

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Teori

1. Teori Dasar Kehamilan

a. Definisi

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi, bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27) dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40).⁵

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga kelahiran bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional.⁶

Kehamilan adalah proses alamiah yang dialami oleh setiap wanita dalam siklus reproduksi. Kehamilan dimulai dari konsepsi dan berakhir dengan permulaan persalinan. Selama kehamilan ini terjadi perubahan-perubahan, baik perut, fisik maupun psikologi ibu.⁷

b. Perubahan Fisiologis Kehamilan

1) Perubahan pada Sistem Reproduksi

a) Uterus

Rahim atau uterus yang besarnya sejempol atau beratnya 30 gram akan mengalami hipertrofi dan hiperplasia sehingga menjadi 1000 gram saat akhir kehamilan. Otot rahim mengalami hiperplasia dan hipertrofi menjadi lebih besar, lunak dan dapat mengikuti pembesaran rahim karena perkembangan janin. Hubungan antara besarnya rahim dan usia kehamilan penting

untuk diketahui karena kemungkinan penyimpangan kehamilan seperti hamil kembar, hamil molahidatidosa, hamil dengan hidramnion yang akan teraba lebihbesar.⁸

Tabel 1. TFU menurut Penambahan per Tiga Jari

Usia Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
12	3 jari di atas simfisis
16	Pertengahan pusat-symphisis
20	3 jari di bawah symphisis
24	Setinggi pusat
28	3 jari di atas pusat
32	Pertengahan pusat-processus xiphoideus
36	3 jari di bawah processus xiphoideus
40	Pertengahan pusat-processus xiphoideus

Sumber: Sulistyawati (2012)

b) Mammae

Mammae akan membesar, tegang, memiliki unsur laktogenik, dan mempengaruhi sejumlah perubahan metabolik akibat adanya hormon somatomotropin korionik (*human placental lactogen* atau HPL).⁷

c) Sistem Muskuloskeletal

Ligamen pelvis mengalami relaksasi dalam pengaruh relaksin dan esterogen, yang memungkinkan pelvis meningkat kemampuan mengakomodasi bagian presentasi selama kala akhir kehamilan dan persalinan.⁹

d) Sistem Metabolisme

Pada ibu hamil *Basal Metabolic Rate* (BMR) bertambah tinggi hingga 15-20% yang umumnya ditemui pada trimester ketiga dan membutuhkan banyak kalori untuk dipenuhi sesuai kebutuhannya.⁹

Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan Selama Kehamilan Berdasarkan IMT. ¹⁰

Kategori	IMT	Rekomendasi (kg)
Rendah	<19,8	12,5 – 18
Normal	19,8 – 26	11,5 – 16
Tinggi	26 – 29	7 – 11,5
Obesitas	>29	≥7
Gemelli		16 – 20,5

c. Perubahan Psikologis Kehamilan Trimester III

Kehamilan trimester III disebut periode penantian dengan penuh waspada karena ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Sejumlah ketakutan muncul seperti ibu merasa khawatir bayi yang dilahirkannya tidak normal, takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul sewaktu melahirkan dan muncul rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada Trimester III. Ketidaknyamanan kehamilan trimester III yaitu:

1) Nyeri punggung bagian atas dan bawah

Nyeri punggung bawah semakin terasa seiring bertambahnya usia kehamilan akibat pergeseran pusat gravitasi dan postur tubuh wanita hamil. Hal ini dikarenakan berat uterus yang membuat wanita harus menopang saat berjalan sehingga wanita berjalan dengan posisi lordosis.

2) Edema kaki

Edema kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bagian bawah, hal ini disebabkan oleh tekanan uterus yang membesar pada vena-vena panggul saat duduk atau berdiri.

3) Kram tungkai

Kram terjadi karena pembesaran uterus yang menekan pembuluh darah pada panggul sehingga mengganggu sirkulasi atau pada saraf sementara saraf inimelewati foramen obturator dalam menuju ekstremitas bawah.

4) Insomnia

Insomnia bisa terjadi pada wanita hamil ataupun tidak hamil. Biasanya terjadi karena adanya kecemasan, kekhawatiran dan terlalu gembira.¹¹

d. Infeksi Saluran Kemih (ISK) pada Ibu Hamil

1) Definisi Infeksi Saluran Kemih

Infeksi saluran kemih merupakan suatu kondisi pada bagian traktus urinarius yang telah terinfeksi oleh bakteri. Hal ini sering terjadi saat pertahanan tubuh *host* menurun terutama pada ibu hamil. Hal ini ditandai dengan adanya jumlah bakteriyang bermakna dalam urin, dengan nilai kemaknaan kultur urin positif $\geq 10^5$ *colony forming unit* (cfu)/ml urin. ¹²

2) Epidemiologi kasus Infeksi Saluran Kemih pada Ibu Hamil

Menurut WHO pada tahun 2015 Kejadian Angka penderita Infeksi Saluran Kemih pada Ibu Hamil di dunia mencapai 68 juta pasien. Dan Menurut Kemenkes Hasil Survey di tahun 2013 di Indonesia Penderita Infeksi Saluran Kemih pada Ibu hamil sebesar 1,2 juta orang. Lalu menurut penelitian yang dilakukan oleh Fakhrizal di Jogjakarta dan Surabaya pada tahun 2017 didapatkan prevalensi penderita ISK pada ibu hamil sebesar 36,5 % dan 32,4 % dan ini merupakan peningkatan yang signifikan apabila dibandingkan pada tahun 2014 yang telah diteliti oleh Wagenhaelder di Surabaya dan Jogjakarta yaitu sekitar 20-30%. Peningkatan ini dipengaruhi olehadanya penyakit lain yang dimiliki ibu hamil seperti Diabetes mellitus dengan tingkat prevalensi sebesar 8-14%. Selain itu aktivitas perilaku seksual, danmultiparitas juga dapat menjadi faktor lain yang dapat menyebabkan infeksi

saluran kemih pada ibu hamil dengan prevalensi (5-7 %).¹³

3) Etiologi Infeksi Saluran Kemih (ISK) pada Ibu Hamil

Penelitian yang dilakukan pada wanita hamil 7 % memberikan hitung positif biakan koloni bakteri dalam urin > 100.000 cfu (*colony forming unit*) / ml. Penemuan bakteriuri yang bermakna, merupakan diagnosa pasti ISK pada ibu hamil, walaupun tidak selalu disertai dengan gejala klinis, dan merupakan *Gold Standard* untuk menetapkan proses infeksi saluran kemih. *Staphylococcus aureus* merupakan agen penyebab yang mencakup >70% dari ISK. Di laboratorium klinik Mikrobiologi Universitas Indonesia pada tahun 2010 jenis kuman yang terbanyak ialah *Staphylococcus aureus* (55%) di urutan kedua *Eschericia coli* (32%) dan yang ketiga ialah *Klebsiella pneumonia* (13%).¹³

Pola kuman penyebab ISK akan berperan penting dalam keberhasilan pengobatan ISK. Bervariasinya penyebab ISK, luasnya spektrum organisme yang menjadi penyebab, serta sedikitnya uji klinis yang telah dilaksanakan, mempersulit penyusunan antimikroba pilihan yang dapat digunakan dalam terapi ISK.

4) Klasifikasi Infeksi Saluran Kemih (ISK) pada Ibu hamil

Saluran kemih terdiri dari Ginjal, Ureter, Kandung kemih, dan Uretra. Urin biasanya merupakan cairan steril, tetapi ketika terinfeksi akan mengandung bakteri. Ketika infeksi terjadi berulang-ulang, ini disebut ISK berulang. ISK secara umum diklasifikasikan sebagai infeksi yang melibatkan saluran kemih bagian atas atau bawah dan lebih lanjut diklasifikasikan sebagai ISK. ISK bawah termasuk sistitis, prostatitis, dan uretritis. ISK atas termasuk pielonefritis, nefritis interstisial dan abses renal.

5) Faktor Resiko Infeksi Saluran Kemih (ISK) pada Ibu Hamil

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Fakhrizal pada tahun 2017, faktor resiko infeksi saluran kemih pada ibu hamil adalah Diabetes melitus, kondisi sosial ekonomi, kondisi lingkungan, dan polahidup

yang berhubungan dengan seksualitas, riwayat pemasangan alat medis seperti kateter sebelumnya dan pola edukasi pendidikan yang rendah terhadap upaya pencegahan juga menjadi faktor resiko yang mendasari terjadinya penyakit infeksi saluran kemih pada ibu hamil.¹³

6) Patofisiologi Infeksi Saluran Kemih pada Ibu Hamil

Infeksi dapat terjadi melalui penyebaran hematogen atau secara ascending, beberapa faktor predisposisi infeksi adalah obstruksi urin, kelainan struktur, urolitiasis, benda asing, atau karena refluksnya urin. Mukosa kandung kemih dilapisi oleh glycoprotein mucin layer yang berfungsi sebagai anti bakteri. Robeknya lapisan ini dapat menyebabkan bakteri dapat melekat, membentuk koloni pada permukaan mukosa. Masuk menembus epitel traktus urinarius dan selanjutnya terjadi peradangan. Bakteri dari kandung kemih dapat naik ke ureter dan sampai ke ginjal melalui lapisan tipis cairan (*films of fluid*), Apalagi bila ada refluks vesikoureter maupun refluks intrarenal. Bila hanya buli-buli yang terinfeksi, dapat mengakibatkan iritasi dan spasme otot polos vesica urinaria, akibatnya terjadi muncul gejala klinis seperti rasa ingin kencing terus menerus (*urgency*) atau kencing berulang kali (*frequency*), atau merasakan rasa sakit dan nyeri saat kencing (*disuria*). Selanjutnya jika tidak ditangani, mukosa vesica urinaria menjadi edema, meradang, dan lama kelamaan timbul perdarahan dan apabila dilalui oleh urin yang keluar menyebabkan terjadinya hematuria.

7) Tatalaksana dan Pencegahan Infeksi Saluran Kemih pada Ibu Hamil

Semua infeksi saluran kemih pada kehamilan, baik bergejala maupun tidak, harus diterapi. Oleh sebab itu, skrining bakteriuria asimtomatik pada kehamilan dilakukan minimal satu kali pada setiap trimester. Nitrofurantoin harus dihindari pada trimester ketiga karena berisiko menyebabkan anemia hemolitik pada neonatus. Beberapa penelitian menemukan adanya resistensi antibiotik yang cukup tinggi

pada bakteri patogen yang menyebabkan infeksi saluran kemih, seperti MRSA (*Methicillin Resistant Staphylococcus aureus*).

Golongan antibiotik yang sudah dilaporkan mengalami resistensi adalah golongan betalaktam, kuinolon, dan aminoglikosida. Antibiotik yang masih jarang dilaporkan resistens adalah golongan glikopeptida, nitrofurantoin, dan karbapenem. Oleh sebab itu, sangatlah penting untuk memilih antibiotik berdasarkan profil bakteri patogen dan sensitivitas antibiotik setempat. Sekitar 15% ibu hamil akan mengalami infeksi saluran kemih berulang sehingga dibutuhkan pengobatan ulang dan upaya pencegahan. Beberapa negara sudah mengeluarkan panduan untuk pencegahan infeksi saluran kemih berulang dengan antimikroba, baik secara terus-menerus maupun pascasanggama.

Pemberian antibiotik profilaksis secara terus-menerus hanya dianjurkan pada wanita yang sebelum hamil memiliki riwayat infeksi saluran kemih berulang, atau ibu hamil dengan satu episode infeksi saluran kemih yang disertai dengan salah satu faktor risiko berikut ini: riwayat infeksi saluran kemih sebelumnya, diabetes, sedang menggunakan obat steroid, dalam kondisi penurunan imunitas tubuh, penyakit ginjal polikistik, nefropati refluks, kelainan saluran kemih kongenital, gangguan kandung kemih neuropatik, atau adanya batu pada saluran kemih.

Antibiotik profilaksis pascasanggama diberikan pada ibu hamil dengan riwayat infeksi saluran kemih terkait hubungan seksual. Pada kondisi ini, ibu hamil hanya minum antibiotik setelah melakukan berhubungan seksual, sehingga efek samping obat yang ditimbulkan akan lebih sedikit bila dibandingkan dengan antibiotik profilaksis yang digunakan secara terus-menerus. Antibiotik profilaksis yang dapat digunakan secara terus-menerus sepanjang kehamilan adalah sefalekssin per oral satu kali sehari 250 mg atau amoksisilin per oral satu kali sehari 250 mg. Antibiotik yang sama dapat digunakan

sebagai profilaksis pascasangama dengan dosis yang sama sebagai dosis tunggal.

e. Pelayanan Antenatal Care (ANC) Terpadu

Pelayanan ANC terpadu mempunyai suatu tujuan , yaitu untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat. pelayanan berkualitas sesuai standar (10T)¹⁴ :

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- 2) Nilai status Gizi/ Ukur lingkaran lengan atas (LILA). Skrining KEK
- 3) Ukur tekanan darah.
- 4) Ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU).
- 5) Tentukan presentasi janin dan hitung denyut jantung janin (DJJ).
- 6) Skrining status imunisasi TT dan berikan imunisasi TT bila diperlukan.

Ibu hamil minimal mempunyai status imunisasi TT2. Tabel 2. pemberian imunisasi TT pada ibu hamil

Imunisasi TT	Selang waktu minimal pemberian imunisasi	Lama perlindungan
TT I	-	Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT 2	I bulan setelah pemberian TTI	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah pemberian TT2	5 tahun
TT 4	12 bulan setelah pemberian TT3	10 tahun
TT 5	12 bulan setelah pemberian TT4	>25 tahun

- 7) Beri tablet tambah darah (tablet besi).
- 8) Periksa laboratorium (rutin dan khusus). Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal meliputi :
 - a) Pemeriksaan golongan darah, pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb).

- b) Pemeriksaan protein dan urine, dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi.
 - c) Pemeriksaan kadar gula darah, minimal satu kali pada trimester pertama, sekali pada trimester kedua, dan sekali pada trimester ketiga (terutama pada akhir trimester ketiga).
 - d) Pemeriksaan darah malaria, semua ibu hamil di daerah malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria dalam rangka skrining pada kontak pertama. Ibu hamil di daerah non endemis malaria dilakukan pemeriksaan darah malaria apabila ada indikasi.
 - e) Pemeriksaan Tes Sifilis, pemeriksaan tes sifilis dilakukan di daerah dengan risiko tinggi dan ibu hamil yang diduga sifilis. Pemeriksaan sifilis sebaiknya dilakukan sedini mungkin pada kehamilan apabila ada indikasi.
 - f) Pemeriksaan HIV, Pemeriksaan HIV wajib ditawarkan kepada semua ibu hamil secara inklusif pada pemeriksaan antenatal atau menjelang persalinan.
 - g) Pemeriksaan BTA, dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita tuberkulosis apabila ada indikasi sebagai pencegahan agar infeksi tuberkulosis tidak mempengaruhi kesehatan janin.
- 9) Tatalaksana/penanganan Kasus, berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

10) Temu wicara (konseling).

Dilakukan pada setiap kunjungan antenatal meliputi :

- a) Kesehatan ibu.
- b) Perilaku hidup bersih dan sehat. Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan.
- c) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi.

- d) Asupan gizi seimbang.
- e) Gejala penyakit menular dan tidak menular.
- f) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif
- g) KB paska persalinan
- h) Imunisasi
- i) Peningkatan kesehatan intelegensi pada kehamilan (brainbooster)

2. Teori Dasar Persalinan

a. Konsep Dasar Persalinan

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar. Sedangkan persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan yang cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi pada ibu maupun pada janin.¹⁵

Defenisi persalinan normal menurut WHO adalah persalinan yang dimulai secara spontan, berisiko rendah pada awal persalinan dan tetap demikian selama proses persalinan. Bayi dilahirkan secara spontan dalam presentasi belakang kepala pada usia kehamilan antara 37-42 minggu. Setelah persalinan ibu maupun bayi berada dalam keadaan sehat.

b. Tahapan Persalinan (kala I,II,III dan IV)

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 fase atau kala, yaitu :

1) Kala I

Kala I disebut juga dengan kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap (10 cm). Secara klinis partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersemu darah (bloody show).

Proses pembukaan serviks sebagai akibat his dibagi menjadi 2 fase, yaitu :

a) Fase laten

Berlangsung selama 8 jam sampai pembukaan 3 cm his masih lemah dengan frekuensi jarang, pembukaan terjadi sangat

lambat.

b) Fase aktif, dibagi dalam 3 fase lagi, yaitu :

(1) Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm

(2) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm

(3) Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali.

Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap. Perbedaan fase yang dilalui antara primigravida dan multigravida. Primigravida serviks mendatar (effacement) dahulu baru dilatasi, berlangsung 13-14 jam dan multigravida serviks mendatar dan membuka bisa bersamaan, berlangsung 6-8 jam. Waktu pencatatan kondisi ibu dan bayi pada fase aktif adalah : DJJ tiap 30, Frekwensi dan lamanya kontraksi uterus tiap 30 detik, Nadi tiap 30 menit ditandai dengan titik, Pembukaan serviks tiap 4 jam, Tekanan darah setiap 4 jam ditandai dengan panah, Suhu setiap 2 jam, Urin, aseton, protein, protein tiap 2-4 jam (catat setiap kali berkemih).¹⁶

Pemantauan kondisi kesehatan ibu dan bayi dengan menggunakan partograf.¹⁷

(1) Kemajuan persalinan:

Pembukaan serviks : Pembukaan serviks dinilai pada saat melakukan pemeriksaan vagina dan ditandai dengan huruf (X). Penurunan kepala janin : Penurunan dimulai melalui palpasi abdominal yang bisa dipalpasi di atas sinfisis pubis, diberi tanda (O) pada setiap melakukan pemeriksaan vagina. Kontraksi uterus : Periksa frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap jam fase laten dan tiap 30 menit selama fase aktif dan nilai frekuensi dan lamanya kontraksi selama 10 menit.

(2) Keadaan Janin

DJJ, Jumlah cairan/air ketuban (AK), ketuban utuh (U), ketuban jernih (J), ketuban bercampur mekonium (M), ketuban bercampur darah (D), ketuban kering (K)

(3) Molase Kepala Janin

Molase berguna untuk memperkirakan seberapa jauh kepala bisa menyesuaikan dengan bagian keras panggul. Kode molase:

0 : Tulang-tulang kepala janin terpisah dan sutura mudah dilepas

1 : Tulang-tulang kepala janin saling bersentuhan

2 : Tulang-tulang kepala janin saling tumpang tindih tetapi masih bisa dipisahkan

3 : Tulang-tulang saling tumpang tindih dan tidak bisa dipisahkan

(4) Keadaan ibu Nadi, TD, suhu, Urine: Volume, protein, Obat-obatan/cairan IV

Catat banyaknya oxytocin pervolume cairan IV dalam hitungan tetes permenit setiap 30 menit bila dipakai dan catat semua obat tambahan yang diberikan.

2) Kala II

Kala II disebut juga dengan kala pengeluaran. Kala ini dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multi-gravida.¹⁷ Tanda dan gejala kala II yaitu : Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi, ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum dan atau vaginanya, perineum menonjol, vulva-vagina dan sfingter ani membuka, meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah. Menurut Ilmiah (2015), Mekanisme persalinan normal adalah sebagai berikut:

a) Fiksasi (Engagement) : merupakan tahap penurunan pada waktu

diameter biparietal dari kepala janin telah masuk panggul ibu.

- b) Desensus : merupakan syarat utama kelahiran kepala, terjadi karena adanya tekanan cairan amnion, tekanan langsung pada bokong saat kontraksi, usaha meneran, ekstensi dan pelusuran badan janin.
- c) Fleksi : sangat penting bagi penurunan kepala selama kala 2 agar bagian terkecil masuk panggul dan terus turun. Dengan majunya kepala, fleksi bertambah hingga ubun-ubun besar. Fleksi disebabkan karena janin didorong maju, dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul
- d) Putaran paksi dalam/rotasi internal : pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar kedepan ke bawah simpisis. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang akan memutar kedepan kebawah simpisis. Putaran paksi dalam tidak terjadi sendiri, tetapi selalu kepala sampai ke hodge III, kadang-kadang baru setelah kepala sampai di dasar panggul.
- e) Ekstensi : setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai didasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Bagian leher belakang dibawah occiputnya akan bergeser dibawah simpisis pubis dan bekerja sebagai titik poros.
- f) Rotasi eksternal (putaran paksi luar) : terjadi bersamaan dengan perputaran interior bahu. Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali kearah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini disebut putaran restitusi yang artinya perputaran kepala sejauh 45° baik kearah kiri atau kanan bergantung pada arah dimana ia mengikuti perputaran menuju posisi oksiput anterior. Selanjutnya putaran dilanjutkan hingga

belakang kepala berhadapan dengan tuber ischidicum. Gerakan yang terakhir ini adalah gerakan paksi luar yang sebenarnya dan disebabkan karena ukuran bahu, menempatkan diri dalam diameter antero posterior dari pintu bawah panggul.

g) Ekspulsi : setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah symphysis dan menjadi hypomocion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir mengikuti lengkung carrus (kurva jalan lahir).

3) Kala III

Setelah kala II, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 menit sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi, sudah mulai pelepasan plasenta pada lapisan Nitabusch, karena sifat retraksi otot rahim.¹⁷ Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, maka harus diberi penanganan yang lebih atau dirujuk.¹⁷ Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda-tanda: Uterus menjadi bundar, uterus terdorong keatas karena plasenta dilepas ke segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang dan terjadi pengeluaran darah.¹⁷

4) Kala IV

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena perdarahan postpartum paling sering terjadi pada 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah :Tingkat kesadaran, pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, dan pernapasan, kontraksi uterus dan perdarahan.¹⁷ Pada kala IV kadang disertai dengan robekan pada perinium. Robekan perinium dibagi dalam 4 tingkat:

- a) Tingkat I: robekan terjadi hanya pada selaput lendir vagina dengan atau tanpa mengenai kulit perinium
- b) Tingkat II: robekan mengenai selaput lendir vagina dan otot perinei transversalis, tetapi tidak mengenai otot sfingter ani
- c) Tingkat III: robekan mengenai perinium sampai dengan otot

sfingter ani

- d) Tingkat IV: robekan mengenai perinium sampai dengan otot sfingter ani dan mukosa rektum.
- e) Robekan sekitar klitoris dan uretra dapat menimbulkan perdarahan hebat dan mungkin sangat sulit untuk diperbaiki. Apabila terjadi robekan maka harus dilakukan penjahitan untuk menghentikan terjadinya perdarahan.⁶

Selama kala IV, kondisi ibu harus dipantau setiap 15 menit pada jam pertama setelah plasenta lahir, dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan. Asuhan dan pemantauan pada kala IV adalah kesadaran penderita, tekanan darah, nadi, dan pernapasan dan suhu; kontraksi rahim yang keras; perdarahan yang mungkin terjadi dari *plasenta rest*, luka episiotomi, perlukaan pada serviks kandung kemih dikosongkan karena dapat mengganggu kontraksirahim.⁸

c. Tanda-tanda persalinan

Menjelang minggu ke 36 pada primigravida terjadi penurunan fundus uterus karena kepala bayi sudah masuk ke dalam pintu atas paggul (PAP). Gambaran *lightening* pada primigravida menunjukkan hubungan normal antara *power* (his) ; *passage* (jalan lahir) ; *passanger* (penumpang). Pada multipara gambarannya menjadi tidak jelas seperti primigravida, karena masuknya kepala janin ke dalam panggul terjadi bersamaan dengan proses persalinan (Sulistyawati, 2013). Berikut adalah tanda-tanda dimulainya persalinan menurut Jenny J.S Sondakh (2013) :

- 1) Terjadinya his persalinan. Saat terjadi his ini pinggang terasa sakit dan menjalar ke depan, sifatnya teratur, interval lebih pendek, dan kekuatan makin besar, serta semakin beraktivitas (jalan) kekuatan akan makin bertambah.
- 2) Pengeluaran lendir dengan darah. Terjadinya his persalinan mengakibatkan terjadinya perubahan pada serviks yang akan menimbulkan pendataran dan pembukaan. Hal tersebut

menyebabkan lendir yang terdapat pada kanalis servikalis lepas dan pembuluh darah pecah sehingga terjadi perdarahan.

- 3) Pada beberapa kasus persalinan akan terjadi pecah ketuban. Sebagian besar, keadaan ini terjadi menjelang pembukaan lengkap. Setelah adanya pecah ketuban, diharapkan proses persalinan akan berlangsung kurang dari 24 jam. Hasil-hasil yang didapatkan dari pemeriksaan dalam yakni pelunakan serviks, pendataran serviks, dan pembukaan serviks.¹⁸

d. Faktor Yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Sulistyawati (2013) faktor yang mempengaruhi persalinan adalah

1) *Power* (Kekuatan Ibu)

Kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu. His atau kontraksi uterus adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan. His dibedakan menjadi dua yakni his pendahuluan dan his persalinan. His pendahuluan atau his palsu (*false labor pains*), yang sebenarnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi *braxton hicks*. His ini bersifat tidak teratur dan menyebabkan nyeri di perut bagian bawah dan lipat paha, tidak menyebabkan nyeri yang memancar dari pinggang ke perut bagian bawah. His pendahuluan tidak mempunyai pengaruh terhadap serviks. His persalinan merupakan suatu kontraksi dari otot-otot rahim yang fisiologis, akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya dan bersifat nyeri. Kontraksi rahim bersifat otonom yang artinya tidak dipengaruhi oleh kemauan, namun dapat dipengaruhi dari luar misalnya rangsangan oleh jari-jari tangan.¹⁹

Tenaga meneran ini serupa dengan tenaga meneran saat

buang air besar, tetapi jauh lebih kuat lagi. Ketika kepala sampai pada dasar panggul, timbul suatu reflek yang mengakibatkan pasien menekan diafragmanya kebawah. Tenaga meneran pasien akan menambah kekuatan kontraksi uterus. Pada saat pasien meneran, diafragma dan otot-otot dinding abdomen akan berkontraksi. Kombinasi antara his dan tenaga meneran pasien akan meningkatkan tekanan intrauterus sehingga janin akan semakin terdorong keluar.

Kekuatan sekunder tidak mempengaruhi dilatasi serviks, tetapi setelah dilatasi serviks lengkap, kekuatan ini cukup penting untuk mendorong janin keluar. Apabila dalam persalinan melakukan *valsava maneuver* (meneran) terlalu dini, dilatasi serviks akan terhambat. Meneran akan menyebabkan ibu lelah dan menimbulkan trauma serviks

2) *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang vagina). Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya dengan jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Tulang panggul dibentuk oleh gabungan tulang ilium, tulang ishium, tulang pubis, dan tulang-tulang sakrum.

Tulang ilium atau tulang usus merupakan tulang terbesar dari panggul yang membentuk bagian atas dan belakang panggul. Bagian atas merupakan penebalan tulang yang disebut krista iliaka. Ujung depan dan belakang krista iliaka yang menonjol yakni spina iliaka anterosuperior dan spina iliaka postesuperior. Terdapat benjolan tulang mamananjag di bagian dalam tulang ilium yang membagi pelvis mayor dan minor.

Tulang koksigis atau tulang tungging merupakan tulang yang berbentuk segitiga dengan ruas 3 sampai 5 buah yang

menyatu. Pada tulang ini terdapat hubungan antara tulang sakrum dengan tulang koksigis yang disebut artikulasi sarco-koksigis. Diluar kehamilan artikulasi hanya memungkinkan mengalami sedikit pergeseran, tetapi pada kehamilan dan persalinan dapat mengalami pergeseran yang cukup longgar bahkan ujung tulang koksigis dapat bergerak ke belakang sampaisejauh 2,5 cm pada proses persalinan.

Panggul memiliki empat bidang yang menjadi ciri khas dari jalan lahir yakni pintu atas panggul (PAP), bidang terluas panggul, bidang tersempit panggul, dan pintu bawah panggul. Jalan lahir merupakan corong yang melengkung ke depan panjangnya 4,5 cm dan belakang 12,5cm. Pintu atas panggul menjadi pintu bawah panggul seolah-olah berputar 90 derajat terjadi pada bidang tersempit panggul. Pintu bawah panggul bukan merupakan satu bidang tetapi dua bidang segitiga. Pintu atas panggul (PAP) merupakan bagian dari pelvis minor yang terbentuk dari promontorium, tulang sakrii, linea terminalis, dan pinggir atas simfisis. Jarak antara simfisis dan promontorium sekitar 11 cm. Yang disebut konjungata vera. Jarak terjauh garis melintang pada PAP adalah 12,5 sampai 13 cm yang disebut diameter transvera.

Pintu bawah panggul ialah batas bawah panggul sejati. Dilihat dari bawah, struktur ini berbentuk lonjong, seperti intan, di bagian anterior dibatasi oleh lengkung pubis, di bagian lateral dibatasi oleh tuberosita isikum, dan dibagian posterior dibatasi oleh ujung koksigeum. Bidang hodge berfungsi untuk menentukan sampai dimana bagian terendah janin turun ke panggul pada proses persalinan. Bidang hodge tersebut antara lain.

- a) Hodge I merupakan bidang yang dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium

- b) Hodge II yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi bagian bawah simfisis
- c) Hodge III yakni bidang yang sejajar Hodge I setinggi spina ischiadika
- d) Hodge IV merupakan bidang yang sejajar Hodge I setinggi tulangkoksigis.²⁰

3) *Passanger* (Janin dan Plasenta)

Perubahan mengenai janin sebagai passenger sebagian besar dalah mengenai ukuran kepala janin, karena kepala merupakan bagian terbesar dari janin dan paling sulit untuk dilahirkan. Adanya celah antara bagian- bagian tulang kepala janin memungkinkan adanya penyisipan antara bagian tulang sehingga kepala janin dapat mengalami perubahan bentuk dan ukuran, proses ini disebut molase.²⁰

Menurut Sulistyawati (2013), Plasenta dan tali pusat memiliki struktur berbentuk bundar atau hampir bundar dengan diameter 15 cm sampai 20 cm dan tebal 2 cm sampai 2,5 cm, berat rata-rata 500 gram, terletak di depan atau di belakang dinding uterus ke atas arah fundus. Bagian plasenta yang menempel pada desidua terdapat kotiledon disebut pers maternal, dan dibagian ini tempat terjadinya pertukaran darah ibu dan janin. Tali pusat merupakan bagian yang sangat penting untuk kelangsungan hidup janin meskipun tidak menutup kemungkinan bahwa tali pusat juga menyebabkan penyulit persalinan misalnya pada kasus lilitan tali pusat.

Air ketuban atau amnion merupakan elemen yang penting dalam proses persalinan. Air ketuban ini dapat dijadikan acuan dalam menentukan diagnosa kesejahteraan janin. Amnion melindungi janin dari trauma atau benturan, memungkinkan janin bergerak bebas, menstabilkan suhu tubuh janin agar tetap hangat, menahan tekanan uterus, dan pembersih jalan lahir.

4) Psikologis

Faktor psikologis menurut Rohani (2013) yakni¹⁹ :

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

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.¹⁹

3. Teori Dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Menurut Saifuddin, (2010) Bayi baru lahir adalah bayi yang baru lahir selama satu jam pertama kelahiran. Bayi baru lahir akan mengalami penurunan berat badan fisiologis sampai dengan 10 %, pada hari kedua dan ketiga. Hal ini disebabkan oleh karena pengeluaran mekonium dan penggunaan energi dan asupan kalori yang relatif rendah (bayi hanya mendapatkan asupan ASI). Pada hari kesepuluh sampai keempat belas akan tercapai kembali berat badan lahir. Dalam Myles (2009), pengkajian kondisi umum bayi pada menit pertama dan kelima dengan menggunakan nilai apgar

Tanda	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Biru, pucat	Tubuh merah muda, ekstremitas biru	Seluruh tubuh merah muda
<i>Pulse</i> (frekuensijantung)	Tidak ada	Kurang dari 100kali per menit	Lebih dari 100 kali per menit

<i>Grimace</i> (respon terhadap rangsang)	Tidak ada	Meringis minimal	Batuk atau bersin
<i>Actives</i> (Tonus otot)	Lunglai	Fleksi ekstremitas	Aktif
<i>Respirations</i> (pernapasan)	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Bai atau menangis

Dari hasil pemeriksaan APGAR *score*, dapat diberikan penilaian kondisi bayi baru lahir sebagai berikut:

- 1) Nilai 7-10 : Normal
- 2) Nilai 4-6 : Asfiksia ringan-sedang
- 3) Nilai 0-3 : Asfiksia Berat Penanganan bayi baru lahir antara lain;

b. Perawatan Tali Pusat

Perawatan tali pusat yang benar dapat mengurangi insiden infeksi pada neonatus. Yang terpenting dalam perawatan tali pusat adalah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih (Saifuddin, 2010)

c. Inisiasi Menyusui Dini dan Pemberian Nutrisi

Segera setelah dilahirkan bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya Manfaat IMD adalah membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh, menjaga kolonisasi kuman yang aman, dan mencegah infeksi nosokomial (Saifuddin, 2010).

d. Pencegahan hipotermi

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat (Saifuddin, 2009)

e. Pemberian Injeksi Vitamin K

Menurut Saifuddin (2010), pemberian vitamin K dapat menurunkan insiden kejadian perdarahan akibat defisiensi vitamin K1 (PDVK) yang dapat menyebabkan kematian neonatus. Dosis pemberian vit 0,5-1 mg secara IM.

f. Pemberian Salep Mata

Menurut Saifuddin (2010), pemberian antibiotik profilaksis pada mata dapat mencegah terjadinya konjungtivitis. Konjungtivitis pada bayi baru lahir sering terjadi terutama pada bayi dengan ibu yang menderita penyakit menular seksual. Konjungtivitis ini muncul pada 2 minggu pertama setelah kelahiran. Profilaksis mata yang sering digunakan yaitu tetes mata silver nitrat 1%, salep mata eritromisin, dan salep mata tetrasiklin.

g. Injeksi Hepatitis-0

Imunisasi Hepatitis B pertama diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi (Kemenkes, 2010).

h. Keadaan Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Kemenkes (2010), bayi baru lahir dikatakan normal apabila;

- 1) Frekuensi napas 40-60 kali per menit
- 2) Frekuensi denyut jantung 120-160 kali per menit
- 3) Suhu badan bayi 36,5 – 37,5°C
- 4) Berat badan bayi 2500-4000 gram
- 5) Umur kehamilan 37 – 40 mg
- 6) Gerakan aktif dan warna kulit kemerahan
- 7) Panjang lahir 48-52 cm
- 8) Kepala normal 33-37 cm

4. Teori Dasar Neonatus

a. Pengertian Neonatus

Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 28 hari. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 8-28 hari.²¹

b. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu Kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai

dengan 48 jam setelah lahir, Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari, dan Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 – 28 hari. Asuhan bayi baru lahir pada 0 – 6 jam yaitu asuhan bayi baru lahir normal, dilaksanakan segera setelah lahir, dan diletakkan di dekat ibunya dalam ruangan yang sama. Asuhan bayi baru lahir dengan komplikasi dilaksanakan satu ruangan dengan ibunya atau di ruangan khusus.

Pemeriksaan neonatus pada 6 jam sampai 28 hari pada periode ini dapat dilaksanakan di puskesmas/ pustu/ polindes/poskesdes dan/atau melalui kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan. Pemeriksaan neonatus dilaksanakan di dekat ibu, bayi didampingi ibu atau keluarga pada saat diperiksa atau saat diberikan pelayanan kesehatan.

Pada setiap kunjungan neonatus dilakukan pemeriksaan antropometri seperti berat badan, panjang badan, lingkar kepala, dan suhu bayi. Menurut Varney (2008) menyebutkan bahwa bayi yang disusui dapat meningkat berat badannya sedikit kurang 1 ons (100 gram) per hari.

c. Fasilitas Asuhan Neonatus

Peralatan yang diperlukan untuk pemeriksaan kunjungan neonatal meliputi tempat periksa bayi, lampu yang berfungsi untuk penerangan dan memberikan kehangatan, air bersih, sabun dan handuk kering, sarung tangan bersih, kain bersih, stetoskop, stop watch atau jam dengan jarum detik, termometer, timbangan bayi, pengukur panjang bayi, pengukur lingkar kepala, dan form pencatatan (Buku KIA, Formulir bayi baru lahir, formulir MTBM, Partograf, Formulir register kohort bayi).¹²

d. Ikterus

Ikterus fisiologis adalah ikterus yang timbul pada hari kedua dan ketiga ikterus fisiologis tidak pernah tampak sebelum 24 jam kehidupan, biasanya menghilang pada usia satu minggu dan kadar bilirubin tidak pernah melebihi 12-13 mg/dl. Sedangkan ikterus patologis pada bayi baru lahir biasanya tampak dalam 24 jam setelah lahir, dan ditandai dengan peningkatan cepat bilirubin serum total >85 μmol/L (5mg/dl) per

hari.²² Ikterus fisiologis terjadi akibat kesenjangan antara pemecahan sel darah merah dan kemampuan bayi untuk mentransport, mengonjugasi dan mengekresi bilirubin tak-terkonjugasi.²²

5. Teori Dasar Nifas

a. Pengertian

Masa nifas atau masa *puerperium* adalah masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Selama masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan organ reproduksi ini disebut *involutus*.²³

b. Tahapan Masa Nifas

Menurut Maritalia (2015) masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu:

1) *Puerperium* dini

Puerperium dini merupakan masa pemulihan awal dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan-jalan. Ibu yang melahirkan per vagina tanpa komplikasi dalam 6 jam pertama setelah kala IV dianjurkan untuk mobilisasi segera.

2) *Puerperium intermedial*

Suatu masa pemulihan dimana organ-organ reproduksi secara berangsur-angsur akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Masa ini berlangsung selama kurang lebih enam minggu atau 42 hari.

3) *Remote puerperium*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi. Rentang waktu *remote puerperium* berbeda untuk setiap ibu, tergantung dari berat ringannya komplikasi yang dialami selama hamil atau persalinan.

4) Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Ibu dalam masa nifas mengalami perubahan fisiologis. Setelah keluarnya plasenta, kadar sirkulasi hormon HCG (*human chorionic gonadotropin*), *human plasental lactogen*, estrogen dan progesteron menurun. *Human plasental lactogen* akan menghilang dari

peredaran darah ibu dalam 2 hari dan HCG dalam 2 minggu setelah melahirkan. Kadar estrogen dan progesteron hampir sama dengan kadar yang ditemukan pada fase follikuler dari siklus menstruasi berturut-turut sekitar 3 dan 7 hari. Penarikan polipeptida dan hormon steroid ini mengubah fungsi seluruh sistem sehingga efek kehamilan berbalik dan wanita dianggap sedang tidak hamil.²⁴ Perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu masa nifas menurut yaitu:

a) Uterus

Uterus merupakan organ reproduksi interna yang berongga dan berotot, berbentuk seperti buah alpukat yang sedikit gepeng dan berukuran sebesar telur ayam. Panjang uterus sekitar 7-8 cm, lebar sekitar 5-5,5 cm dan tebal sekitar 2,5 cm. Letak uterus secara fisiologis adalah anteversiofleksio. Uterus terbagi dari 3 bagian yaitu fundus uteri, korpus uteri, dan serviks uteri.

Menurut Walyani (2017) uterus berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil:

- (1) Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gr.
- (2) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750 gr. Satu minggu *postpartum* tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat dengan simpisis, berat uterus 500 gr.
- (3) Dua minggu *postpartum* tinggi fundus uteri tidak teraba di atas simpisis dengan berat uterus 350 gr.
- (4) Enam minggu *postpartum* fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gr.

Pemeriksaan uterus meliputi mencatat lokasi, ukuran dan konsistensi antara lain:

(1) Penentuan lokasi uterus

Dilakukan dengan mencatat apakah fundus berada di atas atau

dibawah umbilikus dan apakah fundus berada digaris tengah abdomen/ bergeser ke salah satu sisi.

(2) Penentuan ukuran uterus

Dilakukan melalui palpasi dan mengukur TFU pada puncak fundus dengan jumlah lebar jari dari umbilikus atas atau bawah.

(3) Penentuan konsistensi uterus

Ada 2 ciri konsistensi uterus yaitu uterus terasa teraba sekeras batu dan uterus lunak

b) Serviks

Serviks merupakan bagian dasar dari uterus yang bentuknya menyempit sehingga disebut juga sebagai leher rahim. Serviks menghubungkan uterus dengan saluran vagina dan sebagai jalan keluarnya janin dan uterus menuju saluran vagina pada saat persalinan. Segera setelah persalinan, bentuk serviks akan menganga seperti corong. Hal ini disebabkan oleh korpus uteri yang berkontraksi sedangkan serviks tidak berkontraksi. Warna serviks berubah menjadi merah kehitaman karena mengandung banyak pembuluh darah dengan konsistensi lunak.

Segera setelah janin dilahirkan, serviks masih dapat dilewati oleh tangan pemeriksa. Setelah 2 jam persalinan serviks hanya dapat dilewati oleh 2-3 jari dan setelah 1 minggu persalinan hanya dapat dilewati oleh 1 jari, setelah 6 minggu persalinan serviks menutup

c) Vagina

Vagina merupakan saluran yang menghubungkan rongga uterus dengan tubuh bagian luar. Dinding depan dan belakang vaginaberdekatan satu sama lain dengan ukuran panjang $\pm 6,5$ cm dan ± 9 cm.

Selama proses persalinan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar, terutama pada saat melahirkan

bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, vagina tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali.

Sesuai dengan fungsinya sebagai bagian lunak dan jalan lahir dan merupakan saluran yang menghubungkan cavum uteri dengan tubuh bagian luar, vagina juga berfungsi sebagai saluran tempat dikeluarkannya sekret yang berasal dari cavum uteri selama masa nifas yang disebut *lochea*. Karakteristik *lochea* dalam masa nifas adalah sebagai berikut:

(1) *Lochea rubra/kruenta*

Timbul pada hari 1-2 *postpartum*, terdiri dari darah segar bercampur sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, sisa-sisa verniks kaseosa, lanugo dan mekoneum.

(2) *Lochea sanguinolenta*

Timbul pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 7 *postpartum*, karakteristik *lochea* sanguinolenta berupa darah bercampur lendir.

(3) *Lochea serosa*

Merupakan cairan berwarna agak kuning, timbul setelah 1 minggu *postpartum*.

(4) *Lochea alba*

Timbul setelah 2 minggu *postpartum* dan hanya merupakan cairan putih (Walyani, 2017). Normalnya *lochea* agak berbau amis, kecuali bila terjadi infeksi pada jalan lahir, baunya akan berubah menjadi berbau busuk.

e) Vulva

Sama halnya dengan vagina, vulva juga mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi. Beberapa hari pertama sesudah proses melahirkan vulva tetap beradadalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva akan

kembali kepada keadaan tidak hamil dan labia menjadi lebih menonjol.

f) Payudara (mamae)

Setelah kelahiran plasenta, konsentrasi estrogen dan progesteron menurun, prolactin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai. Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan vascular sementara. Air susu sata diproduksi disimpandi alveoli dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara dihisap oleh bayi untuk pengadaaan dan keberlangsungan laktasi.

ASI yang akan pertama muncul pada awal nifas ASI adalah ASI yang berwarna kekuningan yang biasa dikenal dengan sebutan kolostrum. Kolostrum telah terbentuk didalam tubuh ibu pada usia kehamilan \pm 12 minggu. Perubahan payudara dapat meliputi:

- (1) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolactin setelah persalinan.
- (2) Kolostrum sudah ada saat persalinan produksi ASI terjadi pada hari ke 2 atau hari ke 3 setelah persalinan
- (3) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.²⁴

g) Tanda- tanda vital

Perubahan tanda- tanda vital menurut Maritalia (2012) dan Walyani (2017) antara lain:

(1) Suhu tubuh

Setelah proses persalinan suhu tubuh dapat meningkat $0,5^{\circ}$ celcius dari keadaan normal namun tidak lebih dari 38° celcius. Setelah 12 jam persalinan suhu tubuh akan kembali seperti keadaansemula.

(2) Nadi

Setelah proses persalinan selesai frekuensi denyut nadi dapat

sedikit lebih lambat. Pada masa nifas biasanya denyut nadi akan kembali normal.

(3) Tekanan darah

Setelah partus, tekanan darah dapat sedikit lebih rendah dibandingkan pada saat hamil karena terjadinya perdarahan pada proses persalinan.

(4) Pernafasan

Pada saat partus frekuensi pernapasan akan meningkat karena kebutuhan oksigen yang tinggi untuk tenaga ibu meneran/menjejan dan memepertahankan agar persediaan oksigen ke janin tetap terpenuhi. Setelah partus frekuensi pernapasan akan kembali normal.

h) Sistem peredaran darah (Kardiovaskuler)

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula.

i) Sistem pencernaan

Pada ibu yang melahirkan dengan cara operasi (*section caesarea*) biasanya membutuhkan waktu sekitar 1- 3 hari agar fungsional saluran cerna dan nafsu makan dapat kembali normal. Ibu yang melahirkan secara spontan biasanya lebih cepat lapar karena telah mengeluarkan energi yang begitu banyak pada saat proses melahirkan. Buang air besar biasanya mengalami perubahan pada 1- 3 hari *postpartum*, hal ini disebabkan terjadinya penurunan tonus otot selama proses persalinan. Selain itu, enema sebelum melahirkan, kurang asupan nutrisi dan dehidrasi serta dugaan ibu terhadap timbulnya rasa nyeri disekitar anus/ perineum setiap kali akan b.a.b juga mempengaruhi defekasi secara spontan. Faktor-faktor tersebut sering menyebabkan timbulnya konstipasi pada

ibu nifas dalam minggu pertama. Kebiasaan defekasi yang teratur perlu dilatih kembali setelah tonus otot kembali normal.

j) Sistem perkemihan

Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli- buli sesudah bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urine dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12- 36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Uterus yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

k) Sistem integumen

Perubahan kulit selama kehamilan berupa hiperpigmentasi pada wajah, leher, mammae, dinding perut dan beberapa lipatan sendri karena pengaruh hormon akan menghilang selama masa nifas.

l) Sistem musculoskeletal

Ambulasi pada umumnya dimulai 4- 8 jam postpartum. Ambulasi dini sangat membantu untuk mencegah komplikasi dan mempercepat proses involusi.

5) Perubahan Psikologis Masa Nifas

Adanya perasaan kehilangan sesuatu secara fisik sesudah melahirkan akan menjurus pada suatu reaksi perasaan sedih. Kemurungan dan kesedihan dapat semakin bertambah oleh karena ketidaknyamanan secara fisik, rasa letih setelah proses persalinan, stress, kecemasan, adanya ketegangan dalam keluarga, kurang istirahat karena harus melayani keluarga dan tamu yang berkunjung untuk melihat bayi atau sikap petugas yang tidak ramah. Minggu-minggu pertama masa nifas merupakan masa rentan bagi seorang ibu. Pada saat yang sama, ibu baru (primipara) mungkin frustrasi karena merasa tidak kompeten dalam merawat bayi dan tidak

mampu mengontrol situasi. Semua wanita akan mengalami perubahan ini, namun penanganan atau mekanisme coping yang dilakukan dari setiap wanita untuk mengatasinya pasti akan berbeda. Hal ini dipengaruhi oleh pola asuh dalam keluarga dimana wanita tersebut dibesarkan, lingkungan, adat istiadat setempat, suku, bangsa, pendidikan serta pengalaman yang didapat (Maritalia, 2012). Perubahan psikologis yang terjadi pada ibu masa nifas menurut Maritalia (2012) yaitu:

a) Adaptasi psikologis ibu dalam masa nifas

Pada primipara, menjadi orang tua merupakan pengalaman tersendiri dan dapat menimbulkan stress apabila tidak ditangani dengan segera. Perubahan peran dari wanita biasa menjadi seorang ibumemerlukan adaptasi sehingga ibu dapat melakukan perannya dengan baik. Perubahan hormonal yang sangat cepat setelah proses melahirkan juga ikut mempengaruhi keadaan emosi dan proses adaptasi ibu pada masa nifas. Fase- fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas menurut Dewi (2012) antara lain adalah sebagai berikut:

(1) Fase *taking in*

Fase *taking in* merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami ibu lebih disebabkan karena proses persalinan yang baru saja dilaluinya. Rasa mules, nyeri pada jalan lahir, kurang tidur atau kelelahan, merupakan hal yang sering dikeluhkan ibu. Pada fase ini, kebutuhan istirahat, asupan nutrisi dan komunikasi yang baik harus dapat terpenuhi. Bila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, ibu dapat mengalami gangguan psikologis berupa kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang

dialami, rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya dan kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

(2) *Fase taking hold*

Fase *taking hold* merupakan fase yang berlangsung antara 3- 10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya. Perasaan ibu lebih sensitif sehingga mudah tersinggung. Hal yang perlu diperhatikan adalah komunikasi yang baik, dukungan dan pemberian penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan diri dan bayinya.

(3) *Fase letting go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab peran barunya sebagai seorang ibu. Fase ini berlangsung selama 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya dan siap menjadi pelindung bagi bayinya. Perawatan ibu terhadap diri dan bayinya semakin meningkat. Rasa percaya diri ibu akan peran barunya mulai tumbuh, lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan dirinya dan bayinya. Dukungan suami dan keluarga dapat membantu ibu untuk lebih meningkatkan rasa percaya diri dalam merawat bayinya. Kebutuhan akan istirahat dan nutrisi yang cukup masih sangat diperlukan ibu untuk menjaga kondisi fisiknya.

b) *Postpartum blues (Baby blues)*

Postpartum blues merupakan perasaan sedih yang dialami oleh seorang ibu berkaitan dengan bayinya. Biasanya muncul sekitar 2 hari sampai 2 minggu sejak kelahiran bayi. Keadaan ini disebabkan oleh perubahan perasaan yang dialami ibu saat hamil sehingga sulit menerima kehadiran bayinya. Ibu yang mengalami *baby blues* akan mengalami perubahan perasaan, menangis, cemas, kesepian khawatir, yang berlebihan mengenai sang bayi,

penurunan gairah sex, dan kurang percaya diri terhadap kemampuan menjadi seorang ibu.

c) Depresi *postpartum*

Seorang ibu primipara lebih beresiko mengalami kesedihan atau kemurungan *postpartum* karena ia belum mempunyai pengalaman dalam merawat dan menyusui bayinya. Kesedihan atau kemurungan yang terjadi pada awal masa nifas merupakan hal yang umum dan akan hilang sendiri dalam dua minggu sesudah melahirkan setelah ibumelewati proses adaptasi. Ada kalanya ibu merasakan kesedihan karena kebebasan, otonomi, interaksi sosial, kemandiriannya berkurang setelah mempunyai bayi. Hal ini akan mengakibatkan depresi pasca- persalinan (depresi *postpartum*). Ibu yang mengalami depresi *postpartum* akan menunjukkan tanda- tanda berikut: sulit tidur, tidak ada nafsu makan, perasaan tidak berdaya atau kehilangan kontrol, terlalu cemas atau tidak perhatian sama sekali pada bayi, tidak menyukai atau takut menyentuh bayi, pikiran yang menakutkan mengenai bayi, sedikit atau tidak ada perhatian terhadap penampilan bayi, sedikit atau tidak ada perhatian terhadap penampilan diri, gejala fisik seperti sulit bernafas atau perasan berdebar- debar. Jika ibu mengalami sebagian dari tanda- tanda seperti yang diatas sebaiknya segera lakukan konseling pada ibu dan keluarga.

6) Kebutuhan Dasar Ibu Masa Nifas

a) Pola nutrisi

Ibu nifas dianjurkan makan dengan diit seimbang cukup karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral. Pada bulan pertama, ibu menyusui mengkonsumsi tambahan 800 kalori/hari dari kebutuhan kalori per hari, 6 bulan selanjutnya 500 kalori dan tahun kedua 400 kalori. ibu menyusui membutuhkan protein 40 gram/hari. asupan cairan 3 liter/hari. Ibu nifas mengkonsumsi vit A 200.000 IU untuk meningkatkan kualitas ASI, daya tahan

tubuh, dan kelangsungan hidup anak. Mengonsumsi sayuran hijau dapat memperbanyak ASI.

b) Pola Eliminasi

Dalam enam jam ibu nifas harus sudah BAK spontan, kebanyakan ibu bisa berkemih spontan dalam waktu 8 jam. BAB biasanya tertunda 2-3 hari . bila dalam 3 hari belum BAB bisa diberikan obat laksantia (Widyasih, Suherni, Rahmawati, 2013)

c) Pola istirahat

Ibu nifas dianjurkan tidur siang dan beristirahat selagi bayi tidur merupakan cara untuk mencegah kelelahan pada ibu nifas. Istirahat cukup dibutuhkan karena apabila kurang istirahat akan mempengaruhi produksi air susu ibu, memperlambat proses involusi, dan menyebabkan depresi (Saifuddin, 2009). Istirahat pada siang hari kira-kira 2 jam, malam hari 7-8 jam.

d) Personal hygiene

Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air pada daerah sekitar vulva terlebih dahulu, daridepan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil atau besar dan mengganti pembalut setiap kali mandi, BAB/BAK atau setiap 3-4jam.

7) Komplikasi dan Penyakit Dalam Masa Nifas

Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genetelia dalam masa nifas. Masuknya kuman- kuman dapat terjadi dalam kehamilan, waktu persalinan, dan nifas. Demam nifas adalah demam dalam masa nifas oleh sebab apa pun. Morbiditas puerpuralis adalah kenaikan suhu badan sampai 38° C ataulebih selama 2 hari dari dalam 10 hari *postpartum*. Kecuali pada hari pertama. Suhu diukur 4 kali secara oral.

a) Infeksi saluran kemih

Pada masa nifas dini, sensitivitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih di dalam vesika sering menurun akibat trauma

persalinan atau analgesia epidural atau spinal. Sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin berkurang akibat rasa tidak nyaman yang ditimbulkan oleh episiotomi yang lebar, laserasi periuretra, atau hematoma dinding vagina. Setelah melahirkan, terutama saat infus oksitosin dihentikan, terjadi diuresis yang disertai peningkatan produksi urin dan distensi kandung kemih. Over distensi yang disertai kateketerisasi untuk mengeluarkan air kemih sering menyebabkan infeksi saluran kemih.

b) Metritis

Metritis adalah infeksi uterus setelah persalinan yang merupakan salah satu penyebab terbesar kematian ibu. Bila pengobatan terlambat atau kurang adekuat dapat menjadi abses pelvis yang menahun, peritonitis, syok septik, trombosis yang dalam, emboli pulmonal, infeksi pelvis yang menahun, dispareunia, penyumbatan tuba dan infertilitas.

c) Bendungan payudara

Bendungan payudara adalah peningkatan aliran vena dan limfe pada payudara dalam rangka mempersiapkan diri untuk laktasi. Bendungan terjadi akibat bendungan berlebihan pada limfatik dan vena sebelum laktasi. Payudara bengkak disebabkan karena menyusui yang tidak kontinu, sehingga sisa ASI terkumpul pada daerah ductus. Hal ini dapat terjadi pada hari ke tiga setelah melahirkan. Penggunaan bra yang keras serta keadaan puting susu yang tidak bersih dapat menyebabkan sumbatan pada ductus.

d) Infeksi payudara

Mastitis termasuk salah satu infeksi payudara. Mastitis adalah peradangan pada payudara yang dapat disertai infeksi atau tidak, yang disebabkan oleh kuman terutama *Staphylococcus aureus* melalui luka pada puting susu atau melalui peredaran darah.

e) Abses payudara

Abses payudara merupakan komplikasi akibat peradangan

payudara/ mastitis yang sering timbul pada minggu ke dua *postpartum* (setelah melahirkan), karena adanya pembengkakan payudara akibat tidak menyusui dan lecet pada puting susu.

f) Perdarahan pervagina

Perdarahan pervagina atau perdarahan *postpartum* adalah kehilangan darah sebanyak 500 cc atau lebih dari traktus genitalia setelah melahirkan. Hemoragi *postpartum* primer mencakup semua kejadian perdarahan dalam 24 jam setelah kelahiran.

8) Program Masa Nifas

Paling sedikit 4 kali melakukan kunjungan pada masa nifas, dengan tujuan untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi, melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan kesehatan ibu nifas dan bayi, mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas dan menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya.

Tabel 1. Program Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	6- 8 jam setelah persalinan	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah terjadinya perdarahan pada masa nifas. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan dan memberikan rujukan bila perdarahan berlanjut. c. Memberikan konseling kepada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana mencegah perdarahan masanifas karena atonia uteri. d. Pemberian ASI pada masa awal menjadi ibu. e. Mengajarkan ibu untuk mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.

		f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.
2	6 hari setelah persalinan	a. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau.
		b. Menilai adanya tanda- tanda demam, infeksi, atau kelainan pasca melahirkan.
		c. Memastikan ibu mendapat cukup cairan, makanan, dan istirahat.
		d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda- tanda penyulit.
		e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetaphangat.
3	2 minggu setelah persalinan	a. Memastikan involusi uteri berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau.
		b. Menilai adanya tanda- tanda demam, infeksi atau kelainan pasca melahirkan.
		c. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat.
		d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda- tanda penyulit.
		e. Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, cara merawat tali pusat, dan menjaga bayi agar tetap hangat.
4	6 minggu setelah persalinan	a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit- penyulit yang dialami atau bayinya.
		b. Memberikan konseling untuk KB secara dini.

6. Teori Dasar KB

a. Pengertian

Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, Pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan. Kontrasepsi merupakan usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha-usaha itu dapat bersifat sementara dan permanen. Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim.²⁵

b. Tujuan Program KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Tujuan program KB lainnya yaitu untuk menurunkan angka kelahiran yang bermakna, untuk mencapai tujuan tersebut maka diadakan kebijakan yang dikategorikan dalam tiga fase (menjarangkan, menunda, dan menghentikan) maksud dari kebijakan tersebut yaitu untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua.

c. Macam – macam Kontrasepsi

1) Metode Kontrasepsi sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2 yaitu metode kontrasepsi sederhana tanpa alat dan metode kontrasepsi dengan alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), Coitus Interruptus, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan Simptomermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup

serviks dan spermisida.

2) Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetis) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormon yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implant.

a) Pil Progestin

Kerja utama POP dianggap menebalkan lendir serviks sehingga mempersulit penetrasi sperma dan memodifikasi endometrium sehingga menghalangi implantasi, selain itu juga mempunyai efek yang beragam pada tuba uterina. Manfaat dapat digunakan saat menyusui, perlindungan terhadap PID, manfaat lain meliputi kemampuannya melindungi dari resiko kanker endometrium dan ovarium. Kerugiannya meliputi perdarahan yang tidak teratur, kadang kadang memanjang, oligomenorea, atau amenorea, kista ovarium fungsional. Diminum setiap hari, tidak ada hari tanpa pil sehingga tablet diminum sepanjang periode.

b) Suntik Progestin

Metode suntikan progesteron bersifat *irreversible* sehingga beragam efek samping meliputi ketidaknyamanan pada payudara, mual, muntah, depresi, atau perubahan suasana hati. Efek utama yang sering terjadi adalah menstruasi yang tidak teratur, peningkatan berat badan, dan kemungkinan berhubungan dengan penurunan kepadatan tulang. Suntikan KB tidak mengganggu kelancaran air susu ibu (ASI), suntikan KB ini juga mungkin dapat melindungi ibu dari anemia (kurang darah, memberi perlindungan terhadap radang panggul dan pengobatan kanker bagian dalam rahim.²⁶

c) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

Implanon (Organon, Roseland NJ) merupakan implan subdermal satu batang yang mengandung 68 mg progestin etonogestrel (ENG), dan dilapisi *ethylene vinyl acetate*. Implan ditempatkan di permukaan medial lengan atas 6 sampai 8 cm dari siku pada lekukan biceps dalam 5 hari awitan menses. Progestin dilepaskan secara terus-menerus untuk menekan ovulasi sebagai aksi kontraseptif primer, walaupun penebalan mukus serviks dan atrofi endometrium menambah manfaatnya.

d) Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) IUD merupakan kontrasepsi sangat efektif dan berjangka panjang). Karakterja alat kontrasepsi ini antara lain menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu walaupun IUD membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi dan memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus (Affandi, 2012). Menurut Affandi (2012) efek samping penggunaan IUD antara lain perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan (*spotting*) antar menstruasi, saat haid lebih sakit, merasakan sakit hinggakejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan, perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia dan perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangannya benar).

e) Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam yaitu Metode Operatif Wanita (MOW) dan Metode Operatif Pria (MOP). MOW sering dikenal dengan tubektomi karena prinsip metode

ini adalah memotong atau mengikat saluran tuba/tuba falopii sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma. Sedangkan MOP sering dikenal dengan nama *vasektomi*, *vasektomi* yaitu memotong atau mengikat saluran *vas deferens* sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi.²⁷

7. Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

a. Pengertian

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No.369/Menkes/SK/III/2007, asuhan kebidanan adalah proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/ masalah dalam bidang kesehatan ibu hamil, masa persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana.

b. Standar Kompetensi Bidan

Standar profesi Bidan yang berhubungan dengan asuhan kebidanan berkesinambungan dari masa hamil, bersalin, nifas, BBL/ neonatus dan KB tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 369/Menkes/SK/III/2007

- 1) Kompetensi 1 : Bidan mempunyai persyaratan pengetahuan dan keterampilan dari ilmu-ilmu sosial, kesehatan masyarakat dan etik yang membentuk dasar dari asuhan yang bermutu tinggi sesuai dengan budaya, untuk wanita, bayi baru lahir dan keluarga.
- 2) Kompetensi 2 : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, pendidikan kesehatan yang tanggap terhadap budaya dan pelayanan menyeluruh dimasyarakat dalam rangka untuk meningkatkan kehidupan keluarga yang sehat, perencanaan kehamilan dan kesiapan orangtua
- 3) Kompetensi 3 : Bidan memberi asuhan bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama kehamilan yang meliputi; deteksi

dini, pengobatan atau rujukan dari komplikasi tertentu

- 4) Kompetensi 4 : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, tanggap terhadap kebudayaan setempat selama persalinan, memimpin selama persalinan yang bersih dan aman, menangani situasi kegawatdaruratan tertentu untuk mengoptimalkan kesehatan wanita dan bayinya yang baru lahir
- 5) Kompetensi 5 : Bidan memberikan asuhan pada ibu nifas dan nifas yang bermutu tinggi dan tanggap terhadap budaya setempat
- 6) Kompetensi 6 : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi baru lahir sehat sampai dengan 1 bulan.
- 7) Kompetensi 7 : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi, komprehensif pada bayi dan balita sehat (1 bulan-5 bulan)
- 8) Kompetensi 8 : Bidan memberikan asuhan yang bermutu tinggi dan komprehensif pada keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan budaya setempat
- 9) Kompetensi 9 : Melaksanakan asuhan kebidanan pada wanita/ibu dengan gangguan sistem reproduksi.

c. Standar asuhan kebidanan Menurut Kepmenkes

No.938/Menkes/SK/VII/2007. Standar asuhan kebidanan adalah acuan proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan pencatatan asuhan kebidanan.

1) Standar I : Pengkajian

a) Pernyataan Standar

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

b) Kriteria Pengkajian.

(1) Data tepat, akurat dan lengkap

(2) Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa; biodata, keluhan

utama, riwayat obstetric, riwayat kesehatan dan latar belakang social budaya).

(3) Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologi dan pemeriksaan penunjang).

2) Standar II: Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

a). Pernyataan Standar.

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnose dan masalah kebidanan yang tepat.

b). Kriteria Perumusan Diagnose dan atau Masalah Kebidanan.

(1) Diagnose sesuai dengan nomenklatur kebidanan

(2) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.

(3) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

3) Standar III: Perencanaan

a) Pernyataan Standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnose dan masalah yang ditegakan

b) Kriteria Perencanaan

(1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif.

(2) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga

(3) Mempertimbangan kondisi psikologi social budaya klien/keluarga

(4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.

(5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

4) Standar IV: Implementasi

a) Pernyataan Standar

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan

b) Kriteria Evaluasi

- (1) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- (2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan kepada klien/ keluarga
- (3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- (4) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien

5) Standar V: Evaluasi

a) Pernyataan Standar

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

b) Kriteria Evaluasi

- (1) Penilaian dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien
- (2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan keluarga
- (3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar
- (4) Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi klien/ pasien.

6) Standar VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan.

a) Pernyataan Standar

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

b) Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan

(1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (rekam medis/KMS/status pasien/buku KIA).

(2) Ditulis dalam bentuk catatan pengembangan SOAP

S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

O adalah data Obyektif, mencatat hasil pemeriksaan

A adalah hasil analisa, mencatat diagnose dan masalah kebidanan.

P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan pelaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi, follow up dan rujukan.

B. Kajian Kasus

1. Pertemuan Pertama

Asuhan pada ibu hamil pertama dilakukan pada tanggal 13 Januari 2022 di ruang KIA. Seorang ibu bernama Ny.A berumur 20 tahun G1P0A0 datang ke Puskesmas Umbulharjo I untuk memeriksakan kehamilannya, usia kehamilan 38⁺⁶ minggu dan ibu mengeluh saat BAK terkadang terasa sakit dan jumlahnya sedikit. Ibu tidak memiliki riwayat penyakit dan tidak memiliki riwayat alergi. Ibu mengatakan makan teratur dan tidak ada keluhan. HPHT 14 April 2021, HPL 21 Januari 2022. Ny. A mengatakan ini adalah kehamilan anak pertamanya, tidak pernah keguguran sebelumnya dan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun. Hasil pemeriksaan yang didapatkan. Hasil pemeriksaan didapatkan BB: 56 kg, TB: 160 cm, TD:111/86 mmHg, N: 87x/m, R: 20x/m, S:36,5⁰C. Dilakukan pemeriksaan fisik, keadaan umum ibu baik, ibu tidak pucat, pemeriksaan payudara sudah

terdapat pengeluaran ASI, pemeriksaan abdomen palpasi didapatkan TFU: 30 cm, DJJ 140x/m teratur, punggung sebelah kanan, dan presentasi kepala, sudah masuk PAP. dilakukan pemeriksaan laboratorium HB: 11,6 gr% dan urin leukosit +2, bakteri +, dilakukan pemeriksaan kolaborasi dengan dokter umum diberikan terapi amoxicilin 500 mg 2x1 sebanyak 14 tablet dan tablet tambah darah sebanyak 30 tablet diminum 1x1 secara teratur. Menganjurkan ibu untuk minum air putih minimal 2 liter perhari dan Memberikan edukasi kepada ibu tentang tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan.

2. Pertemuan kedua

Pada pertemuan ini dilakukan pada tanggal 24 Januari 2022 pukul 09.30 diruang KIA. Ibu ingin memeriksakan kehamilannya, ibu mengatakan merasa sedikit cemas mendekati persalinan, ibu sudah tidak merasa sakit saat BAK. Saat ini ibu belum merasakan kenceng kenceng. Hasil pemeriksaan didapatkan TD: 124/82 mmHg, N: 85 x/menit, R: 20 x/menit, S: 36,5⁰C, pemeriksaan abdomen TFU: 30 cm, TBJ: 2.790 gram, DJJ: 145x/menit, pemeriksaan penunjang: tidak dilakukan. Kemudian memberikan KIE kepada ibu agar tidak cemas dengan keadaan yang sedang dihadapi. Memberitahu ibu tentang persiapan persalinan yang sudah disiapkan di buku KIA, meliputi tempat fasilitas kesehatan, penolong, kendaraan, calon pendonor darah, dana/jaminan kesehatan untuk persalinan, dan persiapan baju ibu dan bayi. Memberitahu ibu untuk datang kembali 3 hari kemudian jika belum merasakan tanda persalinan untuk dibuatkan surat rujukan ke faskes yang melayani persalinan, jika ibu mengalami tanda persalinan untuk segera ke faskes terdekat.

3. Pertemuan Ketiga

Pada pertemuan ini dilakukan pada tanggal 27 Januari 2022 pukul 09.00 WIB diruang KIA. Ibu mengatakan merasa mules tapi jarang mulai tadi pagi jam 05.00 WIB. Pemeriksaan objektif didapatkan keadaan umum baik, BB:56 kg , TD: 115/73 mmHg, N: 85 x/menit, R: 20 x/menit, S: 36,5⁰C. Pemeriksaan fisik dalam keadaan baik pemeriksaan abdomen presentasi kepala, punggung kanan dan sudah masuk panggul (divergen)

TFU: 30 cm, TBJ: 2.790 gram, DJJ: 148x/menit. Kemudian memberitahu ibu hasil pemeriksaan ibu dan bayi dalam keadaan baik, mengingatkan ibu tentang persiapan persalinan. mengingatkan kepada ibu tentang tanda-tanda persalinan, mengajarkan kepada ibu tentang relaksasi napas untuk membantu meredakan nyeri ketika terjadi kontraksi. Memberikan surat rujukan berjenjang ke faskes 1 yang memiliki pelayanan persalinan

4. Pertemuan Keempat

Pada pertemuan ini dilakukan pada tanggal 30 Januari 2022 pada pukul 15.00 WIB Via *handphone*. Ibu menjelaskan bahwa ibu datang ke Klinik Puri Adisty pada tanggal 30 Januari 2022 pukul 03.00 WIB dengan keluhan kenceng-kenceng mulai teratur dan keluar lender darah, setelah dilakukan pemeriksaan ibu dan janin dalam keadaan baik, hasil pemeriksaan dalam dijelaskan bahwa ibu sudah berada pada fase persalinan yaitu pembukaan 5 cm, pada pukul 10.10 WIB bayi lahir spontan dengan jenis kelamin laki-laki, BB: 2.800 gr, PB: 48 cm, LK: 32 cm, LILA 10 cm. Ibu mengatakan tidak ada penyulit selama proses persalinan, namun ibu mengalami robekan jalan lahir dan dijahit, ibu juga mengatakan setelah bayi lahir dilakukan IMD, pemberian salep mata dan disuntik Vit.K

5. Pertemuan Kelima

Pada pertemuan ini dilakukan pada tanggal 31 Januari 2022, pukul 16.00 WIB dirumah Ny.A. Ny.A mengatakan sedikit nyeri pada luka jahitan jalan lahir. Pola makan dan minum ibu teratur. Ibu BAB dan BAK sudah lancar. Ibu sudah menyusui bayinya. Ibu dan suami senang dengan kelahiran anaknya, suami dan keluarga sering membantu dalam mengurus anak. Pemeriksaan objektif keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TD: 110/80 mmHg, N: 80x/menit, R:21x/menit, S: 36,2 °C. Pemeriksaan Fisik: Payudara membesar, terdapat pengeluaran kolostrum, TFU 3 jari dibawah pusat, kontraksi uterus keras, pengeluaran darah dalam batas normal, lochea rubra. Penatalaksanaan pada pertemuan ini pada ibu nifas hari ke dua yaitu memberitahu ibu bahwa kondisinya normal dan sehat, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri, KIE mengajarkan ibu teknik

menyusui, KIE ASI eksklusif, memberikan motivasi ibu untuk memberikan ASI secara on demand, KIE mengenai personal hygiene ibu nifas (membersihkan payudara dengan air hangat sebelum menyusui, cuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah kontak dengan bayi dan memegang kemaluan). KIE pada ibu mengenai makanan ibu nifas tidak ada pantangan dan sebaiknya makan makanan yang mengandung gizi seimbang dan tinggi protein untuk membantu proses penyembuhan luka jahitan.

6. Pertemuan Keenam

Pada pertemuan ini dilakukan pada tanggal 3 Februari 2022, pada pukul 12 WIB Via *handphone*. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ibu mengatakan mudah istirahat malam hari karena bayinya tidak rewel selain itu keluarga ibu mendukung dan membantu ibu dalam merawat bayinya. Ibu mengatakan tidur siang ± 1 jam tidur malam ± 6 jam beberapa kali bangun untuk menyusui dan memeriksa popok bayinya. Ibu sudah menyusui kurang lebih 2-3 jam sekali di kedua payudara. Ibu BAK teratur, kurang lebih 4-5 kali perhari, ibu mengatakan tidak bengkak pada tangan maupun kaki, ASI keluar sudah lancar, tidak terdapat puting susu lecet, jahitan sudah tidak nyeri, masih keluar darah nifas. Data objektif tidak dilakukan.

Penatalaksanaan pada saat ini memberikan KIE cara perawatan payudara untuk mencegah payudara bengkak, puting susu lecet dan melancarkan produksi ASI. Memberi dukungan ibu untuk menyusui bayinya, ASI ibu sudah keluar lancar, jumlahnya cukup dan merupakan makanan terbaik untuk bayi. Memberi KIE pada ibu jika mengalami salahsatu tanda bahaya atau komplikasi pada masa nifas dan bayi untuk segera kontrol ke fasilitas pelayanan kesehatan.

7. Pertemuan Ketujuh

Pada pertemuan ini dilakukan pada tanggal 1 maret 2022, pada pukul 12.00 WIB via *handphone*. Ibu mengatakan ingin ber KB, ibu masih belum menentukan kontrasepsi apa yang akan digunakan. Pemeriksaan objektif tidak dilakukan. Penatalaksanaan pada kasus tersebut yaitu memberi dukungan ibu untuk menyusui dan mengajak keluarga ibu untuk memberi

kepercayaan diri ibu untuk menyusui bayinya, ASI ibu jumlahnya cukup dan merupakan makanan terbaik untuk bayi. Menjelaskan pada ibu tentang imunisasi dasar lengkap dan menganjurkan bayi ibu untuk dilakukan imunisasi BCG. Menjelaskan pada ibu mengenai tujuan penggunaan alat kontrasepsi yaitu mengatur jarak kelahiran sehingga ibu tidak terlalu dekat jarak antar kehamilannya yang dapat beresiko terhadap kesehatan ibu dan bayi. Setelah masa nifas berakhir yaitu 6 minggu kesuburan ibu dapat kembali. Sehingga sebelum ibu melakukan hubungan seksual dengan suami sebaiknya ibu berKB terlebih dahulu. Menjelaskan pada ibu macam-macam kontrasepsi, efektifitas, keutungan dan kerugian serta efek samping dari berbagai jenis alat kontrasepsi. Kemudian menganjurkan ibu untuk berdiskusi dengan suami tentang penggunaan KB apa yang akan digunakan. Mengingatkan ibu untuk kunjungan ulang ke fasilitas kesehatan sesuai anjuran yang diberikan oleh bidan.

C. Kewenangan Bidan terhadap Kasus

1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 320 Tahun 2020 Tentang Standar Profesi Bidan
 - a. Bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk memberikan asuhan yang berkualitas dan tanggap budaya sesuai ruang lingkup asuhan masa kehamilan, masa persalinan, bayi baru lahir (neonatus), masa nifas, dan pelayanan keluarga berencana.
 - b. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir (neonatus), ibu nifas, dan pelayanan keluarga berencana.²⁸
2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 938/Menkes/SK/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan
 - a. Standar I : pengkajian
 - b. Standar II : perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan
 - c. Standar III : perencanaan
 - d. Standar IV : implementasi
 - e. Standar V : evaluasi

- f. Standar VI : pencatatan asuhan kebidanan.
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan
 - a. Pasal 18, dalam penyelenggaraan praktik kebidanan bidan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, dan pelayanan keluarga berencana.
 - b. Pasal 19, pelayanan kesehatan ibu diberikan pada masa hamil, masa persalinan, masa nifas, dan masa menyusui. Pelayanan kesehatan ibu meliputi antenatal pada kehamilan normal, persalinan normal, ibu nifas normal, dan ibu menyusui. Dalam memberikan pelayanan bidan berwenang melakukan episiotomy, pertolongan persalinan normal, penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II, pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil, pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas, fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif, pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum, penyuluhan dan konseling.
 - c. Pasal 20, pelayanan kesehatan anak diberikan pada bayi baru lahir. Dalam memberikan pelayanan bidan berwenang melakukan pelayanan neonatal esensial, konseling dan penyuluhan. Pelayanan neonatal esensial meliputi IMD, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan vitamin K1, pemberian imunisasi Hb0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, dan pemantauan tanda bahaya. Konseling dan penyuluhan meliputi pemberian KIE kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, dan tumbuh kembang.
 - d. Pasal 21, dalam memberikan pelayanan keluarga berencana bidan berwenang memberikan penyuluhan dan konseling keluarga berencana dan pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan.
 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan,

dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual

- a. Pasal 12, pelayanan kesehatan masa hamil bertujuan untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas. Pelayanan kesehatan masa hamil dilakukan sekurang-kurangnya empat kali selama masa kehamilan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan.
 - b. Pasal 14, persalinan harus dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Persalinan diberikan kepada ibu bersalin dalam bentuk 5 aspek dasar meliputi membuat keputusan klinik, asuhan sayang ibu dan sayang bayi, pencegahan infeksi, pencatatan asuhan persalinan, dan rujukan pada kasus komplikasi ibu dan bayi lahir. Persalinan dilakukan sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.
 - c. Pasal 15, pelayanan kesehatan masa sesudah melahirkan meliputi pelayanan kesehatan bagi ibu dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Pelayanan kesehatan bagi ibu paling sedikit 3 kali selama masa nifas. Kegiatan pelayanan meliputi pemeriksaan tanda vital, TFU, lochea dan perdarahan, jalan lahir, payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif, pemberian kapsul vitamin A, dan koseling.
5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 tahun 2019 tentang Kebidanan
- a. Pasal 46, dalam menyelenggarakan praktik kebidanan, bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, dan pelayanan keluarga berencana.
 - b. Pasal 47, dalam menyelenggarakan praktik kebidanan, bidan dapat berperan sebagai pemberi pelayanan kebidanan.
 - c. Pasal 48, bidan dalam penyelenggaraan praktik kebidanan harus sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.
 - d. Pasal 49, dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu, bidan berwenang memberikan asuhan kebidanan pada masa

kehamilan normal, masa persalinan dan menolong persalinan normal, dan masa nifas.

- e. Pasal 50, dalam menjalankan tugasnya bidan berwenang memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, memerikan imunisasi sesuai program pemerintah pusat, melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi.
- f. Pasal 51, dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan keluarga berencana, bidan berwenang melakukan komunikasi, informasi, edukasi, konseling, dan memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

D. Kajian Jurnal / Artikel Penelitian terkait Kasus

1. **Nama artikel** : *The Etiology and Prevalence of Urinary Tract Infection and Asymptomatic Bacteriuria in Pregnant women in Iran : A Systematic Review and Meta – Analysis.*²⁹

Penulis : Milad Azami, Zahra Jaafari, mansour Masoumi, Masoumeh Shohani et all

Tahun Publikasi : 2019 (<https://doi.org/10.1186/s12894-019-0454-8>)

Abstrak : Infeksi saluran kemih (ISK) merupakan masalah klinis yang sering terjadi pada ibu hamil. Bakteriuria pada kehamilan tanpa pengobatan antibiotik dapat menyebabkan komplikasi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui etiologi dan prevalensi ISK dan bakteriuria asimtomatik pada ibu hamil. Meta-analisis ini mengikuti pedoman *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA). Penelitian ini melakukan pencarian komprehensif pada semua literatur terkait di database nasional, termasuk IranDoc, SID, Sistem Jaringan Pengetahuan Barakat, RISST, Magiran, Perpustakaan Nasional Iran dan database internasional, termasuk Scopus, Embase, Science Direct, PubMed/ Medline, Perpustakaan Cochrane, *Web of Sciences*, EBSCO, serta mesin pencari Google Scholar hingga Juni 2018. Setelah mempertimbangkan kriteria inklusi/eksklusi dan evaluasi

kualitatif, penelitian dianalisis berdasarkan model efek acak menggunakan Comprehensive Meta-Analysis Software Version 2.

Hasil : Dalam 31 penelitian dengan ukuran sampel 20.309, prevalensi ASB pada wanita hamil Iran diperkirakan 8,7% (95% CI: 7,2-10,4). Prevalensi bakteriuria asimtomatik terendah dan tertinggi diamati pada trimester ketiga (6,1% [95% CI: 2,1-16,4]) dan trimester pertama (11,7% [95% CI: 7,9-16,9]). Analisis sub kelompok prevalensi bakteriuria asimtomatik berdasarkan wilayah geografis ($P = 0,002$) dan provinsi ($P < 0,001$ signifikan). Dalam 17 penelitian termasuk 48.731 wanita hamil, prevalensi ISK diperkirakan 9,8% (95% CI: 7,6-12,5). Uji perbedaan sub kelompok prevalensi ISK untuk provinsi ($P < 0,001$) signifikan. Model meta-regresi untuk prevalensi ISK dan bakteriuria asimtomatik pada wanita hamil di Iran berdasarkan tahun studi adalah signifikan ($P < 0,001$). Mikroorganisme yang paling umum terlibat dalam etiologi ISK (61,6% [95% CI: 51,6-70,7]) dan bakteriuria asimtomatik (63,22% [95% CI: 51,2-73,8]) adalah E.coli.

Kesimpulan : ISK dan bakteriuria asimtomatik mayoritas terjadi pada wanita hamil. Bakteriuria pada kehamilan tanpa pengobatan antibiotik dapat mengakibatkan komplikasi seperti persalinan prematur, preeklamsia, hipertensi, pielonefritis, anemia, amnionitis, berat badan lahir rendah, kematian neonatus (lahir mati), bakteremia, dan septikemia toksik. Pengobatan bakteriuria pada kehamilan mengurangi risiko komplikasi. Oleh karena itu, skrining untuk diagnosis dini dan pengobatan bakteriuria pada wanita selama kehamilan diperlukan untuk mencegah komplikasinya. Dianjurkan untuk dilakukan pemeriksaan urine atau kultur urin sebagai bagian dari pemeriksaan rutin pada ibu hamil. Mikroorganisme yang paling umum terlibat dalam etiologi ISK pada ibu hamil adalah E.coli.