

## **BAB II**

### **KAJIAN KASUS DAN TEORI**

#### **A. KAJIAN KASUS**

##### **1. Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil**

Ny. S usia 26 tahun seorang Perawat yang bekerja di Rumah Sakit Pemerintah dengan Pendidikan terakhir S1. Suami Tn. A umur 27 tahun pekerjaan karyawan swasta, agama Islam, Pendidikan terakhir SMK. Menikah sejak 1 tahun yang lalu. G1P0A0AH0, HPHT tanggal 2 April 2022, HPL 9 Januari 2023, saat kontak pertama pada tanggal 13 Desember 2022 dengan usia kehamilan 36 minggu. Ibu tidak memiliki riwayat penyakit menurun maupun penyakit menular seksual. Ibu ANC teratur di bidan dan dokter Sp.OG.

Keluhan saat ini ibu mengeluh mengalami keputihan sejak usia kehamilan 28 minggu, namun belakangan ini kurang lebih 1 minggu keputihan yang dialami ibu semakin banyak berwarna putih kekuningan disertai gatal dan kadang berbau amis sehingga ibu merasa tidak nyaman dengan keluhan yang dirasakan karena sedikit mengganggu aktivitas sehari-hari. Dari hasil pemeriksaan didapatkan keadaan umum ibu baik, BB 70,85 kg, TB 160 cm, Lila 28 cm, IMT 23,43 kg/m<sup>2</sup>. Tekanan darah: 110/70 mmHg, S: 36,6<sup>0</sup> C, N: 82 kali/menit, RR: 20 kali/menit. Leopold TFU 27 cm, pada fundus teraba bokong, punggung kanan, presentasi kepala dengan DJJ 132x/menit. Hasil pemeriksaan penunjang pada tanggal 20 Agustus 2022 HB: 13,7 gr/dl, GDS 97, urine negative, Sifilis(-), HbsAg non reaktif, urine bakteri (++) , leukosit 80-100. Kemudian ibu diberikan KIE mengenai ketidaknyamanan kehamilan trimester III, cara mengatasi keputihan, tetap menjaga kebersihan personal hygiene, dan tanda-tanda bahaya kehamilan serta diberikan rujukan untuk konsultasi dengan dokter Sp.OG.

Kunjungan ke 2 dilakukan pada tanggal 20 Desember 2022, ibu mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya dan cek laboratorium di Puskesmas Imogiri I. Ibu juga mengatakan kalau keputihan yang dirasakan sudah berkurang dan

sebelumnya sudah diberikan obat berupa antibiotic oleh dokter Sp.OG. Saat ini usia kehamilan ibu memasuki 37 minggu, semua hasil pemeriksaan dalam batas normal. Hasil pemeriksaan laboratorium HB: 12,6 gr/dl, GDS: 69, protein urine dan reduksi urine (-). Diberikan konseling berupa persiapan persalinan, tanda-tanda persalinan dan tanda-tanda bahaya. Ibu berencana untuk melahirkan di Rumah Sakit Nur Hidayah.

## 2. Asuhan Kebidanan pada Persalinan

Pada tanggal 9 Januari 2023 saat ini usia kehamilan ibu 40 minggu, Ny. S bersama suami ingin memeriksakan kehamilan ke dokter Sp.OG karena belum merasakan kencang-kencang dari hasil pemeriksaan USG didapatkan kalau air ketuban sedikit (indeks cairan ketuban kurang 5 cm) sehingga ibu akan dilakukan induksi persalinan. Kemudian ibu masuk ke ruang bersalin dan diberikan induksi pertama secara pervaginam pukul 11.00 WIB dan induksi yang ke 2 pukul 16.00 WIB. Pada pukul 21.30 WIB ibu mengatakan ketuban pecah dan ingin BAB serta dorongan untuk meneran. Kemudian pukul 21.40 WIB, bayi lahir secara spontan, langsung menangis, warna kulit kemerahan dengan jenis kelamin perempuan, dilakukan IMD dan plasenta lahir lengkap serta terdapat robekan perinium.

## 3. Asuhan Kebidanan pada BBL

Pada tanggal 9 Januari 2023 pukul 21.40 WIB bayi lahir spontan, menangis kuat, gerakan aktif, warna kulit kemerahan dengan jenis kelamin perempuan, selanjutnya dilakukan asuhan bayi baru lahir normal mengeringkan bayi dan menjaga kehangatan bayi dan dilakukan IMD selama 1 jam. Hasil pemeriksaan antropometri, BB 3000 gr, PB 47 cm, LK: 31 cm, LD 30 cm, Lila: 11 cm, HR: 130 x/menit, R 45 x/menit, S: 36,8<sup>0</sup>C, dalam pemeriksaan fisik tidak ditemukan kelainan, dan bayi diberikan injeksi Vitamin K1, salep mata, dan imunisasi Hb 0.

Pengkajian dilakukan pada tanggal 10-01-202, Nutrisi bayi hanya ASI dan diberikan 2 jam/on demand, bayi BAK 6 kali/hari, BAB 2 kali/hari warna hitam, lama setiap kali tidur 4 jam, dalam pemeriksaan obyektif didapatkan BB : 3000 gram, PB: 47 cm, pernafasan: 48 x / menit, nadi : 129 x/ menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, tali

pusat belum puput dan tidak ada tanda infeksi. By. Ny. S usia 1 hari neonatus dalam keadaan baik. Ibu diberikan edukasi untuk tetap menyusui bayi sesering mungkin (2 jam sekali), memberikan ASI saja hingga 6 bulan, edukasi perawatan bayi sehari-hari dengan tetap menjaga kehangatan bayi, memandikan bayi secara mandi celup, tanda bahaya pada bayi.

Pengkajian dilakukan pada tanggal : 15-01-2023, Ibu mengatakan tidak terdapat keluhan pada bayinya, hanya saja bayi terkadang menangis malam hari karena ingin menyusui. Dalam pemeriksaan obyektif didapatkan : BB 3100 gram, PB 47 cm, pernafasan : 48 x / menit , nadi : 130 x/ menit, suhu: 36,5<sup>0</sup>C, tali pusat sudah puput, tidak ada infeksi. By. Ny. S usia 7 hari neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan dengan keadaan baik. Selanjutnya memberi KIE kepada ibu untuk tetap melanjutkan menyusui bayinya sesering mungkin dan hingga bayi berusia 6 bulan, perawatan bayi sehari-hari, memberikan edukasi apabila menemukan tanda bahaya pada bayi seperti kejang, demam, ujung jari tangan kaki kebiruan untuk segera memeriksakan ke fasilitas kesehatan terdekat.

Pengkajian dilakukan pada tanggal : 22-01-2023, Ibu mengatakan tidak terdapat keluhan pada bayinya, hanya saja bayi terkadang menangis malam hari karena ingin menyusui. Dalam pemeriksaan obyektif didapatkan : BB 3200 gram, PB 48 cm, pernafasan : 49 x / menit , nadi : 126 x/ menit, suhu: 36,5<sup>0</sup>C, tali pusat sudah puput, tidak ada infeksi. By. Ny. S usia 14 hari neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan dengan keadaan baik Bayi sudah dijadwalkan Imunisasi BCG, tanggal 8- 02- 2023. Selanjutnya memberi KIE kepada ibu untuk tetap melanjutkan menyusui bayinya sesering mungkin dan hingga bayi berusia 6 bulan, perawatan bayi sehari-hari, memberikan edukasi apabila menemukan tanda bahaya pada bayi seperti kejang, demam, ujung jari tangan kaki kebiruan untuk segera memeriksakan ke fasilitas kesehatan terdekat.

Pada tanggal 8 Februari 2023, Ny. S datang ke Puskesmas Imogiri I Bersama bayinya untuk imunisasi bayinya. BB 3800 gr, PB 50 cm, Lika 33 cm, suhu 36,5<sup>0</sup> C bayi dalam keadaan sehat. Bayi disuntikkan BCG. Menganjurkan

ibu untuk membawa bayinya imunisasi IPV 1 dan DPT-HiB-Hb 1 saat bayinya berusia 2 bulan.

#### 4. Asuhan Kebidanan pada Nifas

Pengkajian dilakukan pada tanggal 10 Januari 2023, ibu mengatakan masih terasa nyeri pada luka jahitan perinium. Ibu mengatakan perutnya masih terasa sedikit mulas namun hilang timbul. Dari hasil pemeriksaan didapatkan, tekanan darah :100/70 mmHg, respirasi: 20 x/menit, nadi : 84x /menit, Suhu : 36,5 °C, ASI sudah keluar, TFU : 2 jari dibawah pusat, konsistensi uterus: keras, lochea rubra, pengeluaran darah dalam batas normal. Ny. S usia 26 tahun P1A0AH1 postpartum hari ke 1 normal. Ibu diberikan edukasi mengenai mobilisasi dini, Teknik menyusui, tetap menjaga personal hygiene, dan tanda-tanda bahaya pada ibu nifas.

Pada kunjungan selanjutnya dilakukan pengkajian pada tanggal 15 Januari 2023, ibu mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan saat ini, dari hasil pemeriksaan didapatkan, tekanan darah :100/70 mmHg, respirasi: 20 x/menit, nadi : 84x /menit, Suhu : 36,5 °C, ASI sudah keluar, TFU : 1/2 pusat symphysis, konsistensi uterus: keras, lochea sanguilenta, pengeluaran darah dalam batas normal. Ny. S usia 26 tahun P1A0AH1 postpartum hari ke 7 normal. Ibu diberikan edukasi mengenai nutrisi, istirahat yang cukup ASI eksklusif, menjaga personal hygiene, dan tanda-tanda bahaya pada ibu nifas.

Pada kunjungan selanjutnya dilakukan pengkajian pada tanggal 22 Januari 2023, ibu mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan saat ini, dari hasil pemeriksaan didapatkan, tekanan darah :110/70 mmHg, respirasi: 20 x/menit, nadi : 80x /menit, Suhu : 36,5 °C, ASI sudah keluar, TFU : tidak teraba, lochea serosa, pengeluaran darah dalam batas normal. Ny. S usia 26 tahun P1A0AH1 postpartum hari ke 14 normal. Ibu diberikan edukasi mengenai nutrisi, istirahat yang cukup ASI eksklusif, menjaga personal hygiene, dan tanda-tanda bahaya pada ibu nifas.

Pada kunjungan selanjutnya dilakukan pengkajian pada tanggal 10 Februari 2023, ibu mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan saat ini, dari hasil pemeriksaan didapatkan, tekanan darah :110/70 mmHg, respirasi: 20 x/menit, nadi : 78x /menit, Suhu : 36,5 °C, ASI sudah keluar, TFU : tidak teraba, lochea, alba. Ny. S usia 26 tahun P1A0AH1 postpartum hari ke 33 normal. Ibu diberikan edukasi mengenai kontrasepsi, istirahat yang cukup ASI eksklusif.

#### 5. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

Pada tanggal 20 Februari 2023, Ny. S datang ke Praktik Mandiri Bidan ingin menggunakan KB suntik 3 bulan, ibu mengatakan sudah tidak keluar darah dan melahirkan pada tanggal 9 Januari 2023. Ny. S umur 26 tahun dengan Calon Akseptor KB suntik 3 bulan. Memberikan KIE mengenai manfaat, kerugian dan efek samping dari KB suntik 3 bulan dan memberitahu jadwal suntik berikutnya.

## **B. KAJIAN TEORI**

### **1. Konsep Dasar *Continuity of Care*/COC**

#### **a. Definisi**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Pasal 4 menyebutkan bahwa Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan.<sup>2</sup>

*Continuity of care* merupakan hal yang mendasar dalam model praktik kebidanan untuk memberikan asuhan yang holistik, membangun kemitraan yang berkelanjutan untuk memberikan dukungan, dan membina hubungan saling percaya antara bidan dengan klien. Menurut Reproductive, Maternal, Newborn, And Child Health (RMNCH). “Continuity of care” meliputi pelayanan terpadu bagi ibu dan anak dari prakehamilan hingga persalinan,

periode postnatal dan masa kanak-kanak. Asuhan disediakan oleh keluarga dan masyarakat melalui layanan rawat jalan, klinik, dan fasilitas kesehatan lainnya.

*Continuity of care* dalam kebidanan adalah serangkaian kegiatan pelayanan yang berkelanjutan dan menyeluruh mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, pelayanan bayi baru lahir serta pelayanan keluarga berencana yang menghubungkan kebutuhan kesehatan perempuan khususnya dan keadaan pribadi setiap individu.

Berdasarkan pengertian diatas, *Continuity of Care / COC* atau asuhan kebidanan berkesinambungan merupakan asuhan yang diberikan kepada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir atau neonates, serta pemilihan metode kontrasepsi atau KB secara komprehensif sehingga mampu untuk menekan AKI dan AKB.

#### **b. Filosofi COC**

Filosofi model *continuity of care* menekankan pada kondisi alamiah yaitu membantu perempuan agar mampu melahirkan dengan intervensi minimal dan pemantauan fisik, kesehatan psikologis, spiritual dan sosial perempuan dan keluarga (McLachlan et al., 2012). Siklus persalinan merupakan paket pelayanan yang meliputi pelayanan yang berkelanjutan selama hamil, bersalin dan pasca persalinan.

*Continuity of care* dalam pelayanan kebidanan dapat memberdayakan perempuan dan mempromosikan keikutsertaan dalam pelayanan mereka juga meningkatkan pengawasan pada mereka sehingga perempuan merasa di hargai.

#### **c. Jenis Pelayanan COC**

*Continuity of Care* memiliki tiga jenis pelayanan yaitu:

- 1) Manajemen
- 2) Informasi
- 3) Hubungan

Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan.

Perawatan berencana tidak hanya menopang bidan dalam mengkoordinasikan layanan komprehensif mereka tetapi juga menimbulkan rasa aman serta membuat keputusan bersama. Tidak semua pasien dapat mengasumsikan keaktifan perannya namun mereka dapat membuat akumulasi pengetahuan dari hubungan yang berkesinambungan untuk bisa mengerti terhadap pelayanan yang mereka terima.

## **2. Kehamilan**

### **a. Pengertian**

Kehamilan adalah mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari: ovulasi (pelepasan ovum), migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.<sup>11</sup> 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 (HPHT).<sup>1</sup> Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi.<sup>12</sup>

### **b. Perubahan Fisiologi Trimester III**

Menurut Vivian (2011) Perubahan fisiologi pada masa kehamilan Trimester III adalah :<sup>13</sup>

#### 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 dipalpasi. 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 (2013) Perubahan psikologis pada masa kehamilan Trimester III , yaitu:<sup>12</sup>

- 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. Ketidaknyamanan Kehamilan Trimester III**

1) Nyeri punggung bawah

Nyeri punggung bawah merupakan salah satu ketidaknyamanan yang dirasakan pada kehamilan trimester III (Hutahaean, 2013). Nyeri punggung merupakan nyeri dibagian lumbar, lumbosacral, atau didaerah leher. Nyeri punggung disebabkan oleh regangan otot atau tekanan pada saraf dan biasanya dirasakan sebagai rasa sakit, tegangan, atau rasa kaku dibagian



punggung (Huldani, 2012). Nyeri tersebutlah yang menyebabkan reaksi reflektoril pada otot-otot lumbodorsal terutama pada otot erector spine pada L4 dan L5 sehingga terjadi peningkatan tonus yang terlokalisir. Nyeri yang dirasakan dengan intensitas tinggi dan kuat biasanya akan menetap kurang lebih 10-15 menit kemudian hilang timbul lagi.<sup>14</sup>

Nyeri punggung bawah merupakan masalah otot dan tulang yang sering dialami dalam kehamilan yang menyebabkan rasa tidak nyaman. Nyeri punggung bawah dihubungkan dengan lordosis yang diakibatkan karena peningkatan berat uterus yang menarik tulang belakang keluar dari garis tubuh.<sup>15</sup>

Nyeri punggung bawah biasanya akan meningkat seiring bertambahnya usia kehamilan pada trimester III. Hal ini dikarenakan berat uterus yang semakin membesar dan postur tubuh secara bertahap mengalami perubahan karena janin membesar dalam abdomen sehingga untuk mengompensasi penambahan berat badan ini, bahu lebih tertarik ke belakang dan tubuh lebih melengkung, sendi tulang belakang lebih lentur dan dapat menyebabkan nyeri punggung pada ibu hamil trimester III.

Adapun faktor yang dapat mempengaruhi nyeri punggung bawah pada ibu hamil diantaranya, berubahnya titik berat tubuh seiring dengan membesarnya rahim, postur tubuh, posisi tidur, meningkatnya hormone, keahmailan kembar, riwayat nyeri pada kehamilan lalu, dan kegemukan (Mafikasari dan Kartikasari, 2015). Selain itu aktivitas sehari-hari (seperti duduk, bergerak, mengangkat, membungkuk serta melakukan pekerjaan rumah tangga dan aktivitas kerja rutin) juga bisa menjadi salah satu factor penyebab nyeri punggung pada ibu hamil.<sup>6</sup>

Cara mengatasinya :

- a) Massage daerah pinggang dan punggung
- b) Hindari penggunaan sepatu hak tinggi
- c) Gunakan bantal sewaktu tidur untuk meluruskan punggung

- d) Tekuk kaki daripada membungkuk ketika mengangkat apapun
  - e) Lebarkan kedua kaki dan tempatkan satu kaki sedikit didepan kaki yang lain saat menekukan kaki, sehingga terdapat jarak yang cukup saat bangkit dari posisi setengah jongkok
- 2) Edema ekstremitas bawah

Edema fisiologis pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi vena dan peningkatan tekanan vena pada ekstremitas bawah. Gangguan ini terjadi karena penumpukan cairan di jaringan. Hal ini ditambah dengan penekanan pembuluh darah besar di perut sebelah kanan (vena kava) oleh uterus yang membesar, sehingga darah yang kembali ke jantung berkurang dan menumpuk di tungkai bawah. Penekanan ini terjadi saat ibu berbaring terlentang atau miring ke kanan. Oleh karena itu, ibu hamil trimester III disarankan untuk berbarik ke arah kiri.<sup>16</sup>

Edema pada kehamilan dipicu oleh perubahan hormone estrogen, sehingga dapat meningkatkan retensi cairan. Peningkatan retensi cairan berhubungan dengan perubahan fisik yang terjadi pada kehamilan trimester akhir, yaitu semakin membesarnya uterus seiring dengan penambahan berat badan janin dan usia kehamilan (Fadmiyanor, 2018). Edema fisiologis menyebabkan ketidaknyamanan seperti perasaan berat, kram, dan juga kesemutan pada kaki.<sup>17</sup>

Cara mengatasinya :

- a) Meningkatkan periode istirahat dan berbaring pada posisi miring kiri
- b) Meninggikan kaki apabila duduk serta memakai stoking
- c) Meningkatkan asupan protein
- d) Menurunkan asupan karbohidrat karena dapat meretensi cairan di jaringan
- e) Menganjurkan ibu untuk cukup berolahraga dan sebisa mungkin hindari berlama-lama dalam sikap statis atau berdiam diri dalam posisi yang sama.

### 3) Gangguan Tidur

Gangguan tidur pada ibu hamil trimester III disebabkan oleh perubahan fisik dan perubahan emosi selama kehamilan. Perubahan fisik yang terjadi seperti rasa mual dan muntah pada pagi hari, meningkatnya frekuensi berkemih pada malam hari, pembesaran uterus, nyeri punggung, dan pergerakan janin jika janin tersebut aktif. Sedangkan perubahan emosi meliputi kecemasan, rasa takut, dan depresi.<sup>18</sup>

Selain itu, gangguan tidur timbul mendekati saat melahirkan, ibu hamil akan sulit mengatur posisi tidur akibat uterus yang membesar dan pernafasan akan terganggu karena diafragma tertekan ke atas karena semakin besar kehamilan (Sukorini, 2017). Gangguan tidur pada ibu hamil trimester III yang berkepanjangan dapat mengganggu kesehatan fisik dan psikis. Dari kesehatan fisik, kurang tidur akan menyebabkan muka pucat, mata sembab, kantung mata berwarna hitam, badan lemas dan daya tahan tubuh menurun sehingga mudah terserang penyakit. Dari kesehatan psikis, kurang tidur dapat menyebabkan timbulnya perubahan suasana kejiwaan, sehingga penderita akan menjadi lesu, lamban menghadapi rangsangan, dan sulit berkonsentrasi.

Cara mengatasinya:

- a) Lakukan relaksasi napas dalam
- b) Pijat punggung
- c) Topang bagian tubuh dengan bantal
- d) Minum air hangat<sup>16</sup>

### 4) Hiperventilasi dan sesak nafas

Peningkatan jumlah progesteron selama kehamilan memengaruhi langsung pusat pernafasan untuk menurunkan kadar karbondioksida dan meningkatkan kadar oksigen. Hiperventilasi akan menurunkan kadar dioksida. Uterus membesar dan menekan diafragma sehingga menimbulkan rasa sesak.<sup>14</sup>

Cara mengatasinya :

- a) Bantu cara mengatur pernapasan
  - b) Posisi berbaring dengan *semifowler*
  - c) Latihan nafas melalui senam hamil
  - d) Tidur dengan bantal yang tinggi
  - e) Hindari makan terlalu banyak
- 5) Peningkatan frekuensi berkemih

Frekuensi kemih meningkat pada trimester III karena terjadi efek *lightening*. *Lightening* yaitu bagian presentasi akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Peningkatan frekuensi berkemih disebabkan oleh tekanan uterus karena turunnya bagian bawah janin sehingga kandung kemih tertekan, kapasitas kandung kemih berkurang dan mengakibatkan frekuensi berkemih meningkat (Ardiansyah, 2016). Pada trimester III kandung kemih tertarik keatas dan keluar dari panggul sejati ke arah abdomen. Uretra memanjang sampai 7,5 cm karena kandung kemih bergeser kearah atas. Kongesti panggul pada masa hamil ditunjukkan oleh hiperemia kandung kemih dan uretra. Tonus kandung kemih dapat menurun. Hal ini memungkinkan distensi kandung kemih sampai sekitar 1500 ml. Pada saat yang sama pembesaran uterus menekan kandung kemih, menimbulkan rasa ingin berkemih meskipun kandung kemih hanya berisi sedikit urine.<sup>14</sup>

Cara mengatasinya:

- a) Latihan kegel
- b) Ibu hamil disarankan tidak minum saat 2-3 jam sebelum tidur
- c) Kosongkan kandung kemih sesaat sebelum tidur, namun agar kebutuhan air pada ibu hamil tetap terpenuhi, sebaiknya minum lebih banyak di siang hari.<sup>19</sup>

#### 6) Nyeri ulu hati

Penyebab nyeri ulu hati adalah peningkatan hormon progesterone sehingga merelaksasikan sfingter jantung pada lambung, motilitasgastrointestinal karena otot halus relaksasi dan tidak ada ruang fungsional untuk lambung karena tekanan pada uterus.<sup>19</sup>

Cara mengatasinya:

- a) Makan dengan porsi kecil tapi sering untuk menghindari lambung yang menjadi penuh
- b) Hindari makanan yang berlemak, lemak mengurangi motilitas usus dan sekresi asam lambung yang dibutuhkan untuk pencernaan
- c) Hindari minum bersamaan dengan makan karena cairan cenderung menghambat asam lambung
- d) Hindrari makanan dingin
- e) Hindari makanan pedas

#### 7) Kram kaki

Kram kaki merupakan kontraksi otot yang memendek atau kontraksi sekumpulan otot yang terjadi secara mendadak dan singkat, yang biasanya menyebabkan nyeri. Kram kaki dapat disebabkan oleh kurang mengkonsumsi kalsium, kurang aliran darah ke otot, kelelahan dan dehidrasi, serta kurangnya gizi selama kehamilan. Pada ibu hamil trimester III terjadi karena berat badan atau rahim ibu yang bertambah besar sehingga terjadi gangguan asupan oksigen yang membuat aliran darah tidak lancar dan menimbulkan rasa nyeri pada kaki. Kram kaki yang dirasakan biasanya menyerang pada malam hari selama 1-2 menit. Hal itu terjadi juga karena bayi mengambil sebagian besar gizi ibu sehingga meninggalkan sedikit untuk ibunya.<sup>19</sup>

Cara mengatasinya:

- a) Saat kram terjadi, yang harus dilakukan adalah melemaskan seluruh tubuh terutama bagian tubuh yang kram

- b) Pada saat bangun tidur, jari kaki ditegakkan sejajar dengan tumit untuk mencegah kram mendadak
- c) Kompres hangat pada kaki
- d) Banyak minum air putih

8) Varises

Varises biasanya menjadi lebih jelas terlihat seiring dengan usia kehamilan, peningkatan berat badan, dan lama waktu yang dihabiskan dalam posisi berdiri. Tekanan femoralis makin meningkat seiring dengan tuanya kehamilan.<sup>19</sup>

Cara mengatasinya:

- a) Hindari menggunakan pakaian ketat
- b) Hindari berdiri terlalu lama
- c) Sediakan waktu istirahat untuk mengevaluasi kaki secara teratur
- d) Lakukan latihan kegel untuk mengurangi varises vulva atau haemoroid untuk meningkatkan sirkulasi
- e) Lakukan mandi hangat yang menenangkan

9) Haemoroid

Hemoroid merupakan pelebaran vena dari anus. Hemoroid dapat bertambah besar ketika kehamilan karena adanya kongesti darah dalam rongga panggul. Relaksasi dari otot halus pada bowel, memperbesar konstipasi dan tertahannya gumpalan.<sup>14</sup>

Cara mengatasinya:

- a) Hindari konstipasi
- b) Beri rendaman hangat/dingin pada anus
- c) Ajarkan ibu untuk tidur dengan posisi *knee chest* selama 15 menit
- d) Ajarkan ibu untuk latihan kegel

10) Konstipasi

Konstipasi disebabkan karena pengerasan feses yang terjadi akibat penurunan kecepatan kerja peristaltik karena progesteron yang

menimbulkan efek relaksasi, pergeseran usus akibat pertumbuhan uterus atau suplemasi zat besi dan aktivitas fisik yang kurang.<sup>14</sup>.

Cara mengatasinya:

- a) Asupan cairan yang adekuat
- b) Istirahat yang cukup
- c) Minum air hangat saat bangkit dari tempat tidur untuk menstimulasi peristaltic
- d) Makan-makanan yang mengandung serat
- e) Olahraga yang rutin (Hutahaean, 2013)

#### **e. Tanda Bahaya Kehamilan**

Menurut Prawirohardjo (2016), deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil.<sup>5</sup>

##### 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.<sup>8</sup> 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:

- a) Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan.
- b) Disuria.
- c) Menggigil atau demam.
- d) Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya.
- e) Uterus lebih besar atau lebih kecil dari Usia Kehamilan (UK) yang sesungguhnya.

Menurut buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) (2015), tanda bahaya kehamilan adalah sebagai berikut:<sup>18</sup>

- a) Perdarahan pervaginam pada hamil mudah dan hamil tua.
- b) Sakit kepala yang hebat.
- c) Penglihatan kabur.
- d) Bengkak kaki, tangan dan wajah, atau sakit kepala disertai kejang.
- e) Keluar cairan pervaginam (Air ketuban keluar sebelum waktunya).
- f) Janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya.
- g) Nyeri perut yang hebat
- h) Demam tinggi.
- i) Muntah terus dan tidak mau makan<sup>20</sup>

**f. Konsep Antenatal Care**

1) Pengertian

Antenatal Care adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan selama kehamilan.<sup>20</sup>

2) Frekuensi Kunjungan ANC<sup>20</sup>

- a) Minimal 2 kali pada trimester I
- b) Minimal 1 kali pada trimester II
- c) Minimal 3 kali pada trimester III

3) Pelayanan sesuai standart, yaitu 10 T<sup>20</sup>

Sesuai dengan kebijakan Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (PPIBI), ada sepuluh standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10 T. Pelayanan atau asuhan standar minimal 10 T adalah sebagai berikut:

a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan (T1)

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk deteksi faktor resiko terhadap kehamilan. Jika kurang dari 145 cm meningkatkan resiko terjadinya *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD) atau panggul sempit.

b) Nilai status gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas/LILA) (T2)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko Kekurangan Energi Kronik (KEK). KEK disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm.

c) Ukur tekanan darah (T3)

Tekanan darah yang normal 100/70 – 140/90 mmHg, pengukuran tekanan darah dilakukan untuk mendeteksi adanya *hipertensi* (tekanan darah melebihi 140/90 mmHg) perlu diwaspadai pada kehamilan dan terjadinya pre eklampsia (hipertensi disertai odema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau Proteinuria.

d) Ukur tinggi fundus uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak

dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri sesuai Usia Kehamilan

Umur kehamilan	Tinggi Fundus Uteri
12 minggu	1/3 di atas simpisis
16 minggu	1/2 simpisis-pusat
20 minggu	2/3 di atas simpisis
24 minggu	Setinggi pusat
28 minggu	1/3 di atas pusat
34 minggu	1/2 pusat-prosessus xifoideus
36 minggu	Setinggi prosessus xifoideus
40 minggu	2 jari di bawah prosessus xifoideus

e) Tentukan presentasi janin dan Denyut jantung janin (DJJ) (T5)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120/menit atau DJJ cepat lebih dari 160/menit menunjukkan adanya gawat janin.

f) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi TT

Pada kunjungan pertama ANC, dilakukan skrining status imunisasi TT ibu hamil, apabila diperlukan, diberikan imunisasi pada saat pelayanan antenatal. Tujuan dari imunisasi TT ini yaitu untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi baru lahir serta melengkapi status imunisasi TT.

Tabel 2. Imunisasi TT

Imunisasi TT	Selang waktu pemberian Imunisasi	Lama perlindungan
TT1	-	Langkah awal
TT2	1 bulan setelah TT1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	12 bulan setelah TT3	10 tahun
TT5	12 bulan setelah TT4	25 tahun

g) Beri tablet tambah darah (tablet zat besi) (T7)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan Asam Folat minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

h) Tes laboratorium (rutin dan khusus) (T8)

Ada beberapa pemeriksaan laboratorium yang disarankan menjelang persalinan. Di antaranya yaitu tes darah, tes urin dan hbsag (hepatitis). Tes darah rutin meliputi pemeriksaan kadar hemoglobin, sel darah putih (leukosit), trombosit. Dari kadar Hemoglobin untuk mengetahui apakah seorang ibu anemia atau tidak. Hal ini diperlukan untuk memperkirakan kecukupan suplai darah ke janin dan risiko jika terjadi perdarahan saat persalinan. Sel darah putih menunjukkan apakah terjadi infeksi di tubuh ibu. Trombosit untuk melihat apakah ada kelainan faktor pembekuan darah, ini berhubungan dengan resiko perdarahan. Pemeriksaan urin dimaksudkan untuk mengetahui adanya infeksi saluran kencing, adanya darah, protein, dan gula pada urin

yang menunjukkan adanya penyakit tertentu yang bisa mempengaruhi kehamilan.

Pemeriksaan HBsAg untuk mengetahui adanya infeksi hepatitis B pada ibu. Infeksi hepatitis bisa ditularkan lewat darah dan hubungan seksual. Pemeriksaan tersebut dianjurkan sebagai skrining untuk mengetahui kondisi kehamilan dan resiko saat persalinan terhadap ibu dan janin. Jika dari hasil pemeriksaan diketahui ada hal-hal yang tidak normal maka diharapkan masih bisa diterapi sebelum persalinan sehingga ibu menjalani persalinan dalam kondisi yang benar-benar optimal, sehingga diharapkan ibu dan bayi selamat dan sehat.

i) Tatalaksana atau penanganan kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

j) Temu wicara/konseling (T10)

Temu wicara dan konseling dilakukan setiap kunjungan antenatal yang meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup sehat, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan testind dan konseling HIV, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif, KB paska persalinan, imunisasi dan peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan (PPIBI, 2016:55).

### **3. Kehamilan dengan Fluor albus**

#### **a. Definisi fluor albus**

Fluor albus adalah keluarnya cairan selain darah dari liang vagina di luar kebiasaan, baik berbau ataupun tidak, serta disertai rasa gatal setempat. Cairannya berwarna putih, tidak berbau, dan jika dilakukan pemeriksaan laboratorium tidak menunjukkan ada kelainan. Penyebab fluor albus dapat secara normal yang dipengaruhi oleh hormon tertentu.<sup>6</sup>

Cairannya berwarna putih, tidak berbau, dan jika dilakukan pemeriksaan laboratorium tidak menunjukkan ada kelainan. Hal ini dapat tampak pada perempuan yang terangsang pada waktu senggama atau saat masa subur (ovulasi).

Sedangkan Fluor albus/Flour albus yang tidak normal (patologis) biasa disebabkan oleh infeksi/peradangan yang terjadi karena mencuci vagina dengan air kotor, pemeriksaan dalam yang tidak benar, pemakaian pembilas vagina yang berlebihan, pemeriksaan yang tidak higienis, dan adanya benda asing dalam vagina. Selain karena infeksi, fluor albus dapat juga disebabkan oleh masalah hormonal, celana yang tidak menyerap keringat, dan penyakit menular seksual. Cairannya berwarna putih/hijau/kuning, berbau, sangat gatal dan disertai nyeri perut bagian bawah. Jika seseorang mengalami hal seperti itu, maka orang tersebut harus segera berobat ke dokter. Pengobatan akan disesuaikan dengan penyebabnya.<sup>21</sup>

#### **b. Pathogenesis Fluor albus**

Leokorea atau flour albus merupakan gejala dimana terjadinya pengeluaran cairan dari alat kelamin wanita yang tidak berupa darah. Dalam perkembangan, alat kelamin wanita mengalami perubahan mulai dari bayi hingga menopause. Flour albus merupakan keadaan yang dapat terjadi fisiologis dan dapat menjadi flour albus yang patologis karena terinfeksi kuman penyakit. Bila vagina terinfeksi kuman penyakit seperti jamur, parasit, bakteri dan virus maka keseimbangan ekosistem vagina akan terganggu, yang

tadinya bakteri *doderlein* atau *lactobasillus* memakan glikogen yang dihasilkan oleh estrogen pada dinding vagina untuk pertumbuhannya dan menjadikan pH vagina menjadi asam, hal ini tidak dapat terjadi bila pH vagina basa. Keadaan pH vagina membuat kuman penyakit berkembang dan hidup subur di dalam vagina.<sup>6</sup>

Lendir vagina umumnya semakin banyak selama kehamilan yang disebabkan oleh peningkatan suplai darah dan perubahan hormonal, yang kemudian menyebabkan peningkatan produksi lendir dari serviks dan perubahan keseimbangan pH pada lapisan vagina. Jika lendir vagina menyebabkan rasa gatal baik di dalam atau di luar vagina, berwarna krem, abu-abu, kehijauan atau bernoda darah atau jika mengeluarkan bau tidak lazim, mungkin karena terkena infeksi yang harus dirawat sebelum memasuki proses persalinan. Sebagian besar infeksi vagina dapat disembuhkan, namun jika tidak dirawat dapat ditularkan ke janin saat dia melewati jalan kelahiran dan ini dapat menyerang mata, mulut atau saluran pencernaan janin.<sup>22</sup>

c. Klasifikasi fluor albus

Fluor albus adalah keluarnya cairan selain darah dari liang vagina, fluor albus ada dua jenis, yaitu fluor albus fisiologis dan fluor albus patologis. Fluor albus fisiologis pada perempuan terjadi pada saat menjelang menstruasi, pertengahan siklus menstruasi, dan setelah menstruasi. Jumlahnya tidak terlalu banyak, berwarna jernih, putih (kadang meninggalkan warna kekuningan di celana dalam), tidak berbau, dan tidak disertai rasa gatal, nyeri, bengkak pada organ kelamin, panas dan perih pada saat buang kemih (air kencing), dan nyeri perut bagian bawah. Umumnya fluor albus fisiologis disebabkan oleh proses hormonal dalam tubuh.

Fluor albus patologis ditandai dengan jumlah cairan yang dikeluarkan banyak, berwarna kuning, hijau, merah kecoklatan (karena bercampur darah), putih seperti susu basi, berbau amis/busuk. Perempuan yang mengalami fluor albus patologis umumnya mempunyai keluhan-keluhan seperti gatal, nyeri,

bengkak pada organ kelamin, panas dan pedih ketika buang air kemih (kencing), dan nyeri perut bagian bawah perut. Fluor albus patologis kemungkinan disebabkan oleh infeksi atau peradangan yang mungkin disebabkan oleh penyakit menular seksual, gejala keganasan pada organ reproduksi adanya benda asing dalam uterus dan vagina. Fluor albus juga disebabkan oleh bagaimana kita dalam merawat organ reproduksi kita, misalnya mencuci vagina dengan air kotor, pemakaian pembilas vagina yang berlebihan, penggunaan celana dalam dengan bahan yang tidak menyerap keringat, jarang mengganti celana dalam, menggunakan pembalut dalam waktu yang relative lama.<sup>23</sup>

Keluarnya cairan berwarna putih kekuningan atau berwarna putih kelabu dari saluran vagina, cairan ini dapat encer atau kental dan kadang-kadang berbusa. Mungkin gejala ini merupakan proses normal sebelum atau sesudah haid pada wanita tertentu.

Pada penderita tertentu, terdapat rasa gatal yang menyertainya. Biasanya fluor albus yang normal tidak disertai dengan rasa gatal fluor albus juga dapat dialami oleh wanita yang terlalu lelah atau daya tahan tubuhnya lemah. Sebagian besar cairan tersebut berasal dari leher rahim, walaupun ada yang berasal dari vagina yang terinfeksi, atau alat kelamin luar. Pada bayi perempuan yang baru lahir, dalam waktu satu hingga sepuluh hari, dari vaginanya dapat keluar cairan akibat pengaruh hormone yang dihasilkan oleh plasenta atau uri. Gadis muda terkadang juga mengalami fluor albus sesaat sebelum masa pubertas, biasanya gejala ini akan hilang dengan sendirinya (Joseph, 2011).

d. Faktor penyebab fluor albus

Menurut (Setiawati, 2013) faktor penyebab fluor albus sebagai berikut<sup>21</sup>:

1) Infeksi pada vagina

Infeksi dapat disebabkan oleh jamur (*Candida Albicans*), parasit (*Tricomona vaginalis*), bakteri (*Gonorrhea/Chlamydia*), dan virus



(*Human papilloma virus*). Jenis infeksi yang terjadi pada vagina yakni, bacterial vaginosis, trikomonas, dan kandidiasis. Bakterial vaginosis merupakan gangguan vagina yang sering terjadi ditandai dengan fluor albus dan bau tak sedap. Hal ini disebabkan oleh *Lactobacillus* menurun, bakteri patogen (penyebab infeksi) meningkat, dan pH vagina meningkat.

2) Faktor hygiene yang kurang

Kebersihan daerah vagina yang kurang dapat menyebabkan timbulnya fluor albus. Hal ini terjadi karena kelembaban vagina yang meningkat sehingga bakteri patogen penyebab infeksi mudah menyebar.

3) Pemakaian obat-obatan (antibiotic, kortikosteroid dan pil KB)

Karena pemakaian obat-obatan khususnya antibiotic yang terlalu lama dapat menimbulkan system imunitas dalam tubuh. Sedangkan penggunaan KB mempengaruhi keseimbangan hormonal wanita. Biasanya pada wanita yang mengkonsumsi antibiotic timbul fluor albus.

4) Stress otak

Mempengaruhi kerja semua organ tubuh, jadi jika reseptor otak mengalami stress maka hormonal di dalam tubuh mengalami perubahan keseimbangan dan dapat menyebabkan timbulnya fluor albus.

5) Alergi

Penyebab lain fluor albus adalah alergi akibat benda-benda yang dimasukkan secara sengaja atau tidak sengaja ke dalam vagina, seperti tampon, obat atau alat kontrasepsi, rambut kemaluan, benang yang berasal dari selimut, celana, dan lainnya. Biasanya karena luka seperti tusukan, benturan, tekanan atau iritasi yang berlangsung lama. Karena fluor albus, seorang ibu bahkan bisa kehilangan bayinya akibat fluor albus pada kehamilan.

#### 6) Infeksi

Fluor albus akibat infeksi yang terjadi pada masa kehamilan akan meningkatkan risiko persalinan premature dan janinnya juga beresiko mengalami infeksi. Namun jika fluor albus disertai gatal-gatal dan berbau segera periksa ke dokter anda. Karena dengan kondisi ini kemungkinan terjadi adanya infeksi, jika tidak segera mendapatkan pengobatan dapat menyebabkan perlunakan dalam leher rahim dan akan timbul kontraksi sebelum waktunya.

#### 7) Dampak fluor albus pada kehamilan

Fluor albus dalam kehamilan muncul dikarenakan adanya peningkatan hormonal selama kehamilan. Dalam hal ini vagina akan mengeluarkan cairan berwarna putih seperti susu, encer dan tidak berbau. Cairan akan bertambah banyak seiring dengan bertambahnya usia kehamilan anda. Hal ini merupakan hal yang wajar, untuk itu kebersihan dan kelembaban disekitar area vagina harus tetap terjaga, juga pakailah pakaian dalam yang tidak terlalu ketat dan menyerap keringat. Namun jika fluor albus disertai dengan gatal-gatal dan berbau segera periksa ke dokter anda. Karena dengan kondisi ini kemungkinan terjadi adanya infeksi, jika tidak segera mendapatkan pengobatan dapat menyebabkan perlunakan dalam leher rahim dan akan timbul kontraksi sebelum waktunya. Khusus perempuan yang sering menggunakan pembersih kewanitaan. Perlu diketahui tidak semua bakteri merugikan. Secara alami, pada vagina terdapat bakteri menyehatkan yang berfungsi membunuh bakteri yang merugikan tubuh. Jika terlalu sering menggunakan sabun, bakteri baik yang menyehatkan akan mati. Selain itu, bahan kimia sabun dapat menyebabkan iritasi, sebab kulit mulut Rahim sangat tipis sehingga iritasi yang timbul dapat memicu kanker mulut Rahim.<sup>24</sup>

#### 8) Perbedaan air ketuban dengan fluor albus

Saat ketuban pecah dan air ketuban keluar dari kantungnya maka dapat diartikan bahwa waktu persalinan semakin dekat. Banyak wanita hamil tidak menyadari keluarnya air ketuban terutama bagi wanita yang baru mengalami kehamilan yaitu kehamilan pertama. Setiap wanita yang pernah mengalami pecahnya kantung ketuban masing-masing merasakan hal yang berbeda. Air ketuban dapat keluar sedikit demi sedikit dan dapat juga mengucur. Adapun pengalaman yang umumnya dirasakan saat kantung ketuban pecah dan air ketuban keluar adalah sebagai berikut:

- a) Air ketuban menetes sedikit demi sedikit dan mengalir kecil ke area paha dan terasa hangat
- b) Celana dalam yang tiba-tiba basah
- c) Ada perasaan seperti letupan dan basah dipakaian dalam atau celana
- d) Seperti darah menstruasi yang mengalir di area vagina
- e) Tidak merasakan apa-apa
- f) Mengucur banyak secara tiba-tiba

Bedanya dengan fluor albus jika cairan yang dikeluarkan dari vagina berupa cairan yang berwarna putih susu, kuning atau hijau seperti lendir, kental/encer dapat disertai bau atau tidak. Namun jumlahnya sedikit dan biasanya menyisakan bercak pada pakaian.

#### e. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan keputihan sebaiknya dilakukan sedini mungkin untuk menghindari komplikasi sekaligus untuk menyingkirkan adanya penyebab lain seperti kanker leher rahim yang memiliki gejala keputihan berupa sekret encer, bewarna merah muda, coklat, mengandung darah atau hitam serta berbau busuk. Penatalaksanaan keputihan tergantung dari penyebab infeksi seperti jamur, bakteri atau parasit. Umumnya diberikan obat-obatan untuk mengatasi keluhan dan menghentikan proses infeksi sesuai dengan penyebabnya, obat-obatan yang digunakan dalam mengatasi keputihan

biasanya berasal dari golongan flukonasol untuk mengatasi infeksi candida dan golongan metronidasol untuk mengatasi infeksi bakteri dan parasit. Sediaan obat dapat berupa sediaan oral (tablet, kapsul), topical seperti krem yang dioleskan dan uvulva yang dimasukkan langsung ke dalam liang vagina. Untuk keputihan yang ditularkan melalui hubungan seksual, terapi juga diberikan kepada pasangan seksual dan dianjurkan untuk tidak berhubungan seksual selama masih dalam pengobatan (Sibagariang, 2010:66-67)<sup>6</sup>. Penatalaksanaan yang diberikan:

- 1) Jika Secret merah muda, serosa banyak dan tidak berbau, mungkin
- 2) disebabkan oleh infeksi bakteri nonspesifik dan hipo estrogen. Therapi: diberikan estrogen oral/suppositoria/dianestrol.
- 3) Jika secret putih, encer berbintik, banyak, bau apek disertai penyakit sistemik: BAK panas, priritis vulva, pseudotifa disebabkan oleh *candida albicans*. Therapi: Medika mentosa nistatin 3 x 500.000 iu/hari Oral (7-10 hari) atau 2 x 100.000 iu/ hari pervaginam (14 hari).
- 4) Kotrimokxazol.
- 5) Gentian Violet 5%
- 6) Mikonazole.
- 7) Krim Hydrokortison 0,5
- 8) Secret kuning kehijauan, berbusa, merah, sangat banyak gatal, barbau busuk, nyeri tekan divulva dan disekitarnya, eritema vagina dengan petekie disebabkan oleh *trikomona vaginalis*. Therapi: Metronidazole 3 x 250 mg (oral) dan pemakaian kondom saat berhubungan.
- 9) Sekret kuning kental sangat banyak, panas, gatal, nyeri tekan, sakit saat miksi, didapat abses atau menjalar ke endometrium salpink. Disebabkan oleh *Neisseria Gonorrhoe*. Therapi: Penisilin prokain IM 4,8 juta iu didahului probenazid 1 gr (oral) ½ jam sebelumnya atau Ampicilli 3,5 gr oral atau tetrasiklin/eritromisin 4x 500 mg (10 hari) (Tresnawati,F,2012:64).

f. Cara penanganan fluor albus pada kehamilan

Meningkatnya kadar hormone estrogen dan aliran darah ke vagina membuat ibu hamil kerap mengalami fluor albus. Untuk mengurangi ketidaknyamanan tersebut bisa dengan menjaga kebersihan vagina. Mengganti celana dalam lebih sering dari biasanya. Tidak menggunakan celana ketat, atau yang tidak menyerap keringat.<sup>21</sup>

Mengingat pada wanita hamil terjadi kenaikan jumlah cairan plasma dalam tubuhnya, mengakibatkan sering buang air kecil, untuk itu diharapkan:

- 1) Jangan memakai celana dalam dari bahan sintesis atau celana ketat. Pakailah selalu celana katun.
- 2) Jangan memakai *panty liner* setiap hari.
- 3) Sesudah mandi keringkan benar-benar daerah vulva dengan baik sebelum berpakaian/memakai celana dalam.
- 4) Basuhlah dari depan kebelakang setiap berkemih atau buang air besar karena dapat membantu mengurangi kontaminasi mikroorganisme dari saluran kemih dan anus.
- 5) Kurangi mengkonsumsi gula-gula, alkohol, coklat atau kafein dalam diet sehari-hari.
- 6) Jangan terbiasa melakukan irigasi/bilas vagina, memakai tampon, pewangi/spray vagina atau tissue berparfum (Wahdaniah 2011).

Untuk fluor albus normal tidak perlu dilakukan terapi khusus. Umumnya, cukup dengan sabun khusus vagina dan air bersih serta menjaga agar pakaian dalam tetap kering dan bersih.

Sedangkan fluor albus yang tidak normal harus segera mendapatkan pengobatan media terapi dari Dokter. Fluor albus yang terjadi selama kehamilan, misalnya disebabkan oleh infeksi jamur *Candida Sp*. Pengobatan yang paling aman adalah menggunakan obat local yang berbahan krim atau sejenis kapsul yang dimasukkan kedalam vagina. Dan yang terpenting bila suatu fluor albus yang tidak sembuh dengan pengobatan biasa (antibiotika

dan anti jamur) harus dipikirkan fluor albus tersebut yang disebabkan oleh suatu penyakit keganasan seperti kanker leher rahim. Ini biasanya ditandai dengan cairan banyak, bau busuk, sering disertai darah tak segar. Perlu dilakukan pemeriksaan khusus untuk mendeteksi apakah terdapat suatu penyakit keganasan seperti kanker leher rahim dll.

Cara mencegah keputihan :

- 1) Pola hidup sehat yaitu diet yang seimbang, olah raga rutin, istirahat cukup, hindari rokok dan alcohol serta hindari stress berkepanjangan.
- 2) Setia kepada pasangan, hindari promiskuitas atau gunakan kondom untuk mencegah penularan penyakit menular seksual.
- 3) Selalu menjaga kebersihan daerah pribadi dengan menjaganya agar tetap kering dan tidak lembab misalnya dengan menggunakan celana dengan bahan yang menyerap keringat, hindari pemakaian celana yang terlalu ketat. Biasakan untuk mengganti pembalut, *panty liner* pada waktunya untuk mencegah bakteri berkembang biak.
- 4) Biasakan membasuh dengan cara yang benar tiap kali buang air yaitu dari arah depan ke belakang.
- 5) Penggunaan cairan pembersih vagina sebaiknya tidak berlebihan karena dapat mematikan flora normal vagina. Jika perlu, lakukan konsultasi medis dahulu sebelum menggunakan cairan pembersih vagina.
- 6) Hindari penggunaan bedak talcum, tissue, atau sabun dengan pewangi pada daerah vagina karena dapat menyebabkan iritasi.
- 7) Hindari pemakaian barang-barang yang memudahkan penularan seperti meminjam perlengkapan mandi dsb. Sedapat mungkin tidak duduk diatas kloset di WC umum atau biasakan mengelap dudukan kloset sebelum menggunakannya.<sup>6</sup>

#### 4. Kehamilan dengan Oligohidramnion

##### a. Definisi

Oligohidramnion adalah air ketuban kurang dari 500 cc. Oligohidramnion kurang baik untuk pertumbuhan janin karena pertumbuhan dapat terganggu oleh perlekatan antara janin dan amnion atau karena janin mengalami tekanan dinding rahim. Oligohidramnion di definisikan sebagai volume cairan ketuban  $<200/<500$  ml atau indeks cairan ketuban  $<5\text{cm}$ .<sup>25</sup>

Jika produksinya semakin berkurang, disebabkan beberapa hal diantaranya: insufisiensi plasenta, kehamilan post term, gangguan organ perkemihan-ginjal, janin terlalu banyak minum sehingga dapat menimbulkan makin berkurangnya jumlah air ketuban intrauteri “oligohidramnion” dengan kriteria :

- 1) Jumlah kurang dari 500 cc
- 2) Kental
- 3) Bercampur mekonium.

Oligohidramnion jarang dijumpai, yang paling penting diperhatikan adalah pada kehamilan serotinus. Pada keadaan ini, sejak usia kehamilan 39 minggu telah terjadi pengeluaran meconium sebanyak 14%. Semakin tua kehamilan semakin tinggi pengeluaran meconium di dalam air ketubannya. Usia kehamilan 42 minggu menjadi 30% dan diikuti dengan jumlah air ketuban yang semakin berkurang. Air ketuban kurang dari 500 cc atau indeks cairan amnion kurang dari 5 cm, terjadi pada 12% dari 511 kehamilan dengan usia kehamilan 41 minggu atau lebih.<sup>9</sup>

Oligohidramnion memengaruhi umbilicus sehingga menimbulkan gangguan aliran darah menuju janin serta menimbulkan asfiksia intrauterine. Air ketuban yang kental akan diaspirasi dan menambah kejadian asfiksia neonatorum. Oligohidramnion akan menimbulkan tekanan fisik pada janin sehingga terjadi deformitas tepat di tempat yang terkena tekanan langsung dengan dinding uterus.<sup>26</sup>

## b. Etiologi

Penyebab pasti terjadinya oligohidramnion masih belum diketahui. Beberapa keadaan berhubungan dengan oligohidramnion hampir selalu berhubungan dengan obstruksi saluran traktus urinarius janin atau renal agenesis. Sebab oligohidramnion secara primer karena pertumbuhan amnion yang kurang baik, sedangkan secara sekunder yaitu ketuban pecah dini.<sup>8</sup>

Mayoritas wanita hamil yang mengalami tidak tau pasti apa penyebabnya. Penyebab oligohidramnion yang telah terdeteksi adalah cacat bawaan janin dan bocornya kantung/ membran cairan ketuban yang mengelilingi janin dalam rahim. Sekitar 7% bayi dari wanita yang mengalami oligohidramnion mengalami cacat bawaan, seperti gangguan ginjal dan saluran kemih karena jumlah urin yang diproduksi janin berkurang.<sup>8</sup>

Masalah kesehatan lain yang juga telah dihubungkan dengan oligohidramnion adalah tekanan darah tinggi, diabetes, SLE, dan masalah pada plasenta. Serangkaian pengobatan yang dilakukan untuk menangani tekanan darah tinggi, yang dikenal dengan nama angiotensin-converting enzyme inhibitor (misalnya captopril), dapat merusak ginjal janin dan menyebabkan oligohidramnion parah dan kematian janin.<sup>13</sup>

1) Jika dilihat dari segi fetal, penyebabnya karena:

- a) Kromosom
- b) Congenital
- c) Hambatan pertumbuhan janin dalam rahim
- d) Kehamilan postterm
- e) Premature ROM (*Rupture of amniotic membranes*)

2) Jika dilihat dari sisi maternal, penyebabnya:

- a) Dehidrasi
- b) Insufisiensi uteroplasenta
- c) Preeklamsia



- d) Diabetes
- e) Hypoxia kronis

Menurut Sinclair (2009) oligohidramnion dapat disebabkan oleh:

- 1) Insufisiensi plasenta pada pertumbuhan janin terhambat. Berdasarkan teori Benson, 2008 waktu paling aman untuk persalinan ialah 39-41 minggu. Setelah minggu ke 41, terdapat peningkatan mortalitas secara tetap (misalnya insufisiensi plasenta) (Benson, 2008).
- 2) Obstruksi ginjal janin atau agenesis yang menyebabkan produksi urin berkurang dan mencegah masuknya urin kedalam rongga amnion sehingga menurunnya cairan ketuban.
- 3) Kebocoran cairan yang kronis yang menyebabkan berkurangnya cairan ketuban.

#### c. Patofisiologi

Mekanisme atau patofisiologi terjadinya oligohidramnion dapat dikaitkan dengan adanya sindroma potter dan *fenotip pottern*, dimana, Sindroma Potter dan Fenotip Potter adalah suatu keadaan kompleks yang berhubungan dengan gagal ginjal bawaan dan berhubungan dengan oligohidramnion (cairan ketuban yang sedikit).<sup>11</sup>

*Fenotip Potter* digambarkan sebagai suatu keadaan khas pada bayi baru lahir, dimana cairan ketubannya sangat sedikit atau tidak ada. Oligohidramnion menyebabkan bayi tidak memiliki bantalan terhadap dinding rahim. Tekanan dari dinding rahim menyebabkan gambaran wajah yang khas (wajah Potter). Selain itu, karena ruang di dalam rahim sempit, maka anggota gerak tubuh menjadi abnormal atau mengalami kontraktur dan terpaku pada posisi abnormal.<sup>27</sup>

Oligohidramnion juga menyebabkan terhentinya perkembangan paru-paru (paru-paru hipoplastik), sehingga pada saat lahir, paru-paru tidak berfungsi sebagaimana mestinya. Pada sindroma Potter, kelainan yang utama adalah gagal ginjal bawaan, baik karena kegagalan pembentukan

ginjal (agenesis ginjal bilateral) maupun karena penyakit lain pada ginjal yang menyebabkan ginjal gagal berfungsi.<sup>27</sup>

Dalam keadaan normal, ginjal membentuk cairan ketuban (sebagai air kemih) dan tidak adanya cairan ketuban menyebabkan gambaran yang khas dari sindroma Potter.

Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan oligohidramnion adalah kelainan kongenital, Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT), ketuban pecah, kehamilan *postterm*, insufisiensi plasenta dan obat-obatan (misalnya dari golongan antiprostaglandin). Kelainan kongenital yang paling sering menimbulkan oligohidramnion adalah kelainan sistem saluran kemih dan kelainan kromosom.<sup>27</sup>

Pada insufisiensi plasenta oleh sebab apapun akan menyebabkan hipoksia janin. Hipoksia janin yang berlangsung kronik akan memicu mekanisme redistribusi darah. Salah satu dampaknya adalah terjadi penurunan aliran darah ke ginjal, produksi urine berkurang dan terjadi oligohidramnion.

#### d. Diagnosis

##### 1) Anamnesis

- a) Ibu merasa nyeri di perut pada setiap gerakan janin
- b) Sewaktu his terasa sakit sekali

##### 2) Pemeriksaan fisik

- a) Inspeksi, uterus tampak lebih kecil dari usia kehamilan dan tidak ada ballotemen
- b) Palpasi, molding (uterus mengelilingi janin), janin dapat diraba dengan mudah, tidak ada efek pantul pada janin
- c) Auskultasi, bunyi jantung sudah terdengar mulai bulan kelima dan terdengar lebih jelas.

##### 3) Pemeriksaan penunjang

Menurut Manuaba (2010) untuk mendiagnosis oligohidramnion, dapat mempergunakan ultrasonografi yang dapat menentukan:

- a) Jika air ketuban kurang dari 500 cc.
- b) *Amniotic fluid index* (AFI) kurang dari 5 cm.
- c) AFI kurang dari 3 cm disebut moderate oligohidramnion
- d) AFI kurang dari 1-2 cm disebut severe oligohidramnion

Indeks cairan amnion (AFI) dihitung dengan membagi uterus menjadi empat kuadran dan meletakkan transduser di perut ibu sepanjang sumbu longitudinal. Dilakukan pengukuran garis tengah vertical kantong cairan amnion yang paling besar di masing-masing kuadran dengan transduser diletakkan tegak lurus terhadap lantai. Hasil pengukuran dijumlah dan dicatat sebagai AFI. Nilai normal AFI untuk kehamilan normal dari 16 hingga 42 minggu tercantum di appendix B, “table acuan ultrasound”. Indeks cairan amnion cukup andal untuk menentukan normal atau meningkatnya cairan amnion, tetapi kurang akurat untuk menentukan oligohidramnion. Beberapa faktor mungkin mempengaruhi indeks cairan amnion, termasuk ketinggian, dan pembatasan cairan ibu atau dehidrasi (Leveno, 2009). Prosedur pelaksanaan indeks cairan amnion (AFI) :

- a) Atur pada posisi telentang dan sedikit miring ke kiri
- b) Identifikasi keempat kuadran pada abdomen ibu
- c) Lakukan pemindaian dengan transduser diletakkan tegak lurus longitudinal terhadap tulang belakang ibu
- d) Ukur kedalaman vertical kantong jernih cairan amnion yang terbesar pada masing-masing kuadran (Varney, 2006).

e. Penatalaksanaan

1) Penatalaksanaan Konservatif

Penatalaksanaan pada ibu dengan oligohidramnion yaitu :

- a) Tirah baring
- b) Hidrasi dengan kecukupan cairan

- c) Perbaiki nutrisi
- d) Pemantauan kesejahteraan janin (hitung pergerakan janin)
- e) Pemeriksaan USG yang umum dari volume cairan amnion
- f) *Amnioinfusion* yaitu suatu prosedur melakukan infus larutan NaCl fisiologis atau ringer laktat ke dalam kavum uteri untuk menambah volume cairan amnion.<sup>28</sup>

## 2) Penatalaksanaan Aktif

Oligohidramnion pada kehamilan aterm mungkin dilakukan penanganan aktif dengan cara induksi persalinan. Induksi persalinan adalah dimulainya kontraksi persalinan awitan spontan dengan tujuan mempercepat persalinan. Induksi dapat diindikasikan untuk berbagai alasan medis dan kebidanan.<sup>15</sup> Oligohidramnion pada kehamilan aterm mungkin dilakukan penanganan aktif dengan cara induksi persalinan atau penanganan ekspektatif dengan cara hidrasi dan pemantauan janin, dan atau USG reguler untuk menilai volume cairan amnion. Ketika kedua pilihan tersedia, penanganan aktif adalah pendekatan yang umum dilakukan pada wanita hamil aterm dengan atau tanpa faktor resiko pada ibu atau fetus.

Jika wanita mengalami oligohidramnion di saat-saat hampir bersalin, dokter mungkin akan melakukan tindakan untuk memasukan larutan salin melalui leher rahim kedalam rahim. Cara ini mungkin mengurangi komplikasi selama persalinan dan kelahiran juga menghindari persalinan lewat operasi caesar. Studi menunjukan bahwa pendekatan ini sangat berarti pada saat dilakukan monitor terhadap denyut jantung janin yang menunjukan adanya kesulitan. Beberapa studi juga menganjurkan para wanita dengan oligohidramnion dapat membantu meningkatkan jumlah cairan ketubannya dengan minum banyak air. Juga banyak dokter menganjurkan untuk mengurangi aktivitas fisik bahkan melakukan bedrest (Hacker, etc. 2014).

## f. Induksi Persalinan

### 1) Definisi

Induksi persalinan adalah upaya untuk melahirkan janin menjelang aterm, dalam keadaan belum terdapat tanda-tanda persalinan atau belum inpartu, dengan kemungkinan janin dapat hidup diluar kandungan.<sup>15</sup> Akselerasi persalinan merupakan suatu tindakan untuk meningkatkan frekuensi, lama dan kekuatan kontraksi uterus dalam persalinan. Sedangkan induksi yaitu suatu tindakan merangsang uterus untuk memulai terjadinya persalinan. Induksi persalinan dilakukan sebelum tanda dan gejala persalinan terjadi, sedangkan pada akselerasi tanda dan gejala persalinan telah terjadi.<sup>29</sup>

### 2) Syarat Induksi Persalinan

- a) Presentasi kepala
- b) Kehamilan aterm
- c) Tidak ada CPD
- d) Serviks sudah matang yaitu portio teraba mendatar dan sudah mulai membuka
- e) Memungkingkan untuk lahir pervaginam
- f) Paritas.<sup>30</sup>

### 3) Indikasi

- a) Usia kehamilan  $\geq 41$  minggu (Post term)
- b) Ketuban pecah dini sebelum persalinan dan cukup bulan ( $\geq 37$  minggu)
- c) Penyakit pada ibu, seperti diabetes, hipertensi, penyakit ginjal/jantung, *autoimun (LES)*
- d) Penyakit yang berhubungan dengan kehamilan : preeklamsia/eklamsia, perdarahan *antepartum* pada usia gestasi sudah cukup dan solusio plasenta
- e) Chorioamnionitis

- f) *Fetus* IUGR, oligohidramnion, IUFD.<sup>30</sup>
- 4) Kontraindikasi
- a) Riwayat trauma pada uterus
  - b) Abnormalitas dari uterus, vagina atau panggul
  - c) Plasenta previa
  - d) Disproporsi kepala panggul
  - e) Gawat janin
  - f) Riwayat operasi *sectio cesaria*.<sup>30</sup>
- 5) Metode Induksi Persalinan

Induksi persalinan dapat dilakukan dengan cara pemecahan ketuban, pemberian oksitosin, pemberian obat misoprostol, pemberian hormon prostaglandin, pemasangan balon kateter. Keberhasilan induksi persalinan bergantung kondisi serviks yang matang. Yang dimaksud serviks yang matang yaitu lembut, anterior, penipisannya lebih dari 50% dan dilatasi 2 cm atau lebih. Menurut Bishop ada 13 point scoring untuk memperkirakan kemungkinan klien dilakukan induksi persalinan. Sementara itu menurut *American College of Obstetricians and Gynecologists* jika *pelvic score* mencapai 8 atau lebih induksi biasanya berhasil. Di Indonesia, pelaksanaan induksi didasarkan pada scoring yang sedikit berbeda. Ketentuan penilaian menurut Saifudin jika skor  $\geq 6$ , induksi cukup dilakukan dengan oksitosin. Sedangkan jika skor  $\leq 5$ , perlu dilakukan pematangan serviks terlebih dahulu dengan pemberian prostaglandin atau pemasangan foley kateterisasi.<sup>31</sup>

- a) Pemecahan ketuban (*Amniotomi*)

Pemecahan ketuban dengan disengaja merupakan salah satu bentuk induksi maupun akselerasi persalinan (Varney, 2006). Dengan keluarnya sebagian air ketuban terjadi pemendekan otot rahim sehingga otot rahim lebih efektif berkontraksi. Pemecahan air ketuban menimbulkan pementukan prostaglandin yang akan merangsang

persalinan dengan meningkatkan kontraksi uterus. Dapat disimpulkan pemecahan air ketuban dapat menjadi salah satu alternatif induksi persalinan.

Pemecahan air ketuban harus dilakukan dengan memperhitungkan banyak hal diantaranya ada tidaknya polihidramnion, presentasi muka, tali pusat menumbung, plasenta previa, adanya presentasi selain kepala.

Selain itu air ketuban dan selaput ketuban merupakan suatu yang berfungsi melindungi janin dalam rahim, perlindungan terhadap infeksi dan perlindungan terhadap trauma. Pecahnya air ketuban berisiko terjadinya infeksi intrauterine (*korioamnionitis*). Amniotomi dini (pembukaan 2cm) cenderung mengakibatkan amnionitis lebih lanjut, hiperstimulasi uterus dan gawat janin dibandingkan dengan amniotomi pada akhir (pembukaan 5cm).<sup>29</sup>

b) Pemberian Oksitosin Drip

Oksitosin adalah suatu peptida yang dilepaskan dari bagian hipofisis posterior. Oksitosin meningkatkan kerja sel otot polos yang diam dan memperlambat konduksi aktivitas elektrik sehingga mendorong pengerahan serat-serat otot yang lebih banyak berkontraksi dan akibatnya akan meningkatkan kekuatan dari kontraksi yang lemah. Oksitosin harus digunakan secara hati-hati karena dapat mengakibatkan gawat janin akibat hiperstimulasi uterus (Saifuddin, 2014). Selain itu, pada pemberian oksitosin dapat terjadi rupture uteri terlebih pada ibu multipara. Penggunaan oksitosin pada ibu dengan serviks belum matang akan menimbulkan kegagalan persalinan pervaginam. Pada kondisi serviks yang belum matang dibutuhkan 12 sampai 18 jam untuk mematangkan serviks sebelum tindakan pemberian oksitosin drip dilakukan. Oleh karena itu ibu yang dilakukan induksi dengan pemberian oksitosin drip, dilakukan

pemeriksaan dan pengawasan terhadap skor bishop, tekanan darah, denyut nadi, kontraksi uterus, denyut jantung janin, kecepatan cairan infus oksitosin.<sup>29</sup>

Oksitosin mulai diberikan melalui infuse dekstrose atau garam fisiologis dengan ketentuan sebagai berikut 2,5 unit oksitosin dalam 500 cc dekstrose atau garam fisiologis, pemberian mulai dari 10 tetes permenit, tetesan dinaikkan 10 tetes setiap 30 menit sampai kontraksi adekuat. Kontraksi adekuat yang diharapkan adalah adanya 3 kali kontraksi yang lamanya lebih dari 40 detik. Ketika kontraksi uterus adekuat telah tercapai maka infuse dipertahankan sampai terjadi kelahiran bayi.<sup>29</sup>

Pada ibu yang telah diberikan induksi persalinan dengan ketentuan tersebut tidak tercapai kontraksi yang adekuat (3 kali kontraksi dalam 10 menit dengan lama lebih dari 40 detik setelah infuse mencapai 60 tetes permenit) maka konsentrasi oksitosin dinaikkan menjadi 5 unit dalam 500 cc dekstrose atau garam fisiologis. Tetesan dimulai dengan kecepatan 30 tetes permenit dan dinaikkan 10 tetes setiap 30 menit. Apabila pada ketentuan tersebut belum terdapat kontraksi yang adekuat maka pada ibu primipara, maka konsentrasi oksitosin dinaikkan menjadi 10 unit dalam 500 cc dekstrose atau garam fisiologis.

Apabila kontraksi adekuat yang diharapkan sesuai ketentuan tidak terjadi maka tindakan seksio sesarea dilakukan. Pada ibu multipara dan ibu bekas seksio sesarea tidak dianjurkan pemberian oksitosin 10 unit dalam 500 cc dekstrose atau garam fisiologi.<sup>29</sup>



Tabel 3. Skor Bhisop

Tabel Skor Bishop				
Skor	0	1	2	3
Pembukaan	0	1-2	3-4	≥ 5
Pendataran	0-30%	40-50%	60-70%	≥ 80%
Station	-3	-2	-1	+1 +2
Konsistensi	keras	Sedang	Lunak	Amat lunak
Posisi os	posterior	Posterior	Anterior	Anterior

c) Pemberian Prostaglandin

Angka kegagalan yang tinggi pada pemberian oksitosin untuk induksi persalinan pada ibu dengan serviks tertutup dalam waktu lama memicu upaya untuk mencari cara mematangkan serviks sebelum induksi persalinan dilakukan (Varney, 2006). Prostaglandin sangat efektif untuk pematangan serviks selama induksi persalinan.<sup>29</sup> Prostaglandin dapat diberikan intravena, per oral, intra servikal, transvaginal.

Ada dua unsur prostaglandin yang sejak lama merupakan fokus utama yang digunakan pada induksi persalinan yaitu prostaglandin E1 dan prostaglandin E2. Prostaglandin E1 dikenal dengan nama Misoprostol atau Cytotec. Sedangkan prostaglandin E2 terdiri dari Cervidil dan Prepidil. Respon terkait dosis pada pemberian prostaglandin mencakup pematangan serviks, distress janin, hiperstimulasi uterus, seksio sesarea untuk penanganan distress janin, ikterik pada neonatus. Mengingat resiko pemberian prostaglandin, maka sebelum pemberian prostaglandin dilakukan pemantauan denyut nadi, tekanan darah, kontraksi uterus, pemeriksaan denyut jantung janin. Pemantauan dilakukan dengan pengamatan partograf.

Misoprostol dapat diberikan per oral, sublingual atau pervaginam. Tablet misoprostol dapat ditempatkan di forniks posterior vagina.<sup>4</sup> Misoprostol pervaginam diberikan dengan dosis 25 mcg dan diberikan dosis ulang setelah 6 jam tidak ada his. Apabila tidak ada reaksi setelah 2 kali pemberian 25 mcg, maka dosis dinaikkan menjadi 50 mcg setiap 6 jam. Misoprostol tidak dianjurkan melebihi 50 mcg dan melebihi 4 dosis atau 200 mcg. Misoprostol mempunyai resiko meningkatkan kejadian ruptur uteri, oleh karena itu misoprostol hanya digunakan pada pelayanan kesehatan yang lengkap (Varney, 2006).

d) Pemasangan Kateter Foley

Pemasangan kateter foley merupakan alternatif lain disamping pemberian prostaglandin untuk mematangkan serviks dan induksi persalinan saifudin. Pemasangan kateter foley tidak diperkenankan pada kondisi riwayat perdarahan, ketuban pecah, pertumbuhan janin terhambat atau adanya infeksi vagina. Pemasangan kateter foley dilakukan dengan menggunakan forseps desinfeksi tingkat tinggi (DTT), dan dipastikan ujung kateter telah melewati ostium uteri internium. Setelah pemasangan kateter foley, balon kateter dikembungkan dengan pemberian 10 cc air. Ada perbedaan pengisian balon kateter. Pemberian cairan atau udara untuk mengisi balon kateter sebanyak 25 cc sampai 50 cc agar kateter tetap pada tempatnya. Walaupun ada perbedaan jumlah cairan atau udara pada pengisian balon kateter, tetapi yang terpenting adalah terjadinya dilatasi serviks dan kontraksi uterus. Kateter foley dидiamkan sampai timbul kontraksi uterus atau sampai batas maksimal 12 jam.<sup>29</sup>

## 5. Persalinan

### a. Pengertian Persalinan

Ada beberapa ahli yang mengemukakan mengenai definisi persalinan, menurut Wiknjosastro persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta, dan

selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan ( setelah 37 minggu ) tanpa disertai adanya penyulit.<sup>2</sup> Menurut Saifuddin persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan ( 37-42 minggu ), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin.<sup>10</sup> Adapun menurut Manuaba persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta ) yang telah cukup bulan atau dapat hidup di luar kandungan melalui jalan lahir atau melalui jalan lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).<sup>11</sup>

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa persalinan merupakan proses pengeluaran seluruh hasil konsepsi meliputi janin, plasenta, selaput dan air ketuban dari dalam uterus melalui jalan lahir dengan usia kandungan yang cukup bulan atau kondisi bayi dinilai sudah mampu hidup di luar kandungan, dengan atau tanpa bantuan ( kekuatan sendiri ).

#### b. Tahapan Dalam Persalinan

Dalam prosesnya, persalinan dibagi menjadi 4 kala yaitu kala I, kala II, kala III, dan kala IV

##### 1) Kala I

Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung anatara nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat, sehingga parturine masih dapat berjalan-jalan. Lamanya kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam sedangkan multigravida 8 jam. Berdasarkan kurva fierdman, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1cm/jam dan pembukaan multigravida 2cm/jam, dengan perhitungan tersebut maka waktu pembukaan lengkap dapat diperkirakan.<sup>11</sup>

## 2) Kala II

Pada kala pengeluaran janin, his terkoordinasi kuat, cepat, dan lebih lama. Kepala janin telah turun dan masuk ke ruang panggul sehingga terjadilah tekanan pada otot-otot dasar panggul yang melalui lengkung reflex yang menimbulkan rasa mencedan. Karena tekanan pada rectum, ibu merasakan seperti mau buang air besar, dengan tanda anus terbuka. Pada waktu his kepala janin mulai tampak, vulva membuka, dan perineum meregang. Dengan his dan mencedan yang terpinpin akan lahir kepala, diikuti oleh seluruh badan janin. Kala II pada primigravida berlangsung selama satu setengah jam sampai dua jam dan pada multigravida berlangsung setengah jam hingga satu jam.<sup>12</sup>

Tanda gejala kala II adalah :

- a) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi. Karena biasanya dalam hal ini kepala janin sudah masuk pintu atas panggul, maka pada his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektorik menimbulkan rasa mencedan.
- b) Ibu merasakan adanya peningkatan tekanan pada rektum atau vagiananya.
- c) Perineum menonjol
- d) Vulva vagina dan anus membuka.
- e) Meningkatnya pengeluaran lendir bercampur darah

Tanda pasti kala II ditentukan melalui pemeriksaan dalam (informasi objektif) yang hasilnya adalah : 1) Pembukaan serviks telah lengkap, atau 2) Terlihatnya bagian kepala bayi dilalui introitus vagina.

Bila dasar panggul sudah berelaksasi, kepala janin tidak masuk lagi diluar his, dan dengan his dan kekuatan mencedan maksimal kepala janin dilahirkan dengan suboksiput dibawah symphysis dan dahi, muka, dan dagu melewati perineum.<sup>13</sup>

### 3) Kala III

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat dan berisi plasenta yang menjadi dua kali lebih tebal dari sebelumnya. Beberapa saat kemudian timbul his pelepasan dan pengeluaran uri. Dalam waktu 5-10 menit, seluruh plasenta terlepas, terdorong kedalam vagina dan akan lahir spontan atau dengan sedikit dorongan dari atas simfisis atau fundus uteri. Seluruh proses biasanya berlangsung 5-30 menit setelah bayi lahir, pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah antara 100-200 cc.<sup>12</sup>

### 4) Kala IV

Pimpin kala IV terutama observasi ketat, karena bahaya perdarahan post partum primer terjadi pada dua jam pertama.<sup>11</sup> Setelah plasenta lahir lakukan rangsangan taktil (masase uterus) yang bertujuan untuk merangsang uterus berkontraksi baik dan kuat. Lakukan evaluasi tinggi fundus dengan meletakkan jari tangan secara melintang dengan pusat sebagai patokan. Umumnya, fundus uteri setinggi atau beberapa jari di bawah pusat. Kemudian perkirakan kehilangan darah secara keseluruhan periksa kemungkinan perdarahan dari robekan perineum. Lakukan evaluasi keadaan umum ibu dan dokumentasikan semua asuhan dan temuan selama persalinan kala IV.<sup>2</sup>

### c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi proses persalinan dan akan menentukan berlangsungnya suatu persalinan, faktor tersebut ialah *power*, *passage*, dan *passenger*.

#### 1) *Power* ( Tenaga/Kekuatan )

Kekuatan mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otototot perut, kontraksi diagfragma, dan aksi dari ligament. Kekuatan *power* yang diperlukan dalam persalinan adalah his,

sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga.<sup>3</sup> His yang normal memiliki karakteristik yaitu kontraksi otot rahim mulai dari salah satu tanduk rahim, fundal abdomen dan menjalar ke seluruh otot rahim, kekuatannya seperti memeras isi rahim. Otot rahim yang telah berkontraksi tidak kembali ke panjang semula sehingga terjadi retraksi dan pembentukan segmen bawah rahim.<sup>11</sup>

His atau kontraksi uterus adalah kekuatan kontraksi uterus karena otototot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna, sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, dan relaksasi.<sup>15</sup> Pembagian his dan sifat-sifatnya adalah :

- a) His pendahuluan. Merupakan his yang sifatnya tidak kuat, datangnya tidak teratur, menyebabkan keluarnya lendir darah.
- b) His pembukaan (kala I). Adalah his yang menyebabkan pembukaan serviks, kontraksi bersifat simetris, bagian fundus uteri sebagai pusat dan mempunyai kekuatan yang paling besar, involunter artinya tidak dapat diatur oleh ibu, intervalnya semakin lama semakin pendek, kekuatannya makin besar dan pada kala II diikuti dengan reflek mengejan, kontraksi ini diikuti retraksi artinya panjang otot rahim yang telah berkontraksi tidak akan kembali ke panjang semula. Kontraksi rahim ini menimbulkan rasa sakit pada pinggang, daerah perut, dan dapat menjalar ke paha.
- c) His pengeluaran (kala II) adalah his untuk mengeluarkan janin, sifatnya sangat kuat, teratur, simetris dan terkoordinasi. Kekuatan his ini menimbulkan putaran paksi dalam, penurunan kepala atau bagian terendah janin, menekan serviks dimana terdapat saraf fleksus frankenhauser sehingga terjadi reflex mengejan.
- d) His pengiring ( kala IV) adalah his yang sifat kontraksinya tetap kuat, kekuatan kontraksi ini tidak diikuti oleh interval, pembuluh darah tertutup rapat dan terjadi kesempatan membentuk

thrombus. Melalui kontraksi yang kuat dan pembentukan thrombus terjadi penghentian pengeluaran darah post partum.<sup>11</sup>

Beberapa kasus pada proses persalinan sering dijumpai his yang tidak normal atau terjadi kelainan kontraksi otot rahim. Diantaranya inersia uteri, yaitu his yang sifatnya lemah, pendek, dan jarang baik itu terjadi di awal persalinan ataupun terjadi di tengah proses persalinan. Kelainan his yang kedua yaitu tetania uteri, his ini terjadi dengan terlalu kuat, sifat hisnya normal, kelainannya terletak pada kekuatan his. Kelainan his yang terakhir yaitu his yang tidak terkoordinasi merupakan his yang frekuensinya dan kekuatannya berubah-ubah.<sup>2</sup>

## 2) *Passanger* ( Jalan Lahir )

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, yaitu relatif kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai.<sup>1</sup> Komponen yang sangat penting saat persalinan terdiri dari jalan lahir tulang dan jalan lahir lunak. Jalan lahir merupakan komponen yang tetap, artinya dalam konsep *obstetric modern* tidak diolah untuk melancarkan proses persalinan kecuali jalan lunak pada keadaan tertentu tanpa membahayakan janin.<sup>11</sup>

Jalan tulang mempunyai kriteria sebagai berikut :

- a) Pintu atas panggul dengan distansia ( jarak ) transversalis kanan kiri lebih panjang dari muka belakang.
- b) Mempunyai bidang tersempit dari spina ischiadika.
- c) Pintu atas panggul menjadi pintu bawah panggul
- d) Panjang jalan lahir depan sepanjang 4,5cm sedangkan panjang jalan lahir belakang 12,5cm.
- e) Secara keseluruhan jalan lahir merupakan corong yang melengkung ke dapan, mempunyai bidang sempit pada spina

ischiadika, terjadi perubahan pintu atas panggul lebar kanan dan kiri menjadi pintu bawah panggul lebar ke depan dan belakang yang terdiri dari dua segitiga.

Kelainan jalan lahir selain terjadi akibat jalan tulang yang meliputi panggul ibu, juga terjadi akibat jalan lunak. Beberapa kelainan yang terjadi pada jalan lahir lunak diantaranya :

a) Serviks

- (1) Serviks yang kaku, terdapat pada primi tua primer atau sekunder atau serviks yang mengalami banyak cacat perlukaan ( sikatrik ).
- (2) Serviks gantung, ostium uteri internum terbuka, nemunostium uteri internum tidak dapat terbuka.
- (3) Edema serviks, terutama akibat kesempitan panggul, serviks terjepit antara kepala dan jalan lahir sehingga terjadi gangguan sirkulasi darah dari cairan yang menimbulkan edema serviks.
- (4) Serviks duplek karena kelainan kongenital.

b) Vagina

Kelainan seperti vagina septum atau tumor pada vagina

c) Hymen dan Perineum

Kelainan pada hymen imperforata atau hymen pada perineum, terjadi kekakuan sehingga memerlukan episiotomi. <sup>11</sup>

3) *Passenger* ( Janin dan Plasenta )

Yang termasuk *passenger* adalah janin dan plasenta. Cara penumpang (*passenger*) atau janin bergerak di sepanjang jalan lahir, merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yaitu ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. <sup>11</sup>



d. Tanda-tanda Dalam Persalinan

Tanda terjadinya persalinan meliputi pengeluaran cairan, pinggang terasa sakit menjalar ke depan, terjadi perubahan pada serviks, sifat his teratur, interval makin pendek, dan kekuatan his makin besar, dengan diiringi pengeluaran lendir dan darah (penandaan persalinan).

Dengan adanya his persalinan, terjadinya perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan yang menyebabkan selaput lendir yang terdapat pada kanalis servikalis terlepas sehingga terjadi perdarahan karena kapiler pembuluh darah pecah. Sebagian pasien mengeluarkan air ketuban akibat pecahnya selaput ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka ditargetkan persalinan berlangsung dalam 24 jam, namun jika ternyata tidak tercapai, maka akhirnya diakhiri dengan tindakan-tindakan tertentu, misalnya vakum atau section caesaria.<sup>14</sup>

e. Komplikasi Persalinan

1) Komplikasi yang berhubungan dengan kemajuan persalinan

- a) Ketuban Pecah Dini (KPD)
- b) Distosia
- c) Tidak ada kemajuan dalam persalinan (partus macet)
- d) Emboli cairan ketuban

2) Komplikasi yang berhubungan dengan status ibu dan janin

- a) Gawat janin
- b) Janin >1 (kehamilan ganda)
- 3) Kematian janin (IUFD)<sup>15</sup>

## 6. Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir disebut juga dengan *neonatus* yaitu bayi yang baru saja mengalami proses kelahiran, berusia 0 – 28 hari. BBL memerlukan penyesuaian *fisiologis* berupa *maturasi*, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan *intrauterin* ke kehidupan *ekstrauterin*) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik<sup>16</sup>

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kelapa melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai APGAR >7 dan tanpa cacat bawaan.

b. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal

Menurut Rohan (2018) Ciri-ciri bayi baru lahir normal adalah lahir aterm antara 37 – 42 minggu, berat badan 2500 – 4000 gram, panjang lahir 48 – 52 cm. lingkar dada 30 – 38 cm, lingkar kepala 33 – 35 cm, lingkar lengan 11 – 12 cm, frekuensi denyut jantung 120 – 160 kali/menit, kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup, rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, gerakan aktif, bayi langsung menangis kuat, genetalia pada laki-laki kematangan ditandai dengan testis yang berada pada skrotum dan penis yang berlubang sedangkan genetalia pada perempuan kematangan ditandai dengan vagina 2 dan uterus yang berlubang labia mayora menutup labia minora, refleks rooting (mencari putting susu) terbentuk dengan baik, refleks sucking sudah terbentuk dengan baik, refleks grasping sudah baik, eliminasi baik, urin dan meconium keluar dalam 24 jam pertama.<sup>32</sup>

c. Perubahan Fisiologis pada Bayi Baru Lahir

Setelah pemotongan tali pusat, bayi akan mengalami adaptasi fisiologis. Adaptasi tersebut meliputi<sup>25</sup>:

1) Sistem pernapasan

Saat bayi dilahirkan maka beberapa cairan paru seperti diperas keluar dari paru. Bernafasnya bayi untuk pertama kali akibat dari reflek yang dipicu perbedaan tekanan antara intrauterin dan ekstrauterin. Selain itu kemoreseptor di aorta memulai reflek neurologis sehingga bayi bernafas. Pada bayi baru lahir fungsi pernafasan merupakan pengaruh kontraksi diafragma sehingga

pernafasan abdominal adalah karakteristik bayi baru lahir, pernafasan <http://repository.unimus.ac.id> 11 dangkal dan kadang tidak teratur juga bisa terjadi. Nafas bayi baru lahir berkisar 30-60 x/menit.

## 2) Sistem kardiovaskuler

Sistem kardiovaskuler mengalami perubahan yang mencolok saat bayi lahir. Saat bayi bernafas pertama kali paru-paru akan mengembang sehingga mengurangi resistensi arteri pulmonaris. Tekanan arteri pulmonaris menurun maka tekanan atrium kanan ikut menurun. Hal tersebut menjadikan tekanan pada atrium kiri dan ventrikel kiri meningkat yang akhirnya menjadikan foramen ovale, duktus arteriosus dan venosus menutup. Arteri umbilical, vena umbilical arteri hepatica menutup menjadi ligamen saat tali pusat dipotong dan di klem atau dijepit. Frekuensi denyut jantung bayi baru lahir sekitar 140 x/menit, bervariasi antara 120-160 x/menit. Frekuensi ini menurun saat bayi tertidur.

## 3) Sistem hematopoetik

Saat bayi lahir darah bayi mengandung rata rata 70% hemoglobin janin, tetapi hemoglobin janin berumur pendek sehingga semakin bertambah umur bayi semakin berkurang kandungan kadar hemoglobin janin, kadang anemia fisiologis dapat terjadi saat bayi berusia sekitar 4-5 bulan. Leukositosis adalah normal saat bayi lahir (berkisar 9.000- 30.000 sel/mm<sup>3</sup>) akan tetapi leukosit pada bayi baru lahir juga akan turun cepat, sehingga infeksi neonatorum dapat terjadi. Trombosit berkisar antara 200.000-300.000 sel/mm<sup>3</sup>. sama seperti orang dewasa. Kadar faktor II (protrombin), VII (prokonvertin), IX (protromboplastin beta), X (protrombinase) yang ditemukan dihati menurun selama beberapa hari pertama, karena bayi belum mampu mensintesis vitamin K, sehingga tambahan vit K diperlukan untuk mencegah perdarahan.

#### 4) Sistem renal

Pada kehamilan matur, ginjal akan menempati sebagian besar abdomen bayi baru lahir. Saat lahir urin biasanya terdapat pada kandung kemih bayi. Frekuensi berkemih berkisar 2- 6 kali pada hari pertama dan berkisar 5-25 kali pada hari sesudahnya. Bayi matur berkemih 15-60 ml urine/kgBB/ hari.

#### 5) Sistem integument

Pada sistem integumen epidermis dan dermis berikatan longgar dan sangat tipis. Verniks kaseosa menempel pada epidermis yang berfungsi sebagai pelindung. Bayi matur memiliki warna kulit erimatososa (kemerahan) beberapa jam setelah lahir. Tangan dan kulit terlihat sedikit sianosis (akrosianosis) yang disebabkan oleh instabilitas vasomotor dan vaskuler. Akrosianosis normal terjadi sementara selama 7-10 hari, terutama jika terpajan udara dingin.

#### 6) System hepatic

Pada bayi baru lahir, produksi haemoglobin dihasilkan oleh hati janin sampai usia bayi sekitar 5 bulan. Asupan besi ibu selama hamil sangat mempengaruhi simpanan zat besi di dalam hati janin. Pada bayi baru lahir hati juga berfungsi pada proses konjugasi bilirubin, bilirubin ini diubah menjadi urobilinogen kemudian diekresikan dalam bentuk urin dan sterkobilin yang diekskresikan dalam bentuk feses. Bayi baru lahir hati juga mempunyai kapasitas fungsional untuk merubah bilirubin, sehingga kadang terjadi hiperbilirubinemia fisiologis. Hati juga merupakan tempat ikatan albumin (albumin binding) yang sifatnya adekuat, kecuali jika bayi mengalami asfiksia atau stress dingin (*cold stress*) ikatan ini akan menurun.

#### 7) Sistem gastrointestinal

Pada bayi baru lahir hanya mampu mencerna, memetabolisme protein dan karbohidrat sederhana, serta mengemulsi lemak seperti

yang terdapat pada ASI (air susu ibu). Bayi baru lahir tidak mampu memindahkan makanan dari bibir ke faring sehingga puting susu harus diletakkan cukup dalam di mulut bayi. Saat lahir, perilaku menghisap pada bayi dipengaruhi oleh maturitas dari neuromuskuler, pengobatan yang diterima bayi saat ibu persalinan dan jenis makanan awal.

#### 8) Sistem imunitas

Pada bayi baru lahir dilindungi oleh kekebalan pasif yang di dapat dari ibu selama tiga bulan pertama kehidupan. Sistem pertahanan alami seperti keasaman lambung (pepsin dan tripsin) belum berkembang baik sampai usia bayi sekitar 3-4 minggu. Ig A pada bayi tidak terlihat pada traktus gastrointestinal kecuali jika bayi mendapatkan ASI. Bayi yang menyusui mendapat kekebalan pasif dari kolostrum dan ASI

#### 9) Sistem neuromuskuler

Sistem neuromuskuler pada bayi baru lahir sangat dipengaruhi oleh kondisi otak. Otak memerlukan glukosa dan oksigen untuk proses metabolisme yang adekuat. Aktivitas motorik spontan dapat muncul dalam bentuk tremor sementara di mulut dan di dagu terutama saat bayi menangis.

#### 10) Sistem termogenik

Sistem termogenik merupakan sistem pengaturan suhu tubuh bayi baru lahir. Bayi baru lahir berusaha menstabilkan temperatur tubuhnya dengan cara mempertahankan keseimbangan antara kehilangan panas dan produksi panas.

#### d. Perawatan Bayi Baru Lahir<sup>33</sup>

Bayi Baru Lahir (BBL) sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir.

Beberapa mikroorganisme harus diwaspadai karena dapat ditularkan lewat percikan darah dan cairan tubuh misalnya virus HIV, Hepatitis B dan Hepatitis C. Sebelum menangani BBL, pastikan penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi berikut:

1) Persiapan Diri

- a) Sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi, cuci tangan dengan sabun kemudian keringkan
- b) Memakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.

2) Persiapan Alat

Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, alat-alat resusitasi dan benang tali pusat telah di desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau sterilisasi. Gunakan bola karet pengisap yang baru dan bersih jika akan melakukan pengisapan lendir dengan alat tersebut. Jangan menggunakan bola karet pengisap yang sama untuk lebih dari satu bayi. Bila menggunakan bola karet pengisap yang dapat digunakan kembali, pastikan alat tersebut dalam keadaan bersih dan steril. Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi sudah dalam keadaan bersih dan hangat. Demikian pula halnya timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop dan bendabenda lain yang akan bersentuhan dengan bayi, juga bersih dan hangat. Dekontaminasi dan cuci semua alat setiap kali setelah digunakan.

3) Persiapan Tempat

Gunakan ruangan yang hangat dan terang, siapkan tempat resusitasi yang bersih, kering, hangat, datar, rata dan cukup keras, misalnya meja atau dipan. Letakkan tempat resustasi dekat pemancar panas dan tidak berangin, tutup jendela dan pintu. Gunakan lampu pijar 60 watt

dengan jarak 60 cm dari bayi sebagai alternatif bila pemancar panas tidak tersedia.

c. Penilaian Awal

Untuk semua BBL, lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan<sup>34</sup>:

***Sebelum bayi lahir:***

- 1) Apakah kehamilan cukup bulan?
- 2) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?

***Segera setelah bayi lahir,*** sambil meletakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang telah disiapkan pada perut bawah ibu, segera lakukan penilaian berikut:

- 1) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
- 2) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Dalam Bagan Alur Manajemen BBL dapat dilihat alur penatalaksanaan BBL mulai dari persiapan, penilaian dan keputusan serta alternatif tindakan yang sesuai dengan hasil penilaian keadaan BBL. Untuk BBL cukup bulan dengan air ketuban jernih yang langsung menangis atau bernapas spontan dan bergerak aktif cukup dilakukan manajemen BBL normal. Jika bayi kurang bulan ( $< 37$  minggu/259 hari) atau bayi lebih bulan ( $\geq 42$  minggu/283 hari) dan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak bernapas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan manajemen BBL dengan Asfiksia.

d. Klasifikasi Nilai APGAR

- 1) Nilai 7-10 : bayi normal
- 2) Nilai 4-6 : bayi asfiksia ringan-sedang
- 3) Nilai 0-3 : bayi asfiksia berat

e. Asuhan Bayi Baru Lahir

- 1) Pencegahan infeksi

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan mikroorganisme yang terpapar selama proses persalinan berlangsung ataupun beberapa saat setelah bayi lahir.

2) Menilai bayi baru lahir

Penilaian bayi baru lahir dilakukan dalam waktu 30 detik pertama. Keadaan yang harus dinilai pada saat bayi baru lahir sebagai berikut:

- a) Apakah bayi cukup bulan?
- b) Apakah air ketuban jernih, tidak tercampur mekonium?
- c) Apakah bayi menangis atau bernapas?
- d) Apakah tonus otot baik?

3) Menjaga Bayi Tetap Hangat

Mekanisme kehilangan panas tubuh bayi baru lahir adalah sebagai berikut:

- a) Evaporasi adalah kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi karena setelah lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan, bayi yang terlalu cepat dimandikan, dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
- b) Konduksi adalah kehilangan panas tubuh bayi melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin
- c) Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin
- d) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan dekat benda-benda yang mempunyai suhu yang lebih rendah dari suhu tubuh bayi

4) Perawatan Tali Pusat<sup>35</sup>

Lakukan perawatan tali pusat dengan cara mengklem dan memotong tali pusat setelah bayi lahir, kemudian mengikat tali pusat tanpa membubuhi apapun.



5) Inisiasi Menyusu Dini

Segera setelah bayi lahir dan tali pusat diikat. Kenakan topi pada bayi dan bayi diletakkan secara tengkurap di dada ibu, kontak langsung antara kulit dada bayi dan kulit dada ibu. Bayi akan merangkak mencari puting susu ibu dan menyusu. Suhu ruangan tidak boleh < 26°C.

6) Pencegahan Infeksi Mata

Dengan pemberian salep mata antibiotic tetrasiklin 1 % pada kedua mata, setelah satu jam kelahiran bayi.

7) Pemberian Suntikan Vitamin K1

Bayi baru lahir harus diberikan suntikan vitamin K1 mg intramuscular di paha kiri anterolateral segera setelah pemberian salep mata. Suntikan vitamin K1 untuk mencegah perdarahan bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K.

8) Pemberian Imunisasi Bayi Baru Lahir<sup>34</sup>

Imunisasi HB-0 diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K1 dengan dosis 0,5 ml intramuskuler di paha kanan anterolateral. Imunisasi HB-0 untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi. Pelayanan kesehatan atau kunjungan ulang bayi baru lahir dilaksanakan minimal 3 kali :

- a) Saat bayi usia 6-48 jam
- b) Saat bayi usia 3-7 hari
- c) Saat bayi usia 8-28 hari

9) Perawatan lain-lain

a) Perawatan Tali Pusat

- (1) Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan ditutupi dengan kain bersih secara longgar.

- (2) Jika tali pusat terkena kotoran atau tinja, dicuci dengan sabun dan air bersih, kemudian dikeringkan sampai benar-benar kering.
- b) Dalam waktu 24 jam dan sebelum ibu dan bayi dipulangkan kerumah, diberikan imunisasi BCG, polio, dan hepatitis B.
- c) Orang tua diajarkan tanda-tanda bahaya bayi dan mereka diberitahu agar merujuk bayi dengan segera untuk perawatan lebih lanjut jika ditemui hal-hal berikut:
  - (1) Pernapasan: sulit atau lebih dari 60x/menit
  - (2) Warna: kuning (terutama pada 24 jam pertama), biru, atau pucat
  - (3) Tali pusat: merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah
  - (4) Infeksi: suhu meningkat, merah, bengkak, keluar cairan (nanah) bau busuk, pernapasan sulit
  - (5) Feses/kemih: tidak berkemih dalam 24 jam, feses lembek, sering kejang, tidak bisa tenang, menangis terus-menerus.
- d) Orang tua diajarkan cara merawat bayi dan melakukan perawatan harian untuk bayi baru lahir, meliputi:
  - (1) Pemberian ASI sesuai dengan kebutuhan setiap 2-3 jam, mulai dari hari pertama
  - (2) Menjaga bayi dalam keadaan bersih, hangat dan kering , serta mengganti popok
  - (3) Menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering
  - (4) Menjaga keamanan bayi terhadap trauma dan infeksi.

f. Neonatus

1) Definisi Neonatus

Neonatus adalah bayi yang baru lahir 28 hari pertama kehidupan (Rudolph, 2015). Neonatus adalah usia bayi sejak lahir hingga akhir bulan pertama. Neonatus adalah bulan pertama kelahiran. Neonatus

normal memiliki berat 2.700 sampai 4.000 gram, panjang 48-53 cm, lingkar kepala 33-35cm. Dari ketiga pengertian di atas dapat disimpulkan neonatus adalah bayi yang lahir 28 hari pertama.<sup>36</sup>

## 2) Kunjungan Neonatus<sup>20</sup>

### a) Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1)

Kunjungan Neonatal ke-1 (KN 1) dilakukan dalam kurun waktu 6-48 jam setelah bayi lahir. Tujuan dilakukan KN 1 yaitu memberikan konseling perawatan bayi baru lahir, memastikan bayi sudah BAB dan BAK pemeriksaan fisik bayi baru lahir, mempertahankan suhu tubuh bayi, ASI eksklusif, pemberian vitamin K injeksi, dan pemberian imunisasi HB 0 injeksi.

### b) Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2)

Kunjungan Neonatal ke-2 (KN 2) dilakukan pada kurun waktu hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah bayi lahir. Tujuan dilakukan KN 2 yaitu untuk menjaga tali pusat dalam keadaan bersih dan kering, menjaga kebersihan bayi, pemeriksaan tanda bahaya seperti kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, diare, berat badan rendah dan masalah pemberian ASI, memberikan ASI pada bayi minimal 8 kali dalam 24 jam, menjaga keamanan bayi, dan menjaga suhu tubuh bayi.

### c) Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3)

Kunjungan Neonatal ke-3 (KN 3) dilakukan pada kurun waktu hari ke-8 sampai dengan hari ke-28 setelah lahir. Tujuan dilakukan KN 3 yaitu menjaga kebersihan bayi, memberitahu ibu tentang tanda-tanda bahaya bayi baru lahir, menjaga keamanan bayi, menjaga suhu tubuh bayi, dan memberitahu ibu tentang Imunisasi BCG (Zulyanto, dkk, 2014).

## 7. Nifas

### a. Definisi

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan.<sup>37</sup>

Masa nifas adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan terakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil), masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu. Periode postpartum adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin, (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya traktus reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil.<sup>38</sup>

Sedangkan sumber lain mengatakan bahwa masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Wanita yang melalui periode puerperium disebut puerpura. Puerperium (nifas) berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, merupakan waktu yang diperlukan untuk 68 pulihnya alat kandungan pada keadaan yang normal.<sup>39</sup>

### b. Perubahan Fisiologis pada Ibu Masa Nifas

Pada masa nifas terjadi perubahan-perubahan fisiologis berikut<sup>39</sup>:

#### 1) Involusi Uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses di mana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat sekitar 30 gram. Proses ini dimulai segera setelah plasenta lahir akibat kontraksi otot-otot polos uterus. TFU dan Berat Uterus Menurut Masa Involusi Involusi TFU Berat Uterus Bayi lahir Setinggi pusat, 2 jari di bawah pusat 1.000 gr 1 minggu Pertengahan pusat simfisis 750 gr 2 minggu Tidak teraba di atas

simfisis 500 gr 6 minggu Normal 50 gr 8 minggu Normal seperti sebelum hamil 30 gr bulan.

## 2) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Pemeriksaan lochea meliputi perubahan warna dan bau karena lochea memiliki ciri khas: bau amis atau khas darah dan adanya bau busuk menandakan adanya infeksi. Jumlah total pengeluaran seluruh periode lochea rata-rata kira-kira 240–270 ml.

Lochea terbagi 4 tahapan:

### a) Lochea Rubra/Merah (Cruenta)

Lochea ini muncul pada hari 1 sampai hari ke-3 masa postpartum. Cairan yang keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo, dan meconium.

### b) Lochea Sanguinolenta

Cairan yang keluar berwarna merah kecokelatan dan berlendir. Berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 postpartum.

### c) Lochea Serosa

Lochea ini berwarna kuning kecokelatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan/laserasi plasenta. Muncul pada hari ke-8 sampai hari ke-14 postpartum.

### d) Lochea Alba/Putih

Mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba bisa berlangsung selama 2 sampai 6 minggu postpartum.

## 3) Vagina

Vagina dan lubang vagina pada permukaan puerperium merupakan suatu saluran yang luas berdinding tipis. Secara berangsur-angsur luasnya

berkurang, tetapi jarang sekali kembali seperti ukuran seorang nulipara. Rugae timbul kembali pada minggu ketiga. Hymen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil, yang dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara.

#### 4) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks post partum adalah bentuk serviks yang menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk seperti cincin. Warna serviks sendiri kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Beberapa hari setelah persalinan, ostium externum dapat dilalui oleh dua jari, pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari canalis cervikalis.

#### 5) Proses Laktasi

Sejak masa hamil payudara sudah memproduksi air susu di bawah kontrol beberapa hormon, tetapi volume yang diproduksi masih sangat sedikit. Selama masa nifas payudara bagian alveolus mulai optimal memproduksi air susu (ASI). Dari alveolus ini ASI disalurkan ke dalam saluran kecil (duktulus), di mana beberapa saluran kecil bergabung membentuk saluran yang lebih besar (duktus). Di bawah areola, saluran yang besar ini mengalami pelebaran yang disebut sinus. Akhirnya semua saluran yang besar ini memusat ke dalam puting dan bermuara ke luar. Di dalam dinding alveolus maupun saluran, terdapat otot yang apabila berkontraksi dapat memompa ASI keluar bulan.(20) Jenis-Jenis ASI :

- a) Kolostrum: cairan pertama yang dikeluarkan oleh kelenjar payudara pada hari pertama sampai dengan hari ke-3, berwarna kuning keemasan, mengandung protein tinggi rendah laktosa
- b) ASI Transisi: keluar pada hari ke 3–8; jumlah ASI meningkat tetapi protein rendah dan lemak, hidrat arang tinggi.
- c) ASI Mature: ASI yang keluar hari ke 8–11 dan seterusnya, nutrisi terus berubah sampai bayi 6 bulan.

Beberapa hormon yang berperan dalam proses laktasi:

- a) Hormon Prolaktin

Ketika bayi menyusui, payudara mengirimkan rangsangan ke otak. Otak kemudian bereaksi mengeluarkan hormon prolaktin yang masuk ke dalam aliran darah menuju kembali ke payudara. Hormon prolaktin merangsang sel-sel pembuat susu untuk bekerja, memproduksi susu. Semakin sering dihisap bayi, semakin banyak ASI yang diproduksi. Semakin jarang bayi menyusui, semakin sedikit ASI yang diproduksi. Jika bayi berhenti menyusui, payudara juga akan berhenti memproduksi ASI.<sup>40</sup>

- b) Hormon Oksitosin

Setelah menerima rangsangan dari payudara, otak juga mengeluarkan hormon oksitosin. Hormon oksitosin diproduksi lebih cepat daripada prolaktin. Hormon ini juga masuk ke dalam aliran darah menuju payudara. Di payudara, hormon oksitosin ini merangsang sel-sel otot untuk berkontraksi. Kontraksi ini menyebabkan ASI yang diproduksi sel-sel pembuat susu terdorong mengalir melalui pembuluh menuju muara saluran ASI. Kadangkadang, bahkan ASI mengalir hingga keluar payudara ketika bayi sedang tidak menyusui. Mengalirnya ASI ini disebut refleksi pelepasan ASI.<sup>40</sup>

c. Perubahan Psikologis

Perubahan psikologis mempunyai peranan yang sangat penting pada ibu dalam masa nifas. Ibu nifas menjadi sangat sensitif, sehingga diperlukan pengertian dari keluarga-keluarga terdekat. Peran bidan sangat penting pada masa nifas untuk memberi pegarahan pada keluarga tentang kondisi ibu serta pendekatan psikologis yang dilakukan bidan pada ibu nifas agar tidak terjadi perubahan psikologis yang patologis. Adaptasi psikologis yang perlu dilakukan sesuai dengan fase di bawah ini<sup>41</sup>:

1) Fase *Taking In*

Fase ini merupakan periode ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan sering berulang diceritakannya. Kelelahan membuat ibu cukup istirahat untuk mencegah gejala kurang tidur, seperti mudah tersinggung. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Oleh karena itu, kondisi ibu perlu dipahami dengan menjaga komunikasi yang baik. Pada fase ini perlu diperhatikan pemberian ekstra makanan untuk proses pemulihannya.

2) Fase *Taking Hold*

Fase ini berlangsung antara 3–10 hari setelah melahirkan. Pada fase *taking hold*, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Selain itu perasaannya sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati. Oleh karena itu, ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai penyuluhan dalam merawat diri dan bayinya sehingga tumbuh rasa percaya diri.

3) Fase *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai



menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini bulan.

d. Jadwal Kunjungan Masa Nifas

Menurut kebijakan pemerintah, kunjungan masa nifas antara lain<sup>20</sup>:

- 1) Kunjungan ke-1 (6-48 jam setelah persalinan): mencegah adanya perdarahan masa nifas karena antonia uteri; mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk bila perdarahan berlanjut; memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena antonia uteri; pemberian ASI awal; melakukan hubungan antara ibu dan bayinya; menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi; jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayinya untuk 2 jam pertama setelah lahir, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan sehat.
- 2) Kunjungan ke-2 (3-7 hari setelah persalinan): memastikan involusi uteri berjalan dengan normal; uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau; menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal; memastikan ibu cukup makanan, cairan, dan istirahat; memastikan ibu menyusui dengan baik dan memperhatikan tanda-tanda penyulit, meberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tai pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- 3) Kunjungan ke-3 (8-28 hari setelah persalinan): sama seperti diatas
- 4) Kunjungan k-4 (29-42 hari setelah persalinan): menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu tau atau yang bayi alami; memberikan konseling KB secara dini.

Berikut tabel 4 Kunjungan Masa Nifas:

Asuhan Selama Kunjungan Masa Nifas		
Kunjungan	Waktu	Asuhan
I	6-8 jam post partum	Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri.
		Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.
		Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri.
		Pemberian ASI awal.
		Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.
		Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi.
		Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
II	6 hari post partum	Memastikan involusi uterus barjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal.
		Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan.
		Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup.
		Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan.
		Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.
		Memberikan konseling tentang perawatan bayi baru lahir.
III	2 minggu post partum	Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
IV	6 minggu post partum	Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
		Memberikan konseling KB secara dini.

e. Kebutuhan Ibu dalam Masa Nifas<sup>41</sup>

1) Nutrisi dan Cairan

- a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari.
- b) Minum sedikitnya 3 liter air setiap hari.
- c) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 41 hari pasca persalinan.

## 2) Pemberian Kapsul Vitamin A 200.000 Iu

Kapsul vitamin A 200.000 IU pada masa diberikan sebanyak dua kali, pertama segera setelah melahirkan, kedua di berikan setelah 24 jam pemberian kapsul vitamin A pertama. Manfaat kapsul vitamin A untuk ibu nifas sebagai berikut : Meningkatkan kandungan vitamin A dalam Air Susu Ibu (ASI).

- a) Bayi lebih kebal dan jarang kena penyakit infeksi.
- b) Kesehatan ibu lebih cepat pulih setelah melahirkan.
- c) Ibu nifas harus minum 2 kapsul vitamin A karena bayi lahir dengan cadangan vitamin A yang rendah, kebutuhan bayi akan vitamin A tinggi untuk pertumbuhan dan peningkatan daya tahan tubuh. Pemberian 1 kapsul vitamin A 200.000 IU warna merah pada ibu nifas hanya cukup untuk meningkatkan kandungan vitamin A dalam ASI selama 60 hari, sedangkan dengan pemberian 2 kapsul dapat menambah kandungan vitamin A sampai bayi 6 bulan.

## 3) Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Ibu postpartum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24–48 jam postpartum. *Early ambulation* tidak diperbolehkan pada ibu postpartum dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, paru-paru, demam dan sebagainya bulan.

## 4) Eliminasi

Ibu diminta untuk buang air kecil 6 jam postpartum. jika dalam 8 jam belum dapat berkemih atau sekali berkemih atau belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterisasi. Akan tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu menunggu 8 jam untuk kateterisasi. Ibu postpartum diharapkan dapat buang air besar setelah hari ke-2 postpartum. Jika hari

ke-3 belum juga BAB, maka perlu diberi obat pencahar per oral atau per rektal.

5) Personal Hygiene

Kebersihan diri sangat penting untuk mencegah infeksi. Anjurkan ibu untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh, terutama perineum. Sarankan ibu untuk mengganti pembalut dua kali sehari, mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelinanya dan bagi ibu yang mempunyai luka episiotomi atau laserasi, disarankan untuk mencuci luka tersebut dengan air dingin dan menghindari menyentuh daerah tersebut.

6) Istirahat dan Tidur

Sarankan ibu untuk istirahat cukup. Tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.

7) Seksual Ibu

Ibu diperbolehkan untuk melakukan aktivitas kapan saja ibu siap dan secara fisik aman serta tidak ada rasa nyeri.

f. Ketidaknyamanan Pasca Partum<sup>42</sup>

1) Pengertian ketidaknyamanan pasca partum

Ketidaknyamanan pasca partum adalah perasaan tidak nyaman yang berhubungan dengan kondisi setelah melahirkan.

2) Penyebab ketidaknyamanan pasca partum

Ketidaknyamanan pasca partum disebabkan oleh trauma perineum selama persalinan dan kelahiran, involusi uterus, proses pengembalian ukuran rahim ke ukuran semula, pembengkakan payudara dimana alveoli mulai terisi ASI, kekurangan dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan, ketidaktepatan posisi duduk, dan faktor budaya. Beberapa ketidaknyamanan pada masa nifas, meskipun dianggap normal, ketidaknyamanan tersebut dapat menyebabkan distres fisik yang bermakna.

a) Nyeri setelah melahirkan

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus yang berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri ini lebih umum terjadi pada paritas tinggi dan pada wanita menyusui. Alasan nyeri yang lebih berat pada wanita dengan paritas tinggi adalah penurunan tonus otot uterus secara bersamaan, menyebabkan relaksasi intermiten. Berbeda pada wanita primipara yang tonus ototnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi tanpa relaksasi intermiten. Pada wanita menyusui, isapan bayi menstimulasi produksi oksitosin oleh hipofise posterior. Pelepasan oksitosin tidak hanya memicu refleks let down (pengeluaran ASI) pada payudara, tetapi juga menyebabkan kontraksi uterus. Nyeri setelah melahirkan akan hilang jika uterus tetap berkontraksi dengan baik saat kandung kemih kosong. Kandung kemih yang penuh mengubah posisi uterus ke atas, menyebabkan relaksasi dan kontraksi uterus lebih nyeri.

b) Keringat berlebih

Ibu post partum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraselular selama kehamilan. Cara menguranginya sangat sederhana yaitu dengan membuat kulit tetap bersih dan kering.

c) Pembesaran payudara

Diperkirakan bahwa pembesaran payudara disebabkan oleh kombinasi akumulasi dan stasis air susu serta peningkatan vaskularitas dan kongesti. Kombinasi ini mengakibatkan kongesti lebih lanjut karena stasis limfatik dan vena. Hal ini terjadi saat pasokan air susu meningkat, pada sekitar hari ketiga post partum baik pada ibu menyusui maupun tidak menyusui dan berakhir sekitar 24 hingga 48 jam.

d) Nyeri perineum

Beberapa tindakan dapat mengurangi ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau luka episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut. Sebelum tindakan dilakukan, penting untuk memeriksa perineum untuk menyingkirkan komplikasi seperti hematoma. Pemeriksaan ini juga mengindikasikan tindakan lanjutan apa yang mungkin paling efektif.

e) Konstipasi

Rasa takut dapat menghambat fungsi bowel jika wanita takut bahwa hal tersebut dapat merobek jahitan atau akibat nyeri yang disebabkan oleh ingatannya tentang tekanan bowel pada saat persalinan. Konstipasi lebih lanjut mungkin diperberat dengan longgarnya abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga atau empat.

f) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid, mungkin mereka sangat merasakan nyeri selama beberapa hari. Hemoroid yang terjadi selama masa kehamilan dapat menimbulkan trauma dan menjadi lebih edema selama kala dua persalinan

g. Pengkajian pada Ibu Nifas<sup>41</sup>

1) Anamnesis

Anamnesis perlu dilakukan untuk mengetahui kondisi ibu dengan cara menanyakan keluhan dan keadaan yang dirasakan ibu selama masa nifas. Anamnesis untuk mendapatkan keterangan yang berkaitan dengan keadaan ibu dapat ditanyakan juga kepada suami dan atau keluarga.

2) Pemeriksaan Fisik Ibu Nifas

Pemeriksaan fisik selama masa nifas perlu dilakukan untuk memastikan kondisi ibu nifas dalam keadaan normal. Hal-hal yang perlu dilakukan sebagai berikut.

- a) Pengukuran Tanda-Tanda Vital Pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi: suhu tubuh, nadi, pernapasan, dan tekanan darah. Mengukur tanda-tanda vital bertujuan untuk memperoleh data dasar memantau perubahan status kesehatan klien.
- b) Identifikasi Tanda Anemia Tanda anemia diidentifikasi dengan melakukan pemeriksaan hemoglobin.
- c) Pemeriksaan Payudara Lakukan palpasi di sekeliling puting susu untuk mengetahui adanya keluaran. Apabila ada keluaran, identifikasi keluaran tersebut mengenai sumber, jumlah, warna, konsistensi, dan kaji terhadap adanya nyeri tekan. Waspada apabila ditemukan bendungan ASI, rasa panas, nyeri, merah, dan bengkak.
- d) Pemeriksaan Abdominal Tujuan pemeriksaan abdominal sebagai berikut : Memeriksa involusi uterus (lokasi fundus, ukur dengan jari tangan dan konsistensi (keras atau lunak). Perhatikan apabila ditemukan ketidaksesuaian turunnya fundus uteri dengan lamanya masa nifas.
- e) Memeriksa kandung kemih (adanya distensi yang disebabkan oleh retensi urine) biasa terjadi setelah lahir. Pemeriksaan dilakukan dengan palpasi menggunakan 1 atau 2 tangan, akan teraba apabila ada distensi. Jika ada distensi, lakukan perkusi untuk mengetahui suara/tingkatan redupnya.
- f) Menentukan ukuran diastasis rektus abdominalis (derajat pemisahan otot rektus abdominis) sebagai evaluasi denyut otot abdominal dengan menentukan derajat diastasis.
- g) Memeriksa CVA (costovertebral angle) rasa sakit pada CVA/letak pertemuan dari iga ke 12 atau yang terbawah dari otot paravertebral sejajar dengan kedua sisi tulang punggung dan disana terdapat ginjal di posterior dekat dengan permukaan kulit, rasa sakit ditransmisikan

melalui saraf ke-10, 11, dan 12 dari rongga dada sebagai identifikasi adanya penyakit ginjal atau ISK.

- h) Dengan teknik auskultasi untuk mendengarkan bising usus (deteksi adanya parametritis).
  - i) Dengan palpasi dan tekanan pada perut bagian bawah untuk mendeteksi adanya abses pelvik, dan lain-lain.
  - j) Pemeriksaan Ano-Genitalia Tujuan pemeriksaan ano-genitalia untuk memeriksa perineum terhadap penyembuhan luka meliput (edema, inflamasi, hematoma, supurasi, dehiscence, echymosis/memar) dan memeriksa pengeluaran lochea (perubahan warna dan bau) Jumlah total pengeluaran seluruh periode lochea rata-rata kira-kira 240-270 ml. Bau amis atau khas darah, bau busuk tanda infeksi.
  - k) Pemeriksaan anus Sebagai tindak lanjut pemeriksaan prenatal, memeriksa keadaan anus setelah persalinan perlu dilakukan terutama kondisi haemorhoid, adanya lesi atau perdarahan.
  - l) Mengevaluasi tonus otot pelvik (pada minggu ke-4 dan ke-6) (m) Pemeriksaan Ekstremitas Pemeriksaan ekstremitas dilakukan dengan menilai tanda homan (untuk mendeteksi adanya tromboplebitis), edema, menilai pembesaran varises, dan mengukur refleks patela (jika ada komplikasi menuju eklampsi postpartum).
- 3) Deteksi dini penyulit pada masa nifas dan penanganannya perdarahan pasca persalinan dibagi menjadi perdarahan pasca persalinan primer dan sekunder.
- 4) Peran dan Tanggung jawab Bidan pada Masa Nifas  
Menurut Marni (2012), peran dan tanggung jawab bidan pada masa nifas antara lain :(17)
- a) Mendukung dan memantau kesehatan fisik ibu dan bayi.
  - b) Mendukung dan memantau kesehatan psikologis, emosi, sosial, serta memberikan semangat pada ibu.



- c) Membantu ibu dalam menyusui bayinya.
  - d) Membangun kepercayaan diri ibu dalam perannya sebagai ibu.
  - e) Mendukung pendidikan kesehatan termasuk pendidikan dalam perannya sebagai orangtua.
  - f) Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
  - g) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
  - h) Membuat kebijakan, perencanaan program kesehatan yang berkaitan dengan ibu dan anak serta mampu melakukan kegiatan administrasi.
  - i) Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan
  - j) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman.
  - k) Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan.
  - l) Memberikan asuhan secara professional.
- h. Komplikasi Masa Nifas <sup>42</sup>
- 1) Perdarahan masa nifas
 

Perdarahan ini bisa terjadi segera begitu ibu melahirkan. Terutama di dua jam pertama yang kemungkinannya sangat tinggi. Itulah sebabnya, selama 2 jam setelah bersalin ibu belum boleh keluar dari kamar bersalin dan masih dalam pengawasan. “yang diperhatikan adalah tinggi rahim, ada perdarahan atau tidak, lalu tekanan darah dan nadinya. Bila terjadi perdarahan, maka tinggi rahim akan bertambah naik, tekanan darah menurun, dan denyut nadi ibu menjadi cepat. Normalnya tinggi rahim setelah melahirkan adalah sama dengan pusar atau 1 cm diatas pusar. 24
  - 2) Infeksi masa nifas, adalah infeksi peradangan pada semua alat genitalia pada masa nifas oleh sebab apapun dengan ketentuan meningkatnya suhu

badan melebihi 38°C tanpa menghitung hari pertama dan berturut-turut selama 2 hari

3) Pre Eklampsia dan Eklampsia

Biasanya orang menyebutnya keracunan kehamilan. Ini ditandai dengan munculnya tekanan darah tinggi, oedema atau pembengkakan pada tungkai, dan bila diperiksa laboratorium urinya terlihat mengandung protein. Dikatakan eklampsia bila sudah terjadi kejang, bila hanya gejalanya saja maka dikatakan preeklampsia. Selama masa nifas dihari ke-1 sampai ke 28, ibu harus mewaspadaai munculnya gejala preeklampsia. Jika keadaannya bertambah berat bisa terjadi eklampsia, dimana kesadaran hilang dan tekanan darah meningkat tinggi sekali. Akibatnya, pembuluh darah otak bisa pecah, terjadi oedema pada paru-paru yang memicu batuk berdarah. Semua ini bisa menyebabkan kematian.

4) Infeksi dari vagina ke Rahim

Adanya lochea atau darah dan kotoran pada masa nifas inilah yang mengharuskan ibumembersihkan daerah vaginanya dengan benar, seksama setelah BAK atau BAB, bila tidak dikhawatirkan vagina akan mengalami infeksi.

5) Payudara berubah merah panas dan nyeri.

Mastitis adalah peradangan payudara. Mastitis ini dapat terjadi kapan saja sepanjang periode menyusui, tapi paling sering terjadi antara hari ke-10 dan hari ke-28 setelah kelahiran. Gejala dari mastitis adalah bengkak dan nyeri, payudara tampak merah pada keseluruhan atau ditempat tertentu, payudara terasa keras dan berbenjol-benjol, serta demam dan rasa sakit.

6) Pusing dan lemas yang berlebihan

Pusing merupakan tanda-tanda bahaya masa nifas, pusing bisa disebabkan karena tekanan darah rendah (sistol <100 mmHg dan

diastol > 90 mmHg). Pusing dan lemas yang berlebihan dapat juga disebabkan oleh anemia bila kadar haemoglobin < 11 gr/dl. Lemas yang berlebihan juga merupakan tanda-tanda bahaya, dimana keadaan lemas disebabkan oleh kurangnya istirahat dan kurangnya asupan kalori sehingga ibu kelihatan pucat, tekanan darah rendah

7) Suhu tubuh ibu > 38<sup>0</sup> C

Apabila terjadi peningkatan melebihi 38<sup>0</sup> C berturut-turut selama 2 hari kemungkinan terjadi infeksi. Infeksi nifas adalah keadaan yang mencakup semua peradangan alat-alat genitalia dalam masa nifas.

8) Perasaan Sedih yang berkaitan dengan bayinya

Ada kalanya ibu mengalami perasaan sedih yang berkaitan dengan bayinya. Keadaan ini disebut dengan baby blue, yang disebabkan perubahan yang dialami ibu saat hamil hingga sulit menerima kehadiran bayinya. Perubahan perasaan merupakan respon alami terhadap rasa lelah yang dirasakan, selain itu juga karena perubahan fisik dan emosional selama beberapa bulan kemudian

i. Teknik Menyusui

Dalam menyusui yang benar ada beberapa macam posisi menyusui, antara lain :<sup>42</sup>

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<sup>0</sup>) terhadap pangkuannya. Ini

mungkin dapat dilakukan dengan duduk bersila diatas tempat tidur atau dilantai, atau duduk dikursi. Langkah-langkah menyusui yang benar Berberapa langkah yang benar dalam menyusui bayi antara lain :<sup>39</sup>

- a) Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembaban puting susu.
- b) Bayi diletakkan menghadap perut ibu/payudara.
- c) Ibu duduk atau berbaring santai. Bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.
- d) Bayi dipegang dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.
- e) Satu tangan bayi diletakkan dibelakang badan ibu, dan yang satu di depan.
- f) Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara (tidak hanya membelokkan kepala bayi).
- g) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
- h) Ibu menatap bayi dengan kasih sayang.
- i) Payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah. Jangan menekan puting susu atau areolanya saja.
- j) Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut (rooting reflek) dengan cara:
  - (1) Menyentuh pipi dengan puting susu, atau
  - (2) Menyentuh sisi mulut bayi.
  - (3) Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu, biarkan agar bayi mencari puting ibu

dan membuka mulut dengan sendirinya serta pastika seluruh puting dan areola masuk kedalam mulut bayi.

- (4) Usahakan sebagian besar areola dimasukkan ke mulut bayi, susu berada dibawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak dibawah areola.
  - (5) Setelah bayi mulai menghisap, payudara tak perlu dipegang atau disangga lagi.
- k) Melepas isapan bayi Setelah menyusui pada satu payudara sampai terasa kosong, sebaiknya ganti menyusui pada payudara yang lain.  
Cara melepas isapan bayi :
- (1) Jari kelingking ibu dimasukkan ke mulut bayi melalui sudut mulut atau,
  - (2) Dagu bayi ditekan kebawah.
- l) Menyusui berikutnya mulai dari payudara yang belum terkosongkan (yang dihisap terakhir).
- m) Setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Biarkan kering dengan sendirinya.
- n) Menyendawakan bayi Tujuan menyendawakan bayi adalah mengeluarkan udara dari lambung supaya bayi tidak muntah (gumoh-jawa) setelah menyusui. Cara menyendawakan bayi :
- (1) Bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan atau,
  - (2) Bayi tidur tengkurap dipangkuan ibu, kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan.

### **Lama dan frekuensi menyusui**

Sebaiknya bayi disusui secara on demand karena bayi akan menentukan sendiri kebutuhannya. Ibu harus menyusui bayinya bila bayi

menangis bukan karena sebab lain (kencing, kepanasan/ kedinginan, atau sekedar ingin didekap) atau ibu sudah merasa perlu menyusui bayinya. Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam. Pada awalnya bayi akan menyusui dengan jadwal yang tak teratur, dan akan mempunyai pola tertentu setelah 1-2 minggu kemudian

### **Masalah - masalah dalam pemberian ASI**

Kegagalan dalam proses menyusui sering disebabkan karena timbulnya beberapa masalah, antara lain :<sup>39</sup>

#### 1) Puting susu lecet

Penyebab

- a) Kesalahan dalam teknik menyusui yang benar
- b) Akibat dari pemakaian sabun, alcohol, krim,dll untuk mencuci puting susu
- c) Mungkin saja terjadi pada bayi yang frenulum lingue (tali lidah yang pendek), sehingga menyebabkan bayi sulit menghisap sehingga hisapannya hanya pada puting susu.
- d) Rasa nyeri dapat timbul jika ibu menghentikan menyusui kurang hati-hati.

Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (2013) Masalah yang paling sering terjadi pada ibu yang menyusui adalah puting susu nyeri/lecet. Keadaan seperti ini biasanya terjadi karena posisi bayi sewaktu menyusui salah. Bayi hanya menghisap pada puting karena aerola sebagian besar tidak masuk ke dalam mulut bayi. Hal ini juga dapat terjadi pada akhir menyusui bila melepaskan hisapan bayi tidak benar. Juga dapat terjadi bila sering membersihkan puting dengan alcohol atau sabun. Puting lecet ini dapat menggagalkan upaya menyusui oleh karena ibu akan segan menyusui karena terasa sakit

dan tidak terjadi pengosongan payudara sehingga produksi ASI berkurang. Pencegahan puting susu lecet diantaranya :

- a) Ibu perlu mengetahui posisi menyusui yang benar.
- b) Ibu perlu tahu cara melepaskan bayi dari payudara.
- c) Jangan membersihkan puting dengan sabun atau alkohol

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk puting susu lecet yaitu: (1) Perbaiki posisi menyusui.

(2) Mulai menyusui dari payudara yang tidak sakit.

(3) Tetap mengeluarkan ASI dari payudara yang putingnya lecet

(4) Keluarkan sedikit ASI dan oleskan ke puting yang lecet dan biarkan kering.

(5) Pergunakan BH yang menyangga

(6) Bila terasa sangat sakit boleh minum obat pengurang rasa sakit.

## 2) Payudara Bengkak

### a) Penyebab

Pembengkakan ini terjadi karena ASI tidak disusui secara adekuat, sehingga sisa ASI terkumpul pada system duktus yang mengakibatkan terjadinya pembengkakan. Pembengkakan bisa terjadi pada hari ketiga dan keempat sesudah melahirkan.

### b) Pencegahan

(1) Apabila memungkinkan, susukan bayi segera setelah lahir

(2) Susukan bayi tanpa dijadwal

(3) Keluarkan ASI dengan tangan atau pompa bila produksi ASI melebihi kebutuhan bayi.

(4) Melakukan perawatan payudara

## 3) Saluran susu tersumbat (*obstrutive duct*)

Suatu saluran dimana terdapat sumbatan pada ductus laktiferus dengan penyebabnya adalah:

- a) Tekanan pada ibu jari pada waktu menyusui
  - b) Pemakaian BH yang terlalu ketat
  - c) Komplikasi payudara bengkak, yaitu susu yang terkumpul tidak segera dikeluarkan sehingga menimbulkan sumbatan.
- 4) Mastitis
- Hal ini disebabkan radang payudara yang disebabkan oleh:
- a) Payudara bengkak yang tidak disusui secara adekuat
  - b) Puting lecet yang memudahkan masuknya kuman dan terjadi bengkak payudara
  - c) BH yang ketat
  - d) Ibu yang diit jelek, kurang istirahat, anemia akan mudah mengalami infeksi.
- 5) Abses payudara
- Abses payudara merupakan kelanjutan dari mastitis, hal ini dikarenakan meluasnya peradangan payudara. Payudara tampak merah mengkilap dan terdapat nanah sehingga perlu insisi untuk mengeluarkannya.
- 6) Kelainan anatomis pada puting susu (puting tenggelam/datar)
- Pada puting tenggelam kelainan dapat diatasi dengan perawatan payudara dan *perasat Hoffman* secara teratur. Jika puting masih tidak bisa diatasi maka untuk mengeluarkan ASI dapat dilakukan dengan tangan/pompa kemudian dapat diberikan dengan sendok/pipet.

## **8. Keluarga Berencana**

### **a. Definisi Kontrasepsi**

Kontrasepsi adalah metode pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim. Pelayanan Kontrasepsi adalah serangkaian kegiatan meliputi pemberian KIE, konseling, penapisan kelayakan medis, pemberian



kontrasepsi, pemasangan atau pencabutan, dan penanganan efek samping atau komplikasi dalam upaya mencegah kehamilan.<sup>43</sup>

Kontrasepsi adalah pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim.<sup>44</sup>

b. Tujuan Program KB

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.<sup>45</sup>

c. Sasaran Keluarga Berencana (KB)

Sasaran Program KB Sasaran Keluarga Berencana dibagi menjadi dua yaitu sasaran secara langsung dan sasaran tidak langsung. Adapun sasaran secara langsung adalah Pasangan Umur Subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan untuk sasaran tidak langsungnya adalah pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran hidup melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan 11 terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.<sup>46</sup>

d. Jenis-jenis Kontrasepsi<sup>44</sup>

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 Simptotermal 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 hormone yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implant.

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

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

4) 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.

e. KB Hormonal (Suntik 3 bulan)

1) Definisi

KB suntik 3 bulan Kontrasepsi suntikan adalah alat kontrasepsi berupa cairan yang berisi hormon progesteron yang disuntikan ke dalam tubuh wanita setiap 3 bulan sekali. Kegunaan menggunakan KB suntik adalah praktis, efektif dan aman dengan tingkat keberhasilan lebih dari 99%. Tidak membatasi usia dan obat KB suntik 3 bulan sekali tidak

mempengaruhi ASI dan cocok untuk ibu menyusui, karena berisi hormon progesteron saja.<sup>47</sup>

2) Cara kerja

- a) Mencegah ovulasi.
- b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.
- c) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi.
- d) Menghambat transportasi gemet oleh tuba. Efektivitas Kontrasepsi suntikan memiliki efektivitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

3) Keuntungan

- a) Praktis dan efektif
- b) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- c) Tidak mengandung estrogen, sehingga tidak berdampak serius pada terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah
- d) Tidak berpengaruh pada ASI
- e) Klien tidak perlu menyimpan obat suntik
- f) Dapat digunakan oleh perempuan usia >35 tahun sampai perimenopause
- g) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik
- h) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara
- i) Mencegah penyakit radang panggul
- j) Menurunkan krisis anemia bulan sabit.

4) Kerugian

- a) Sering di temukan gangguan haid, seperti: Siklus haid yang memendek atau memanjang, Perdarahan yang banyak atau sedikit, Perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (*spotting*), Tidak haid sama sekali.

- b) Klien sangat bergantung pada sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk suntikan).
  - c) Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering
  - d) Tidak melindungi diri dari infeksi menular seksual atau HIV/AIDS
  - e) Kemungkinan terlambatnya pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian, karena belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat suntikan)
  - f) Terjadi perubahan pada lipit serum pada penggunaan jangka panjang
  - g) Pada penggunaan jangka panjang menurunkan kepadatan tulang
  - h) Pada penggunaan jangka panjang menimbulkan kekeringan vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, nervositas, jerawat
- 5) Indikasi
- a) Usia reproduksi.
  - b) Nulipara dan tidak memiliki anak.
  - c) Menghendaki kontrasepsi jangka panjang dan yang memiliki efektifitas tinggi.
  - d) Menyusui dan yang menghendaki kontrasepsi yang sesuai.
  - e) Setelah melahirkan dan tidak menyusui.
  - f) Setelah abortus.
  - g) Telah banyak anak, tapi tidak menghendaki tubektomi.
  - h) Perokok.
  - i) Menggunakan obat untuk epilepsi atau obat untuk tuberkulosis.
  - j) Tidak dapat menggunakan kontrasepsi yang mengandung estrogen
  - k) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi
  - l) Anemia defisiensi besi.
- 6) Kontraindikasi
- a) Hamil atau dicurigai hamil (resiko cacat pada janin 7 per 100 kelahiran).

- b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
- c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid, terutama amenore.
- d) Menderita kanker payudara atau riwayat kanker payudara.
- e) Diabetes melitus disertai komplikasi.
- f) Peningkatan berat badan
- g) Sakit kepala
- h) Nyeri payudara.

### **9. Kewenangan Bidan**

Dalam PMK no.28 tentang izin dan penyelenggaraan Praktik Bidan, Pasal 18, Bidan memiliki kewenangan untuk memberikan:

- a. Pelayanan kesehatan ibu;
- b. pelayanan kesehatan anak; dan
- c. pelayanan kesehatan reproduksi dan Keluarga Berencana.<sup>23</sup>

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.<sup>2</sup>