

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

Kajian kasus dilaksanakan pada tanggal 06 Februari 2023 jam 10.00 WIB di Puskesmas Turi.

Identitas Ibu dan Suami

Ibu	Suami
Nama : Ny. R	Nama : Tn. H
Umur : 28 Tahun	Umur : 29 Tahun
Suku : Jawa	Suku : Jawa
Agama : Islam	Agama : Islam
Pendidikan : S1	Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT	Pekerjaan : Buruh
Alamat : Pojok garongan wonokerto Turi	

Asuhan pada ibu hamil pertama dilakukan pada tanggal 6 Februari 2023 di ruang KIA. Seorang ibu bernama Ny. R berumur 28 tahun G3P2A0 datang ke Puskesmas Turi untuk memeriksakan kehamilannya, Usia kehamilan 37 minggu. Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan, Ibu tidak memiliki riwayat penyakit dan tidak memiliki alergi. Ibu mengatakan HPHT 20-5-2022 dan HPL 27-2-2023. Ny. R mengatakan ini merupakan kehamilan ketiga anaknya berusia 6 tahun dan 4 tahun, melahirkan secara spontan dan tidak ada penyulit. Ny. R belum pernah memakai alat kontrasepsi jenis apapun. Ny R mengatakan dalam pemenuhan kebutuhan sehari – hari tidak ada permasalahan dan tidak ada makanan yang dipantang.

Hasil pemeriksaan didapatkan TD: 102/61 mmHg, BB: 55 kg. Lila 23,6 cm Dilakukan pemeriksaan fisik, pemeriksaan abdomen palpasi didapatkan TFU: 29 cm, DJJ 138x/menit teratur, punggung sebelah kiri, dan presentasi kepala, belum masuk PAP. Ny. R diberikan tablet tambah

darah sebanyak 10 tablet diminum 1x1 secara teratur, memberikan KIE persiapan persalinan dan tanda-tanda persalinan.

Pada tanggal 13 Februari 2023 jam 09.30 WIB di Puskesmas Turi. Ny R datang untuk memeriksakan kehamilannya. Ini pemeriksaan yang ke 14, Usia kehamilan 38 minggu ibu mengatakan tidak ada keluhan. ibu mengatakan janinnya aktif bergerak. KU: Baik, Kesadaran: CM, TD: 102/73mmHg, N: 82x/m, R: 20 x/m, S: 36,5⁰C. Dilakukan pemeriksaan abdomen dengan palpasi didapatkan TFU 29 cm, punggung sebelah kanan, dan presentasi kepala, DJJ 154 x/menit teratur, ekstremitas: tidak oedem, tidak varises. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah memberitahu tanda persalinan dan tanda bahaya persalinan.

Pada tanggal 14 Februari 2023 Ny R datang ke Puskesmas jam 01.00 WIB dengan keluhan perut kencang-kencang dan mengeluarkan cairan dari jalan lahir sejak pukul 24.00 WIB, TFU 29 cm, Puki, presentasi kepala, his 1x 10'25", DJJ 150x/menit. VT(pukul 01.00 WIB): v/v tenang, d/v licin, portio tebal lunak, pembukaan 1 cm, selaput ketuban (-), presentasi kepala, H II, STLD (-), AK (+). Dilakukan pemeriksaan pada pukul 05.00 WIB His: 2x10' lamanya 35 detik, kekuatan sedang. VT: v/v tenang, d/v licin, portio tipis lunak, pembukaan 2 cm, selaput ketuban (-), presentasi kepala, H III, STLD (-), STLD (-), AK (+). Pada pukul 09.00 WIB His: 2x10' lamanya 30 detik, kekuatan sedang, VT: v/v tenang, d/v licin, portio tebal lunak, pembukaana 3 selaput ketuban (-), presentasi kepala, H IV, STLD (-), AK (+) jernih observasi selama 12 jam yaitu pada jam 13.00 WIB dilakukan pemeriksaan dengan his his 1x 10'30", VT ulangan v/v tenang, d/v licin, portio tebal lunak ,pembukaan 4 cm selaput ketuban (-), presentasi kepala, H IV, STLD (+), AK (+) jernih, Penatalaksanaan diberikan pada Ny R adalah memberikan rujukan dikarenakan tidak ada kemajuan persalinan, dan telah terjadi KPD selama 12 jam. Ny R dirujuk ke RSUD Sleman. Bayi lahir pada pukul 20.00 WIB, berat badan 2900 gram, panjang badan 48cm jenis kelamin laki laki dan placenta lahir spontan, dan ibu dilakukan penjahitasn perineum. Ibu

dijinkan pulang oleh dokter RSUD Sleman pada tanggal 16 Februari 2023.

Tanggal 21 Februari 2023 pada jam 09.00 WIB. Ibu mengatakan masih sedikit nyeri pada luka jahitan jalan lahirnya. Ibu belum berKB. Pola makan dan minum ibu teratur. Ibu belum BAB dan BAK sudah lancar. Ibu sudah menyusui bayinya. Ibu dan suami senang dengan kelahiran anaknya suami. Ibu mengatakan darah yang keluar dari jalan lahir berwarna merah kehitaman tetapi tidak banyak. Ibu mengatakan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh bidan bayi dalam kondisi normal dan nanti siang sesuai anjuran dokter bayi sudah boleh pulang.

Penatalaksanaan pada pertemuan ini adalah memberitahu ibu bahwa kondisinya normal dan sehat, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri, 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 protein dan mineral.

Catatan perkembangan pasien didapat melalui kunjungan rumah pada tanggal 12 Maret 2023 pada jam 16.00 WIB. Ibu mengatakan kondisinya baik dan tidak ada keluhan. Pola makan dan minum ibu teratur. Ibu mengatakan BAB dan BAK lancar. Ibu mengatakan masih keluar flek-flek coklat. Ibu mengatakan ASI keluar banyak, bayi sudah diberi ASI dan tidak ada keluhan. Hasil pemeriksaan dalam Batas Normal TD 115/ 76 mmHg, RR 18x/m, N 80x/m, pemeriksaan jalan lahir luka tampak kering. Penatalaksanaan pada saat ini memberikan KIE berupa KIE nutrisi yaitu menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang banyak mengandung protein seperti telur, ikan, sayur mayur serta mengkonsumsi air putih selepas menyusui, memberikan konseiling KB, dan *personal Hygiene*.

Catatan perkembangan pasien berdasarkan asuhan di Puskesmas Turi tanggal 21 Februari 2023 pukul 09.00 WIB. Ibu mengatakan perut masih terasa mules dan nyeri pada luka bekas jahitan. Hasil pemeriksaan KU baik TD 110/75 mmHg, RR 22x/m, N 80x/m, TFU pertengahan simpisis pusat, lochea sanguinolenta, luka tampak kering. Penatalaksanaan KIE posisi menyusui, KIE nutrisi, serta mengajurkan ibu untuk tidak menahan BAK agar tidak terjadi perdarahan. Konseling pemberian ASI secara *ondemand* atau memberikan ASI minimal 2 jam sekali. Serta menjaga kebersihan alat genitalia dengan mengganti pembalut setiap 3-4 kali perhari.

Catatan perkembangan pasien berdasarkan asuhan di Puskesmas Turi tanggal 28 Maret 2023 pada jam 10.00 WIB. Ibu mengatakan sudah 42 hari melahirkan dan merasa tidak percaya diri ASInya cukup karena anak sering menangis terutama setelah subuh. Hasil pemeriksaan TD 122/74, RR 20 x/m, N80x/m, S 36,8 C, ASI lancar, Keluar flek-flek berwarna coklat kekuningan, untuk BAB dan BAK ibu tidak ada keluhan. Ibu mengatakan ingin berKB tetapi masih bingung untuk me menentukan KB apa yang digunakan.

Penatalaksanaan pada pertemuan ini adalah serta pentingnya dukungan keluarga dalam pemberian ASI dan efeksamping susu formula, serta KIE KB. 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 keseuburan 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 unutup berdiskusi dengan suami tentang penggunaan KB apa yang akan digunakan. Mengingatkan ibu untuk kunjungan ulang ke fasilitas kesehatan sesuai anjuran yang diberikan oleh bidan. Telah diberikan alat

kontrasepsi DMPA, dan ibu dijadwalkan kunjungan kembali pada tanggal 28-6-2023.

B. Kajian Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi dalam 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan. Kehamilan 40 minggu disebut sebagai kehamilan matur (cukup bulan), dan bila lebih dari 43 minggu disebut sebagai kehamilan post matur. Kehamilan antara 28 sampai 36 minggu disebut kehamilan prematur.^{4 5}

b. Perubahan Fisiologi Trimester III

Menurut Vivian (2011) Perubahan fisiologi pada masa kehamilan Trimester III adalah ⁶

1) Minggu ke-28/bulan ke-7

Fundus berada dipertengahan antara pusat dan sifoudeus. Hemoroid mungkin terjadi. Pernapasan dada menggantikan pernapasan perut. Garis bentuk janin dapat dipalpsi. Rasa panas perut mungkin terasa.

2) Minggu ke-32/ bulan ke-8

Fundus mencapai prosesus sifoideus, payudara penuh, dan nyeri tekan. Sering BAK mungkin kembali terjadi. Selain itu, mungkin juga terjadi dispnea.

3) Minggu ke-38/ bulan ke-9

Penurunan bayi ke dalam pelvis/panggul ibu (*lightening*). Plasenta setebal hampir 4 kali waktu usia kehamilan 18 minggu dan beratnya 0,5-0,6 kg. Sakit punggung dan sering BAK meningkat.

Braxton Hicks meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan.

c. Perubahan Psikologi Trimester III

Menurut Sulistyawati, Perubahan psikologis pada masa kehamilan Trimester III, yaitu:⁴

- 1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
- 2) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu
- 3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- 4) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- 5) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
- 6) Merasa kehilangan perhatian
- 7) Perasaan mudah terluka (sensitif) & Libido menurun

d. Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut Prawirohardjo, deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil.⁴

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum. Perdarahan pada kehamilan lanjut atau diatas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa. Perdarahan yang terjadi sangat terkait dengan luas plasenta dan kondisi segmen bawah rahim yang menjadi tempat implantasi plasenta tersebut. Pada plasenta yang tipis dan menutupi sebagian jalan lahir, maka umumnya terjadi perdarahan

bercak berulang dan apabila segmen bawah rahim mulai terbentuk disertai dengan sedikit penurunan bagian terbawah janin, maka perdarahan mulai meningkat hingga tingkatan yang dapat membahayakan keselamatan ibu.

2) Pre-Eklamsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan diatas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah diatas normal sering diasosiasikan dengan pre-eklamsia. Data atau informasi awal terkait dengan tekanan darah sebelum hamil akan sangat membantu petugas kesehatan untuk membedakan hipertensi kronis (yang sudah ada sebelumnya) dengan pre-eklamsia. Gejala dan tanda lain dari pre-eklamsia adalah sebagai berikut:

- a. Hiperfleksia
- b. Sakit kepala atau sefalgia yang tidak membaik dengan pengobatan umum.
- c. Gangguan penglihatan seperti pandangan mata kabur, skotomata, silau atau berkunang – kunang.
- d. Nyeri epigastrik.
- e. Oliguria (luaran kurang dari 500 ml/jam).
- f. Tekanan darah sistolik 20 – 30 mmHg dan diastolik 10 – 20 mmHg di atas normal.
- g. Proteinuria (>+1)
- h. Edema menyeluruh.

3) Nyeri Hebat di Daerah Abdominopelvikum

Bila hal tersebut di atas terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda dibawah ini, maka diagnosis nya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan (*revealed*) maupun tersembunyi (*concealed*):

- a) Trauma abdomen.
- b) Preeklamsia.

- c) Tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan (UK).
- d) Bagian – bagian janin sulit diraba.
- e) Uterus tegang dan nyeri.
- f) Janin mati dalam rahim.

Beberapa gejala dan tanda lain yang harus diwaspadai terkait dengan gangguan serius selama kehamilan adalah sebagai berikut:

- 1) Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan.
- 2) Disuria.
- 3) Menggigil atau demam.
- 4) Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya.
- 5) Uterus lebih besar atau lebih kecil dari Usia Kehamilan (UK) yang sesungguhnya.

Menurut buku Kesehatan Ibu dan Anak, tanda bahaya kehamilan adalah sebagai berikut:⁸

- 1) Perdarahan pervaginam pada hamil mudah dan hamil tua.
- 2) Sakit kepala yang hebat.
- 3) Penglihatan kabur.
- 4) Bengkak kaki, tangan dan wajah, atau sakit kepala disertai kejang.
- 5) Keluar cairan pervaginam (Air ketuban keluar sebelum waktunya).
- 6) Janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya.
- 7) Nyeri perut yang hebat
- 8) Demam tinggi.
- 9) Muntah terus dan tidak mau makan

e. *Antenatal Care* Terpadu

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. Pelayanan kesehatan

pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janinnya, ibu bersalin dan bayi baru lahir serta ibu nifas.⁸

Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil, melakukan intervensi secara adekuat sehingga ibu hamil siap untuk menjalani persalinan normal. Setiap kehamilan, dalam perkembangannya mempunyai risiko mengalami penyulit atau komplikasi. Oleh karena itu, pelayanan antenatal harus dilakukan secara rutin, sesuai standar dan terpadu untuk pelayanan antenatal yang berkualitas.

Menurut PERMENKES RI Nomor 97 Tahun 2014. Pelayanan antenatal terpadu merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui: 1. Pemberian pelayanan dan konseling kesehatan termasuk stimulasidan gizi agar kehamilan berlangsung sehat dan janinnya lahir sehat dan cerdas 2. Deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan 3. Penyiapan persalinan yang bersih dan aman 4. Perencanaan antisipasi dan persiapan dini untuk melakukan rujukan jika terjadi penyulit/komplikasi 5. Penatalaksanaan kasus serta rujukan cepat dan tepat waktu bila diperlukan. 6. Melibatkan ibu hamil, suami dan keluarganya dalam menjaga kesehatan dan gizi ibu hamil, menyiapkan persalinan dan kesiagaan bila terjadi penyulit/komplikasi.⁸

Menurut Permenkes semua ibu hamil dan suami/keluarga diharapkan ikut serta minimal 1x pertemuan. Untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar minimal 4 kali selama kehamilan. Kontak 4 kali dilakukan sebagai berikut: 1. 1x pada trimester I, yaitu sebelum usia kehamilan 14 minggu 2. 1x pada trimester II, yaitu selama umur kehamilan 14–28 minggu 3. 2x pada

trimester ketiga, yaitu selama kehamilan 28–36 minggu dan setelah umur kehamilan 36 minggu. Pelayanan antenatal bisa lebih dari 4 kali bergantung pada kondisi ibu dan janin yang dikandungnya. Pelayanan kesehatan pada ibu hamil tidak dapat dipisahkan dengan pelayanan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Kualitas pelayanan antenatal yang diberikan akan mempengaruhi kesehatan ibu hamil dan janinnya, ibu bersalin dan bayi baru lahir serta ibu nifas.⁸

Dalam pelayanan antenatal terpadu, tenaga kesehatan harus dapat memastikan bahwa kehamilan berlangsung normal, mampu mendeteksi dini masalah dan penyakit yang dialami ibu hamil dan melaksanakan rujukan dengan cepat dan tepat sesuai dengan indikasi medis, dan dengan melakukan intervensi yang adekuat diharapkan ibu hamil siap menjalani persalinan.⁶ Dalam pemberian antenatal terpadu, diharapkan ibu hamil dapat melakukan kontak dengan dokter setidaknya minimal 1 kali, yaitu: a. Kontak dengan dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi (SpOG) b. Kontak dengan dokter gigi. c. Kontak dengan dokter umum. d. Kontak dengan dokter paru-paru. e. Kontak dengan ahli gizi⁸

f. Kebutuhan Ibu Hamil

Beberapa informasi penting tersebut adalah sebagai berikut:⁷

1) Nutrisi yang adekuat

Saat hamil seorang ibu memerlukan gizi seimbang lebih banyak dari sebelum hamil baik sumber kalori, protein, asam folat, vitamin B 12, zat besi, zat seng, kalsium, vitamin C, vitamin A, vitamin D, vitamin B6, vitamin E, termasuk pemenuhan kandungan nutrisi yang dibutuhkan bagi janin.

Perubahan berat badan dan IMT

Tabel 1. Rekomendasi Rentang Peningkatan Berat Badan Total Ibu Hamil.⁷

Kategori Berat Terhadap Tinggi Sebelum Hamil	Peningkatan Yang Direkomendasikan	
	Pon	Kilogram

Ringan BMI < 19,8	28 sampai 40	12,5 sampai 18
Normal BMI 19,8-26	25 sampai 35	11,5 sampai 16
Tinggi BMI > 26 sampai 29	15 sampai 25	7 sampai 11,5
Gemuk BMI >29	≥15	≥7

2) Perawatan Payudara

Payudara perlu dipersiapkan sejak sebelum bayi lahir sehingga dapat segera berfungsi dengan baik pada saat di perlukan. Basuhan lembut setiap hari pada aerola dan puting susu akan dapat mengurangi retak dan lecet pada area tersebut. Untuk sekresi yang mengering pada puting susu, lakukan pembersihan dengan menggunakan campuran gliserin dan alkohol. Karena payudara menegang, sensitive, dan menjadi lebih berat, maka sebaiknya gunakan penopang payudara yang sesuai (*brassiere*).⁹

3) Perawatan gigi

Paling tidak dibutuhkan dua kali pemeriksaan gigi selama kehamilan, yaitu pada trimester pertama dan ketiga. Penjadwalan untuk trimester pertama terkait dengan hiperemesis dan ptialisme (produksi liur yang berlebihan) sehingga kebersihan rongga mulut harus selalu terjaga. Pada trimester ketiga, terkait dengan adanya kebutuhan kalsium untuk pertumbuhan janin sehingga perlu diketahui apakah terdapat pengaruh yang merugikan pada gigi ibu hamil. dianjurkan untuk selalu menyikat gigi setelah makan karena ibu hamil sangat rentan terhadap terjadinya *carries* dan *gingivitis*.¹⁰

4) Kebersihan tubuh harus terjaga seama kehamilan.

Perubahan anatomik pada perut, area genitalia/lipat paha, dan payudara menyebabkan lipatan-lipatan kulit menjadi lembab dan mudah terinvestasi oleh mikroorganisme. Sebaiknya menggunakan pancuran atau gayung saat mandi, tidak dianjurkan berendam dalam *bath tub*, gunakan pakaian yang longgar, bersih dan nyaman dan hindari sepatu bertongkat tinggi dan alas kaki yang keras, serta korset penahan perut. Lakukan gerak tubuh ringan, misalnya berjalan kaki, terutama pada pagi hari. Jangan melakukan pekerjaan

rumah yang berat dan hindarkan kerja fisik yang dapat menimbulkan kelelahan yang berlebihan. Beristirahat cukup 8 jam pada malam hari dan 2 jam pada siang hari. Ibu tidak di anjurkan untuk melakukan kebiasaan merokok selama hamil karena dapat menimbulkan vasospasme yang berakibat anoksia janin, berat badan lahir rendah (BBLR), prematuritas, kelainan congenital, dan solusio plasenta.¹¹

2. Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.²⁵ Persalinan adalah bagian dari proses melahirkan sebagai respons terhadap kontraksi uterus, segmen bawah uterus teregang dan menipis, serviks berdilatasi, jalan lahir terbentuk dan bayi bergerak turun ke bawah melalui rongga panggul.¹⁵

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang dapat hidup ke dunia luar dari dalam rahim melalui jalan lahir dengan LBK atau dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat, serta tidak melukai ibu dan bayi, yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.¹⁵

b. Tanda-tanda Persalinan

1) Tanda pendahuluan adalah:¹⁶

- a) *Ligtening* atau *setting* atau *dropping*, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul.
- b) Perut kelihatan lebih melebar dan fundus uteri turun.
- c) Sering buang air kecil atau sulit berkemih (*polakisuria*) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.

- d) Perasaan nyeri di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah uterus, kadang-kadang disebut “*false labor pains*”.
 - e) Serviks menjadi lembek; mulai mendatar; dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah (*bloody show*).
- 2) Tanda Pasti Persalinan meliputi:
- a) Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur.
 - b) Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
 - c) Kadang-kadang, ketuban pecah dengan sendirinya.
 - d) Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan.
- 3) Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan, yaitu faktor *power*, faktor *passenger*, faktor *passage*, dan faktor *psyche*:¹⁷
- a) Faktor *Power* (Kekuatan)
Power adalah kekuatan janin yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament, dengan kerja sama yang baik dan sempurna.
 - b) Faktor *Passanger* (Bayi)
Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin, yang meliputi sikap janin, letak janin, presentasi janin, bagian terbawah janin, dan posisi janin.
 - c) Faktor *Passage* (Jalan Lahir)
Passage atau faktor jalan lahir dibagi atas :
 - d) Bagian keras: tulang-tulang panggul (rangka panggul).
 - e) Bagian lunak: otot-otot, jaringan-jaringan, dan ligament-ligament.
 - f) Faktor *psyche* (Psikis)

Psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran anjurkan merreka berperan aktif dalam mendukung dan mendampingi langkah-langkah yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi, dapat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi.¹⁷

g) Posisi Ibu (*Positioning*)

Posisi ibu dapat memengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi.¹⁷

4) Tahap Persalinan

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 kala, yaitu:¹⁸

a) Kala I

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran pergeseran ketika serviks mendatar dan membuka.

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan 0-10 cm atau pembukaan lengkap. Proses ini terjadi dua fase yakni fase laten selama 8 jam dimana serviks membuka sampai 3 cm dan fase aktif selama 7 jam dimana serviks membuka dari 3-10 cm. Kontraksi lebih kuat dan sering terjadi selama fase aktif. Pada permulaan his kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga atau ibu bersalin masih dapat berjalan-jalan.

Pemantauan kemajuan persalinan dilakukan dengan menggunakan partograf, pemantauan DJJ setiap 30 menit sekali, tekanan darah diperiksa selama 4 jam sekali, suhu

selama 2 jam sekali, nadi selama 30 menit, pemeriksaan dalam dilakukan 4 jam sekali, dan DJJ yang normal adalah 100x/ menit-180x/ menit.

b) Kala II

Kala II merupakan kala pengeluaran bayi dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Uterus dengan kekuatan hisnya ditambah kekuatan meneran akan mendorong bayi hingga lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida.⁷ Diagnosis persalinan ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan sudah lengkap dan kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.⁸

Tanda dan gejala persalinan kala II adalah:^{17 18}

- (1) Ibu ingin mengejan. Keinginan untuk mengejan akibat tertekannya pleksus *Frankenhauser*
- (2) Perineum menonjol
- (3) Vulva vagina dan *sphincter* anus membuka
- (4) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat. Menjelang akhir kala I ketuban pecah yang ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.
 - (a) His semakin kuat dan lebih cepat dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50 sampai 60 detik.
 - (b) Pembukaan lengkap (10 cm)

Pada primigravida berlangsung rata-rata 1.5 jam dan multipara rata-rata 0.5 jam.

c) Kala III

Kala III adalah waktu untuk pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta. Setelah kala II yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit, kontraksi uterus berhenti sekitar 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi dan proses retraksi uterus,

maka plasenta lepas dari lapisan *nitabusch*.⁹ Pelepasan plasenta diperkirakan dengan melihat beberapa tanda meliputi uterus menjadi bundar, uterus terdorong ke atas karena plasenta dilepas ke arah segmen bawah rahim, tali pusat bertambah panjang, terdapat semburan darah tiba-tiba.¹⁰ Plasenta dan selaput ketuban harus diperiksa secara teliti setelah dilahirkan, bagian plasenta lengkap atau tidak. Bagian permukaan maternal yang normal memiliki 6 sampai 20 kotiledon. Jika plasenta tidak lengkap maka disebut ada sisa plasenta serta dapat mengakibatkan perdarahan yang banyak dan infeksi.¹⁷

d) Kala IV

Kala empat merupakan tahapan persalinan berupa tindakan observasi 2 jam pertama post partum, sejak plasenta lahir sampai keadaan ibu menjadi stabil. Pemantauan dilakukan karena banyak perdarahan terjadi pada 2 jam pertama persalinan.¹⁸

3. Ketuban Pecah Dini

a. Pengertian

Ketuban Pecah Dini (KPD) adalah suatu kejadian dimana pecahnya membran ketuban pada waktu persalinan maupun jauh sebelum proses persalinan. Ketuban Pecah Dini juga dapat diartikan kondisi dimana ketuban pecah sebelum pembukaan <4 cm (fase laten), yang terjadi pada akhir kehamilan atau jauh sebelum waktu melahirkan.¹¹

Ketuban Pecah Dini Preterm (*Preterm Premature rupture of Membrane*) merupakan ketuban yang pecah sebelum usia kehamilan < 37 minggu, KPD yang memanjang merupakan KPD yang terjadi lebih dari 12 jam sebelum adanya tanda persalinan. Dan ketuban yang pecah setelah usia kehamilan 37 minggu disebut *premature rupture of membrane*.¹²

Maknee (2014) mendefinisikan bahwa wanita yang mengalami ketuban pecah dini akan mengalami selubung cairan yang bocor melalui

vagina tanpa rasa sakit. Ketuban Pecah Dini akan memiliki risiko yang tinggi apabila terjadi pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu yang mana akan meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada ibu dan janin. Sedangkan pada usia kehamilan > 37 minggu memiliki risiko kecil untuk ibu mengalami komplikasi. Disebabkan oleh masuknya bakteri kedalam rahim pada saat ketuban pecah, sehingga mengakibatkan tekanan pada tali pusat meningkat dan mengganggu perkembangan paru pada awal pembentukannya, yang mana disebabkan karena rendahnya cairan ketuban.¹³

1. Struktur Membran Ketuban

Membran ini merupakan tempat tumbuhnya janin terdiri dari 2 struktur yaitu struktur amnion merupakan struktur dalam dan korion yang merupakan struktur luar. Amnion merupakan struktur tunggal yang terdiri dari filament kolagen yang tebalnya 0,02 – 0,05mm. Korion merupakan lapisan yang berukuran 2 – 10 mm terdiri dari sel kuboid yang melekat pada desidua dan bersifat vaskuler. Korion dan amnion bersifat elastis sehingga dapat melindungi pergerakan janin, Pada keadaan lain dimana terjadi perubahan pada kekuatan dan struktur membran dapat mengakibatkan kerusakan membran ketuban sehingga terjadi ketuban pecah dini.¹⁴

2. Patofisiologis Ketuban pecah Dini

Pecahnya selaput ketuban disebabkan oleh hilangnya elastisitas pada daerah tepi robekan selaput ketuban. Elastisitas selaput ketuban sangat berkaitan erat dengan jaringan kolagen, elastisitas akan berkurang akibat adanya infeksi. Jaringan kolagen berada pada amnion di daerah lapisan kompakta, fibroblast serta pada korion di daerah lapisan retrikuler atau trophoblast. Elastisitas kolagen dipengaruhi oleh MMP, yang mana MMP merupakan grup protein yang memecah kolagen. Kolagen tersebut memberikan kekuatan regangan pada membran janin, sehingga apabila terjadi pecahnya selaput membran dikaitkan dengan adanya peningkatan MMP dan aktivitas dan penurunan ekspresi dan aktivitas dari tissue

inhibitors of matrix metalloproteinase (TIMPs). Penelitian Athayade 2014 menyebutkan bahwa ketuban pecah dini berhubungan dengan MMP-9 pada selaput amnion, peningkatan ini secara significant terlihat pada KPD preterm yang disertai invasi Mikroba pada ruang amnion.¹⁵

3. Penyebab Terjadinya Ketuban Pecah Dini

Ketuban Pecah Dini (KPD) secara etiologi terdapat beberapa yang mempengaruhi^{16, 17}, seperti:

a. Faktor Maternal

1) Infeksi

Infeksi disini terdiri dari:

- a) Infeksi Genitalia, Infeksi genitalia yang dapat mempengaruhi lemahnya kekuatan selaput membran sehingga mengakibatkan selaput ketuban pecah adalah *candida candidiasis vaginalis*, *bakteri vaginosis*, dan *trikomona*.¹²

Sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara infeksi *trikomona Vaginalis* yaitu dengan nilai OR 2,98 CI 1,18-7,56. Dan hasil kesimpulan penelitian menunjukkan bahwa *Trichomonas vaginalis*, *T. vaginalis* dengan *C. trachomatis co-infection* merupakan faktor risiko yang mempengaruhi Ketuban Pecah Dini.⁵

b) Infeksi Korioamnionitis/ Amnionitis

Infeksi ini merupakan keadaan dimana cairan ketuban terinfeksi oleh bakteri. Penyebab infeksi ini adalah adanya *streptococcus microorganism*, selain bakteri tadi ada *bacteroides fragilis*, *laktobasili* dan *Staphylococcus*. Bakteri tersebut merupakan bakteri yang sering ditemukan dalam cairan ketuban, yang mana jika bakteri tersebut melepaskan mediator inflamasi dapat menyebabkan kontraksi uterus

sehingga mengakibatkan pembukaan serviks sehingga menyebabkan ketuban pecah dini.¹⁸

c) Infeksi saluran Kencing

Infeksi saluran kemih dibagi menjadi ISK bagian bawah (bakteriuria asimtomatik, sistitis akut), dan ISK bagian atas (pielonefritis). ISK tidak bergejala (bakteriuria asimtomatik) dan ISK bergejala (sistitis akut dan pielonefritis) masing-masing ditemukan pada 2-13% dan 1-2% ibu hamil.¹⁹

Sesuai penelitian yang telah dilakukan oleh Rahman MN, dkk menunjukkan Prevalensi bakteriuria adalah 55,17%. Bakteriuria simtomatik vs asimtomatik menunjukkan perbedaan yang signifikan secara statistik ($p < 0,001$, OR = 0,409; CI = 0287-0584).⁶

2) Inkompatibilitas Servik

Merupakan penyebab kehilangan kehamilan pada trimester dua, kelainan yang disebabkan oleh kelainan septum uterus dan bikornis, atau dapat disebabkan oleh kasus bedah konisasi, produksi eksisi electrosurgical, dilatasi berlebihan yang dilalui servik pada terminasi kehamilan sebelumnya atau akibat dari bekas luka laserasi servik.¹²

3) Trauma

Trauma ini dapat disebabkan oleh hubungan koitus saat hamil yang mana frekuensi koitus 3 kali seminggu atau lebih, kemudian posisi penetrasi yang terlalu dalam sehingga memicu ketuban pecah.¹²

4) Paritas

Paritas merupakan keadaan frekuensi ibu telah mengalami persalinan, terdiri dari 2 macam yaitu:

- a) Primipara: Wanita yang baru sekali mengalami kehamilan dengan janin yang dapat mencapai titik hidup. Berkaitan

dengan psikologis dan mencakup keadaan hamil dan gangguan fisiologis.

- b) Multipara: Wanita yang telah mengalami kehamilan beberapa kali, dan mengalami ketuban pecah dini, dapat diyakini bahwa wanita ini memiliki risiko ketuban pecah dini kembali.

Sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Sakinah menunjukkan bahwa paritas memiliki hubungan yang signifikan dengan kejadian Ketuban Pecah Dini yaitu didapatkan nilai P value 0,001.²⁰

5) Riwayat Ketuban Pecah Dini

Wanita yang pada kehamilan sebelumnya mengalami ketuban pecah dini berisiko akan mengalami kejadian tersebut sebanyak 2 -4 x, hal ini dikarenakan adanya penurunan kandungan kolagen dalam membran sehingga memicu terjadinya ketuban pecah dini.¹²

6) Usia Ibu kurang 20 tahun dan atau > 35 tahun

Prawirohardjo mendefinisikan bahwa usia ibu hamil yang aman melakukan persalinan adalah pada rentan usia 20 – 30 tahun. Dan menurut rosmawati usia ibu yang baik dalam melakukan persalinan adalah usia 20 -35 tahun dikarenakan usia ibu pada rentan tersebut telah memiliki kesiapan fisik, emosional dan psikologis yang lebih matang.¹³

Ibu hamil dengan usia yang terlalu muda keadaan uterus kurang matur untuk melahirkan sehingga rentan untuk mengalami ketuban pecah dini dan pada ibu hamil dengan usia lebih 35 tahun tergolong usia terlalu tua untuk melahirkan (primitua) sehingga berisiko tinggi untuk terjadi ketuban pecah dini.¹²

7) Anemia

Anemia merupakan keadaan dimana ibu mengalami kekurangan zat besi. Ibu hamil yang memiliki zat besi minimal dalam tubuh

dapat mengalami berbagai komplikasi. Komplikasi yang mungkin terjadi adalah abortus, persalinan kurang bulan, ketuban pecah dini, ancaman dekompensasi kardis, serta saat persalinan dapat mengakibatkan gangguan his, retensio plasenta, dan perdarahan postpartum.

b. Faktor Fetal

- 1) Kelainan Posisi: kelainan letak janin atau sungsang dapat mempengaruhi terjadinya pecahnya membran selaput ketuban dikarenakan tidak adanya bagian terendah yang menutupi pintu atas panggul sehingga tidak ada bagian yang menahan tekanan terhadap bagian terbawah.
- 2) Gemeli: kehamilan kembar dapat meningkatkan risiko *rupture membrane* dikarenakan rongga rahim membesar secara maksimal, apabila tidak diseimbangi dengan nutrisi yang baik kemungkinan pecah ketuban akan meningkat karena adanya peningkatan tekanan dari kedua janin.

c. Faktor lain

- 1) Merokok: ibu hamil yang merokok akan meningkatkan risiko ketuban pecah dini dikarenakan dalam rokok mengandung zat kimia yang berbahaya yang menyebabkan lemahnya selaput membran ketuban.
- 2) Sosial Ekonomi: Pendapatan keluarga merupakan faktor yang menentukan kualitas dan kuantitas kesehatan keluarga, pendapatan yang tinggi dapat menunjang kondisi kesehatan yang berjalan dengan baik, sedangkan pendapatan yang rendah dapat memberikan rintangan dalam keluarga dalam mencapai kesejahteraan kesehatan.

4. Mekanisme Ketuban Pecah Dini

Mekanisme ketuban pecah dini ini terjadi akibat pembukaan servik yang masih prematur dan membran terkait dengan pembukaan terjadi devolarisasi dan nekrosis serta dapat diikuti pecah spontan jaringan ikat

yang menyangga membran ketuban, dipercepat dengan infeksi yang mengeluarkan enzim proteolitik, enzim kolagenase. Masa interval sejak ketuban pecah dini sampai terjadi kontraksi disebut fase laten.

5. Pemeriksaan yang dilakukan untuk Ketuban Pecah Dini

d. Pemeriksaan Inspikulo

Pemeriksaan ini dilakukan untuk melihat adanya cairan dalam vagina dan melihat masih adakah selaput ketubannya.

e. Pemeriksaan nitrazin

Pemeriksaan yang dilakukan menggunakan kertas lakmus yang dinilai dari perubahan warna kertas lakmus, dari warna merah menjadi biru apabila ketuban telah pecah.

f. Pemeriksaan dengan USG

Pemeriksaan untuk menilai usia kehamilan, gerakan janin, detak jantung janin, letak janin dan posisi janin, serta banyaknya cairan ketuban.

g. Pemeriksaan cairan ketuban

Pemeriksaan untuk menilai kadar leukosit dalam cairan ketuban apabila, leukosit terdapat $15000/\text{mm}^3$ maka kemungkinan terjadi infeksi.

6. Komplikasi Ketuban Pecah Dini

a. Kelahiran Prematur

Setelah ketuban pecah biasanya akan segera diikuti dengan proses persalinan. Periode laten tergantung umur kehamilan. Pada kehamilan aterm 90% terjadi dalam 24 jam setelah ketuban pecah, sedangkan pada kehamilan 28-34 minggu 50% persalinan terjadi dalam 24 jam. Pada kehamilan kurang dari 26 minggu persalinan terjadi dalam 1 minggu

b. Infeksi

Risiko infeksi apabila terjadi ketuban pecah dini akan meningkat pada ibu dan janin, infeksi pada ibu yang akan terjadi adalah korioamnionitis, dan pada janin akan terjadi setikemia, pneumonia.

Kejadian infeksi ini biasanya lebih sering terjadi pada kehamilan preterm dibandingkan kehamilan aterm, dan infeksi ini terjadi tergantung berapa lama fase laten dari ketuban pecah dini tersebut.

c. Hipoksia dan Asfiksia

Ketuban pecah dini dapat mengakibatkan pengurangan jumlah air ketuban dalam rahim atau disebut oligohidramnion, sehingga mengakibatkan penekanan pada tali pusar yang mengakibatkan sirkulasi dalam tali pusar tidak baik dan menimbulkan hipoksia, sehingga terjadi gawat janin.

d. Sindrom Deformitas Janin

Komplikasi yang sering terjadi pada ketuban pecah dini sebelum kehamilan 37 minggu adalah sindrom distres pernafasan, ini terjadi pada 10-40% bayi baru lahir resiko infeksi akan meningkat pada kejadian ketuban pecah dini, semua ibu hamil dengan ketuban pecah dini prematur sebaiknya dievaluasi untuk kemungkinan terjadinya korioamnionitis. Selain itu kejadian prolaps atau keluarnya tali pusat bisa terjadi pada ketuban pecah dini. Resiko kecacatan dan kematian janin meningkat pada ketuban pecah dini preterm, kejadiannya hampir 100%, apabila ketuban pecah dini preterm ini terjadi pada usia kehamilan kurang 23 minggu.

4. Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir dari kehamilan usia 37-42 minggu dan berat badan lahir 2500-4000 gram. Tanda-tanda bayi lahir sehat yaitu berat badan bayi 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 mg, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, mengisap ASI dengan baik dan tidak ada cacat bawaan.¹¹

b. Fisiologi Bayi Baru Lahir

Ciri-ciri bayi normal yaitu:¹¹

- 1) Lahir aterm antara 37-42 minggu
- 2) Berat badan 2.500-4.000 gram

- 3) Panjang badan 48-52 cm
 - 4) Lingkar dada 30-38 cm
 - 5) Lingkar kepala 33-35
 - 6) Lingkar lengan 11-12 cm
 - 7) Frekuensi denyut jantung 120-160x/menit pernapasan 40-60x/menit
 - 8) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup.
 - 9) Rambut lanuga tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna.
 - 10) Kuku agak panjang dan lemas.
 - 11) Nilai APGAR >7, gerak aktif, bayi lahir langsung menangis kuat.
 - 12) Refleks rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik.
 - 13) Refleks sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik.
 - 14) Refleks moro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik.
 - 15) Refleks grasping (menggenggam) sudah baik.
 - 16) Genitalia
 - a) laki-laki kematangan di tandai dengan testis yang berda pada skrotum dan penis yang berlubang.
 - b) Pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina dan uretra yang berlubang, serta adanya labia minora dan mayora.
 - 17) Eliminasi baik yang ditandai dengan keluarnya mekonium dalam 24 jam pertama dan berwarna hitam kecoklatan.
- c. Tanda bahaya bayi baru lahir¹⁶
- 1) Sulit bernapas atau lebih dari 60 kali/ menit
 - 2) Suhu terlalu tinggi (>38 °C) atau terlalu dingin (<36 °C)
 - 3) Kulit bayi kuning (terutama 24 jam pertama), biru, pucat atau memar.
 - 4) Hisapan saat menyusui lemah, rewel, sering muntah.

- 5) Tali pusat memerah, bengkak, keluar cairan dan berdarah.
- 6) Tanda-tanda infeksi seperti suhu tubuh meningkat, merah, bengkak, bau busuk, keluar cairan dan pernapasan sulit.
- 7) Tidak BAB dalam 3 hari, tidak BAK dalam 24 jam, tinja lembek/encer, berwarna hijau tua ada lendir atau darah.
- 8) Menggigil, rewel, lemas, mengantuk, kejang, dan menangis terus-menerus.

d. APGAR Score

Merupakan alat untuk mengkaji kondisi bayi sesaat setelah lahir, meliputi 5 variabel (pernafasan, frekuensi jantung, warna, tonus otot dan *irritabilitas reflek*). Penilaian ini dilakukan pada 1 menit pertama kelahiran untuk memberi kesempatan pada bayi untuk memulai perubahan, menit ke-5 dan menit ke-10.

Tabel 2. Apgar Skor¹⁶

Kriteria	Nilai		
	0	1	2
<i>Appearance</i> Warna kulit	Seluruh tubuh biru	Tubuh kemerahan, ekstremitas biru	Seluruh tubuh kemerahan
<i>Pulse</i> Denyut jantung	Tidak ada	<100 x/ menit	>100 x/ menit
<i>Grimace</i> Reflek	Tidak ada respon	Ekstremitas sedikit fleksi	Reflek baik
<i>Activity</i> Aktivitas otot	Tidak ada	Bergerak namun lemah	Bergerak aktif
<i>Respiration</i> Usaha bernafas	Tidak ada	Menangis lemah disertai rintihan	Menangis Kuat

e. Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir

Asuhan yang diberikan kepada bayi segera setelah lahir adalah asuhan yang segera, aman, dan bersih. Komponen asuhan yang diberikan adalah:¹⁷

1) Pencegahan Infeksi

Upaya pencegahan infeksi yang dilakukan adalah cuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan bayi, pakai sarung tangan bayi saat menangani bayi, pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan telah di Desinfeksi Tingkat Tinggi (DTT)

atau sterilisasi, pastikan semua pakaian, handuk, selimut, dan kain yang digunakan untuk bayi sudah dalam keadaan bersih.

2) Penilaian Bayi Baru Lahir

Segera lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan (1) Apakah bayi cukup bulan?; (2) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?; (3) Apakah bayi menangis atau bernafas?; (4) Apakah tonus otot bayi baik? Jika ada salah satu pertanyaan dengan jawaban tidak, maka lakukan langkah resusitasi.

3) Pemotongan dan Perawatan Tali Pusat

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

4) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Langkah Inisiasi Menyusu Dini (IMD):¹⁷

- a) Bayi harus mendapatkan kontak kulit dengan kulit ibunya segera setelah lahir selama paling sedikit satu jam.
- b) Bayi harus menggunakan naluri alamiahnya untuk melakukan inisiasi menyusu dini dan ibu dapat mengenali bayinya siap untuk menyusu serta memberi bantuan jika diperlukan.
- c) Menunda semua prosedur lainnya yang harus dilakukan kepada bayi baru lahir hingga inisiasi menyusu selesai dilakukan.

d) ASI eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berumur 0-6 bulan.

5) Pengaturan Suhu

Mekanisme pengaturan temperatur tubuh pada Bayi Baru Lahir belum berfungsi sempurna. Apabila tidak segera dilakukan upaya pencegahan kehilangan panas tubuh maka Bayi Baru Lahir dapat mengalami hipotermia. Hipotermia mudah terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada di dalam ruangan yang relatif hangat.

Bayi kehilangan panas melalui empat cara yaitu konduksi melalui benda-benda padat yang kontak dengan kulit bayi. Konveksi yaitu pendinginan melalui aliran udara di sekitar bayi. Evaporasi yaitu kehilangan panas melalui penguapan air pada kulit bayi yang basah. Radiasi melalui benda padat dekat bayi yang tidak berkontak secara langsung dengan kulit bayi. Keadaan telanjang dan basah pada bayi baru lahir menyebabkan bayi mudah kehilangan panas melalui empat cara diatas. Kehilangan panas secara konduktif jarang terjadi kecuali jika bayi diletakkan pada alas yang dingin.²⁵ Pastikan bayi tetap hangat dan jangan mandikan bayi hingga 24 jam setelah persalinan. Jaga kontak kulit antara ibu dan bayi serta tutupi kepala bayi dengan topi.

6) Pencegahan Infeksi Mata

Pemberian obat mata di anjurkan untuk pencegahan penyakit mata karena klamidia (penyakit menular seksual) dan diberikan 1 jam setelah persalinan. Bayi baru lahir harus mendapatkan profilaksis mata terhadap infeksi yang disebabkan oleh gonore atau klamidia. Pelindung mata terbaik terhadap gonore dan klamidia ialah salep eritromisin 0,5%, yang menyebar dari kantung dalam ke kantung luar mata. Irigasi mata setelah pemberian salep eritromisin tidak perlu dilakukan.¹⁶

7) Pencegahan Perdarahan

Semua bayi baru lahir harus diberikan vitamin K1 injeksi intramuskular setelah satu jam kelahiran. Dosis pemberian vitamin untuk Bayi Baru Lahir sediaan ampul 10 mg dosisnya yaitu 1 mg atau 0,1 cc sedangkan sediaan ampul phytomenadione 2 mg dosisnya yaitu 1 mg atau 0,5 cc pada paha lateral bayi baru lahir dengan berat badan lebih dari 2,5 kg. Vitamin K secara rutin diberikan kepada bayi baru lahir untuk mencegah perdarahan. Usus neonatus menyintesis vitamin K, yang digunakan untuk mengaktifkan prekursor protein yang membuat protein pembeku darah. Manifestasi klinis penyakit hemoragi meliputi perdarahan dari saluran cerna, kulit, dan area sirkumsisi. Vitamin ini bekerja dengan cepat untuk mengaktifkan prekursor pembekuan darah. Penggunaan Vitamin K peroral tidak dianjurkan pada saat ini karena keefektifannya diragukan.¹⁶

8) Pemberian Vaksin Hepatitis B

Imunisasi Hepatitis B bermanfaat untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi. Imunisasi Hepatitis B diberikan 1 jam setelah pemberian Vitamin K1, pada saat bayi baru berumur 2 jam. Semua bayi harus mendapatkan dosis pertama vaksin hepatitis B segera setelah lahir dan sebelum dipulangkan dari rumah sakit. Dosis pertama juga diberikan pada usia dua bulan jika ibu bayi memiliki HbsAg-negatif. Hanya hepatitis B monovalen yang dapat digunakan untuk dosis lahir. Vaksin monovalen atau vaksin kombinasi yang mengandung vaksin hepatitis B dapat digunakan untuk melengkapi rangkaian tersebut. Empat dosis vaksin diberikan jika dosis lahir diberikan. Vaksin Hepatitis B diberikan untuk mencegah terserangnya bayi dari penyakit Hepatitis B.¹⁶

9) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan BBL dilakukan pada:^{18 22}

a) Saat bayi berada di klinik (dalam 24 jam)

- b) Saat kunjungan tindak lanjut (KN), yaitu 1 kali pada umur 6-48 jam, 1 kali pada umur 3-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari.

5. Nifas

a. Definisi

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah keluarnya placenta sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung 6 minggu atau 40 hari. Dalam bahasa latin, waktu tertentu setelah melahirkan anak ini disebut puerperium, yaitu dari kata puer yang artinya bayi dan parous melahirkan.²⁰ Puerperium berarti masa setelah melahirkan bayi. Nifas dibagi dalam tiga periode, yaitu:

1) *Immediated Puerperium*

Yaitu keadaan yang terjadi segera setelah persalinan sampai 24 jam sesudah persalinan (0-24 jam post partum).

2) *Early Puerperium*

Yaitu keadaan yang terjadi pada permulaan puerperium yaitu 1 hari sesudah melahirkan sampai 7 hari.

3) *Later Puerperium*

Yaitu keadaan setelah satu minggu post partum sampai enam minggu.

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Semua kegiatan yang dilakukan, baik dalam bidang kebidanan maupun di bidang lain selalu mempunyai tujuan agar kegiatan tersebut terarah dan diadakan evaluasi penilaian. Tujuan dari perawatan nifas ini adalah:²⁰

- 1) Memulihkan kesehatan umum penderita, menyediakan makanan sesuai kebutuhan, mengatasi anemia, mencegah infeksi dengan memperhatikan kebersihan dan sterilisasi, mengembalikan kesehatan umum dengan pergerakan otot untuk memperlancar peredaran darah

- 2) Mempertahankan kesehatan psikologis, mencegah infeksi dan komplikasi, dan memperlancar pembentukan air susu ibu (ASI)
- 3) Mengajarakan ibu untuk melaksanakan perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan memelihara bayi dengan baik, sehingga bayi dapat mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang normal).³³

c. Kunjungan Masa Nifas

Kunjungan dilakukan paling sedikit 3 kali selama ibu masa nifas. Kegiatan yang dilakukan selama kunjungan meliputi pemeriksaan untuk deteksi dini, pencegahan, intervensi, dan penanganan masalah-masalah yang terjadi pada saat nifas seperti dalam table berikut ini:

Tabel 3. Jadwal Kunjungan pada Ibu dalam Masa Nifas.²⁰

Kunjungan I (KF I) 6 jam s/d 3 hari pasca salin	Kunjungan II (KF II) hari ke 4 s/d 28 hari pasca salin	Kunjungan III (KF III) hari ke 29 s/d 42 hari pasca salin
Memastikan involusi uterus	Bagaimana persepsi ibu tentang persalinan dan kelahiran bayi	Permulaan hubungan seksual
Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan	Kondisi payudara	Metode KB yang digunakan
Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan, dan istirahat	Istirahat ibu	Latihan mengencangkan otot perut
Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak ada tanda-tanda infeksi		Fungsi pencernaan, konstipasi, dan bagaimana penanganannya
Bagaimana perawatan bayi sehari-hari		Hubungan bidan, dokter, dan RS dengan masalah yang ada dan menanyakan pada ibu apa sudah haid.

d. Perubahan Fisiologis Ibu Masa Nifas

Ibu dalam masa nifas mengalami perubahan fisiologis. Setelah keluarnya placenta, kadar sirkulasi hormone HCG (*human chorionic gonadotropin*), human plasental lactogen, estrogen dan progesterone menurun. Human plasental lactogen akan menghilang dari peredaran arah ibu dalam 2 hari dan HCG dalam 2 minggu setelah melahirkan.

Kadar estrogen dan progesterone hampir sama dengan kadar yang ditemukan pada fase folikuler dari siklus hormon steroid ini mengubah fungsi seluruh system sehingga efek kehamilan berbalik dan wanita dianggap sedang tidak hamil, sekalipun pada wanita.²¹

Perubahan- perubahan yang terjadi yaitu:

1) Sistem Kardiovaskuler

Curah jantung meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala tiga ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama dan akan kembali normal pada akhir minggu ke-3 postpartum.³⁴

2) Sistem Haematologi

Leukositosis mungkin terjadi selama persalinan, sel darah merah berkisar 15.000 selama persalinan. Peningkatan sel darah putih berkisar antara 25.000-30.000 yang merupakan manifestasi adanya infeksi pada persalinan lama. Hal ini dapat meningkat pada awal nifas yang terjadi bersamaan dengan peningkatan tekanan darah serta volume plasma dan volume sel darah merah. Pada 2-3 hari postpartum, konsentrasi hematokrit menurun sekitar 2% atau lebih. Total kehilangan darah pada saat persalinan dan nifas kira-kira 700-1500 ml (200-200ml hilang pada saat persalinan, 500-800 ml hilang pada minggu pertama postpartum, dan 500 ml hilang pada masa nifas).²¹

3) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Involusi uterus adalah kembalinya uterus kepada keadaan sebelumhamil, baik dalam bentuk maupun posisi. Selain uterus, vagina, ligament uterus, dan otot dasar panggul juga kembali ke keadaan sebelum hamil.²¹ Bayi lahir fundus uterus setinggi pusat dengan berat uterus 1000 gr

- (1) Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750 gr

- (2) Satu minggu postpartum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat simfisis dengan berat uterus 500 gr
- (3) Dua minggu postpartum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simfisis dengan berat uterus 350 gr
- (4) Enam minggu postpartum fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gr

b) Lochea

Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Lochea keluar dari uterus setelah bayi lahir sampai dengan 3 atau 4 minggu postpartum.²¹

- (1) Lochea rubra (cruenta): berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo dan mekonium, selama 2 hari postpartum
- (2) Lochea sanguinolenta: berwarna kuning berisi darah dan lendir 3-7 hari postpartum
- (3) Lochea serosa: berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 postpartum
- (4) Lochea alba: cairan putih, setelah 2 minggu
- (5) Lochea purulenta : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
- (6) Locheastasis: lochea tidak lancar keluaranya

c) Serviks

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

d) Vulva dan vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar saat proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu

vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.

e) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi kendur karena sebelumnya tergang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan.

f) Payudara

ASI yang dapat dihasilkan oleh ibu pada setiap harinya sekitar 150-300 ml, sehingga kebutuhan bayi setiap harinya. ASI dapat dihasilkan oleh kelenjar susu yang dipengaruhi oleh kerja hormon-hormon, di antaranya hormon laktogen. ASI yang akan pertama kali muncul pada masa nifas adalah ASI yang berwarna kekuningan yang biasa dikenal dengan sebutan kolostrum. Kolostrum sebenarnya telah terbentuk di dalam tubuh ibu pada usia kehamilan 12 minggu. Dan kolostrum merupakan ASI yang pertama yang sangat baik untuk diberikan karena banyak sekali manfaatnya, kolostrum ini menjadi imun bagi bayi karena mengandung sel darah putih.

Jadi, perubahan payudara meliputi:

- (1) Penurunan kadar progesterone secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin 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.³⁶

4) Sistem perkemihan

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. Keadaan ini akan menyebabkan diuresis.²⁰

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari postpartum. Diuresis terjadi karena saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini akan kembali normal setelah 4 minggu postpartum. Pada awal postpartum, kandung kemih mengalami edema, kongesti dan hipotonik. Hal ini disebabkan oleh adanya overdistensi pada saat kala dua persalinan dan pengeluaran urine yang tertahan selama proses persalinan. Sumbatan pada uretra disebabkan oleh adanya trauma saat persalinan berlangsung dan trauma ini dapat berkurang selama 24 jam postpartum.¹⁸

5) Sistem gastrointestinal

Konstipasi mungkin menjadi masalah pada puerperium awal karena kurangnya makanan padat selama persalinan dan karena wanita menahan defekasi. Wanita mungkin menahan defekasi karena perineumnya mengalami perlukaan atau karena ia kurang pengetahuan dan takut akan merobek atau merusak jahitan jika melakukan defekasi.²⁰

6) Sistem endokrin

Saat plasenta terlepas dari dinding uterus, kadar HCG dan HPL secara berangsur turun dan normal kembali setelah 7 hari postpartum. HCG tidak terdapat dalam urine ibu setelah 2 hari postpartum. HPL tidak lagi terdapat dalam plasma.¹⁸

e. Adaptasi Psikologis Pada Masa Nifas

Wanita hamil mengalami perubahan psikologis yang nyata sehingga memerlukan adaptasi. Perubahan mood seperti sering menangis, lekas marah, dan sering sedih atau cepat berubah menjadi senang merupakan manifestasi dari emosi yang labil. Proses adaptasi berbeda-beda antara satu ibu dengan ibu yang lain. Pada awal

kehamilan ibu beradaptasi menerima bayi yang dikandungnya sebagai bagian dari dirinya. Perasaan gembira bercampur dengan kekhawatiran dan kekhawatiran menghadapi perubahan peran yang sebentar lagi akan dijalani.

Periode ini terjadi dalam tiga tahap:¹⁹

1) *Taking in*

- a) Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
- b) Ibu akan mengulang-ulang pengalamannya waktu bersalin dan melahirkan
- c) Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mencegah gangguan tidur
- d) Peningkatan nutrisi mungkin dibutuhkan karena selera makan ibu biasanya bertambah. Nafsu makan yang kurang menandakan proses pengembaian kondisi ibu tidak berlangsung normal.

2) *Taking hold*

- a) Berlangsung 2-4 hari postpartum, ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
- b) Perhatian terhadap fungsi-fungsi tubuh
- c) Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan untuk merawat bayi, misalnya menggendong dan menyusui. Ibu agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal tersebut, sehingga cenderung menerima nasihat dari bidan karena ia terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi

3) *Letting go*

- a) Terjadi setelah ibu pulang kerumah dan sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga

- b) Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi. Ia harus beradaptasi dengan kebutuhan bayi yang sangat tergantung, yang menyebabkan berkurangnya hak ibu dalam kebebasan dan berhubungan sosial
- c) Pada periode ini umumnya terjadi depresi postpartum.²⁰
- d) Depresi Postpartum
- e) Banyak ibu mengalami *let down* setelah melahirkan sehubungan dengan seriusnya pengalaman waktu melahirkan dan keraguan akan kemampuan mengatasi secara efektif dalam membesarkan anak. Umumnya, depresi ini sedang dan mudah berubah dimulai 2-3 hari setelah melahirkan dan dapat diatasi 1-2 minggu kemudian.³³
- f) Postpartum *Blues/Baby Blues*

Kondisi ini adalah periode emosional stress yang terjadi antara hari ke-3 dan ke-10 setelah persalinan yang terjadi 80% pada ibu postpartum. Karakteristik kondisi ini adalah iritabilitas meningkat, perubahan mood, khawatir, pusing, serta perasaan sedih dan sendiri. Ada beberapa faktor yang berperan menyebabkan kondisi ini, seperti perubahan kadar hormon yang terjadi secara cepat, ketidaknyamanan yang tidak diharapkan (payudara bengkak, nyeri persalinan), kekhawatiran setelah pulang dari rumah sakit atau tempat bersalin, menyusui ASI dan perubahan pola tidur

f. Deteksi Dini Komplikasi Masa Nifas

Beberapa bahaya ibu nifas meliputi:

1) Perdarahan per vaginam

Perdarahan per vaginam yang melebihi 500 ml setelah persalinan didefinisikan sebagai perdarahan pascapersalinan. Terhadap beberapa masalah mengenai definisi, yaitu:

- a) Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak sebanyak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah dari biasanya.

Darah tersebut bercampur cairan amnion atau urine. Darah tersebar pada spon, handuk dan kain dalam ember dan lantai.

- b) Volume darah yang hilang bervariasi. Kekurangan darah dapat diketahui dari kadar hemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar Hb normal dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan darah yang mungkin dapat menyebabkan anemia. Seorang ibu yang sehat dan tidak anemia pun dapat mengalami akibat fatal dari kehilangan darah.
- c) Perdarahan dapat terjadi secara lambat dan dalam jangka waktu beberapa jam dan kondisi ini mungkin tidak dikenali sampai terjadi syok.

Penilaian risiko pada saat antenatal tidak dapat diperkirakan terjadinya perdarahan pascapersalinan. Penanganan aktif kala III sebaik-baiknya dilakukan pada semua wanita yang bersalin. Hal ini dapat menurunkan insiden perdarahan pascapersalinan akibat atonia uteri. Semua ibu pascapersalinan harus dipantau dengan ketat untuk kemungkinan perdarahan fase persalinan.³³

2) Infeksi masa nifas

Ibu beresiko infeksi postpartum karena adanya luka pada bekas pelepasan plasenta, laserasi pada saluran genital, termasuk episiotomi pada perineum, dinding vagina, dan serviks. Infeksi pasca seksio sesaria mungkin terjadi. Penyebab infeksi adalah bakteri endogen dan eksogen. Faktor predisposisi meliputi nutrisi yang buruk, defisiensi zat besi, persalinan lama, ruptur membrane, episotomi dan seksio sesarea. Gejala klinis endometritis tampak pada hari ke-3 postpartum disertai suhu yang mencapai 39⁰C dan takikardia, sakit kepala kadang terdapat uterus yang lembek.²⁰

3) Sakit Kepala, Nyeri Epigastrik, dan Penglihatan Kabur

Wanita yang baru melahirkan sering mengeluh sakit kepala hebat atau penglihatan kabur. Penanganan terhadap gangguan ini, meliputi:

- a) Jika ibu sadar, periksa nadi, tekanan darah, dan pernapasan
 - b) Jika ibu tidak bernapas, periksa dan lakukan ventilasi dengan masker dan balon. Lakukan intubasi jika perlu. Dan jika pernapasan dangkal, periksa dan bebaskan jalan napas serta beri oksigen 4-6 liter per menit
 - c) Jika pasien tidak sadar/koma, bebaskan jalan napas, baringkan miring, ukur suhu, periksa apakah ada kaku tengkuk.
- 4) Pembengkakan Wajah atau Ekstremitas
- Bila terjadi gejala ini, periksa adanya varises, periksa kemerahan pada betis, dan periksa apakah tulang kering, pergelangan kaki, atau kaki mengalami edema (perhatikan adanya edema puting, jika ada).
- 5) Demam, Muntah dan Nyeri Berkemih
- Pada masa nifas dini, sensitivitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih didalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan atau analgesia epidural atau spinal. Setelah melahirkan, terutama saat infuse oksitosin dihentikan, terjadi diuresis yang disertai peningkatan produksi urine dan distensi kandung kemih. Overdistensi yang disertai kateterisasi untuk mengeluarkan air kemih sering menyebabkan infeksi saluran kemih.
- 6) Payudara bengkak
- Payudara bengkak yang tidak disusui secara adekuat dapat menyebabkan payudara menjadi merah, panas, terasa sakit, dan akhirnya terjadi mastitis. Puting lecet akan memudahkan masuknya kuman dan terjadinya payudara bengkak. BH/bra yang terlalu ketat mengakibatkan engergement segmental. Bila

payudara ini tidak disusukan dengan adekuat, dapat terjadi mastitis.

7) Kehilangan Nafsu Makan yang Lama

Sesudah bayi lahir, ibu akan merasakan lelah dan mungkin juga lemas karena kehabisan tenaga. Hendaknya ibu lekas diberi minuman hangat, susu, kopi, atau teh yang bergula. Apabila ibu menghendaki makanan, berikan makanan yang bersifat ringan. Organ pencernaan memerlukan waktu istirahat untuk memulihkan keadaannya. Oleh karena itu, tidak benar bila ibu diberi makan terlalu banyak, walaupun ibu menginginkannya. Akan tetapi, biasanya disebabkan oleh adanya kelelahan yang amat berat, nafsu makan terganggu, sehingga ibu tidak ingin makan sampai kelelahannya hilang.³³

g. Posisi yang Benar dalam menyusui

Dalam menyusui yang benar ada beberapa macam posisi menyusui, antara lain:

1) Posisi berbaring miring

Posisi ini amat baik untuk pemberian ASI yang pertama kali atau bila ibu merasakan lelah atau nyeri. Ini biasanya dilakukan pada ibu menyusui yang melahirkan melalui operasi sesar. Yang harus diwaspadai dari teknik ini adalah pertahankan jalan nafas bayi agar tidak tertutupi oleh payudara ibu. Oleh karena itu, ibu harus selalu didampingi oleh orang lain ketika menyusui.

2) Posisi duduk

Penting untuk memberikan topangan atau sandaran pada punggung ibu, dalam posisinya agak tegak lurus (90^0) terhadap pangkuannya. Ini mungkin dapat dilakukan dengan duduk bersila diatas tempat tidur atau dilantai, atau duduk dikursi.

h. Peran dan Tanggung jawab Bidan Pada Masa Nifas

Menurut Marni, peran dan tanggung jawab bidan pada masa nifas antara lain:³⁸

1. Mendukung dan memantau kesehatan fisik ibu dan bayi.
 2. Mendukung dan memantau kesehatan psikologis, emosi, sosial, serta memberikan semangat pada ibu.
 3. Membantu ibu dalam menyusui bayinya.
 4. Membangun kepercayaan diri ibu dalam perannya sebagai ibu.
 5. Mendukung pendidikan kesehatan termasuk pendidikan dalam perannya sebagai orangtua.
 6. Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
 7. Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
 8. Membuat kebijakan, perencana program kesehatan yang berkaitan dengan ibu dan anak serta mampu melakukan kegiatan administrasi.
 9. Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
 10. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman.
 11. Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan.
 12. Memberikan asuhan secara professional.
6. Keluarga Berencana (KB)

a. Definisi KB

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.²³

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.²⁷

Tujuan program KB lainnya yaitu untuk menurunkan angka kelahiran yang bermakna, untuk mencapai tujuan tersebut maka diadakan kebijakan yang dikategorikan dalam tiga fase (menunda, menjarangkan 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.²⁷

1) Fase Menunda

Fase Menunda Kehamilan Pasangan Usia Subur (PUS) dengan usia kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya karena:

- a) Usia dibawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya tidak mempunyai anak dulu karena berbagai alasan
- b) Prioritas penggunaan kontrasepsi pil oral, karena peserta masih muda
- c) Penggunaan kondom kurang menguntungkan, karena pada pasangan muda frekuensi bersenggamanya relatif tinggi, sehingga kegagalannya juga tinggi.
- d) Penggunaan IUD mini bagi yang belum mempunyai anak pada masa ini dapat dianjurkan, terlebih bagi calon peserta dengan kontra indikasi terhadap pil.

Ciri kontrasepsi yang diperlukan Pada PUS dengan usia istri kurang dari 20 tahun ciri kontrasepsi yang sesuai adalah :

- a) Reversibilitas tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjadi 100 % karena pasangan belum mempunyai anak (KB yang disarankan adalah penggunaan pil)
- b) Efektifitas tinggi, karena kegagalan akan menyebabkan kehamilan dengan risiko tinggi dan kegagalan ini merupakan kegagalan program.

2) Fase Menjarangkan

Fase Menjarangkan Kehamilan Pada fase ini usia istri antara 20 – 30 / 35 tahun, merupakan periode usia yang paling baik untuk hamil dan melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antar kelahiran 2-4 tahun yang dikenal sebagai catur warga. Alasan menjarangkan kehamilan adalah:

- a) Usia antara 20 – 30 tahun merupakan usia yang terbaik untuk hamil dan melahirkan
- b) Segera setelah anak pertama lahir, maka dianjurkan untuk memakai IUD sebagai pilihan utama.

Ciri – ciri Kontrasepsi yang Sesuai

- a) Reversibilitas cukup tinggi karena peserta masih mengharapkan punya anak lagi
- b) Efektifitas cukup tinggi (KB yang disarankan adalah IUD)
- c) Dapat dipakai 2 sampai 4 tahun yaitu sesuai dengan jarak kehamilan anak yang direncanakan
- d) Tidak menghambat air susu ibu (ASI), karena ASI adalah makanan terbaik sampai anak usia 2 tahun dan akan mempengaruhi angka kesakitan dan kematian anak.

3) Fase Menghentikan

Fase Menghentikan Usia istri di atas 30 tahun, terutama di atas 35 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah memiliki 2 orang anak. Alasan mengakhiri kesuburan adalah : Karena alasan medis dan alasan lainnya, ibu – ibu dengan usia di atas kesuburan setelah memiliki 2 orang anak.

Alasan mengakhiri kesuburan adalah:

- a) ibu – ibu dengan usia di atas 30 tahun dianjurkan untuk tidak hamil/tidak punya anak lagi
- b) Pilihan utama adalah kontrasepsi mantap

- c) Pil oral kurang dianjurkan karena usia ibu relatif tua dan mempunyai risiko kemungkinan timbulnya efek samping dan komplikasi.

Ciri – ciri kontrasepsi yang diperlukan:

- a) Efektifitas sangat tinggi. Kegagalan menyebabkan terjadinya kehamilan risiko tinggi bagi ibu dan bayi. Selain itu akseptor memang tidak mengharapkan punya anak lagi.
- b) Dapat dipakai dalam jangka panjang
- c) Tidak menambah kelainan yang sudah ada. Pada usia tua, kelainan seperti penyakit jantung, darah tinggi, keganasan dan metabolik biasanya meningkat. Oleh karena itu sebaiknya tidak diberikan cara kontrasepsi yang menambah kelainan jantung.²⁷

c. Kebutuhan Pada Calon Akseptor KB

1) Konseling

Konseling adalah suatu proses pemberian informasi objektif dan lengkap, dilakukan secara sistematis dengan panduan sistematis interpersonal, teknik bimbingan dan penguasaan pengetahuan klinik yang bertujuan untuk membantu seseorang mengenali kondisinya saat ini, masalah yang sedang dihadapinya dan menentukan jalan keluar atau upaya dalam mengatasi masalah tersebut.²³

Proses konseling yang benar, obyektif dan lengkap akan meningkatkan kepuasan, kelangsungan dan keberhasilan penggunaan berbagai metode kontrasepsi (PPIBI,2016:120). Dalam memberikan konseling, khususnya bagi calon akseptor KB yang baru, hendaknya dapat diterapkan enam langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU. Penerapan SATU TUJU tersebut tidak perlu dilakukan secara berurutan karena petugas harus menyesuaikan diri dengan kebutuhan klien. Kata kunci SATU TUJU adalah sebagai berikut:

- (1) SA: SApa dan Salam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat dipeolehnya.
- (2) T: Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR), tujuan, kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien. Berikan perhatian kepada klien apa yang disampaikan klien sesuai dengan kata-kata, gerak isyarat dan caranya. Coba tempatkan diri kita di dalam hati klien. Perhatikan bahwa kita memahami. Dengan memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien, kita dapat membantunya.
- (3) U: Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling diinginkan, serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada. Uraikan juga mengenai risiko penularan *Human ImmunodeficiencyVirus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV/AIDS) dan pilihan metode ganda.
- (4) TU: Bantulah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berpikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.
- (5) J: Jelaskan secara lengkap kepada klien bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsi, jika diperlukan perhatikan alat kontrasepsinya.
- (6) U: Perlunya kunjungan Ulang. Diskusikan dan buat kontrak

dengan klien untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi apabila dibutuhkan.

2) Penapisan Klien

Tujuan utama panapisan klien sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi, untuk menentukan apakah ada: Kehamilan, Klien tidak hamil apabila:

- (1) Tidak senggama sejak haid terakhir
- (2) Sedang memakai metode efektif secara baik dan benar
- (3) Sekarang didalam 7 hari pertama haid terakhir
- (4) Di dalam 4 minggu pasca persalinan
- (5) Dalam 7 hari pasca keguguran
- (6) Menyusui dan tidak haid
- (7) Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus
- (8) Masalah (misalnya: *diabetes*, tekanan darah tinggi) yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut
Apabila klien menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan maka pil kombinasi adalah metode pilihan terakhir.
- (9) Tidak cocok untuk pil progestin (minipil), suntikan *Depo medroxy progesterone asetat* (DMPA) atau Norethindrone enanthate (NET-EN) atau susuk. Tidak cocok untuk suntikan progestin (DMPA atau NET-EN).

d. Kontrasepsi

1) Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi merupakan usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha-usaha itu dapat bersifat sementara dan permanen.¹⁷ Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim.²⁷

2) Macam-macam Kontrasepsi

a) 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), *Couitus Interruptus*, Metode Kalender, Metode Lendir Serviks, Metode Suhu Basal Badan, dan *Simptothermal* yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik. Sedangkan metode kontrasepsi sederhana dengan alat yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida.²⁷

b) Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2 yaitu kombinasi (mengandung hormon progesteron dan estrogen sintetik) dan yang hanya berisi progesteron saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/injeksi. Sedangkan kontrasepsi hormone yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan *implant*.²⁷

c) Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu AKDR yang mengandung hormon sintetik (sintetik progesteron) dan yang tidak mengandung hormon. AKDR yang mengandung hormon Progesterone atau Leuonorgestrel yaitu Progestasert (Alza-T dengan daya kerja 1 tahun, LNG-20 mengandung Leuonorgestrel

d) 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.²⁸

7. Kewenangan Bidan

Dalam PERMENKES No 28 Tahun 2017 pasal 19 menerangkan bahwa pada persalinan Bidan berwenang melakukan: a. episiotomi; b. pertolongan persalinan normal; c. penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II; d. penanganan kegawat-daruratan, dilanjutkan dengan perujuk; e. pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil; f. pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas; g. fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif; h. pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum; i. penyuluhan dan konseling; j. bimbingan pada kelompok ibu hamil; dan k. pemberian surat keterangan kehamilan dan kelahiran.²⁸

Sebagai seorang bidan kita harus mampu memberikan dukungan baik secara fisik maupun emosional kepada ibu dan keluarga selama masa persalinan dan kelahiran, memberikan asuhan yang tepat saat persalinan, memberikan asuhan sayang ibu dan memberikan asuhan yang tepat untuk bayi. Tugas penting yang dilaksanakan bidan mencakup KIE (komunikasi, informasi, dan edukasi) dan KIPK (komunikasi, interpersonal/konseling) untuk ibu, keluarga dan masyarakat, pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orang tua, kesehatan reproduksi perempuan, keluarga berencana, dan pemeliharaan kesehatan anak.²⁸ Pemberian konseling keluarga berencana dan metode kontrasepsi selama masa pasca persalinan dapat meningkatkan kesadaran ibu untuk menggunakan kontrasepsi.²⁶

Berdasarkan SDKI 2017, keputusan di antara wanita menikah yang ingin KB mendapatkan sumber informasi utama adalah perawat/bidan (24%), PKK/kader (12%), serta petugas KB dan dokter (masing-masing 7%).²⁷ Hal tersebut menunjukkan pentingnya edukasi seorang bidan terhadap KB sehingga membantu ibu untuk menentukan dan mengambil keputusan memilih alat kontrasepsi yang dipakai.