamilan.
- b) Pada pemeriksaan dalam dijumpai tanda hegar, tanda chadwicks, tanda piscaseck, kontraksi Braxton hicks, teraba ballottement.
- c) Pemeriksaan tes biologis kehamilan positif. Tetapi sebagian kemungkinan positif palsu.

3) Tanda Pasti Kehamilan, dijabarkan sebagai berikut:

- a) Gerakan janin dalam Rahim.
- b) Terlihat/teraba gerakan janin dan teraba bagian-bagian janin.
- c) Denyut jantung janin terdengar.

c. Pembagian Kehamilan

1) Trimester Pertama

Trimester pertama sering dianggap sebagai periode penyesuaian. Penyesuaian yang dilakukan wanita adalah terhadap kenyataan bahwa ia sedang mengandung. Seluruh periode zigot dan embrionik dan dua minggu pertama periode janin (dari total 10 minggu kehidupan setelah fertilisasi)

berada pada 12 minggu pertama kehamilan dihitung dari masa menstruasi terakhir, yang merupakan trimester pertama (Varney, 2007;h.501;h.504).

## 2) Trimester Kedua

Trimester kedua sering dikenal sebagai periode kesehatan yang baik, yakni periode ketika wanita merasa nyaman dan bebas dari segala ketidaknyamanan yang normal dialami saat hamil. Namun, trimester kedua juga merupakan fase ketika wanita menelusur ke dalam dan paling banyak mengalami kemunduran. Trimester kedua sebenarnya terbagi atas dua fase : *pra-quickening* dan *pasca-quickening*. Quickening menunjukkan kenyataan adanya kehidupan yang terpisah, yang menjadi dorongan bagi wanita dalam melaksanakan tugas psikologis utamanya pada trimester kedua, yakni mengembangkan identitas sebagai ibu bagi dirinya sendiri yang berbeda dari ibunya. Trimester kedua, yang berlangsung 15 minggu, mencakup minggu ke-13 hingga minggu ke-27 mengacu pada LMP (*Last Menstrual Periode*). Usia kehamilan ini ekuivalen dengan minggu ke-11 hingga minggu ke-25 sejak pascafertilisasi (Varney, 2007;h.502;h.511).

## 3) Trimester Ketiga

Trimester ketiga sering disebut periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Pada periode ini wanita mulai menyadari kehadiran bayi sebagai makhluk yang terpisah sehingga ia menjadi tidak sabar menanti kehadiran sang bayi. Trimester ketiga, berlangsung 13 minggu, mencakup minggu ke-28 hingga minggu ke-40 mengacu pada LMP. Usia ini ekuivalen dengan minggu ke-26 hingga minggu ke-38 sejak pascafertilisasi (Varney, 2007;h. 503;h. 511).

#### d. Pemeriksaan Diagnostik Kehamilan

##### 1) Tes Urin (tes HCG)

Tes urin dilakukan sedini mungkin saat diketahui ada aminre. Inti test urin adalah untuk mengetahui kadar HCG (human Chorioic Gonadotropin) yaitu suatu hormon yang dihasilkan embrio saat terjadinya kehamilan yang akan meningkat dalam urin dan darah seminggu setelah konsepsi. Urin yang digunakan diusakan adalah urin pagi hari (Kuswanti, 2013;h.104).

##### 2) Palpasi Abdomen

Pemeriksaan palpasi yang bisa digunakan untuk menentukan kedudukan janin dalam rahim dan usia kehamilan terdiri dari pemeriksaan menurut Leopold I – IV atau pemeriksaan yang sifatnya membantu (Manuaba, 2012.h;116).

Menurut Kuswanti (2013;h.104-108) secara umum, palpasi abdominal dilakukan dengan tujuan untuk menentukan besar dan konsistensi rahim, bagian-bagian janin, letak dan presentasi, kontraksi rahim, braxton hicks dan his. Cara palpasi abdominal yang lazim digunakan adalah menurut leopold. Pemeriksaan palpasi menurut leopold dilakukan dengan posisi ibu hamil berbaring terlentang. Pemeriksaan palpasi menurut leopold dilakukan dengan posisi ibu hamil berbaring terlentang dengan bahu dan kepala sedikit tinggi (memakai bantal). Setelah ibu hamil dalam posisi terlentang, dilihat apakah uterus berkontraksi atau tidak, jika berkontraksi harus ditunggu sampai tidak berkontraksi. Dinding perut juga harus lemas, sehingga pemeriksaan dapat dilakukan dengan teliti, untuk itu tungkai dapat ditekuk pada pangkal paha dan lutut.

Pemeriksaan palpasi Leopold dibagi menjadi empat tahap, pada pemeriksaan Leopold I, II, III, pemeriksaan menghadap ke arah muka ibu yang diperiksa dan pada pemeriksaan Leopold IV pemeriksaan menghadap ke arah kaki ibu.

Langkah-langkah dalam melakukan palpasi Leopold adalah:

a) Leopold I

Tujuan dari pemeriksaan Leopold I adalah untuk menentukan tinggi fundus uteri untuk menentukan umur kehamilan. Selain itu, dapat juga ditentukan bagian janin mana yang terletak pada fundus uteri.

Teknik pelaksanaan:

- (1) Kedua telapak tangan pemeriksa diletakkan pada puncak fundus uteri.
- (2) Tentukan tinggi fundus uteri untuk menentukan usia kehamilan.
- (3) Rasakan bagian janin yang berada pada bagian fundus (bokong atau kepala atau kosong) (Kuswanti, 2013;h.104).

b) Leopold II

Palpasi Leopold II ini bertujuan untuk mengetahui bagian yang ada di sebelah kanan atau kiri perut ibu.

Teknik pelaksanaan:

- (1) Kedua telapak tangan pemeriksa bergeser turun kebawah sampai disamping kiri dan kanan umbilikus.
- (2) Tentukan bagian punggung janin untuk menentukan lokasi auskultasi denyut jantung janin nantinya.
- (3) Tentukan bagian-bagian kecil janin (Kuswanti, 2013;h.105).

c) Leopold III

Palpasi Leopold III ini bertujuan untuk bagian janin yang berada di sebelah bawah uterus ibu.

Teknik pelaksanaan :

- (1) Pemeriksaan ini dilakukan dengan hati-hati oleh karena dapat menyebabkan perasaan tak nyaman bagi pasien.
- (2) Bagian terendah janin dicekap diantara ibu jari dan telunjuk tangan kanan.
- (3) Ditentukan apa yang menjadi bagian terendah janin dan ditentukan apakah sudah mengalami engagement atau belum (Kuswanti, 2013;h.106).

d) Leopold IV

Pada Leopold IV, selain bertujuan untuk menentukan bagian janin mana yang terletak dibawah, juga dapat menentukan bagian berapa bagian dari kepala janin yang telah masuk dalam pintu atas panggul.

Teknik pelaksanaan:

- (1) Pemeriksaan mengubah posisi sehingga menghadap ke arah kiri pasien.
- (2) Kedua telapak tangan ditempatkan disisi kiri dan kanan bagian terendah janin.
- (4) Digunakan untuk menentukan sampai berapa jauh derajat desensus janin (Kuswanti, 2013;h.107).

### 3) Pemeriksaan USG

Pemeriksaan USG dilakukan untuk menegakkan diagnosis pasti kehamilan. Gambaran yang terlihat yaitu rangka janin dan kantong kehamilan (Kuswanti, 2013;h.108)

### 4) Pemeriksaan Rontgen

Merupakan salah satu pemeriksaan untuk melakukan penegakkan diagnosis pasti kehamilan. Di dalam pemeriksaan akan terlihat kerangka janin, yaitu tengkorak dan tulang belakang (Kuswanti,2013;h.108)

### e. Asuhan antenatal

Standar 10 T pelayanan antenatal care (Profil Kesehatan Indonesia, 2015;h.104). Dalam melaksanakan pelayanan antenatal Care, ada 10 standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10 T adalah :

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- 2) Pemeriksaan tekanan darah
- 3) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas)
- 4) Pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri)
- 5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- 6) Skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus Toksoid (TT) bila diperlukan
- 7) Pemberian tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan
- 8) Tes laboratorium (rutin dan khusus)
- 9) Tatalaksana kasus



10) Temu wicara (konseling) termasuk perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi serta KB (P4K) paska persalinan.

Pemeriksaan antenatal yang lengkap adalah K1, K3, K3, dan K4. Hal ini berarti, minimal dilakukan sekali kunjungan antenatal hingga usia kehamilan 28 minggu, sekali kunjungan antenatal selama kehamilan 28-36 minggu dan sebanyak dua kali kunjungan antenatal pada usia kehamilan di atas 36 minggu (Prawirohardjo, 2010;h.279)

1) Kunjungan berkala asuhan antenatal sebaiknya dilakukan pencatatan sebagai berikut: (Prawirohardjo, 2010;h.284)

a) Keluhan yang dirasakan oleh ibu hamil

b) Hasil pemeriksaan setiap kunjungan

(1) Umum meliputi : Tekanan darah, respirasi rate, Nadi dan temperatur tubuh

(2) Abdomen meliputi : Tinggi fundus uteri, Letak janin (setelah 34 minggu), presentasi janin, Denyut jantung janin

(3) Pemeriksaan tambahan : Proteinuria, glukosuria, keton

2) Menilai Kesejahteraan janin

Untuk menilai kesejahteraan janin pada kehamilan resiko tinggi dapat dilakukan berbagai jenis pemeriksaan atau pengumpulan informasi, baik yang diperoleh dari ibu hamil maupun pemeriksaan oleh petugas kesehatan. Berbagai jenis pemeriksaan tersebut antara lain :

a) Pengukuran tinggi fundus uteri terutama >20 minggu yang akan disesuaikan dengan usia kehamilan saat pemeriksaan dilakukan. Tinggi fundus yang normal sama dengan usia kehamilan.

- b) Gerakan menendang atau tendangan janin (10 gerakan/12 jam).
- c) Gerakan janin yang menghilang dalam waktu 48 jam dikaitkan dengan hipoksia berat atau janin meninggal.
- d) Denyut jantung janin

f. Komplikasi dalam kehamilan

Menurut Mochtar (2012;h. 141-189) menyebutkan :

1) Hiperemesis Gravidarum

Adalah mual dan muntah yang berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena keadaan umumnya menjadi buruk, karena terjadi dehidrasi.

2) Toksemia Gravidarum

Istilah toksemia gravidarum untuk kumpulan gejala-gejala dalam kehamilan yang merupakan trias HPE (Hipertensi, Proteinuria, dan Edema), yang kadang-kadang bila keadaan lebih parah diikuti oleh KK (Kejang-kejang/konvulsi dan Koma).

3) Abortus (keguguran) dan kelainan dalam Tua kehamilan

Keguguran adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Abortus dibagi menjadi :

- a) Abortus imminens. Keguguran mengancam keguguran belum terjadi kehamilan dapat dipertahankan.
- b) Abortus insipien, adalah proses keguguran yang sedang berlangsung. Ditandai dengan adanya rasa sakit karena telah terjadi kontraksi rahim untuk mengeluarkan hasil konsepsi. Ostium bisa ditemukan sudah terbuka dan kehamilan tidak dapat dipertahankan lagi.

- c) Abortus inkompletus (keguguran bersisa) : hanya sebagian dari hasil konsepsi yang dikeluarkan, yang tertinggal adalah desidua atau plasenta.
- d) Abortus komplektus (keguguran lengkap). Artinya seluruh hasil konsepsi dikeluarkan (desidua dan fetus), sehingga rongga rahim kosong.
- e) Missed abortion. Adalah keadaan dimana janin yang telah mati masih berada di dalam rahim.

#### 4) Penyakit Trofoblas

- a) Molahidatidosa, adalah jontot-jontot korion yang tumbuh berganda berupa gelembung-gelembung kecil yang mengandung banyak cairan sehingga menyerupai buah anggur, atau mata ikan. Karena itu disebut juga hamil anggur atau mata ikan. Kelainan ini merupakan neoplasma trofoblas yang jinak (benigna).
- b) Mola ivasif, muncul dari invasif myometrium melalui penyebaran langsung maupun aliran darah vena. Dianogsia ditegakkan secara klinis berdasarkan peningkatan atau pendataran kadar B HCG yang tidak kunjung normal sesudah evakuasi mola hidatidosa.
- c) Choriokarsinoma, adalah penyakit keganasan dengan karakteristik hiperplasia dan anaplasia trofoblas abnormal.
- d) Placental site throphoblastic tumor. Berasal dari tempat implantasi plasenta yang mirip dengan *syncytial endomyometritis*. Secara patologi sel tumor menginfiltrasi miometrium dan tumbuh diantara sel-sel otot polos dan menginvasi pembuluh darah (Mochtar, 2012;h.167).

## 5) Air Ketuban

- a) Oligohidramnion, adalah suatu keadaan dimana air ketuban kurang dari normal, yaitu lebih kecil dari setengah liter.
- b) Hidramnion, adalah suatu keadaan di mana jumlah air ketuban jauh lebih banyak dari normal, biasanya kalau lebih dari 2 liter.
- c) Ketuban pecah dini adalah pecahnya ketuban sebelum inpartu (Mochtar, 2012;h.175).

## 6) Perdarahan Antepartum (Hamil Tua)

Perdarahan antepartum adalah perdarahan yang terjadi setelah kehamilan 28 minggu. Biasanya lebih banyak dan lebih berbahaya daripada perdarahan kehamilan sebelum 28 minggu. Perdarahan sebelum, sewaktu, dan sesudah bersalin adalah kelainan yang tetap berbahaya dan mengancam jiwa ibu, klasifikasi perdarahan dalam kehamilannya (Mochtar, 2012;h.187).

## 2. Persalinan

### a. Definisi Persalinan

Persalinan adalah rangkaian proses yang berakhir dengan pengeluaran hasil konsepsi oleh ibu. Proses ini dimulai dengan kontraksi persalinan sejati, yang ditandai oleh perubahan progresif pada serviks, dan diakhiri dengan kelahiran plasenta. Penyebab persalinan spontan tidak diketahui, walaupun sejumlah teori menarik telah dikembangkan dan profesional perawatan kesehatan mengetahui cara menginduksi persalinan pada kondisi tertentu (Varney, 2008;h.672).

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan urin) yang dapat hidup ke dunia luar, dari rahim melalui jalan lahir atau dengan jalan

lain. Persalinan (*partus = labor*) adalah proses pengeluaran produk konsepsi yang viabel melalui jalan lahir biasa. Pelahiran (*delivery*) adalah momentum kelahiran janin sejak kala II (akhir kala I) (Mochtar, 2012;h.69;h.71).

Jadi persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yaitu dari lahirnya bayi sampai lahirnya placenta ke dunia luar dari rahim melalui jalan lahir ibu atau dari jalan lahir yang lain

Persalinan aktif dibagi menjadi tiga kala yang berbeda. Kala satu persalinan mulai ketika telah tercapai kontraksi uterus dengan frekuensi, intensitas, dan durasi yang cukup untuk menghasilkan pendaftaran dan dilatasi serviks yang progresif. Kala dua persalinan dimulai ketika dilatasi serviks sudah lengkap, dan berakhir ketika janin sudah lahir. Kala dua persalinan disebut juga dengan stadium ekspulsi janin. Kala tiga persalinan dimulai segera setelah janin lahir, dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan stadium pemisahan dan ekspulsi plasenta (Prawirohardjo, 2010;h.297).

b. Tanda-tanda Inpartu

Menurut Mochtar (2012;h.69-70) menyebutkan, yaitu :

- 1) Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur.
- 2) Keluar lendir bercampur darah (*show*) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada servik.
- 3) Kadang-kadang, ketuban pecah dengan sendirinya.
- 4) Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan.

c. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Adapun faktor-faktor yang dapat mempengaruhi jalannya proses persalinan adalah penumpang (*passanger*), jalan lahir (*passage*), kekuatan (*power*), posisi

ibu (*positioning*), dan respons psikologis (*psychology response*). Masing-masing dari faktor tersebut menurut (Sondakh, 2013;h.4-5) sebagai berikut:

1) Penumpang (*passanger*).

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

2) Jalan lahir (*passage*).

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

3) Kekuatan (*power*).

Faktor kekuatan dalam persalinan dibagi atas dua, yaitu:

a) Kekuatan primer (kontraksi involuter).

Kontraksi berasal dari segmen atas uterus yang menebal dan hantarkan ke uterus bawah dalam bentuk gelombang.

b) Kekuatan sekunder (kontraksi volunter).

Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting dalam usaha untuk mendorong keluar dari uterus dan vagina (Sondakh, 2013;h. 4).

#### 4) Posisi Ibu (*positioning*).

Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak (contoh: posisi berdiri, berjalan, duduk, dan jongkok) memberi sejumlah keuntungan, salah satunya adalah memungkinkan gaya gravitasi membantu penurunan janin (Sondakh, 2013;h. 5).

#### d. Periode dalam Persalinan

Menurut Mochtar (2012;h.71) terdiri dari 4 kala, yaitu :

- 1) Kala I : waktu untuk pembukaan serviks sampai menjadi pembukaan lengkap 10 cm.
- 2) Kala II : kala pengeluaran janin, sewaktu uterus dengan kekuatan his ditambah kekuatan mengandan mendorong janin keluar hingga lahir.
- 3) Kala III : waktu untuk pelepasan dan pengeluaran uri (plasenta).
- 4) Kala IV : mulai dari lahirnya uri (plasenta), selama 1-2 jam.

Menurut Mochtar (2012;h.71) menyebutkan bahwa :

##### 1) Kala I

Inpartu (*partus mulai*) ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah (*bloody show*) karena serviks mulai membuka (dilatasi) dan mendatar (*effacement*). Darah berasal dari pecahannya kapiler disekitar kanalis servisis akibat pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka (Mochtar, 2012;h.71).

Kala I pembukaan dibagi atas 2 fase :

- a) Fase laten : pembukaan serviks yang berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm, lamanya 7-8 jam.
- b) Fase aktif : berlangsung selama 6 jam dan dibagi atas 3 subfase :

- (1) Periode akselerasi : berlangsung 2 jam, pembukaan menjadi 4 cm.
- (2) Periode dilatasi maksimal (*steady*) : selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm.
- (3) Periode deselerasi : berlangsung lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan menjadi 10 cm (lengkap).

Menurut Mochtar (2012;h.71) fase-fase yang dikemukakan diatas dijumpai pada primigravida. Perbedaan pembukaan serviks pada primigravida dengan multigravida adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1 Perbedaan Pembukaan Serviks

Primi	Multi
Serviks mendatar (effacement) dulu, baru berdilatasi. Berlangsung 13-14 jam.	Mendatar dan membuka dapat terjadi bersamaan. Berlangsung 6-7 jam.

Menurut buku saku (2013;h.36) Asuhan yang diberikan pada persalinan kala satu adalah sebagai berikut :

- 1) Memberi dukungan dan mendengarkan keluhan ibu
- 2) Jika ibu tampak gelisah atau kesakitan :
  - a) Membiarkan ia berganti posisi sesuai keinginan, tetapi apabila ditempat tidur sarankan untuk miring kiri.
  - b) Membiarkan ia berjalan atau beraktivitas ringan sesuai kesanggupannya.
  - c) Menganjurkann suami atau keluarga memijat punggung atau membasuh muka ibu.
  - d) Mengajari teknik bernapas
- 3) Menjaga privasi ibu. Gunakan tirai penutup dan tidak menghadirkan orang lain tanpa seizin ibu.



- 4) Mengizinkan ibu untuk mandi atau membasuh kemaluannya setelah buang air kecil/besar
- 5) Menjaga kondisi ruangan sejuk. Untuk mencegah kehilangan panas pada bayi baru lahir, suhu ruangan minimal 25°C dan semua pintu serta jendela harus ditutup.
- 6) Memberi minum yang cukup untuk menghindari dehidrasi
- 7) Menyarankan ibu berkemih sesering mungkin
- 8) Memantau parameter berikut secara rutin dengan menggunakan partograf

Tabel 2.2 Penilaian dan Intervensi Kala I

Parameter	Frekuensi pada kala 1 fase laten	Frekuensi pada kala 1 fase aktif
Tekanan darah	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Suhu tiap 4 jam	Tiap 2 jam	
Nadi	Tiap 30-60 menit	Tiap 30-60 menit
Denyut jantung janin	Tiap 1 jam	Tiap 30 menit
Kontraksi tiap 1 jam	Tiap 30 menit	
Pembukaan serviks	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Penurunan kepala	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam
Warna cairan amnion	Tiap 4 jam	Tiap 4 jam

Sumber : Buku Saku (2013)

- 9) Memasang infus intavena untuk pasien dengan : kehamilan ganda, Hemoglobin <math>C9\text{ g/dl}</math> atau hematokrit <math>C27\%</math>, Riwayat gangguan perdarahan, sungsang, kehamilan ganda, hipertensi, persalinan lama.
  - 10) Mengisi dan letakan partograf di samping tempat tidur atau di dekat pasien.
  - 11) Melakukan pemeriksaan kardiograf jika memungkinkan.
- 2) Kala II

Menurut Prawiroharjo (2010.h;341) pemeriksaan yang dilakukan pada kala II adalah melihat tanda gejala kala II, yaitu : Ibu memiliki keinginan untuk meneran, Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat vagina, Perineum menonjol, Vulva, vagina dan sfringtel ani terbuka

Pada kala pengeluaran janin, his terkoordinasi, kuat, cepat, dan lebih lama, kira kira 2-3 menit sekali. Kepala janin telah turun dan masuk ke ruangan panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang melalui langkung refleks menimbulkan rasa mencedan. Karena tekanan pada rektum, ibu merasa seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada wakatu his, kepala janin mulai kelihatan, vulva terbuka, dan perineum meregang. Dengan his dan mencedan yang tertimpah, akan lahir kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primi berlangsung selama 1 ½ - 2 jam, pada multi ½ - 1 jam (Mochtar, 2012;h.71-73).

Asuhan yang diberikan pada kala II persalinan adalah sebagai berikut (Sondakh, 2013; h. 123) :

a) Pemantauan Ibu

Tanda- tanda dan gejala kala II adalah sebagai berikut :

- (1) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi.
- (2) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan atau vagina
- (3) Perineum terlihat menonjol
- (4) Vulva vagina dan sfingter ani terlihat membuka
- (5) Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.

Tindakan yang dilakukan untuk mengevaluasi kesejahteraan ibu adalah sebagai berikut :

- (1)Tindakan yang dilakukan untuk mengevaluasi kesejahteraan ibu adalah sebagai berikut :

- (a) Tanda tanda vital : tekanan darah(setiap 30 menit), suhu, nadi, (setiap 30 menit), pernapasan.
- (b) Kandung kemih
- (c) Urin : protein dan keton
- (d) Hidrasi : cairan, mual, muntah.
- (e) Kondisi umum : kelemahan dan keletihan fisik, tingkah laku, dan respons terhadap persalinan, serta nyeri dan kemampuan koping.\
- (f) Upaya ibu meneran
- (g) Kontraksi setiap 30 menit.

b) Pemantauan janin

Beberapa hal dari janin yang harus selalu diperhatikan adalah :

- 1) Denyut jantung janin
  - a) Denyut normal 120-160 kali/menit
  - b) Perubahan DJJ, pantau setiap 15 menit.
  - c) Variasi DJJ dan DJJ dasar
  - d) Pemeriksaan auskultasi DJJ setiap 30 menit
- 2) Adanya air ketuban dan karakteristiknya (jernih, keruh, kehijauan/tercampur mekonium)
- 3) Penyusupan kepala janin

Sebelum penatalaksanaan kala II, terdapat kemungkinan munculnya kondisi-kondisi yang harus segera diatasi, yaitu sebagai berikut : syok, dehidrasi, infeksi, preeklampsia/eklampsia, inersia uteri, gawat janin, penurunan kepala terhenti, adanya gejala dan tanda distosia bahu,

pewarnaan mekonium pada cairan ketuban, kehamilan ganda(kembar/gemeli), tali pusat menumbung/lilitan tali pusat.

c) Asuhan dukungan

Beberapa asuhan dan dukungan yang dapat diberikan adalah sebagai berikut :

- 1) Pemberian rasa aman, dukungan, dan keyakinan kepada ibu bahwa ibu mampu bersalin
- 2) Membantu pernapasan
- 3) Membantu teknik meneran
- 4) Ikut sertakan dan hormati keluarga yang menemani
- 5) Berikan tindakan yang menyenangkan
- 6) Penuhi kebutuhan hidrasi
- 7) Penerapan pencegahan infeksi.
- 8) Pastikan kandung kemih kosong.

3) Kala III

Tanda-tanda pelepasan plasenta menurut APN, (2008.h;100) yaitu Perubahan bentuk dan tinggi uterus, Tali pusat memanjang, Semburan arah mendadak dan singkat

Setelah bayi lahir, kontrak si rahim beristirahat sebentar. Uterus teraba keras dengan fudus uteri setinggi pusat, dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian, timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong ke dalam vagina, dan akan lahir spontan atau sedikit dorongan dari atas simfisik atau fudus uteri. Seluruh proses biasanya

berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir. Pengeluaran plasenta biasanya disertai pengeluaran darah kira-kira 100-200 cc (Mochtar, 2012;h.73).

Kala III merupakan kala setelah keluarnya bayi sampai plasenta lahir. Asuhan yang dapat dilakukan pada ibu antara lain (Sondakh,2013; h. 141):

- a) Memberikan kesempatan kepada ibu untuk segera memeluk bayinya dan menyusuinya.
- b) Memberitahu setiap tindakan yang akan dilakukan.
- c) Pencegahan infeksi pada kala III
- d) Memantau keadaan ibu(tanda vital, kontraksi, perdarahan)
- e) Melakukan kolaborasi/rujukan bila terjadi kegawatdaruratan.
- f) Pemenuhan kebutuhan nutrisi dan hidrasi
- g) Memberikan motivasi dan pendampingan selama kala III.

#### 4) Kala IV

Kala IV adalah kala pengawasan selama 1 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu, terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum (Mochtar, 2007;h.73).

#### e. Penatalaksanaan Asuhan Persalinan

Ilmiah shofa (2015;h.152-161) menjelaskan bahwa Langkah-langkah persalinan normal diantaranya adalah:

##### 1) Mengenali Gejala dan Tanda Kala II

Mendengar dan melihat tanda dan gejala kala II :

- a) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran (doran)
- b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina (teknus)

- c) Perineum tampak menonjol (perjol)
- d) Vulva dan sfingter ani membuka (vulka).

## 2) Menyiapkan Pertolongan Persalinan

- a) Memastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan BBL.
- b) Memakai celemek plastik
- c) Mencuci tangan (sekitar 15 detik) dan keringkan dengan tisu/ handuk.
- d) Memakai sarung tangan DTT pada tangan yang digunakan untuk PD
- e) Memasukkan oksitosin ke dalam spuit (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT/ steril, pastikan tidak terjadi kontaminasi pada spuit).

## 3) Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin Baik

- a) Membersihkan vulva dan perineum, mengusapnya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas DTT.
- b) Melakukan pemeriksaan dalam (PD) untuk memastikan pembukaan lengkap (bila selaput ketuban belum pecah dan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi).
- c) Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan clorin 0,5% selama 10 menit.
- d) Memeriksa DJJ setelah kontraksi/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-160 x/ menit).
- e) Menyiapkan Ibu dan Keluarga untuk Membantu Proses Bimbingan Meneran

- f) Memberitahu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik dan bantu ibu dalam menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
  - g) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran (bila ada rasa ingin meneran dan terjadi kontraksi yang kuat, bantu ibu ke posisi setengah duduk atau posisi lain yang di inginkan dan pastikan ibu merasa nyaman).
  - h) Melaksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ada dorongan kuat untuk meneran.
  - i) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- 4) Mempersiapkan Pertolongan Kelahiran Bayi
- a) Meletakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
  - b) Meletakkan kain bersih yang di lipat 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
  - c) Membuka tutup partus set dan perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan.
  - d) Memakai sarung tangan DTT pada kedua tangan.
- 5) Mempersiapkan Pertolongan Kelahiran Bayi
- a) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva, maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering.

- b) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat dan ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
- c) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- d) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal.
- e) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyangga kepala, lengan dan siku sebelah bawah. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan dan siku sebelah atas.
- f) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki serta pegang masing-masing kaki dengan ibu jari dan jari-jari lainnya.

#### 6) Penanganan Bayi Baru Lahir

- a) Melakukan penilaian sepiantas
- b) Mengeringkan tubuh bayi
- c) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
- d) Memberitahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi dengan baik.
- e) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 IU secara IM di 1/3 paha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
- f) Setelah 2 menit pasca persalinan, jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Mendorong tali pusat ke arah distal (ibu) dan jepit kembali tali pusat pada 2 cm distal dari klem pertama.



#### 7) Pemotongan tali pusat

- a) Meletakkan bayi agar ada kontak kulit ibu ke kulit bayi, letakkan bayi tengkurap di dada ibu. Luruskan bahu bayi sehingga bayi menempel di dada/perut ibu. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting payudara ibu.
- b) Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat dan pasang topi dikepala bayi.

#### 8) Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala II

- a) Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- b) Meletakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- c) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri).

#### 9) Mengeluarkan plasenta

- a) Melakukan penegangan tali pusat dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemusiman ke arah atas, mengikuti proses jalan lahir (tetap lakukan tekanan dorso kranial).
- b) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpelekat kemudian di lahirkan dan titempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

#### 10) Rangsangan Taktil (Masase) Uterus

- a) Melakukan masase uterus, letakkan tangan di fundus uteri dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik masase.

#### 11) Menilai Perdarahan

- a) Memeriksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik dan tempat khusus.
- b) Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif segera lakukan penjahitan.

#### 12) Melakukan Prosedur Pasca Persalinan

- a) Memastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- b) Membiarkan bayi tetap melakukan kontak kulit dengan kulit ke kulit dada ibu paling sedikit 1 jam.
- c) Setelah satu jam persalinan, meakukan penimbangan atau pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotika profilaksis dan vitamin K, 1 mg IM di paha kiri anterolateral.
- d) Setelah satu jam pemebrian vitamin K, memberikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan anterolateral.

#### 13) Evaluasi

- a) Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan pervaginam.

- b) Mengajarkan ibu/ keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- c) Mengevaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
- d) Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- e) Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) serta suhu tubuh normal (36,5-37,5).

#### 14) Kebersihan dan Keamanan

- a) Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi.
- b) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat yang sesuai
- c) Membuang ibu dengan menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- d) Memastikan ibu merasa aman dan nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- e) Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- f) Menyelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balik bagian dalam ke luar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- g) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

## 15) Dekontaminasi

- a) Melengkapi patograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda-tanda vital dan asuhan kala IV.

## f. Komplikasi Dalam Persalinan

- 1) Komplikasi pada kala satu dan kala dua dalam persalinan. Menurut Varney (2008,h; 780 -802) adalah sebagai berikut :

- a) Riwayat sekso sesaria sebelumnya
- b) Persaliran atau kelahiran prematur

Persaliran prematur adalah persaliran yang dimulai pada awal usia kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu ke 37. Penatalaksanaan pada persaliran prematur didasarkan pada pertama kali dengan mengidentifikasi wanita yang beresiko mengalami ini.

- c) Ketuban pecah dini

Ketuban pecah dini adalah keadaan pecahnya selaput ketuban sebelum persaliran atau sebelum adanya tanda – tanda inpartu (Kemenkes RI, 2013;h.122)

- d) Amnionitis dan karioamnionitis

Menurut Varney (2008;h.792) mengatakan amnionitis adalah inflamasi kantong dan cairan amnion. Karioamnionitis adalah inflamasi korion selain infeksi cairan amnion dan kantong amnion.

- e) Prolaps tali pusat

Tindakan berikut dilakukan jika terjadi prolaps tali pusat menurut Varney (2008;h.795) adalah :

- (1) Menempatkan seluruh tangan anda kedalam vagina wanita dan pegang bagian presentasi janin keatas sehingga tidak menyentuh tali pusat dipintu atas panggul.
- (2) Tidak boleh mencoba mengubah letak tali pusat pada kondisi apapun.
- (3) Segera panggil bantuan dan panggil dokter atau segera rujuk ke fasilitas yang memadai.

f) Disporposi sefalopelvik

Adalah disporposi antara ukuran janin dan ukuran pelvis, yaitu ukuran pelvis tidak cukup besar untuk mengakomondasikan keluarnya janin (Varney, 2008;h.797).

Indikasi kemungkinan disporposisefalopelvik :

- (1)Pelvia platiperoid
- (2)Ukuran janin besar
- (3)Tipe dan karakteristik khususnya tubuh wanita secara umum
- (4)Riwayat fraktur pelvis
- (5)Pelvia Maltipresentasi atau malposisi (Varney, 2008;h.797).

g) Difungsi uterus

- (1)Disfungsi uterus hipotonik.

Tanda dan gejala difungsi uterus hipotonis menurut Varney (2008;h.799) adalah sebagai berikut:

- (a) Kontraksi saat ini tidak nyeri sekali, kemajuan persalinan berhenti.

(b) Komplikasi uterus tidak adekuat, durasi singkat dan intensitas ringan.

(c) Tidak ada kemajuan dilatasi servik atau penurunan janin.

(2) Disfungsi uterus hipertonic.

Tanda dan gejala disfungsi uterus hipertonic menurut Varney (2008;h.799) adalah sebagai berikut :

(a) Kontraksi terasa sangat nyeri selama periode persalinan dan keparahan kontraksi saat palpasi.

(b) Kontraksi sering dan tonisitas tidak teratur.

(c) Tidak ada kemajuan pendapatan dan dilatasi servik.

2) Komplikasi pada kala tiga persalinan.

a) Plasenta tertinggal

Plasenta tertinggal adalah plasenta yang belum terlepas dan mengakibatkan perdarahan tidak terlihat. Manajemen untuk kasus ini adalah dengan manual plasenta. (Varney.2008;h.831).

b) Perdarahan kala tiga

c) Retensio plasenta

Adalah plasenta belum lahir dalam waktu 30 menit setelah bayi lahir. Manajemen untuk kasus ini adalah dengan manual plasenta dan segera merujuk ibu ke fasilitas kesehatan yang memadai.

d) Inversio uterus

Adalah keadaan uterus benar – benar membaik dari bagian dalam keluar sehingga bagian dalam fundus menonjol keluar melalui orifisum servik, turun

dan masuk kedalam introitus vagina, dan menonjol keluar melewati vulva (Varney, 2008;h.833).

### 3) Komplikasi pada kala empat persalinan

#### a) Perdarahan post partum

Definisi perdarahan adalah kehilangan darah secara abnormal. Rata – rata kehilangan darah selama kelahiran pervagina tanpa komplikasi adalah lebih dari 500 ml.(Varney, 2008;h.841).

#### b) Faktor predisposisi

- (1) Distensi berlebihan pada uterus.
- (2) Induksi oksitosin atau augmentasi.
- (3) Persalinan cepat atau presipitatus.
- (4) Kala satu atau kala dua yang memanjang.
- (5) Grande multipara.

### 3. Bayi baru lahir

#### a. Definisi

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram. Sondaks (2013;h.150)

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang cukup bulan, 38 – 42 minggu dengan berat badan sekitar 2500 – 4000 gram dan panjang sekitar 50 – 55 cm (Sondakh, 2013; h.150).

Dari pengertian bayi baru lahir tersebut, dapat di simpulkan bahwa bayi baru lahir merupakan bayi yang lahir pada usia yang sudah aterm maupun preterm, dengan berat badan normal 2500-4000 gram.

#### b. Kriteria Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Sondakh (2013;h.150) mengatakan bayi baru lahir dikatakan normal jika termasuk dalam kriteria sebagai berikut :

- 1) Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram.
- 2) Panjang badan bayi 48-50 cm.
- 3) Lingkaran dada bayi 32-34 cm.
- 4) Lingkaran kepala bayi 33-35 cm.
- 5) Bunyi jantung dalam menit pertama kurang lebih 180 kali/menit, kemudian turun sampai 140-120 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
- 6) Pernafasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernafasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit..
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa.
- 8) Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik.
- 9) Kuku-kuku agak panjang dan lemas.
- 10) Genitalia. Tektis sudah turun (pada bayi laki-laki), dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan).
- 11) Refleks hisap, menelan, dan moro telah terbentuk.
- 12) Eliminasi, urin, dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama.

Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

#### c. Adaptasi Fisiologis Pada Bayi Baru Lahir

Menurut Sondakh (2013;h.150-157) mengatakan bahwa konsep mengenai adaptasi bayi baru lahir adalah sebagai berikut :



- 1) Memulai segera pernafasan dan perubahan dalam pola sirkulasi. Konsep ini merupakan hal yang esensial pada kehidupan ekstrasuterin.
- 2) Dalam 24 jam setelah lahir, sistem ginjal, gastrointestinal, hematologi, metabolik, dan sistem neurologis bayi baru lahir harus berfungsi secara memadai untuk mempertahankan kehidupan ekstrasuteri.

d. Menurut Sondakh (2013;h.157) perawatan bayi baru lahir adalah :

1) Pertolongan pada saat bayi baru lahir :

- a) Menilai pernafasan secara cepat, letakan bayi dengan handuk di atas perut ibu dengan kain yang bersih dan kering atau kasa, bersihkan darah atau lendir dari wajah bayi agar jalan udara tidak terhalang.
- b) Memeriksa ulang pernafasan bayi, sebagian besar bayi akan menangis atau bernafas secara spontan dalam waktu 30 detik setelah lahir.

2) Perawatan Mata

Obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk pencegahan penyakit mata akibat klamidia (penyakit menular seksual). Obat perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan. Pengobatan yang umumnya dipakai adalah larutan perak nitra atau neosporin yang langsung diteteskan pada mata bayi segera setelah bayi lahir.

3) Pemeriksaan Fisik Bayi

- a) Kepala; pemeriksaan terhadap ukuran, bentuk, sutura menutup/melebar, adanya caput succedenum, cephal hematoma, klanio-tabes, dan sebagainya.

- b) Mata; pemeriksaan terhadap perdarahan, subkonjungtiva, tanda-tanda infeksi (pus).
- c) Hidung dan mulut; pemeriksaan terhadap labio skisis, labiopalatoksisis, dan reflek isap (dinilai dengan mengamati bayi saat menyusu).
- d) Telinga; pemeriksaan terhadap *preaurical tog*, kelainan daun/bentuk telinga.
- e) Leher; pemeriksaan terhadap hematom sternocleidomastoideus, ductus thyroglossalis, hygroma colli.
- f) Dada; pemeriksaan terhadap bentuk, pembesaran buah dada, pernafasan, retraksi intercostal, subcostal sifoid, merintih, pernafasan cuping hidung, serta bunyi paru-paru (sonor, vesikular, bronkial, dan lain-lain).
- g) Jantung; pemeriksaan terhadap pulsasi, frekuensi bunyi jantung, kelainan bunyi jantung
- h) Abdomen; pemeriksaan terhadap membuncit (pembesaran hati, limpa, tumor aster), scaphoid (kemungkinan bayi menderita diafragmatika/atresia asofagus tanpa fistula).
- i) Tali pusat; pemeriksaan terhadap perdarahan, jumlah darah pada tali pusat, warna dan besar tali pusat, hernia di tali pusat atau di selangkangan.
- j) Alat kelamin; pemeriksaan terhadap testis apakah berada dalam skrotum, penis berlubang pada ujung (pada bayi laki-laki), vagina

berlubang, apakah labia mayora menutup labia minora (pada bayi perempuan).

k) Lain-lain; mekonium harus keluar dari 24 jam sesudah lahir, bila tidak, harus waspada terhadap atresia ani atau obstruksi usus. Selain itu, urin juga harus keluar dalam 24 jam. Kadang pengeluaran urin tidak diketahui karena pada saat bayi lahir, urin keluar bercampur dengan air ketuban. Bila urin tidak keluar dalam 24 jam, maka harus diperhatikan kemungkinan adanya obstruksi saluran kemih.

e. Kunjungan bayi baru lahir

Terdapat minimal 3 kali kunjungan ulang bayi baru lahir :

- 1) Pada usia 6-48 jam (Kunjungan neonatal 1)
- 2) Pada usia 3-7 hari (Kunjungan neonatal 2)
- 3) Pada kunjungan 8-28 hari (Kunjungan neonatal 3)

Asuhan yang diberikan adalah sebagai berikut :

- 1) Melakukan pemeriksaan fisik
- 2) Memeriksa tanda bahaya seperti : tidak mau minum atau memuntahkan semua, kejang, bergerak jika hanya dirangsang, napas cepat ( $>60$  kali/menit), napas lambat ( $<30$  kali/menit), tarikan dinding dada ke dalam yang sangat kuat, merintih, teraba demam (suhu ketiak  $>37,5^{\circ}\text{C}$ , teraba dingin (suhu ketiak  $<36^{\circ}\text{C}$ ), nanah yang banyak dimata, pusar kemerahan meluas ke dinding perut, diare, tampak kuning pada telapak tangan, perdarahan.

- 3) Memeriksa tanda-tanda infeksi kulit superfisial, seperti nanah keluar dari umbilikus, adanya lebih dari 10 pustula di kulit, pembengkakan, kemerahan dan pengerasan kulit.
  - 4) Apabila terdapat tanda bahaya atau infeksi, rujuk bayi ke fasilitas kesehatan.
  - 5) Memastikan ibu memberikan ASI eksklusif
  - 6) Meningkatkan kebersihan dan rawat kulit, mata, serta tali pusat dengan baik.
  - 7) Mengingatkan orang tua untuk mengurus akte kelahiran bayinya.
  - 8) Mengingatkan bayi untuk mendapatkan imunisasi pada waktunya.
  - 9) Menjelaskan kepada orang tua untuk waspada terhadap tanda bahaya pada bayinya.
- f. Komplikasi Bayi Baru Lahir
- 1) Kelainan kongenital  
Kelainan kongenital merupakan kelainan pertumbuhan struktur organ janin sejak saat pembuahan (Manuaba, 2014;h.429).
  - 2) Infeksi Neonaturum  
Infeksi neonates sering dijumpai, apalagi didaerah pedesaan dengan persalinan dukun beranak. Dalam menegakkan kemungkinan infeksi pada bayi baru lahir sangat penting, terutama pada bayi dengan berat badan lahir rendah, karena infeksi dapat menyebar dengan cepat dan menimbulkan angka kematian yang tinggi (Manuaba, 2014;h.432).
  - 3) Tetanus Neonaturum

Masuknya kuman tetanus klostridium tetani sebagian besar melalui tali pusat. Masa inkubasinya sekitar 3-10 hari. Tetanus neonatorum menyebabkan kerusakan pada pusat motoric, jaringan otak, pusat pernafsan, dan jantung (Manuaba, 2014;h.434).

#### 4) Ikterus Neonatorum

Ikterus atau warna kuning sering dijumpai pada bayi baru lahir dalam batas normal pada hari kedua sampai hari ketiga dalam menghilang pada hari kesepuluh. Kernikterus adalah akumulasi bilirubin dalam jaringan otak sehingga dapat mengganggu fungsi otak dan menimbulkan gejala klinis sesuai akumulasi tersebut (Manuaba, 2014;h.435).

#### 5) Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)

Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) merupakan bayi dengan berat lahir kurang dari 2500 gram.

### 4. Nifas

#### a. Definisi

Menurut Varney (2008;h.958) mengatakan periode pascapartum adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil. Periode pemulihan pascapartum berlangsung sekitar enam minggu.

Mochtar (2012;h.87) masa nifas (peuperium) adalah masa pemulihan kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil.

Jadi masa nifas adalah masa pulihnya kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti sebelum hamil sampai dengan 6 minggu (42 hari).

#### b. Pembagian Waktu Nifas

Menurut Mochtar (2012;h.87), nifas dibagi dalam 3 periode :

- 1) Peuperium dini, yaitu kepulihan saat ibu diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam. Dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
- 2) Peuperium intermediat, yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.
- 3) Peuperium lanjut, yaitu waktu yang diperlukan pulih dan kembali sehat sempurna, terutama jika selama hamil atau sewaktu persalinan timbul komplikasi. Waktu untuk mencapai kondisi sehat sempurna dapat berminggu-minggu, bulanan, atau tahunan.

#### c. Adaptasi Fisiologi Masa Nifas

- 1) Uterus, secara berangsur-angsur menjadi kecil (berinvolusi) hingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

Tabel 2.4 involusi uterus

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Seting pusat	1000 gram
Uri lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	350 gram
6 minggu	Bertambah kecil	50 gram
8 minggu	Sebesar normal	30 gram

Sumber : Mochtar (2012;h.87)

- 2) Bekas implantasi uri, *placental bed* mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. Sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu keenam 2,4 cm, dan akhirnya pulih.
- 3) Luka-luka pada jalan lahir jika tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari.
- 4) Rasa nyeri, yang disebut *after pains*, (merian atau mulas-mulas) disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pascapersalinan. Perlu diberikan pengertian pada ibu mengenai hal tersebut dan jika terlalu mengganggu, dapat diberikan obat-obatan anti nyeri dan anti mulas.
- 5) Lokia adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas.
- 6) Serviks. Setelah persalinan, bentuk serviks agak menganga seperti corong, berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan dapat dimasukan ke ronggo rahim ; setelah 2 jam, dapat dilakukan oleh 2-3 jari, dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui 1 jari.
- 7) Ligamen-ligamen: ligamen, fascia, dan diafragma pelvis yang merenggang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi ciut dan pulih kembali. Akibatnya, tidak jarang uterus jatuh kebelakang dan menjadi retrofleksi karena ligamentum lotundum menjadi kendur. Untuk memulihkan kembali, sebaiknya dengan latihan-latihan dan senam pascapersalinan.

#### d. Pembagian Lokia

Lokia adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

- 1) Lokia rubra (cruenta) : berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari pascapersalinan.
- 2) Lokia sanguinolenta : berwarna merah kuning, berisi darah, dan lendir; hari ke 3-7 pascapersalinan.
- 3) Lokia serosa : berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pascapersalinan.
- 4) Lokia alba : cairan putih, setelah 2 minggu.
- 5) Lokia perulenta : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- 6) Lokiostatis : lokia tidak lancar keluar.

e. Perubahan Psikologi

Menurut Refa Rubin yang terjadi pada tiga tahap berikut ini (2009;h.64)

1) Taking in period

Terjadi pada 1- 2 hari setelah persalinan, ibu masih pasif dan sangat tergantung pada orang lain, fokus perhatian terhadap tubuhnya, ibu lebih mengingat pengalaman melahirkan dan persalinan yang dialami, serta kebutuhan tidur dan nafsu makan meningkat.

2) Taking hold period

Berlangsung 3- 4 hari postpartum, ibu lebih berkonsentrasi pada kemampuannya dalam menerima tanggung jawab sepenuhnya terhadap perawatan bayi, pada masa ini ibu menjadi sangat sensitif, sehingga



membutuhkan bimbingan dan dorongan perawat untuk mengatasi kritikan yang dialami ibu.

### 3) Leting go periode

Dialami setelah tiba ibu dan bayi tiba dirumah. Ibu mulai secara penuh menerima tanggung jawab sebagai “seorang ibu” dan menyadari atau merasa kebutuhan bayi sangat bergantung pada dirinya..

#### f. Asuhan ibu pada masa nifas

- 1) Memeriksa tanda – tanda vital ibu
- 2) Membersihkan alat kelamin, perut,dan kaki ibu.
- 3) Mencegah perdarahan hebat antara lain :
  - a) Memeriksa rahim untuk mengetahui apakah berkontraksi dengan baik lakukan segera setelah plasentanya lahir. Kemudian periksalah setelah 5 atau 10 menit setelah 1 jam. Untuk 1 atau 2 jam berikutnya, periksalah setiap 15 – 30 menit. Jika rahimnya terasa keras, maka dia berkontraksi sebagai mana mestinya.
  - b) Memeriksa popok ibu untuk memeriksa seberapa sering mengeluarkan darah, jika mencapai 500 ml (sekitar 2 cangkir) berarti pendarahannya terlalu berlebihan.
  - c) Memeriksa denyut nadi ibu dan tekanan darahnya setiap jam. Perhatikan tanda – tanda syok.
  - d) Memeriksa alat kelamin ibu dan masalah – masalah lainnya antara lain :
    - (1)Memiliki robekan.
    - (2)Memiliki hematoma atau rasa sakit divagina

(3) Apabila servik bisa dibuka dari bukaan vagina

(4) Memperhatikan persaan ibu terhadap bayinya

(5) Memerhatikan gejala infeksi pada ibu.

(6) Membantu ibu menyusui. (Saleha, 2009;h.86 – 90).

g. Kunjungan masa nifas

Tabel 2.5 Menurut Saleha (2009;h.6) kunjungan pada masa nifas adalah :

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6 – 8 jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas.</li> <li>b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberi rujukan bila perdarahan berlanjut.</li> <li>c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena antonia uteri.</li> <li>d. Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu.</li> <li>e. Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.</li> <li>f. Menjaga bayi tetap sehat dan cara mencegah hipotermia</li> </ul>
2	enam hari setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau.</li> <li>b. Menilai adanya tanda – tanda demam, infeksi, atau kelainan pasca melahirkan.</li> <li>c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat.</li> <li>d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda- tanda penyulit.</li> <li>e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan bagai mana menjaga bayi, cara merawat tali pusat, dan bagaimana menjaga bayi agar tetap hangat.</li> </ul>
3	dua minggu setelah pesalinan	sama seperti diatas (enam hari setelah persalinan).
4	enam minggu setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit – penyulit yang dialami atau bayinya.</li> <li>b. Memberikan konseling untuk Kb secara dini.</li> </ul>

#### h. Deteksi dini komplikasi pada masa nifas dan penanganannya

Menurut Saleha (2009;h.96 – 110) deteksi dini komplikasi masa nifas dan penanganannya antara lain :

##### 1) Infeksi masa nifas

Adalah infeksi pada traktus genitalia setelah persalinan, biasanya dari endometrium bekas insersi plasenta.

Pada umumnya disebabkan oleh bakteri aerob dan anaerob yaitu: *Staphylococcus haemolyticus aerobius*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* dan *Clostridium welchii*.

Gejala klinis dari infeksi masa nifas terbagi dalam 2 golongan yaitu:

##### a) Infeksi terbatas diantaranya :

###### (1) Vulvitis

Pada infeksi bekas sayatan episiotomi atau luka perineum jaringan sekitarnya membesar, tetapi luka menjadi merah dan bengkak, jahitan mudah lepas, serta luka yang terbuka menjadi ulkus dan mengeluarkan pus.

###### (2) Vaginitis

Infeksi vagina dapat terjadi secara langsung pada luka vagina atau melalui perineum. Permukaan mukosa membesar dan kemerahan, terjadi ulkus, serta getah mengandung nanah yang keluar dari daerah ulkus.

###### (3) Servisititis

Infeksi serviks sering juga terjadi, tetapi biasanya tidak menimbulkan banyak gejala. Luka serviks yang dalam dan meluas

dapat langsung kedar ligamentum latum sehingga menyebabkan infeksi menjalar ke parametrium.

Gejala klinik yang dirasakan pada servitis antara lain : nyeri dan rasa panans pada daerah infeksi, kadang perih bila BAK, dan demam dengan suhu badan  $39^{\circ}\text{C} - 40^{\circ}\text{C}$ .

b) Infeksi yang menyebar

Penyebaran infeksi ini dapat melalui pembuluh darah, limfe, dan pembukaan endometrium (tromboflebitis, parameritis, salpingitis, dan peritonitis).

5. Keluarga berencana (KB)

a. Pengertian KB

Keluarga berencana memiliki konotasi yang sangat luas. Pada istilah ini terkandung pertimbangan tambahan terhadap faktor fisik, sosial, psikologis, ekonomi, dan keagamaan yang mengatur sikap keluarga sekaligus memengaruhi keputusan keluarga dalam menetapkan ukuran keluarga, jarak antar anak, dan pemilihan serta penggunaan metode pengendalian kehamilan (Varney, 2007;h.414).

Keluarga berencana menurut WHO Expert Comite, (1970) adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindarkan kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran, mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga (Marmi,2016;h.83-84).

Jadi dapat disimpulkan bahwa keluarga berencana merupakan program yang di adakan oleh pemerintah dalam upaya untuk menjarangkan atau mengatur jarak kehamilan yang aman.

b. Tujuan Program KB

Menurut Marni (2016;h.84-85) menjelaskan bahwa adapun tujuan program dari keluarga berencana dibagi menjadi dua, yaitu:

1) Tujuan Umum

Untuk mewujudkan visi dan misi program KB yaitu membangun kembali dan melestarikan pondasi yang kokoh bagi pelaksana program KB dimasa mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas.

2) Tujuan khusus

Meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia, sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk indonesia. Menciptakan penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

c. Sasaran Program KB

Menurut Handayani (2010) dalam Marni (2016) , sasaran program keluarga berencana dibagi menjadi dua yaitu sasaran secara langsung dan sasaran tidak langsung.

- 1) Sasaran secara langsung adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan.

- 2) Sasaran tidak langsung adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.

d. Metode Kontrasepsi Sederhana (Tanpa Alat): KB Alamiah

Menurut Marmi (2016;h.124-152) menjelaskan bahwa metode kontrasepsi sederhana atau alamiah diantaranya adalah:

1) Metode kalender/ pantang berkala

Metode kalender ini berdasarkan pada siklus haid/ menstruasi wanita. Kanus berpendapat bahwa ovulasi terjadi tepat 14 hari sebelum menstruasi berikutnya. Sedangkan Ogio berpendapat bahwa ovulasi tidak selalu terjadi tepat 14 hari sebelum menstruasi, tetapi dapat terjadi antara 12 atau 16 hari sebelum menstruasi berikutnya. Hasil penelitian kedua ahli ini menjadi dasar dari KBA sistem kalender. Pantang berkala adalah cara/ metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan hubungan seksual atau senggama pada masa subur/ ovulasi.

a) Keuntungan:

- (1) Lebih sederhana
- (2) Dapat digunakan untuk semua wanita yang sehat
- (3) Tidak membutuhkan alat atau pemeriksaan khusus dalam penerapannya
- (4) Tidak mengganggu pada saat hubungan seksual
- (5) Kontrasepsi dengan menggunakan metode kalender dapat menghindari resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi.

(6) Tidak memerlukan biaya

(7) Tidak memerlukan tempat pelayanan kontrasepsi.

b) Keterbatasan:

- a) Memerlukan ketjasama yang baik dari pasangan suami istri
- b) Harus ada motivasi dan disiplin pasangan dalam menjalankannya
- c) Suami istri tidak dapat melakukan hubungan seksual setiap saat
- d) Pasangan suami istri harus tahu masa subur dan masa tidak subur
- e) Harus mengamati siklus menstruasi minimal 1 kali siklus.
- f) Siklus menstruasi yang tidak teratur (menjadi penghambat)
- g) Lebih efektif bila dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain.

2) Metode suhu basal tubuh

Suhu tubuh basal adalah suhu terendah yang dicapai tubuh selama istirahat atau dalam keadaan istirahat (tidur). Pengukuran suhu basal dilakukan pada pagi hari segera setelah bangun tidur dan sebelum melakukan aktivitas lainnya. Tujuan pencatatan suhu basal untuk mengetahui kapan terjadinya masa subur/ ovulasi. Suhu basal tubuh diukur dengan alat yang berupa termometer basal. Termometer basal dapat digunakan secara oral, per vagina, atau melalui dubur dan ditempatkan pada lokasi serta waktu yang sama selama 5 menit.

Suhu tubuh normal sekitar  $35.5-36^{\circ}$  Celcius. Pada waktu ovulasi, suhu akan turun terlebih dahulu dan naik menjadi  $37-38$  derajat kemudian tidak akan kembali pada suhu  $35^{\circ}$  celcius. Pada saat itulah terjadi masa subur/ ovulasi. Kondisi kenaikan suhu tubuh ini akan terjadi sekitar 3-4 hari, kemudian akan turun kembali sekitar 2 derajat dan akhirnya kembali pada

suhu normal sebelum menstruasi. Hal ini terjadi karena produksi progesterone menurun.

a) Keuntungan:

- (1) Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran pada pasangan suami istri tentang masa subur/ovulasi
- (2) Membantu wanita yang mengalami siklus haid yang tidak teratur mendeteksi masa subur.
- (3) Dapat digunakan sebagai kontrasepsi ataupun meningkatkan kesempatan untuk hamil.
- (4) Membantu menunjukkan perubahan tubuh lain pada saat mengalami masa subur/ ovulasi seperti perubahan lendir serviks.
- (5) Metode suhu basal tubuh yang mengendalikan adalah wanita itu sendiri.

b) Keterbatasan:

- (1) Membutuhkan motivasi dari pasangan suami istri
- (2) Memerlukan konseling dan KIE dari tenaga kesehatan
- (3) Suhu tubuh basal dapat dipengaruhi oleh beberapa penyakit, gangguan tidur, merokok, alkohol, stres, penggunaan narkoba maupun selimut elektirk.
- (4) Pengukuran suhu tubuh harus dilakukan pada waktu yang sama
- (5) Tidak mendeteksi awal masa subur
- (6) Memebutuhkan masa pantang yang lama.



### 3) Metode Simptotermal or Syntothermal Methode

Metode simptotermal merupakan metode keluarga berencana alamiah (KBA) yang mengidentifikasi masa subur dari siklus menstruasi wanita. Metode simptotermal mengkombinasikan metode suhu basal tubuh dan mukosa serviks. Akan tetapi, ada teori lain yang menyatakan bahwa metode ini mengamati tiga indikator kesuburan yaitu perubahan suhu basal, perubahan mukosa atau lendir serviks dan perhitungan masa subur melalui metode kalender.

Metode simptotermal akan lebih akurat memprediksikan hari aman pada wanita daripada menggunakan salah satu metode saja. Ketika menggunakan metode ini bersama-sama, maka tanda-tanda dari satu dengan yang lainnya akan saling melengkapi.

#### a) Efektivitas:

Angka kegagalan dari penggunaan metode simptotermal adalah 10-20 wanita akan hamil dari 100 pasangan setiap tahunnya. Hal ini disebabkan kesalahan dalam belajar, saran, atau tidak ada kerja sama pasangan. Namun, studi lain juga menyatakan angka kegagalan dari metode simptotermal hanya 3% apabila di bawah pengawasan yang ketat.

#### b) Keuntungan:

- (1) Tidak ada efek fisik seperti obat-obatan, alat, bahan kimia atau operasi yang dibutuhkan
- (2) aman
- (3) ekonomis
- (4) meningkatkan hubungan kerja sama antar pasangan

(5) dapat langsung dihentikan apabila pasangan menginginkan kehamilan

(6) tidak memerlukan tindak lanjut atau alat kontrasepsi lain setelah belajar metode simptotermal yang benar.

c) Keterbatasan:

(1) Tidak cocok digunakan oleh wanita yang mempunyai bayi, berpenyakit, pasca perjalanan maupun konsumsi alkohol.

(2) Metode simptotermal kurang efektif karena pengguna harus mengamati dan mencatat suhu basal tubuh maupun perubahan lendir serviks.

(3) Metode simptotermal memerlukan pelatihan atau instruksi yang benar.

4) Metode pengamatan lendir serviks (metode ovulasi)

Metode mukosa serviks atau ovulasi billings ini dikembangkan oleh Ds. John, Evelyn Billings dan Fr Maurice Catarinich di Melbourne, Australia dan kemudian menyebar ke seluruh dunia. Metode ini tidak menggunakan obat atau alat, sehingga dapat diterima oleh pasangan taat agama dan budaya yang berpantang dengan kontrasepsi modern. Metode mukosa serviks atau metode ovulasi merupakan metode keluarga berencana alamiah (KBA) dengan cara mengenal masa subur dari siklus menstruasi dengan mengamati lendir serviks dan perubahan rasa pada vulva menjelang hari-hari ovulasi.

a) Kelebihan:

(1) Mudah digunakan

(2) Tidak memerlukan biaya

(3) Metode mukosa serviks merupakan metode keluarga berencana alami lain yang mengamati tanda-tanda kesuburan.

b) Kekurangan:

- (1) Tidak efektif bila digunakan sendiri sebaiknya dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain.
- (2) Tidak cocok untuk wanita yang tidak menyukai menyentuh alat kelaminnya.
- (3) Wanita yang memiliki infeksi saluran reproduksi dapat mengaburkan tanda-tanda kesuburan.
- (4) Wanita yang menghasilkan sedikit lendir.

5) Metode Amenorea Laktasi

Metode Amenorea Laktasi (MAL) atau Lactational Amenoea Method (LAM) adalah metode kontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman lainnya. MAL atau LAM dapat dikatakan sebagai metode keluarga berencana alamiah (KBA) atau *natural family planning*, apabila dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain.

a) Keterbatasan:

- (1) Memerlukan persiapan dimulai sejak kehamilan.
- (2) Metode ini hanya efektif digunakan selama 6 bulan setelah melahirkan, belum mendapat haid dan menyusui secara eksklusif.
- (3) Tidak melindungi dari penyakit menular seksual termasuk Hepatitis B ataupun HIV/AIDS.
- (4) Tidak menjadi pilihan bagi wanita yang tidak menyusui.
- (5) Kesulitan dalam mempertahankan pola menyusui secara eksklusif.

## 6) Senggama Terputus (Coitus Interruptus)

Nama lain dari coitus interruptus adalah senggama terputus atau ekspulasi atau pancaran ekstra vaginal atau *withdrawal methods* atau *pull-out method* coitus interruptus atau senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional atau alamiah, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum mencapai ejakulasi.

### a) Kelebihan

- (1) Alamiah
- (2) Efektif bila dilakukan dengan benar
- (3) Tidak mengganggu produksi ASI
- (4) Tidak ada efek samping
- (5) Tidak membutuhkan biaya
- (6) Tidak memerlukan persiapan khusus.
- (7) Dapat di kombinasikan dengan metode konsepsi lain
- (8) Dapat digunakan setiap waktu.

### b) Keterbatasan:

- (1) Sangat tergantung pada pihak pria dalam mengontrol ejakulasi dan tumpahan sperma selama kehamilan.
- (2) Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual (orgasme).
- (3) Sulit mengontrol tumpahan sperma selama penetrasi, sesaat dan setelah interupsi coitus.
- (4) Tidak melindungi dari penyakit meular seksual.
- (5) Kurang efektif untuk mencegah kehamilan.

## 5) Metode Kontrasepsi Sederhana dengan Alat

Metode kontrasepsi sederhana adalah suatu upaya mencegah atau menghalangi pembuahan atau pertemuan antara sel telur dengan sperma dengan metode-metode atau cara yang dapat dikerjakan sendiri oleh peserta keluarga berencana, hanya membutuhkan alat sederhana yang tidak memerlukan obat-obatan dan tanpa pemeriksaan medis terlebih dahulu.

Metode barrier adalah metode kontrasepsi dengan cara menghalangi pertemuan sperma dengan sel telur yang sifatnya sementara. Yakni menghalangi masuknya sperma dari vagina sampai kanalis servikalis. Metode ini antara lain sebagai berikut:

### a) Kondom (karet KB)

Kondom adalah salah satu alat kontrasepsi yang terbuat dari karet atau lateks, berbentuk tabung tidak tembus cairan dimana salah satu ujungnya tertutup rapat dan dilengkapi kantung untuk menampung sperma. Kebanyakan kondom terbuat dari karet lateks tipis, tetapi ada yang membuatnya dari jaringan hewan (usus kambing) atau plastik (polietelin).

#### (1)Keuntungan kondom:

- (a) Mencegah sperma masuk ke saluran reproduksi wanita
- (b) Sebagai alat kontrasepsi
- (c) Sebagai pelindung dari infeksi Organisme PMS
- (d) Mengurangi insiden kanker serviks
- (e) Mencegah imuno infertilitas
- (f) Tidak memerlukan resep dan pemeriksaan khusus
- (g) Tidak mengganggu kesehatan klien

(h) Tidak mengganggu produksi ASI

b) Barrier Intra Vaginal

Metode ini merupakan metode untuk menghalangi masuknya spermatozoa ke dalam traktus genitalia interna wanita dan mematikan spermatozoa oleh spermisidnya.

(1) Keuntungan:

- (a) Mencegah kehamilan
- (b) Mengurangi insidensi penyakit akibat hubungan seks

(2) Keterbatasan:

- a) Angka kegagalan relatif tinggi
- b) Aktivitas hubungan seksual harus dihentikan sementara untuk memasang alatnya
- c) perlu dipakai secara konsisten, hati-hati dan terus menerus pada setiap senggama

c) Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung seperti topi yang menutupi mulut rahim, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutupi serviks. Diafragma dapat dipasang 6 jam atau lebih sebelum melakukan senggama. Bila senggama dilakukan berulang kali pada saat yang sama, maka perlu ditambahkan spermisid setiap sebelum senggama berikutnya. Diafragma tidak boleh dikeluarkan selama 6-8 jam setelah senggama selesai, pembilasan (*douching*) tidak diperkenankan, diafragma dapat di biarkan didalam vagina

selama 24 jam setelah senggama selesai, lebih lama dari itu kemungkinan dapat timbul infeksi.

(1) Kelebihan:

- (a) Efektif bila digunakan dengan benar
- (b) Tidak mengganggu produksi ASI
- (c) Tidak mengganggu hubungan seksual karena telah dipersiapkan sebelumnya.
- (d) Tidak mengganggu kesehatan klien
- (e) Tidak mempunyai pengaruh sistemik.

(2) Keterbatasan:

- (a) Efektifitas tidak terlalu tinggi (angka kegagalan 6-16 kehamilan per 100 perempuan per tahun pertama, bila digunakan dengan spremisida
- (b) Keberhasilan kontrasepsi ini tergantung pada cara penggunaan yang benar
- (c) Memerlukan motivasi dari pengguna agar selalu berkesinambungan dalam penggunaan alat kontrasepsi.
- (d) Pemeriksaan pelvik diperlukan untuk memastikan ketepatan pemasangan.
- (e) Dapat menyebabkan infeksi saluran uretra
- (f) Harus masih terpasang selama 6 jam pasca senggama.

d) Kimiawi Spermaticide

Bahan terdiri dari spermaticide dan bahan tempat mengandung spermaticide tersebut, biasanya gelatin atau minyak. Khasiat kontrasepsinya

disebabkan oleh sifat kimiawinya, tetapi juga karena sifat fisiknya menyulitkan pergerakan sperma karena kental.

Zat yang paling dulu dipergunakan sebagai spermaticide adalah kinin, tetapi kemudian dipakai juga *acidum borum, ac lacticum, chinisol, hexyl resorcinol, ac ricinoleicum, dan formaldehyde* Kontrasepsi kimiawi dapat berbentuk suppositoria, jelly, cream, tissue atau busa.

(1) Kelebihan:

- (a) Efektif seketika
- (b) Tidak mengganggu produksi ASI
- (c) Sebagai pendukung metode lain
- (d) Tidak mengganggu kesehatan klien
- (e) Tidak mempunyai pengaruh sistemik
- (f) Mudah digunakan
- (g) Meningkatkan lubrikasi selama hubungan seksual.
- (h) Tidak memerlukan resep ataupun pemeriksaan medik.
- (i) Memberikan perlindungan terhadap penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS dan HBV.

(2) Keterbatasan:

- (a) Efektifitas kurang
- (b) Spermisida akan jauh lebih efektif, bila menggunakan kontrasepsi lain (misal kondom)
- (c) Keefektifan tergantung pada kepatuhan cara penggunaannya.
- (d) Tergantung motivasi dari pengguna dan selaluu dipakai setiap melakukan hubungan seksual



(e) Hanya efektif selama 1-2 jam dalam satu kali pemakaian.

(f) Harus selalu tersedia sebelum senggama dilakukan.

## 6) Metode Kontrasepsi Modern Hormonal

### a) Pil KB (*oral contraceptive pill*)

Pil KB atau *oral contraceptive pill* merupakan alat kontrasepsi hormonal yang berupa obat dalam bentuk pil yang dimasukkan melalui mulut (diminum), berisi hormon estrogen dan atau progesterone, yang bertujuan untuk mengendalikan kelahiran atau mencegah kehamilan dengan menghambat pelepasan sel telur dari ovarium setiap bulannya.

Terdapat juga pil KB kombinasi yaitu pil KB yang mengandung sintesis hormon estrogen dan progesterone yang mencegah kehamilan dengan cara menghambat terjadinya ovulasi (pelepasan sel telur oleh indung telur) melalui penekanan hormon LH dan FSH, mempertebal lendir mukosa serviks, dan menghalangi pertumbuhan lapisan endometrium.

#### (1) Kelebihan:

- (a) Tidak mengganggu hubungan seksual
- (b) Mudah dihentikan setiap saat
- (c) Jangka panjang
- (d) Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil hentikan
- (e) Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat.

#### (2) Kekurangan:

- (a) Mengurangi jumlah perdarahan
- (b) Mengurangi lama atau hari perdarahan haid

- (c) Mengurangi rasa nyeri selama haid (dismenore). Sebab POK diduga menghambat produksi prostaglandin.
- (d) Menyebabkan siklus haid lebih teratur
- (e) Meniadakan mittelschmerz (sakit yang timbul saat ovulasi).
- (f) Mengurangi anemia (fe defisiensi)
- (g) Kadang-kadang mengurangi ketegangan pra haid (gelisah, mudah tersinggung, emosi yang tidak stabil dan depresi) yang terjadi 7-10 hari sebelum haid yang akan datang).

b) Suntikan KB

a) Jenis KB suntik:

(1) Kontrasepsi Suntik Progestin

adalah suatu sintesa progestin yang mempunyai efek asli dari tubuh wanita dan merupakan suspensi steril medroxy progesteron asetat dalam air, yang mengandung progesterone asetat 150 mg. Kontrasepsi ini telah dipakai lebih dari 90 negara, telah digunakan selama kurang lebih 20 tahun dan sampai saat ini akseptornya berjumlah kira-kira 5 juta wanita. Tersedia 2 jenis kontrasepsi suntikan yang hanya mengandung progestin, yaitu:

(a) Depoprovera. mengandung 150 mg DMPA (Deo Medroxi Progesterone Asetae), yang diberikan setiap 3 bulan dengan cara disuntik intramuskular.

(b) Depo Noristerat, mengandung 200mg Noretindron Enantrat, yang diberikan setiap 2 bulan dengan cara disuntik intramuskular.

(2) Kelebihan:

- (a) Sangat efektif
- (b) Pencegahan kehamilan jangka panjang
- (c) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- (d) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung, dan gangguan pembekuan darah.
- (e) Tidak memiliki pengaruh terhadap ASI
- (f) Klien tidak perlu menyimpan pil
- (g) Dapat digunakan oleh perempuan > 35 tahun sampai perimenopause.
- (h) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
- (i) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara
- (j) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.
- (k) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell).

c. Implan atau Susuk KB

Implan adalah alat kontrasepsi berupa kapsul kecil karet terbuat dari silikon, berisi levonorgestrel, terdiri 6 kapsul kecil dan panjang 3 cm sebesar batang korek api yang disusukan dibawah kulit lengan atas bagian dalam oleh dokter atau bidan yang sudah terlatih.

Implan adalah metode kontrasepsi yang hanya mengandung progesterone dengan masa kerja panjang, dosis rendah, reversible untuk wanita. Obat yang terdapat dalam setiap batang itu akan berdifusi secara

teratur masuk ke dalam peredaran darah. Setelah obat steroid telah dikeluarkan dengan jalan pembedahan kecil, atau jika wanita yang bersangkutan ingin berhenti pemakaiannya.

1) Kelebihan:

- a) Daya guna tinggi
- b) Perlindungan jangka panjang
- c) Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan
- d) Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- e) Bebas dari pengaruh estrogen
- f) Tidak mengganggu ASI
- g) Tidak mengganggu kegiatan senggama
- h) Klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan
- i) Dapat di cabut setiap saat sesuai dengan kebutuhan.
- j) Mengurangi nyeri haid
- k) Mengurangi jumlah haid
- l) Mengurangi atau memperbaiki anemia
- m) Melindungi terjadinya kanker endometrium
- n) Menurunkan angka kejadian kelainan jinak payudara
- o) Melindungi diri dari penyebab penyakit radang panggul
- p) Menurunkan angka kejadian endometritis.

2) Keterbatasan:

- a) Timbul keluhan seperti nyeri kepala
- b) Peningkatan atau penurunan berat badan
- c) Nyeri payudara

- d) perasaan mual
- e) Pening atau pusing kepala
- f) Perubahan perasaan (*mood*)
- g) Kegelisahan (*nervousness*)
- h) Timbul jerawat
- i) Vagina menjadi kering
- j) Membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan
- k) Tidak memberikan efek protektif terhadap infeksi manular seksual termasuk AIDS.
- l) Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai dengan keinginan akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan, efektivitasnya menurun bila menggunakan obat-obatan tuberculosis (rifampisin) atau obat epilepsi (fenitoin dan barbiturate).
- m) Terjadinya kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi (1,3 per 100.000 perempuan per tahun).

#### 7) Metode Kontrasepsi Modern AKDR (IUD)

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) adalah satu alat kontrasepsi modern yang telah dirancang sedemikian rupa (baik bentuk, ukuran, bahan dan masa aktif fungsi kontrasepsinya) yang dimasukkan ke dalam rahim yang sangat efektif, reversible dan berjangka panjang, dan dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduktif sebagai suatu usaha pencegahan kehamilan.

a) Keuntungan AKDR:

- (1) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
- (2) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-308A dan tidak perlu diganti)
- (3) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat
- (4) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
- (5) Meningkatkan kenyamanan seksual, karena tidak perlu takut hamil
- (6) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A)
- (7) Tidak mempengaruhi kualitas ASI
- (8) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak ada infeksi)
- (9) Dapat digunakan sampai menopause ( 1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
- (10) Tidak ada interaksi dengan obat-obat.
- (11) Membantu mencegah kehamilan ektopik
- (12) AKDR modern bersifat efektif dan bekerja lama , sementara AKDR tembaga harganya sangat murah. Alat ini menghasilkan kontrasepsi sampai 10 tahun sehingga sangat efisien.
- (13) AKDR sangat mudah dilakukan dan pemulihan kesuburan berlangsung cepat (angka konsepsi 78-88% setelah 12 bulan dan 92-97% pada 3 tahun setelah pengeluaran). Kesuburan cepat pulih setelah pengeluaran LNG-IUS.

b) Keterbatasan AKDR:

a) Dapat terjadi kehamilan diluar kadnungan atau abortus spontan.

Kematian ibu yang dikaitan dengan pemakaian AKDR adalah jika terjadi abortus septik spontan yang gejalanya seperti pilek, menggigil, demam, nyeri otot, mual, dan muntah.

b) Keluhan suami

c) Efek samping yang umum terjadi:

- (1) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan).
- (2) Haid lebih lama dan banyak
- (3) Perdarahan (*spotting*) antar menstruasi.
- (4) Saat haid lebih sakit (*desminore*)

d) Komplikasi lain:

- (1) Merasakan sakit dan kram perut selama 3-5 hari setelah pemasangan.
- (2) Sedikit nyeri dan perdarahan (*spotting*) terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang selama 1 -2 hari.
- (3) Perdarahan hebat diwaktu haid atau diantaranya dapat memungkinkan penyebab anemia.
- (4) Perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangannya benar)
- (5) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.
- (6) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang ering berganti pasangan.

- (7) Penyakit radang panggul dapat terjadi setelah wanita dengan IMS memakai AKDR. PRP dapat memicu infertilitas.
  - (8) Prosedur medis termasuk pemeriksaan pelvik diperlukan dalam pemasangan AKDR. Seringkali perempuan takut selama pemasangan.
  - (9) Klien tidak dapat melepas KADR oleh dirinya sendiri. Petugas kesehatan terlatih yang harus melepas AKDR.
  - (10) Kemungkinan AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang sesudah melahirkan, eksplusi).
  - (11) Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal.
  - (12) Perempuan harus memeriksakan posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukkan jarinya ke dalam vagina, sebagian perempuan tidak mau melakukan ini.
- 8) Kontrasepsi Modern dengan Metode Operatif atau Mantab Sterilisasi.
- a) MOW (Tubektomi)

Kontrasepsi mantab adalah satu metode kontrasepsi yang dilakukan dengan cara mengikat atau memotong saluran telur (pada perempuan) atau saluran sperma (pada laki-laki). Kontrasepsi mantab (Kontap) dikenal ada dua macam, yaitu kontap pria dan kontap Wanita. Kontap wanita atau merupakan metode sterilisasi pada wanita dikenal dengan MOW atau tubektomi.



Tubektomi ialah tindakan yang dilakukan pada kedua tuba fallopi wanita yang mengakibatkan seseorang tidak dapat hamil atau tidak menyebabkan kehamilan lagi. Sterilisasi adalah metode kontrasepsi permanen yang hanya diperuntukan bagi mereka yang memang tidak ingin atau boleh memiliki anak (karena alasan kesehatan).

MOW (Metode operasi wanita) atau tubektomi adalah tindakan penutupan terhadap kedua saluran telur kanan dan kiri, yang menyebabkan sel telur tidak dapat melewati sel telur, dengan demikian sel telur dapat bertemu dengan sperma laki-laki sehingga tidak terjadi kehamilan.

b) Vasektomi (MOP)

Kontrasepsi mantap pria atau serviks vasektomi merupakan metode kontrasepsi operatif minor ada pria yang sangat aman, sederhana dan sangat efektif, memakan waktu operasi yang singkat dan tidak memerlukan anestesi umum.

Vasektomi adalah tindakan memotong dan menutup saluran sperma (vasdeferens) yang menyalurkan sperma keluar dari testis. Vasektomi telah dikenal sejak lama. Pada abad 19 para ahli bedah telah melakukan vasektomi untuk tujuan pengobatan, seperti mencegah infeksi dari saluran kelenjar prostat atau hipertrofi kelenjar prostat. Di Indonesia vasektomi sebagai salah satu pilihan enis kontrasepsi masih belum begitu digalakkan. Hal ini disebabkan masih adanya anggapan vasektomi sama dengan dikebiri. Vasektomi adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan melakukan oklusi vas deferens, sehingga

menghambat perjalanan spermatozoa dan tidak didapatkan spermatozoa didalam semen atau ejakulat (tidak ada penghantaran spermatozoa dari testis ke penis)..

#### 9) Penapisan KB

Tabel 2.5 Daftar Tilik Penapisan Klien, Metode Nonoperatif

Metode Hormonal( pil kombinasi,pil progetin, suntik dan susuk)
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih
Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata
Apakah pernah nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema).
Apakah pernah tekanan darah di atas 160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolik).
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara
Apakah anda sedang minum obat-obatan Anti kejang (epilepsi).
AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin)
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu
Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain
Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)
Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik
Apakah pernah mengalami haid banyak ( lebih 1-2 pembalut tiap 4 jam)
Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)
Apakah pernah mengalami dismenoreã berat yang membutuhkan analgetika dan atau istirahat baring.
Apakah pernah mengalami perdarahan bercak antara haid setelah senggama.
Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung valvular atau kongenital.

Table 2.6 Daftar Tilik Penapisan Klien, Metode Operasi (Tubektomi)

Keadaan Klien	Dapat dilakukan pada fasilitas rawat jalan	Dapat di fasilitas rujukan
Keadaan umum (anamnesa dan pemeriksaan fisik)	Keadaan umum baik, tidak ada tanda-tanda penyakit jantung, paru, atau ginjal.	Diabetes tidak terkontrol, riwayat gangguan pemebkuan darah, ada tanda-tanda penyakit jantung, paru atau ginal.

Keadaan emosional	Tenang	Cemas, takut
Tekanan darah	< 160/100 mmHg	≥160/100 mmHg
Berat badan	35-85 kg	
Riwayat operasi abdomen/ panggul	Bekas seksio sesarea (tanpa perlekatan)	Operasi abdomen lainnya, perlekatan atau terdapat elainan pada pemeriksaan panggul.
Riwayat radang panggul, ektopik, apendisitis	Pemeriksaan dalam normal hamil	Pemeriksaan dalam kelainan.
Anemia	Hb ≥ 8 g/%	Hb < 8 g/%

## B. Tinjauan Asuhan Kebidanan

Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implmentasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan (Kepmenkes.2007).

Menurut buku 50 tahun IBI tahun 2007 Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Proses manajemen terdiri dari tujuh langkah yang berturutan yang dimulai dengan mengumpulkan data dasar dan berakhir dengan evaluasi. Langkah-langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap yang bisa diaplikasikan dalam semua situasi. Akan tetapi setiap langkah dapat diuraikan lagi mengajdi langkah-langkah yang lebih rinci dan ini bisa sesuai dengan ketuban klien.

Ketujuh langkah-langkah Manajemen Kebidanan adalah sebagai berikut :

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

Langkah pertama dalam pengumpulan data dasar yang menyeluruh untuk mengevaluasi ibu dan bayi baru lahir. Data ini meliputi pengkajian riwayat pemeriksaan fisik dan pelvik sesuai indikasi, meninjau kembali proses perkembangan keperawatan saat ini atau catatan rumah sakit terdahulu, dan meninjau kembali data hasil laboratorium dan laporan penelitian terkait secara singkat, data dasar yang diperlukan adalah semua data yang berasal dari sumber informasi yang berkaitan dengan kondisi ibu dan bayi baru lahir (Varney, 2007;h.27).

#### 2. Langkah II (Interpretasi Data Dasar)

Membuat sebuah identifikasi masalah atau diagnosis dan kebutuhan keperawatan kesehatan yang akurat berdasarkan perbaikan interpretasi data yang benar (Varney, 2007;h.26).

#### 3. Langkah III (Identifikasi Diagnosis Atau Masalah Potensial)

Langkah ketiga berkenaan dengan tindakan antisipasi, pencegahan jika memungkinkan, menunggu dengan waspada penuh, dan persiapan terhadap semua keadaan yang mungkin muncul. Langkah ini adalah langkah yang sangat penting dalam memberi perawatan kesehatan yang aman (Varney, 2007;h.27).

#### 4. Langkah IV (Evaluasi Kebutuhan Segera)

Mengevaluasi kebutuhan akan intervensi dan/atau konsultasi bidan atau dokter yang dibutuhkan dengan segera, serta manajemen kolaborasi dengan anggota tim tenaga kesehatan lain, sesuai dengan kondisi yang diperlihatkan oleh ibu dan bayi baru lahir (Varney, 2007;h.26).

#### 5. Langkah V (Perencanaan)

Mengembangkan sebuah rencana perawatan kesehatan yang menyeluruh, didukung oleh penjelasan rasional yang valid, yang mendasari keputusan yang dibuat dan dilaksanakan pada langkah-langkah sebelumnya (Varney, 2007;h.26).

#### 6. Langkah VI (Pelaksanaan)

Langkah keenam adalah melakukan rencana perawaaatan secara menyeluruh. Langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau dilakukan sebagian oleh ibu atau orang tua, bidan atau anggota tim kesehatan lain (Varney, 2007;h.28).

#### 7. Langkah VII (Evaluasi)

Langkah ketujuh, merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana perawatan yang dilakukan benar-benar mencapai langkah tujuan, yaitu memenuhi kebutuhan ibu, seperti yang diidentifikasi pada langkah kedua tentang masalah, diagnosis, maupun kebutuhan perawatan kesehatan. Rencana tersebut menjadi efektif bila bidan mengimplementasikan semua tindakan dalam rencana, dan menjadi tidak efektif bila tidak diimplementasikan. Mungkin saja sebagian efektif, sementara sebagian lain rencana tersebut tidak efektif (Varney, 2007;h.28).

### C. Aspek Hukum

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 1464/Menkes/Per/X/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, kewenangan yang dimiliki bidan meliputi:

### 1. Pasal 9

Bidan dalam menjalankan praktik, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi :

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

### 2. Pasal 10

- a. Pelayanan kesehatan ibu diberikan pada masa pra hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa antara dua kehamilan.
- b. Pelayanan kesehatan ibu bagaimana dimaksud meliputi
- c. Pelayanan konseling pada masa pra hamil.
- d. Pelayanan antenatal pada kehamilan normal.
- e. Pelayanan persalinan normal.
- f. Pelayanan ibu nifas normal.
- g. Pelayanan ibu menyusui dan,
- h. Pelayanan konseling pada masa antara dua kehamilan.

### 3. Pasal 11

- a. Pelayanan kesehatan anak diberikan pada bayi baru lahir, bayi, anak balita, dan anak pra sekolah.
- b. Bidan dalam melakukan pelayanan kesehatan anak berwenang untuk :
  - 1) Melakukan asuhan bayi baru lahir normal termasuk resusitasi pencegahan hipotermi, inisiasi menyusui dini, injeksi vitamin K, perawatan bayi baru lahir pada masa neonatus (0 – 28 hari) dan perawatan tali pusat
  - 2) Penanganan hipotermi pada bayi baru lahir dan segera merujuk.

- 3) Penanganan kegawatdaruratan, di lanjutkan dengan merujuk.
- 4) Pemberian imunisasi rutin sesuai program pemerintah.
- 5) Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, dan anak pra sekolah.
- 6) Pemberian konseling dan penyuluhan.
- 7) Pemberian surat keterangan kelahiran, dan
- 8) Pemberian surat keterangan kematian.

#### 4. Pasal 12

Bidan dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, berwenang untuk :

- a. Memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.
- b. Memberi alat kontrasepsi oral dan kondom.

#### 5. Pasal 13

Bidan juga berwenang untuk menjalankan program pemerintah dan melakukan pelayanan kesehatan meliputi :

- a. Memberi alat kontrasepsi suntikan, alat kontrasepsi dalam Rahim, dan memberikan pelayanan alat kontrasepsi bawah kulit.
- b. Asuhan antenatal terintegrasi dengan intervensi khusus penyakit kronis tertentu dilakukan dibawah supervise dokter.
- c. Penanganan bayi dan anak balita sakit sesuai pedoman yang ditetapkan.
- d. Melakukan pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak, anak usia sekolah dan remaja, dan penyehatan lingkungan.
- e. Pemantauan tumbuh kembang bayi, anak balita, anak pra sekolah dan anak sekolah.

- f. Melaksanakan pelayanan kebidanan komunitas.
  - g. Melaksanakan deteksi dini merujuk dan memberikan penyuluhan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk pemberian kondom, dan penyakit lainnya.
  - h. Pencegahan penyalahgunaan Narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA) melalui informasi dan edukasi.
  - i. Pelayanan kesehatan lainnya merupakan program pemerintah.
6. Pasal 20
- a. Dalam melakukan tugasnya bidan wajib melakukan pencatatan dan pelaporan sesuai dengan pelayanan yang diberikan.
  - b. Pelaporan sebagaimana dimaksud ditujukan ke puskesmas wilayah tempat praktik.