

## **BAB II**

### **KAJIAN KASUS DAN TEORI**

#### **A. Kajian Masalah Kasus**

##### **1. Kehamilan**

Berdasarkan rekam medis dan buku KIA, riwayat pemeriksaan kehamilan Ny.M di Puskesmas Imogiri I. pemeriksaan kehamilan pertama dilakukan pada tanggal 30 Mei 2022 di Puskesmas Imogiri I. Dilakukan pemeriksaan ANC terpadu saat usia kehamilan 9 minggu 3 hari. Hasil pemeriksaan umum diperoleh berat badan 59 kg, tinggi badan 152 cm, LLA 29 cm, tekanan darah 119/75 mmHg, nadi 80x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,5°C. Hasil pemeriksaan abdomen diperoleh hasil TFU belum teraba, DJJ belum terdengar. Diagnosa kebidanan yaitu Ny.M usia 29 tahun G2P1Ab0Ah1 usia kehamilan 9 minggu 3 hari dengan kehamilan normal. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu kolaborasi untuk ANC terpadu dengan poli gigi, poli umum, poli gizi, psikolog, dan pemeriksaan laboratorium. Hasil pemeriksaan laboratorium yaitu Hb 13,4 gr%, GDS 88mg/dL, golongan darah B rhesus (+), Protein urine (-), sifilis (NR), HbsAg (NR), HIV (NR).

Berdasarkan anamnesa pada saat dilakukan kunjungan rumah pada tanggal 12 Desember 2022 didapatkan hasil bahwa Ny.M dalam kondisi baik, saat ini ia merasa kadang kenceng namun masih hilang saat istirahat atau berjalan-jalan. Menarche umur 13 tahun, siklus 28 hari, teratur, lama 6 hari, sifat darah encer, flour albus ada, tidak berwarna, tidak berbau. Bau khas darah, tidak ada dysmenorhoe, banyak darah 3-4 kali ganti pembalut/hari. HPHT 25 Maret 2022, HPL 01 Januari 2023, UK 37 minggu 3 hari, frekuensi ANC trimester I 2 kali, trimester II 3 kali, dan trimester III 4 kali. Pergerakan janin aktif, dalam 12 jam terakhir >10 kali. Kehamilan ini merupakan kehamilan kedua, ibu tidak pernah mengalami keguguran dan riwayat persalinan lahir normal serta tidak ada komplikasi pada ibu dan bayi. Riwayat KB ibu pernah menggunakan IUD.

Ny.M dan keluarga tidak pernah/sedang mengidap penyakit yang menurun, menular, dan menahun. Pola nutrisi, Ny.M sehari makan 3 kali dan tidak ada keluhan, serta minum air putih 8 gelas/hari dan tidak ada keluhan. Pola istirahat Ny.M kadang tidur siang selama 1 jam dan tidur malam  $\pm$ 6-7 jam. Ny.M melakukan hubungan seksual 2 kali seminggu. Kegiatan sehari-hari Ny.M adalah mengerjakan pekerjaan rumah seperti menyapu, mengepel, memasak, dan mengurus anak. Keadaan psikososial, Ny.M dan keluarga menerima kehamilan ini dengan senang dan keluarga selalu memberikan dukungan moril maupun materi kepada ibu dan saling membantu. Ibu dan keluarga juga senantiasa berdoa kepada Allah SWT. Ibu berencana melahirkan di Puskesmas Imogiri I atau di PMB terdekat, didampingi suami, transportasi dengan menggunakan transportasi sepeda motor, dan menggunakan jaminan kesehatan.

Berdasarkan pengkajian data objektif didapatkan hasil bahwa keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, TD 100/70 mmHg, N 80 kali/menit, R 20 kali/menit, S 36,5°C, BB sebelum hamil 59 Kg, BB sekarang 65 kg, TB 152 cm, IMT 25,5kg/m<sup>2</sup>, LLA 29 cm. Pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan suatu masalah, hasil pemeriksaan Leopold TFU pertengahan pusat px, teraba bulat tidak lenting kesimpulan bokong pada bagian fundus, bagian kiri teraba datar keras kesimpulan punggung kiri bagian kanan teraba bagian ekstremitas janin, bagian bawah Rahim teraba bulat dan lenting kesimpulan kepala, sudah masuk PAP (posisi tangan divergen) TFU McDonald 28cm TBJ (28-12)x155= 2480gr, DJJ 155x/menit. Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 24 November 2022 didapatkan hasil Hb 12,6 gr/dL, GDS 91 mg/dL, protein urine negatif, reduksi urin negatif.

Berdasarkan data subjektif dan objektif yang diperoleh didapatkan diagnose kebidanan yaitu Ny.M usia 29 tahun G2P1Ab0Ah1 umur kehamilan 37 minggu 3 hari dengan kehamilan normal. Masalah yang terjadi yaitu adanya kontraksi palsu (*Braxton hicks*). Rencana tindakan yaitu KIE ketidaknyamanan kehamilan trimester III, KIE tanda tanda

persalinan, dukungan pada ibu, pemberian terapi hemafor dan kalk, menjadwalkan kunjungan ulang, dan dokumentasi.

Pada tanggal 29 Desember 2022 datang ke Puskesmas Imogiri I mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya. Ny.M mengatakan kencing kencing masih hilang timbul. Usia kehamilan Ny.M saat ini adalah 39 minggu 4 hari. Hasil pengkajian data objektif diperoleh hasil keadaan umum baik, kesadaran compos mentis. Hasil pemeriksaan tanda vital tekanan darah 107/72 mmHg, nadi 80 x/menit, respirasi 20 x/menit, suhu 36,5°C. Pada pemeriksaan antropometri BB sekarang 66 kg. Hasil pemeriksaan fisik diperoleh hasil tidak ada edema wajah, mata tidak anemis, leher tidak ada pembengkakan, dan ekstremitas tidak bengkak. TFU 2 jari bawah px, teraba bulat tidak lenting kesimpulan bokong pada bagian fundus, bagian kiri teraba datar keras kesimpulan punggung kiri bagian kanan teraba bagian ekstremitas janin, bagian bawah Rahim teraba bulat dan lenting kesimpulan kepala, sudah masuk PAP (posisi tangan divergen) TFU Mc Donald 30 cm, DJJ 155x/menit

Berdasarkan data subjektif dan objektif diperoleh diagnosa kebidanan yaitu Ny.M umur 29 tahun G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>Ab<sub>0</sub>Ah<sub>1</sub> umur kehamilan 39 minggu 4 hari dengan kehamilan normal. Rencana tindakan yaitu KIE tanda persalinan. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu menyampaikan hasil pemeriksaan, KIE tanda-tanda persalinan, KIE persiapan perlengkapan persalinan, pemberian terapi hemafor dan kalk, menjadwalkan kunjungan ulang, dan melakukan dokumentasi.

## 2. Persalinan

Berdasarkan pengkajian melalui pengkajian melalui whatsapp, pada tanggal 09 Januari 2023, Ny.M datang ke rumah sakit Nur Hidayah tanggal 07 Januari 2023 pukul 19.00 WIB dengan keluhan perut kencing teratur sejak pukul 16.00 WIB setelah sebelumnya mendapatkan rujukan dari Puskesmas Imogiri I atas indikasi *postdate*. Usia kehamilan Ny.M saat ini adalah 41 minggu, Ny.M mengatakan dilakukan pemeriksaan dan diberitahu bahwa saat ini belum ada pembukaan, setelah itu diberitahu

bahwa dipasang infus yang berisi obat induksi. Pada tanggal 08 Januari 2023 pukul 19.45 WIB Ny.M mengatakan mengatakan kenceng-kenceng semakin sakit dan merasa ingin BAB, pecah ketuban secara spontan berwarna jernih, lalu dilakukan pemeriksaan dalam diperoleh hasil pembukaan sudah lengkap, kemudian ibu dipimpin untuk meneran. Pada pukul 20.10 WIB bayi lahir spontan, segera menangis, tonus otot kuat, seluruh tubuh kemerahan, jenis kelamin perempuan. Ny.M mengatakan plasenta lahir spontan, terdapat rupture perineum, dilakukan penjahitan dengan anestesi. Ny.M mengatakan selama 2 jam setelah melahirkan, ibu dan bayi dalam keadaan baik.

### 3. Bayi Baru Lahir dan Neonatus

Berdasarkan pengkajian melalui whatsapp dan buku KIA, bayi Ny.M lahir pada tanggal 08 Januari 2023 pada pukul 20.10 WIB pada usia kehamilan ibu 41 minggu, persalinan spontan, jenis kelamin perempuan, penolong bidan, bayi tidak ada kelainan maupun kecacatan. Antropometri bayi Ny.M antara lain berat lahir 3000 gram, panjang badan 50 cm, LLA 11 cm, lingkaran kepala 33 cm, dan lingkaran dada 32 cm. Asuhan bayi baru lahir yang telah diberikan pada bayi Ny.M yaitu dilakukan IMD dalam 1 jam pertama kelahiran bayi, injeksi vitamin K1, pemberian salep mata antibiotika profilaksis, dan perawatan tali pusat.

#### a. Kunjungan Neonatus (KN I)

Kunjungan neonatus I pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir. Berdasarkan pengkajian melalui whatsapp dan buku KIA, bayi Ny.M telah diberikan imunisasi Hb<sub>0</sub> pada paha kanan bayi dan telah dilakukan skrining hipotiroid konginetal (SHK). Hasil pemeriksaan diperoleh bayi mau menyusu, bayi sudah BAK dan BAB, tidak ikterus. Hasil pemeriksaan fisik bayi menunjukkan bayi dalam keadaan sehat.

Berdasarkan pengkajian melalui pesan whatsapp pada tanggal 09 Januari 2023, ibu mengatakan bayi nya sudah BAB dan BAK, bayi tidak rewel, bayi mau menyusu, tali pusat dalam keadaan bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi. Diperoleh diagnosa By.Ny.M umur 1 hari

cukup bulan sesuai masa kehamilan dalam keadaan sehat. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberi konseling kepada ibu untuk tetap menjaga kehangatan pada bayi, menganjurkan ibu menyusui bayi lebih sering, memberi konseling kepada ibu tentang perawatan tali pusat, memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir.

b. Kunjungan Neonatus II (KN II)

Kunjungan neonatus II pada hari ke-3 sampai dengan hari ke-7 setelah kelahiran. Pada tanggal 12 Januari 2023 dilakukan kunjungan rumah untuk pemantauan kondisi bayi. Ibu mengatakan kondisi bayi saat ini baik. Bayi menyusu kuat. Hasil pemeriksaan didapatkan hasil keadaan umum baik. Tanda vital suhu 36,8 °C, HR 124 x/menit, respirasi 46 x/menit. Hasil pemeriksaan fisik tali pusat bersih, belum puput, bayi tidak kuning dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Tidak ada masalah BAK dan BAB. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu konseling ASI eksklusif, konseling pemberian ASI on demand dan konseling perawatan tali pusat, mengajarkan ibu cara membuat air DTT.

c. Kunjungan Neonatus III (KN III)

Pada tanggal 19 Januari 2023 dilakukan pengkajian melalui whatsapp, didapatkan hasil By.Ny.M usia 11 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan, lahir secara spontan. Pemenuhan nutrisi: ASI on demand, BAK 6-8 kali/hari, BAB 3 kali/hari, tekstur lunak warna kekuningan. Berdasarkan pegkajian data objektif: HR 134 x/menit, respirasi 44 x/menit, S 36,6°C. hasil pemeriksaan fisik diperoleh hasil kulit tidak icterus, tali pusat sudah puput, tidak ada tanda infeksi. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu konseling rencana imunisasi BCG, konseling ASI eksklusif.

#### 4. Nifas

##### a. Kunjungan Nifas I (KF I)

Berdasarkan pengkajian melalui whatsapp dan buku KIA, hasil pemeriksaan yang dilakukan di Rumah Sakit Nur Hidayah pada tanggal 09 Januari 2023 menunjukkan bahwa Ny.M dalam keadaan umum baik, tanda vital dalam batas normal. Hasil pemeriksaan fisik diperoleh hasil ASI keluar, kontraksi uterus keras, TFU 2 jari dibawah pusat, perdarahan dalam batas normal, lochea rubra, jahitan basah, tidak ada tanda infeksi. Di Rumah Sakit Nur Hidayah, Ny.M mendapatkan terapi obat amoxicillin 3x1, vitamin A 1x1, tablet tambah darah 1x1, vitamin C 1x1, dan asam mefenamat 3x1.

Hasil pengkajian melalui whatsapp pada tanggal 09 Januari 2023, ibu mengeluhkan nyeri jahitan. Ny.M mengatakan belum BAB. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan KIE nutrisi dan cairan selama masa nifas, *personal hygiene* dan *vulva hygiene*, kebutuhan istirahat, tanda bahaya masa nifas,

##### b. Kunjungan Nifas II (KF II)

Pada tanggal 12 Januari 2023 dilakukan kunjungan rumah untuk memantau kondisi Ny.M. Ny.M mengatakan pengeluaran ASI lancar, bayi menyusu kuat, pengeluaran darah berwarna merah bercampur lendir. Ibu memberikan ASI setiap bayi membutuhkan. Pemenuhan Nutrisi, ibu makan 3-4x/hari dengan nasi, sayur, lauk, buah dan cemilan ; minum 2-3 liter/hari dengan air putih, teh, dan susu. Ibu sudah melakukan aktivitas sehari-hari dan tidak ada keluhan. Pada malam hari ibu tidur 5-6 jam dan siang 0,5-1 jam.

Hasil pemeriksaan, keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tanda vital dalam batas normal. Hasil pemeriksaan fisik diperoleh hasil mata tidak anemis, pengeluaran ASI banyak, putting tidak lecet, payudara tidak bengkak, TFU 2 jari atas simphisis, kontraksi keras, lochea sanguilenta, jahitan perineum sebagian masih basah.

Diagnosa yang diperoleh yaitu Ny.M umur 29 tahun P2Ab0Ah2 postpartum hari ke-4 dalam keadaan sehat. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memastikan teknik menyusui benar, personal hygiene dan vulva hygiene, pemberian ASI eksklusif, istirahat yang cukup.

c. Kunjungan Nifas III (KF III)

Pada tanggal 19 Januari 2023 pengkajian melalui whatsapp untuk memantau kondisi Ny.M. Ny.M mengatakan pengeluaran ASI lancar, bayi menyusu kuat, pengeluaran darah berwarna kecoklatan. Ibu memberikan ASI setiap 2 jam sekali atau on demand.

Hasil pemeriksaan, keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, tanda vital dalam batas normal. Hasil pemeriksaan fisik diperoleh hasil mata tidak anemis, pengeluaran ASI banyak, puting tidak lecet, payudara tidak bengkak, TFU tidak teraba, lochea serosa, jahitan perineum sudah menyatu.

Diagnosa yang diperoleh yaitu Ny.M umur 29 tahun P2Ab0Ah2 postpartum hari ke-11 dalam keadaan sehat. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu pemenuhan nutrisi dan cairan, personal hygiene dan vulva hygiene, pemberian ASI eksklusif, istirahat yang cukup, dan konseling KB.

5. Keluarga Berencana

Pada tanggal 12 Januari 2023 dilakukan kunjungan rumah untuk memantau kondisi Ny.M. Pada saat kunjungan rumah, Ny.M bertanya mengenai alat kontrasepsi yang cocok untuk ibu menyusui. Telah diberikan konseling berbagai macam alat kontrasepsi mengenai cara kerja, cara pemberian, kelebihan dan kekurangan dari masing-masing alat kontrasepsi. Ny.M mengatakan akan mendiskusikan dengan suami terlebih dahulu.

Pada tanggal 28 Februari 2023 dilakukan pemantauan melalui whatsapp. Ny.M mengatakan sudah berdiskusi dengan suami dan berencana untuk menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulan. Ny.M mengatakan berencana mulai menggunakannya setelah nifas karena masih menunggu kesiapan dirinya.

## **B. Kajian Teori**

### **1. Konsep Dasar Kehamilan**

#### **a. Definisi**

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi.<sup>8</sup> Kehamilan adalah periode yang dihitung sejak hari pertama haid terakhir (HPHT) hingga dimulainya persalinan sejati, yang menandai awal periode antepartum.<sup>9</sup> Masa kehamilan di mulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya kehamilan normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan hari) dihitung dari pertama haid terakhir.<sup>10</sup>

#### **b. Ketidaknyamanan Kehamilan Trimester III**

Berikut ini adalah ketidaknyamanan yang biasa dirasakan ibu hamil trimester III menurut varney dkk:<sup>11</sup>

##### **1) Peningkatan frekuensi berkemih.**

Frekuensi berkemih pada trimester ke-3 paling sering dialami pada primigravida setelah lightening terjadi. Efek lightening bagian presentasi akan menurun masuk kedalam panggul dan menimbulkan tekanan langsung pada kandung kemih. Upaya yang dapat dilakukan dengan tetap mengosongkan kandung kemih memperbanyak minum pada siang hari dan mengurangi sebelum tidur malam, batasi minuman yang mengandung diuterik seperti kopi, teh, cola, dan kafein serta posisi tidur miring kiri dan kaki ditinggikan untuk mencegah diuresis.

##### **2) Kesemutan dan Baal pada jari**

##### **3) Insomnia**

##### **4) Nyeri punggung bagian atas dan bawah.**

##### **5) Nyeri ligamentum teres uteri**

##### **6) Hiperventilasi dan sesak nafas**

c. Perubahan Psikologis pada Trimester III

Trimester ketiga sering disebut periode penuh dengan penantian dan kewaspadaan. Ada perasaan was-was mengingat bayi dapat lahir kapan saja. Hal ini membuat berjaga-jaga.<sup>11</sup> Menurut penelitian di RSUD kota surakarta pada pasien primigravida lebih banyak mengalami kecemasan di dibandingkan pada pasien multigravida dalam menghadapi kehamilan trimester III.<sup>12</sup>

d. Tanda Bahaya Trimester III

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan setelah 22 minggu sampai sebelum bayi dilahirkan disebut sebagai perdarahan pada kehamilan lanjut atau perdarahan antepartum.<sup>13</sup>

Klasifikasi perdarahan yang berhubungan dengan kehamilan:<sup>14</sup>

- a) Plasenta Previa
- b) Solusio Plasenta
- c) Perdarahan pada plasenta letak rendah
- d) Pecahnya Vasa Previa

2) Bengkak kaki, tangan dan wajah atau sakit kepala disertai kejang

Bengkak menunjukan adanya masalah serius jika muncul pada muka dan tangan. hal ini disebabkan adanya pertanda gagal jantung dan preeklamsi.

3) Gerakan janin tidak terasa

Apabila ibu hamil tidak merasakan gerakan janin sesudah usia kehamilan 22 minggu atau selama persalinan, maka waspada terhadap kemungkinan gawat janin atau bahkan kematian janin dalam uterus. Gerakan janin berkurang atau bahkan hilang dapat terjadi pada solusio plasenta dan ruptur uteri.

4) Nyeri perut yang hebat

Nyeri perut kemungkinan tanda persalinan preterm, ruptur uteri, solusio plasenta. Nyeri perut hebat dapat terjadi pada ruptur uteri disertai shock, perdarahan intra abdomen dan atau pervaginam, kontur uterus yang abnormal, serta gawat janin atau DJJ tidak ada.

5) Keluar Air Ketuban sebelum Waktunya

Keluarnya cairan berupa air dari vagina setelah kehamilan 22 minggu, ketuban dinyatakan pecah dini jika terjadi sebelum proses persalinan berlangsung. Pecahnya selaput ketuban dapat terjadi pada kehamilan preterm sebelum kehamilan 37 minggu maupun kehamilan aterm.

6) Masalah lain pada masa hamil

- a) Demam, menggigil dan berkeringat. Bila ibu berada di daerah endemis malaria menunjukkan adanya gejala penyakit malaria.
  - b) Batuk lama (lebih dari 2 minggu)
  - c) Merasa sakit pada saat kencing atau keluar keputihan atau gatal-gatal di daerah kemaluan
  - d) Diare berulang
  - e) Sulit tidur dan cemas berlebihan
  - f) Jantung berdebar-debar atau nyeri di dada
- e. Pelayanan Antenatal Care (ANC) Terpadu

Pelayanan ANC terpadu mempunyai suatu tujuan, yaitu untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat. pelayanan berkualitas sesuai standar (10T).<sup>15</sup>

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- 2) Nilai status gizi/ikur lingkaran lengan atas (LILA)
- 3) Ukur tekanan darah
- 4) Ukur tinggi fundus uteri (TFU)

Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri sesuai Umur Kehamilan

Usia Kehamilan	Tinggi Fundus (cm)	Menggunakan penunjuk-penunjuk badan
12 minggu	-	Teraba di atas simfisis pubis
16 minggu	-	Di tengah, antara simfisis pubis dan umbilikalis
20 minggu	20 cm ( $\pm 2$ cm)	Pada umbilikalis
22-27 minggu	UK dalam minggu = cm ( $\pm 2$ cm)	-
28 minggu	28 cm ( $\pm 2$ cm)	Di tengah, antara umbilikalis dan prosesus xifoideus
29-35 minggu	UK dalam minggu = cm ( $\pm 2$ cm)	-
36 minggu	36 cm ( $\pm 2$ cm)	Pada prosesus xifoideus

Sumber: Saifuddin, 2013<sup>16</sup>

- 5) Tentukan presentasi janin dan hitung denyut jantung janin (DJJ)
- 6) Skrining status imunisasi TT dan berikan imunisasi TT bila diperlukan. Ibu hamil minimal mempunyai status imunisasi TT2

Tabel 2. Pemberian Imunisasi TT pada Ibu Hamil

Imunisasi TT	Selang waktu minimal pemberian imunisasi	Lama perlindungan
TT1	-	Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit tetanus
TT2	1 bulan setelah pemberian TT1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah pemberian TT2	5 tahun
TT4	12 bulan setelah pemberian TT3	10 tahun
TT5	12 bulan setelah pemberian TT4	>25 tahun

Sumber: Saifuddin, 2013<sup>16</sup>

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

dan ketiga atas indikasi.

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

10) Temu wicara (konseling).

Dilakukan pada setiap kunjungan antenatal meliputi:

- a) Kesehatan ibu.
- b) Perilaku hidup bersih dan sehat. Peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan.
- c) Tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi.
- d) Asupan gizi seimbang.
- e) Gejala penyakit menular dan tidak menular.
- f) Inisiasi Menyusu Dini (IMD) dan pemberian ASI eksklusif
- g) KB paska persalinan
- h) Imunisasi
- i) Peningkatan kesehatan intelegensi pada kehamilan

2. Persalinan

a. Definisi

Persalinan adalah periode dari awitan kontraksi uterus yang regular sampai ekspulsi plasenta secara normal.<sup>17</sup> Persalinan dapat didefinisikan secara medis sebagai kontraksi uterus yang teratur dan semakin kuat, menciptakan penipisan dan dilatasi serviks di sepanjang waktu, yang menimbulkan dorongan kuat untuk melahirkan janin melalui jalan lahir melawan resistansi jaringan lunak, otot, dan struktur tulang panggul.<sup>18</sup> Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lahir lain dengan bantuan atau tanpa bantuan/kekuatan sendiri.<sup>19</sup> Macam-macam persalinan antara lain:

1) Persalinan Spontan

Persalinan spontan yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.

## 2) Persalinan Buatan

Persalinan buatan apabila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi *Sectio Caesaria*.

## 3) Persalinan Anjuran

Persalinan anjuran yaitu persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin.<sup>20</sup>

Dari berbagai pengertian persalinan menurut beberapa ahli dapat disimpulkan bahwa persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput ketuban dari tubuh ibu tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.

### b. Faktor Penyebab Persalinan

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

Kekuatan yang berguna untuk mendorong keluar janin adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi ligament. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu.

#### 2) Jalan Lahir (*Passage*)

Merupakan faktor jalan lahir terbagi menjadi 2 yaitu bagian keras (tulang panggul) dan bagian lunak (uterus, otot dasar panggul dan perineum).

#### 3) Janin (*Passanger*)

Meliputi sikap janin, letak janin, presentasi, bagian presentasi, serta posisi. Sikap janin menunjukkan hubungan bagian tubuh janin yang satu dengan bagian yang lain. Letak janin dilihat berdasarkan hubungan sumbu tubuh janin dibandingkan dengan sumbu tubuh ibu. Presentasi digunakan untuk menentukan bagian janin yang ada di bagian bawah rahim yang dijumpai pada palpasi atau pada

pemeriksaan dalam. Bagian presentasi adalah bagian tubuh janin yang pertama kali teraba oleh jari pemeriksa saat melakukan pemeriksaan dalam. Posisi merupakan indikator untuk menetapkan arah bagian terbawah janin.

4) Psikis Ibu

Meliputi psikologis ibu, emosi, dan persiapan intelektual, pengalaman melahirkan bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dan dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.

5) Penolong

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin.<sup>21</sup>

c. Tanda-Tanda Persalinan

- 1) Rasa sakit karena his datang lebih kuat, sering dan teratur
- 2) Keluarnya lendir bercampur darah (*blood show*) karena robekan-robekan kecil pada serviks
- 3) Terkadang ketuban pecah dengan sendirinya
- 4) Pada pemeriksaan dalam didapati serviks mendatar dan pembukaan telah ada.<sup>22</sup>

d. Tahapan Persalinan

1) Kala I

Kala pertama adalah dilatasi serviks untuk menyiapkan jalan lahir bagi janin. Kala ini dimulai saat persalinan mulai sampai pembukaan lengkap (10 cm). Pada primipara, berlangsung selama 12 jam dan pada multipara sekitar 8 jam. Pada multipara, kecepatan pembukaan serviks 1 cm/jam atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm. Kala I terdiri dari dua fase, yaitu:

a) Fase Laten

Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan pembukaan sampai dengan 3 cm. Pada umumnya berlangsung selama 8 jam.

b) Fase Aktif

Fase aktif dibagi menjadi 3 fase, yaitu:

- Fase akselerasi, dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
- Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan serviks berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
- Fase deselerasi, pembukaan serviks menjadi lambat, dalam waktu 2 jam dari pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.<sup>23</sup>

Asuhan yang diberikan bidan pada tahap ini diantaranya adalah:

- a) Berikan dukungan emosional
- b) Bantu pengaturan posisi ibu
- c) Berikan cairan dan nutrisi
- d) Lakukan pencegahan infeksi.<sup>24</sup>

2) Kala II

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Wanita merasa hendak buang air besar karena tekanan pada rektum. Perinium menonjol dan menjadi besar karena anus membuka. Labia menjadi membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak pada vulva pada waktu his. Pada primigravida kala II berlangsung 1,5-2 jam, pada multigravida 0,5-1 jam. Tanda dan gejala kala II:

- a) Ibu merasakan ingin meneran bersamaan dengan terjadinya kontraksi
- b) Perineum terlihat menonjol.
- c) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rektum dan/atau vaginanya.
- d) Ibu merasakan makin meningkatnya tekanan pada rectum dan atau vaginanya.
- e) Vulva-vagina dan sfingter ani terlihat membuka.
- f) Peningkatan pengeluaran lendir dan darah.<sup>25</sup>

Asuhan yang diberikan bidan pada tahap ini diantaranya adalah:

- a) Berikan dukungan dan semangat pada ibu dan keluarga selama proses persalinan sampai dengan kelahiran bayinya
- b) Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri
- c) Bantu ibu dalam mengatur posisi yang nyaman saat meneran
- d) Ajarkan teknik meneran yang baik dan benar.<sup>24</sup>

### 3) Kala III

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Penatalaksanaan aktif pada kala III (pengeluaran aktif plasenta) membantu menghindari terjadinya perdarahan pascapersalinan. Tanda-tanda pelepasan plasenta:

- a) Perubahan bentuk dan tinggi fundus.
- b) Tali pusat memanjang
- c) Semburan darah tiba-tiba

Manajemen kala III dilakukan untuk menghasilkan kontraksi uterus yang lebih efektif sehingga dapat memperpendek waktu kala III dan mengurangi kehilangan darah dibandingkan dengan penatalaksanaan fisiologis, serta mencegah terjadinya retensio plasenta. Tiga langkah manajemen aktif kala III:

- a) Berikan oksitosin 10 unit IM dalam waktu dua menit setelah bayi lahir, dan setelah dipastikan kehamilan tunggal.
- b) Lakukan peregangan tali pusat terkendali.
- c) Segera lakukan massage pada fundus uteri setelah plasenta lahir.<sup>25</sup>

### 4) Kala IV

Setelah plasenta lahir, kontraksi rahim tetap kuat dengan amplitudo 60 sampai 80 mmHg, kekuatan kontraksi ini tidak diikuti oleh interval pembuluh darah tertutup rapat dan terjadi kesempatan membentuk trombus. Melalui kontraksi yang kuat dan pembentukan trombus terjadi penghentian pengeluaran darah postpartum. Kekuatan his dapat dirasakan ibu saat menyusui bayinya karena

pengeluaran oksitosin oleh kelenjar hipofise posterior.<sup>21</sup> Tanda dan gejala kala IV yaitu bayi dan plasenta telah lahir, tinggi fundus uteri 2 jari bawah pusat. Pemantauan selama 2 jam pertama pascapersalinan antara lain pantau tekanan darah, nadi, tinggi fundus, kandung kemih dan perdarahan yang terjadi setiap 15 menit dalam satu jam pertama dan setiap 30 menit dalam satu jam kedua kala IV.<sup>25</sup>

Asuhan yang diberikan bidan pada tahap ini diantaranya adalah:

- a) Lakukan masase fundus uteri untuk merangsang kontraksi uterus dan ajarkan ibu teknik masase fundus uteri
  - b) Evaluasi tinggi fundus uteri dan perdarahan
  - c) Periksa kemungkinan adanya perdarahan dari robekan
  - d) Evaluasi keadaan umum ibu
  - e) Dokumentasikan semua asuhan persalinan di partograph.<sup>24</sup>
- e. Asuhan Persalinan Normal

Asuhan persalinan adalah asuhan yang diberikan selama persalinan, dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang bersih dan aman dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.<sup>21</sup> Asuhan Persalinan Normal (APN) merupakan asuhan yang diberikan secara bersih dan aman selama persalinan berlangsung. APN terdiri dari 60 langkah yaitu:

- 1) Mengamati tanda gejala persalinan kala dua.
  - a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
  - b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/ atau vaginanya.
  - c) Perineum menonjol, vulva dan sfingter ani membuka
- 2) Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 3) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.

- 4) Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/ pribadi yang bersih.
- 5) Memakai satu sarung dengan DTT atau untuk semua pemeriksaan dalam.
- 6) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/ wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik).
- 7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air desinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar
- 8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan lengkap, lakukan amniotomi.
- 9) Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
- 10) Memastikan denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120-180 kali/menit)

- 11) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik.  
Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
- 12) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
- 13) Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran.
- 14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas ibu untuk mengeringkan bayi.
- 15) Meletakkan kain yang bersih yang dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
- 16) Membuka partus set
- 17) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan
- 18) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.
- 19) Dengan lembut menyeka muka, mulut, dan hidung bayi dengan kain atau kassa yang bersih. (Langkah ini tidak harus dilakukan).
- 20) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:
  - a) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
  - b) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklempnya di dua tempat dan memotongnya.
- 21) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

- 22) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
- 23) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
- 24) Setelah tubuh dan lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada diatas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
- 25) Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu penek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.
- 26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit ibu-bayi. Lakukan penyuntikan oksitosin secara IM.
- 27) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
- 28) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.

- 29) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.
- 30) Memberikan bayi kepada bayinya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu memghendakinya.
- 31) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
- 32) Memberitahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
- 33) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, berikan suntikan oksitosin 10 unit secara IM di gluteus atau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
- 34) Memindahkan klem pada tali pusat.
- 35) Meletakkan satu tangan di atas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.
- 36) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan rangsangan puting susu.
- 37) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurva jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.

- a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva.
- b) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit:
  - (1) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.
  - (2) Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
  - (3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
  - (4) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
  - (5) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi.
- 38) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.
- 39) Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps desinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.
- 40) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan massase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras)
- 41) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta didalam kantung plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi

setelah melakukan massase selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.

- 42) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
- 43) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.
- 44) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 % membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air desinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- 45) Menempatkan klem tali pusat desinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali desinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- 46) Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
- 47) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.
- 48) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- 49) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
- 50) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam :
  - a) Dua sampe tiga kali dalam 15 menit pertama pascapersalinan. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
  - b) Setiap 20- 30 menit pada jam kedua pascapersalinan.
    - (1) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
    - (2) Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
- 51) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan massase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.

- 52) Mengevaluasi kehilangan darah.
- 53) Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pascapersalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
  - a) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pascapersalinan.
  - b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.
- 54) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
- 55) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- 56) Membersihkan ibu dengan menggunakan air desinfeksi tingkat tinggi, membersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah serta membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 57) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- 58) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
- 59) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- 60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).<sup>26</sup>

### 3. Induksi Persalinan

#### a. Definisi

Induksi persalinan ialah suatu tindakan terhadap ibu hamil yang belum inpartu, baik secara operatif maupun *mecanical*, untuk merangsang timbulnya kontraksi rahim sehingga terjadi persalinan.

Induksi persalinan berbeda dengan akselerasi persalinan, di mana pada akselerasi persalinan tindakan-tindakan tersebut dikerjakan pada wanita hamil yang sudah inpartu.

b. Indikasi

Induksi diindikasikan jika manfaat bagi ibu dan janin melebihi manfaat jika kehamilan dilanjutkan. Salah satu yang menjadi induksi persalinan adalah kehamilan postterm. Indikasi yang lain meliputi kondisi segera, seperti ruptur membran disertai korioamnionitis, atau preeklampsia berat. Indikasi yang lebih sering meliputi ruptur membran tanpa persalinan, hipertensi, dan kondisi medis ibu seperti diabetes melitus

c. Kontraindikasi

Beberapa kondisi yang merupakan kontraindikasi dari dilakukan induksi pada ibu hamil. Beberapa kontraindikasi tersebut dibagi menjadi dua yaitu:

1) Absolut

- a) Kontra indikasi ibu: kondisi medis kronis yang serius.
- b) Kontraindikasi janin: malpresentasi, gawat janin.
- c) Kontraindikasi uteroplacenta: prolaps tali pusat, plasenta previa, vasa previa.

2) Relatif

- a) Kontraindikasi ibu: karsinoma serviks, kelainan bentuk panggul.
- b) Kontraindikasi janin: makrosomia yang berat.
- c) Kontraindikasi uteroplacenta: plasenta letak rendah, perdarahan pervaginam yang tidak dapat dijelaskan, miomektomi yang melibatkan rongga uterus

d. Faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Induksi Persalinan

Keberhasilan induksi persalinan pervaginam ditentukan oleh beberapa faktor berikut yaitu:

1) Kedudukan bagian terendah

Semakin rendah kedudukan bagian terendah janin, kemungkinan keberhasilan induksi akan semakin besar, oleh karena dapat menekan pleksus franken-houser.

2) Penempatan (presentasi)

Pada letak kepala, lebih berhasil dibandingkan dengan kedudukan bokong. Kepala lebih membantu pembukaan dibandingkan dengan bokong

3) Kondisi serviks

Serviks yang kaku, menjurus kebelakang sulit berhasil dengan induksi persalinan. Serviks lunak, lurus atau ke depan lebih berhasil dalam induksi. Penilaian serviks menggunakan *Bishop Score*. Nilai *Bishop Score* < 5 keberhasilan induksi lebih rendah.

4) Paritas

Dibandingkan dengan primigravida, induksi pada multipara akan lebih berhasil karena sudah terdapat pendataran serviks.

5) Umur ibu dan umur anak terkecil

Ibu dengan umur yang relatif tua (<20 tahun dan > 35 tahun) dan umur anak terakhir yang lebih dari lima tahun kurang berhasil. Kekakuan serviks menghalangi pembukaan, sehingga lebih banyak dikerjakan tindakan operasi.

6) Umur kehamilan

Pada kehamilan yang semakin mendekati aterm, induksi persalinan per vaginam akan semakin berhasil.

e. Risiko Induksi Persalinan

Pemasangan induksi persalinan juga dapat menyebabkan ancaman bagi ibu dan bayi akan tetapi faktor risiko ini dapat di minimalkan dengan pengawasan yang lebih intensif pada ibu dan bayi selama proses induksi berlangsung. Peningkatan risiko dari induksi antara lain:

- 1) Pada ibu: infeksi, inersia uteri, hiperstimulasi uterus, ruptur uteri, induksi gagal yang berakhir dengan tindakan pembedahan.
- 2) Pada bayi: fetal distress, IUFD akibat hiperstimulasi uterus

f. Kriteria Induksi Gagal

Kriteria induksi gagal adalah ketidakmampuan untuk membentuk pola persalinan yang konsisten dan gagal dalam mempengaruhi pembukaan, penipisan serviks atau penurunan bagian terendah janin. Diskusi prospektif dengan ibu hamil dan keluarganya tentang kemungkinan induksi serial sangat bermanfaat.

Beberapa metode yang umumnya dilakukan pada induksi persalinan mencakup metode farmakologi, non farmakologi, mekanik dan surgikal. Metode yang dibahas di sini adalah metode kimiawi berupa prostaglandin analog yaitu misoprostol dan metode mekanik yaitu balon kateter.

1) Misoprostol

Misoprostol adalah analog prostaglandin E1 yang pertama kali diterima oleh badan pengawasan obat dan makanan Amerika (FDA = *Food & Drug Administration*) sebagai obat ulkus peptikum. Dalam perkembangannya efek samping berupa adanya kontraksi miometrium bahkan dimanfaatkan sebagai obat untuk induksi persalinan, sehingga FDA memberi label baru penggunaan misoprostol dalam kehamilan oleh karena mampu membuat pematangan *serviks* dan memacu kontraksi myometrium.

2) Foley Kateter

Pemasangan foley kateter yang diletakkan pada os serviks interna. Tekanan ke arah bawah yang dapat menciptakan dengan menempelkan kateter pada paha dapat menyebabkan pematangan serviks. Penempatan foley kateter menghasilkan perbaikan favorability serviks dan dapat menstimulasi uterus. Beberapa penelitian menyimpulkan bahwa pemasangan foley kateter ini menghasilkan peningkatan yang cepat pada bishop score

### 3) Stimulasi oksitosin

Pemberian induksi oksitosin perlu mendapat pengawasan ketat agar mampu menimbulkan kontraksi uterus yang adekuat (mampu menyebabkan perubahan serviks) tanpa terjadinya hiperstimulasi uterus. Tanda terjadinya hiperstimulasi adalah kontraksi >60 detik, kontraksi muncul lebih dari 5x/10 menit atau 7x/15 menit, atau timbulnya pola djj yang meragukan.

Induksi oksitosin diberikan intravena, dengan dosis 10-20 IU dicampur dengan larutan RL. Berikut regimen oksitosin yang digunakan untuk induksi persalinan:

Tabel 3. Regimen Oksitosin untuk Stimulasi Persalinan

Regimen	Dosis Awal (mU/mnt)	Peningkatan Inkremental (mU/mnt)	Interval Dosis (mnt)	Dosis Maksimal (mU/ml)
Dosis Rendah	0,5-1	1	30-40	20
Dosis tinggi	1-2	2	15	40
	6	6*	15-40	42

\*peningkatan bertahap dikurangi menjadi 3 mU/mnt jika terdapat hiperstimulasi rekuen

Dosis yang lazim digunakan di Indonesia adalah 2,5-5 unit oksitosin dalam 500 ml cairan kristaloid. Tetesan infus dimulai dari 8 tpm dan ditambahkan 4 tpm tiap 30 menit hingga dosis optimal untuk his adekuat tercapai. Dosis maksimum pemberian oksitosin adalah 20mU/menit

### 4. Bayi Baru Lahir dan Neonatus

#### a. Definisi

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram.<sup>2</sup> Bayi baru lahir merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin.<sup>27</sup>

b. Asuhan Bayi Baru Lahir

- 1) Pencegahan kehilangan panas seperti mengeringkan bayi baru lahir, melepaskan handuk yang basah, mendorong kontak kulit dari ibu ke bayi, membedong bayi dengan handuk yang kering.
- 2) Membersihkan jalan nafas.
- 3) Memotong tali pusat.
- 4) Identifikasi dengan cara bayi diberikan identitas baik berupa gelang nama maupun kartu identitas.
- 5) Pengkajian kondisi bayi seperti pada menit pertama dan kelima setelah lahir, pengkajian tentang kondisi umum bayi dilakukan dengan menggunakan nilai Apgar.
- 6) Setelah kontak kulit ibu-bayi dan IMD selesai :
  - a) Timbang dan ukur bayi
  - b) Beri bayi salep mata antibiotika profilaksis (*oxytetrasiklin* 1% atau antibiotik lain)
  - c) Suntikan vitamin K1 1mg (0,5mL utuk sediaan 2mg/mL) IM di paha kiri anterolateral bayi. Manfaat vitamin K1 ini adalah membantu proses pembekuan darah dan mencegah perdarahan yang bisa terjadi pada bayi
  - d) Pastikan suhu tubuh bayi normal (36,5-37,5<sup>0</sup>C)
  - e) Lakukan pemeriksaan untuk melihat adanya cacat bawaan (bibir sumbing/langit sumbing, atresi ani, defek dinding perut) dan tanda-tanda bahaya pada bayi.
- 7) Satu jam setelah pemberian vitamin K1, berikan suntikan imunisasi hepatitis B di paha kanan anterolateral bayi, Pemberian vaksin hepatitis B kepada bayi baru lahir untuk mencegah infeksi hati, akibat virus hepatitis B. Vaksin ini bekerja dengan merangsang sistem kekebalan tubuh, agar menghasilkan antibodi yang dapat melawan virus.<sup>27</sup>

c. Perawatan Lain-Lain

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

d. Tanda Bahaya Bayi Baru Lahir

- 1) Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit
- 2) Kehangatan terlalu panas ( $>38^{\circ}\text{C}$  atau terlalu dingin  $<36^{\circ}\text{C}$ )
- 3) Warna kuning, biru atau pucat, memar

- 4) Pemberian makan, hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.
- 5) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, pernafasan sulit
- 6) Tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, ada lender atau darah pada tinja.
- 7) Aktivitas menggigil atau tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, menangis terus menerus.

e. Kunjungan Neonatal

Asuhan bayi baru lahir pada 0 – 6 jam yaitu asuhan bayi baru lahir normal, dilaksanakan segera setelah lahir, dan diletakkan di dekat ibunya dalam ruangan yang sama. Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu

- 1) Kunjungan neonatal I (KN1) pada 6-48 jam setelah lahir,
- 2) Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3 s/d 7 hari, dan
- 3) Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 – 28 hari.

Pemeriksaan neonatus pada 6 jam sampai 28 hari pada periode ini dapat dilaksanakan di puskesmas/ pustu/ polindes/ poskesdes dan/atau melalui kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan. Menurut Varney (2007), menyebutkan bahwa bayi yang disusui dapat meningkat berat badannya sedikit kurang 1 ons (100 gram) per hari.

f. Skrining Hipotiroid Kongenital

1) Hipotiroid Kongenital

Hipotiroid kongenital adalah keadaan menurun atau tidak berfungsinya kelenjar tiroid yang didapat sejak bayi baru lahir. Hal ini terjadi karena kelainan anatomi atau gangguan metabolisme pembentukan hormon tiroid atau defisiensi iodium. Bayi HK yang baru lahir dari ibu bukan penderita kekurangan iodium, tidak menunjukkan gejala yang khas sehingga sering tidak terdiagnosis.

Hal ini terjadi karena bayi masih dilindungi hormon tiroid ibu melalui plasenta.

Bila tidak segera dideteksi dan diobati, maka bayi akan mengalami kecacatan yang sangat merugikan kehidupan berikutnya. Anak akan mengalami gangguan pertumbuhan fisik secara keseluruhan, dan yang paling menyedihkan adalah keterbelakang perkembangan mental yang tidak bisa dipulihkan. HK pada bayi baru lahir dapat bersifat menetap (permanen) maupun transien. Disebut sebagai HK transien bila setelah beberapa bulan atau beberapa tahun sejak kelahiran, kelenjar tiroid mampu memproduksi sendiri hormon tiroidnya sehingga pengobatan dapat dihentikan. HK permanen membutuhkan pengobatan seumur hidup dan penanganan khusus. Penderita HK permanen ini akan menjadi beban keluarga dan negara. Untuk itu penting sekali dilakukan SHK pada semua bayi baru lahir sebelum timbulnya gejala klinis di atas, karena makin lama gejala makin berat.<sup>28</sup>

## 2) Dampak

### d) Terhadap Anak

Bila tidak segera dideteksi dan diobati, maka bayi akan mengalami kecacatan yang sangat merugikan kehidupan berikutnya. Anak akan mengalami gangguan pertumbuhan fisik secara keseluruhan, dan yang paling menyedihkan adalah perkembangan mental terbelakang yang tidak bisa dipulihkan.

### e) Terhadap Keluarga

Keluarga yang memiliki anak dengan gangguan hipotiroid kongenital akan mendapat dampak secara ekonomi maupun secara psikososial. Anak dengan retardasi mental akan membebani keluarga secara ekonomi karena harus mendapat pendidikan, pengasuhan dan pengawasan yang khusus. Secara psikososial, keluarga akan lebih rentan terhadap lingkungan sosial karena rendah diri dan menjadi stigma dalam keluarga

dan masyarakat. Selain itu produktivitas keluarga menurun karena harus mengasuh anak dengan hipotiroid kongenital.

f) Terhadap Negara

Bila tidak dilakukan skrining pada setiap bayi baru lahir, negara akan menanggung beban biaya pendidikan maupun pengobatan terhadap kurang lebih 1600 bayi dengan hipotiroid kongenital setiap tahun. Jumlah penderita akan terakumulasi setiap tahunnya. Selanjutnya negara akan mengalami kerugian sumber daya manusia yang berkualitas untuk pembangunan bangsa.<sup>28</sup>

3) Tatalaksana Skrining Hipotiroid Kongenital

a) Waktu Pengambilan Darah

Pengambilan spesimen darah yang paling ideal adalah ketika umur bayi 48 sampai 72 jam. Oleh karenanya perlu Kerjasama dengan dokter spesialis anak (Sp.A), dokter spesialis kandungan dan kebidanan/obgyn (Sp.OG), dokter umum, perawat dan bidan yang menolong persalinan untuk melakukan pengambilan spesimen darah bayi yang baru dilahirkan pada hari ketiga. Ini berarti ibu dapat dipulangkan setelah 48 jam pasca melahirkan (perlu koordinasi dengan penolong persalinan). Namun, pada keadaan tertentu pengambilan darah masih bisa ditolerir antara 24–48 jam.

Sebaiknya darah tidak diambil dalam 24 jam pertama setelah lahir karena pada saat itu kadar TSH masih tinggi, sehingga akan memberikan sejumlah hasil tinggi/positif palsu (*false positive*). Jika bayi sudah dipulangkan sebelum 24 jam, maka spesimen perlu diambil pada kunjungan neonatal berikutnya melalui kunjungan rumah atau pasien diminta datang ke fasyankes.

b) Metode dan Tempat Pengambilan Darah

Teknik pengambilan darah yang digunakan adalah melalui tumit bayi (*heel prick*). Teknik ini adalah cara yang sangat dianjurkan dan paling banyak dilakukan di seluruh dunia. Darah yang keluar diteteskan pada kertas saring khusus sampai bulatan kertas penuh terisi darah, kemudian setelah kering dikirim ke laboratorium SHK. Perlu diperhatikan dengan seksama, pengambilan spesimen dari tumit bayi harus dilakukan sesuai dengan tata cara pengambilan spesimen tetes darah kering. Prosedur pengambilan specimen darah melalui tahapan berikut:

- (1) Cuci tangan menggunakan sabun dengan air bersih mengalir dan pakailah sarung tangan
- (2) Hangatkan tumit bayi yang akan ditusuk dengan cara menggosok-gosok dengan jari, menempelkan handuk hangat (perhatikan suhu yang tepat), menempelkan penghangat elektrik, atau dihangatkan dengan penghangat bayi/*baby warmer*/lampu pemancar panas/*radiant warmer*.
- (3) Supaya aliran darah lebih lancar, posisikan kaki lebih rendah dari kepala bayi
- (4) Tentukan lokasi penusukan yaitu bagian lateral tumit kiri atau kanan
- (5) Bersihkan daerah yang akan ditusuk dengan antiseptik kapas alkohol 70%, biarkan kering
- (6) Tusuk tumit dengan lanset steril sekali pakai dengan ukuran kedalaman 2 mm. Gunakan lanset dengan ujung berbentuk pisau (*blade tip lancet*)
- (7) Setelah tumit ditusuk, usap tetes darah pertama dengan kain kasa steril
- (8) Kemudian lakukan pijatan lembut sehingga terbentuk tetes darah yang cukup besar. Hindarkan gerakan memeras

karena akan mengakibatkan hemolisis atau darah tercampur cairan jaringan

- (9) Selanjutnya teteskan darah ke tengah bulatan kertas saring sampai bulatan terisi penuh dan tembus kedua sisi. Hindarkan tetesan darah yang berlapis-lapis (*layering*). Ulangi meneteskan darah ke atas bulatan lain. Bila darah tidak cukup, lakukan tusukan di tempat terpisah dengan menggunakan lanset baru. Agar bisa diperiksa, dibutuhkan sedikitnya satu bulatan penuh spesimen darah kertas saring.
  - (10) Sesudah bulatan kertas saring terisi penuh, tekan bekas tusukan dengan kasa/kapas steril sambil mengangkat tumit bayi sampai berada diatas kepala bayi.
- c) Metode Pengeringan Spesimen
- (1) Segera letakkan di rak pengering dengan posisi horizontal atau diletakkan di atas permukaan datar yang kering dan tidak menyerap (*non absorbent*)
  - (2) Biarkan spesimen mengering (warna darah merah gelap)
  - (3) Sebaiknya biarkan spesimen di atas rak pengering sebelum dikirim ke laboratorium
  - (4) Jangan menyimpan spesimen di dalam laci dan kena panas atau sinar matahari langsung atau dikeringkan dengan pengering
  - (5) Jangan meletakkan pengering berdekatan dengan bahan-bahan yang mengeluarkan uap seperti cat, aerosol, dan insektisida
- d) Pengiriman Spesimen
- (1) Setelah kering spesimen siap dikirim. Ketika spesimen akan dikirim, masukkan ke dalam kantong plastik zip lock. Satu lembar kertas saring dimasukkan ke dalam satu plastik. Dapat juga dengan menyusun kertas saring secara berselang-seling untuk menghindari agar bercak darah

tidak saling bersinggungan, atau taruh kertas diantara bercak darah.

- (2) Masukkan ke dalam amplop dan sertakan daftar specimen yang dikirim.
- (3) Amplop berisi spesimen dimasukkan ke dalam kantong plastik agar tidak tertembus cairan/kontaminan sepanjang perjalanan.
- (4) Pengiriman dapat dilakukan oleh petugas pengumpul spesimen atau langsung dikirim melalui layanan jasa pengiriman yang tersedia.
- (5) Spesimen dikirimkan ke laboratorium SHK yang telah ditunjuk oleh kementerian kesehatan.
- (6) Pengiriman tidak boleh lebih dari 7 (tujuh) hari sejak spesimen diambil. Perjalanan pengiriman tidak boleh lebih dari 3 hari.<sup>28</sup>

#### 4) Hasil Tes Laboratorium

##### a) Kadar TSH $< 20 \mu\text{U}/\text{mL}$

Bila tes konfirmasi mendapatkan hasil kadar TSH kurang dari  $20 \mu\text{U}/\text{mL}$ , maka hasil dianggap normal dan akan disampaikan kepada pengirim spesimen dalam waktu 7 hari.

##### b) Kadar TSH antara $\geq 20 \mu\text{U}/\text{mL}$

Nilai TSH yang demikian menunjukkan hasil yang tinggi, sehingga perlu pengambilan spesimen ulang (resample) atau dilakukan pemeriksaan DUPLO (diperiksa dua kali dengan spesimen yang sama, kemudian diambil nilai rata-rata). Bila pada hasil pengambilan ulang didapatkan:

- (1) Kadar TSH  $< 20 \mu\text{U}/\text{mL}$ , maka hasil tersebut dianggap normal.
- (2) kadar TSH  $\geq 20 \mu\text{U}/\text{mL}$ , maka harus dilakukan pemeriksaan TSH dan FT4 serum, melalui tes konfirmasi.<sup>28</sup>

## 5) Diagnosis

Jika Kadar TSH tinggi disertai kadar T4 atau FT4 rendah, maka dapat ditegakkan diagnosis hipotiroid kongenital primer sehingga harus segera diberikan tiroksin. Pemberian tiroksin dikonsultasikan dengan dokter spesialis anak konsultan endokrin.

- a) Bila kadar FT4 di bawah normal (nilai rujukan menurut umur), segera berikan terapi, tanpa melihat kadar TSH
- b) Bila kadar FT4 normal, tetapi kadar TSH dalam minimal 2 kali pemeriksaan  $\geq 20 \mu\text{U/mL}$ , dianjurkan untuk mulai terapi.<sup>28</sup>

## 6) Pengobatan

Pengobatan dengan L-T4 diberikan segera setelah hasil tes konfirmasi. Bayi dengan HK berat diberi dosis tinggi, sedangkan bayi dengan HK ringan atau sedang diberi dosis lebih rendah. Bayi yang menderita kelainan jantung, mulai pemberian 50% dari dosis, kemudian dinaikkan setelah 2 minggu.

Dosis harus selalu disesuaikan dengan keadaan klinis dan biokimiawi serum tiroksin dan TSH menurut umur (*age reference range*). Pemberian pil tiroksin dengan cara digerus/dihancurkan dan bisa dicampur dengan sedikit ASI atau air putih. Obat diberikan secara teratur pada pagi hari.

Terapi sulih hormon dengan pil tiroksin (Natrium L-thyroxine) harus secepatnya diberikan begitu diagnosis ditegakkan. IDAI menganjurkan pemberian dosis permulaan 10-15  $\mu\text{g/kgBB/hari}$ . Pada bayi cukup bulan diberikan rata-rata 37,5-50  $\mu\text{g/hari}$ . Besarnya dosis hormon tergantung berat ringannya kelainan. Bayi dengan hipotiroid kongenital berat, sebaiknya diberikan 50  $\mu\text{g}$ . Pemberian 50  $\mu\text{g}$  lebih cepat menormalisir kadar T4 dan TSH. Sediaan pil tiroksin yang digunakan umumnya adalah berbentuk tablet 50  $\mu\text{g}$  dan 100  $\mu\text{g}$ .<sup>28</sup>

## 5. Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas

### a. Konsep Dasar Nifas

Masa nifas berasal dari bahasa latin, yaitu *puer* artinya bayi dan *parous* artinya melahirkan atau masa sesudah melahirkan. Asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil.<sup>29</sup> Masa nifas dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologi maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan. Masa nifas dibagi dalam 4 tahap, yaitu:

#### 1) Puerperium dini (*immediate puerperium*)

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lochia, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

#### 2) Puerperium intermedial (*early puerperium*)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik (>24 jam - 1 minggu).

#### 3) Periode late postpartum (>1 minggu-6 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.

#### 4) *Remote puerperium (later puerperium)*

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan yang sempurna secara bertahap terutama jika selama masa

kehamilan dan persalinan ibu mengalami komplikasi, waktu untuk sehat bisa berminggu-minggu, bulan bahkan tahun.<sup>30</sup>

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Asih & Risneni (2016), asuhan yang diberikan kepada ibu nifas bertujuan untuk:

- 1) Memulihkan kesehatan klien
  - a) Menyediakan nutrisi sesuai kebutuhan.
  - b) Mengatasi anemia
  - c) Mencegah infeksi dengan memperhatikan kebersihan dan sterilisasi
  - d) Mengembalikan kesehatan umum dengan pergerakan otot (senam nifas) untuk memperlancar peredaran darah.
- 2) Mempertahankan kesehatan fisik dan psikologis.
- 3) Mencegah infeksi dan psikologis.
- 4) Memperlancar pembentukan dan pemberian ASI.
- 5) Mengajarkan ibu untuk melaksanakan perawatan mandiri sampai masa nifas selesai dan memelihara bayi dengan baik, sehingga bayi dapat mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang optimal.
- 6) Memberikan pendidikan kesehatan dan memastikan pemahaman serta kepentingan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehat pada ibu dan keluarganya melalui KIE.
- 7) Memberikan pelayanan keluarga berencana.<sup>31</sup>

c. Perubahan Fisiologis pada Masa Nifas

1) Sistem Kardiovaskuler

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat segera setelah melahirkan karena terhentinya aliran darah ke plasenta yang mengakibatkan beban jantung meningkat yang dapat diatasi dengan haemokonsentrasi sampai volume darah kembali normal, dan pembuluh darah kembali ke ukuran semula.<sup>32</sup> Curah jantung meningkat selama persalinan dan berlangsung sampai kala tiga

ketika volume darah uterus dikeluarkan. Penurunan terjadi pada beberapa hari pertama postpartum dan akan kembali normal pada akhir minggu ke-3 postpartum.<sup>33</sup>

## 2) Sistem Reproduksi

### a) Uterus

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (involusi) sehingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

- Bayi lahir fundus uteri setinggi pusat dengan berat uterus 1000gr.
- Akhir kala III persalinan tinggi fundus uteri teraba 2 jari bawah pusat dengan berat uterus 750 gram.
- Satu minggu postpartum tinggi fundus uteri teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat uterus 500 gram.
- Dua minggu postpartum tinggi fundus uteri tidak teraba diatas simpisis dengan berat uterus 350 gram.
- Enam minggu postpartum fundus uteri bertambah kecil dengan berat uterus 50 gram.<sup>34</sup>

### b) Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas.

Tabel 4. Jenis Lochea<sup>35</sup>

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-Ciri
Rubra (cruenta)	1-3 hari postpartum	Merah	Berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium
Sanguinolenta	3-7 hari postpartum	Merah kekuningan	Berisi darah dan lendir
Serosa	7-14 hari postpartum	Merah jambu	Cairan serum, jaringan desidua,

		kemudian kuning	leukosit, dan eritrosit
Alba	2 minggu postpartum	Putih	Cairan berwarna putih seperti krim terdiri dari leukosit dan sel-sel desidua

c) Serviks

Segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin. Warna serviks merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Segera setelah bayi lahir, tangan pemeriksa masih dapat dimasukkan 2-3 jari dan setelah 1 minggu hanya 1 jari saja yang dapat masuk. Namun demikian, selesai involusi, ostium eksternum tidak sama seperti sebelum hamil.<sup>36</sup>

d) Vulva dan Vagina

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut, kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol.<sup>32</sup>

e) Perineum

Segera setelah melahirkan, perineum menjadi lebih kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Pada postnatal hari ke-5, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur daripada keadaan sebelum melahirkan.<sup>37</sup>

### 3) Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu produksi susu dan sekresi susu (*let down*). Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambat kelenjar pituitary akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Ketika bayi menghisap puting, reflek saraf merangsang lobus posterior pituitary untuk menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek let down (mengalirkan), sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui sinus aktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak.<sup>29</sup>

### 4) Sistem Pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, maka terjadi pula penurunan produksi progesteron. Sehingga hal ini dapat menyebabkan heartburn dan konstipasi terutama dalam beberapa hari pertama. Kemungkinan terjadi hal ini karena kurangnya keseimbangan cairan selama persalinan dan adanya reflek hambatan defekasi dikarenakan adanya rasa nyeri pada perineum karena adanya luka episiotomi.<sup>37</sup>

### 5) Sistem Perkemihan

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

menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.<sup>37</sup>

6) Tanda-Tanda Vital

a) Suhu

24 jam postpartum suhu badan akan naik sedikit (37,5°C-38,5°C) sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan dan kelelahan, apabila keadaan normal suhu badan akan naik lagi karena ada pembentukan ASI, payudara menjadi bengkak, berwarna merah karena banyaknya ASI bila suhu tidak turun kemungkinan adanya infeksi pada endometrium, mastitis, praktus, urogenitalis atau sistem lain.

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60-80 kali/menit. Setelah melahirkan biasanya denyut nadi itu akan lebih cepat. Setiap denyut nadi yang akan melebihi 100 adalah abnormal dan hal ini mungkin disebabkan oleh infeksi atau perdarahan postpartum yang tertunda.

c) Tekanan Darah

Biasanya tidak berubah, kemungkinan tekanan darah akan rendah setelah ibu melahirkan karena ada perdarahan. Tekanan darah tinggi pada postpartum dapat menandakan terjadinya preeklamsi postpartum.

d) Respirasi

Keadaan pernafasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Apabila suhu dan denyut nadi tidak normal pernafasan juga akan mengikutinya kecuali ada gangguan khusus pada saluran pernafasan.

d. Perubahan Psikologis pada Masa Nifas

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.

Dalam menjalani adaptasi psikososial menurut Rubin setelah melahirkan, ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut:

1) Masa *Taking In*

Masa ini terjadi 1-3 hari pasca-persalinan, ibu yang baru melahirkan akan bersikap pasif dan sangat tergantung pada dirinya (trauma), segala energinya difokuskan pada kekhawatiran tentang badannya. Dia akan bercerita tentang persalinannya secara berulang-ulang.

2) Masa *Taking On*

Masa ini terjadi 3-10 hari pasca-persalinan, ibu menjadi khawatir tentang kemampuannya merawat bayi dan menerima tanggung jawabnya sebagai ibu dalam merawat bayi semakin besar. Perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati.

3) Masa *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntutan ketergantungan bayinya dan terhadap interaksi sosial. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

e. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1) Kebutuhan Nutrisi

Kebutuhan gizi ibu nifas dan menyusui meningkat 3x dari kondisi sebelum hamil. Makanan yang dikonsumsi berguna untuk aktifitas, proses metabolisme, cadangan makanan dalam tubuh dan proses produksi ASI. Ibu perlu mengkonsumsi makanan seimbang

dengan porsi cukup dan teratur, yang mengandung sumber energi (karbohidrat), sumber pembangun (protein) dan sumber pengatur dan pelindung (mineral, vitamin dan air). Ibu menyusui membutuhkan air 3 liter per hari. Anjurkan pada ibu untuk selalu minum setelah menyusui. Ibu nifas dianjurkan untuk memenuhi kebutuhan akan gizi sebagai berikut:

- a) Mengonsumsi makanan tambahan, kurang lebih 500 kalori tiap hari
- b) Makan dengan diet gizi seimbang untuk memenuhi kebutuhan karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral
- c) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari
- d) Mengonsumsi tablet besi selama 40 hari postpartum
- e) Mengonsumsi vitamin A 200.000 intra unit.<sup>38</sup>

## 2) Kebutuhan Eliminasi

### a) Miksi

Seorang ibu nifas dalam keadaan normal dapat buang air kecil spontan setiap 3-4 jam. Ibu diusahakan buang air kecil sendiri, bila tidak dapat dilakukan tindakan:

- (1) Dirangsang dengan mengalirkan air kran di dekat klien.
- (2) Mengompres air hangat di atas symphysis.

Apabila tindakan di atas tidak berhasil, yaitu selama selang waktu 6 jam tidak berhasil, maka dilakukan kateterisasi. Namun dari tindakan ini perlu diperhatikan risiko infeksi saluran kencing.

### b) Defekasi

Agar buang air besar dapat dilakukan secara teratur dapat dilakukan dengan diit teratur, pemberian cairan banyak, makanan yang cukup serat dan olahraga. Jika sampai hari ke-3 postpartum ibu belum bisa buang air besar, maka perlu diberikan supositoria dan minum air hangat.<sup>30</sup>

### 3) Kebutuhan Ambulasi dan Istirahat

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.<sup>39</sup>

Wanita pasca persalinan harus cukup istirahat. Anjurkan untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, usahakan untuk rileks dan istirahat yang cukup, terutama saat bayi sedang tidur. Meminta bantuan suami atau keluarga ketika ibu merasa lelah. Putarkan dan dengarkan lagu-lagu klasik disaat ibu dan bayi sedang istirahat untuk menghilangkan rasa tegang dan lelah.<sup>30</sup>

### 4) Kebutuhan 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 kelaminnya dan bagi ibu yang mempunyai luka episiotomi atau laserasi, disarankan untuk mencuci luka tersebut dengan air dingin dan menghindari menyentuh daerah tersebut.<sup>39</sup>

### 5) Kebutuhan Seksual

Setelah persalinan pada masa ini ibu menghadapi peran baru sebagai orang tua sehingga sering melupakan perannya sebagai pasangan. Namun segera setelah ibu merasa percaya diri dengan peran barunya dia akan menemukan waktu dan melihat sekelilingnya serta menyadari bahwa dia telah kehilangan aspek lain dalam kehidupannya yang juga penting. Oleh karena itu perlu

memahami perubahan yang terjadi pada istri sehingga tidak punya perasaan diabaikan. Anjuran:

- a) Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu ibu merasakan aman untuk melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.
- b) Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai waktu tertentu setelah 40 hari atau 6 minggu pasca persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan.
- c) Kerjasama dengan pasangan dalam merawat dan memberikan kasih sayang kepada bayinya sangat dianjurkan.
- d) Kebutuhan yang satu ini memang agak sensitif, tidak heran kalau anda dan suami jadi serba salah.<sup>37</sup>

g. Proses Laktasi dan Menyusui

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), dimana 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.

1) 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

2) Hormon dalam Proses Laktasi

a) Hormon Prolaktin

Ketika bayi menyusu, 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 menyusu, semakin sedikit ASI yang diproduksi. Jika bayi berhenti menyusu, payudara juga akan berhenti memproduksi ASI.

b) Hormon Oksitosin

Setelah menerima rangsangan dari payudara, otak juga mengeluarkan hormon oksitosin. Hormon oksitosin diproduksi lebih cepat dari pada 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. Kadang-kadang, bahkan ASI mengalir hingga keluar payudara ketika bayi sedang tidak menyusu. Mengalirnya ASI ini disebut refleksi pelepasan ASI.

3) Cara Merawat Payudara

Berikut ini kiat masase payudara yang dapat dilakukan pada hari ke dua usai persalinan, sebanyak 2 kali sehari. Cucilah tangan

sebelum melakukan masase. Lalu tuangkan minyak ke dua belah telapak tangan secukupnya. Pengurutan dimulai dengan ujung jari, caranya:

- a) Sokong payudara kiri dengan tangan kiri. Lakukan gerakan kecil dengan dua atau tiga jari tangan kanan, mulai dari pangkal payudara dan berakhir dengan gerakan spiral pada daerah puting susu.
  - b) Selanjutnya buatlah gerakan memutar sambil menekan dari pangkal payudara dan berakhir pada puting susu diseluruh bagian payudara. Lakukan gerakan seperti ini pada payudara kanan.
  - c) Gerakan selanjutnya letakkan kedua telapak tangan di antara dua payudara. Urutlah dari tengah ke atas sambil mengangkat kedua payudara dan lepaskan keduanya perlahan. Lakukan gerakan ini kurang lebih 30 kali. Variasi lainnya adalah gerakan payudara kiri dengan kedua tangan, ibu jari di atas dan empat jari lainnya di bawah. Peras dengan lembut payudara sambil meluncurkan kedua tangan ke depan kearah puting susu. Lakukan hal yang sama pada payudara kanan.
  - d) Lalu cobalah posisi tangan paralel. Sangga payudara dengan satu tangan, sedangkan tangan lain mengurut payudara dengan sisi kelingking dari arah pangkal payudara ke arah puting susu. Lakukan gerakan ini sekitar 30 kali. Setelah itu, letakkan satu tangan di sebelah atas dan satu lagi di bawah payudara. Luncurkan kedua tangan secara bersamaan kearah puting susu dengan cara memutar tangan. Ulangi gerakan ini sampai semua bagian payudara terkena.
- 4) Cara Menyusui yang Benar
- a) Sebelum menyusui ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan aerola sekitarnya. Cara ini mempunyai

manfaat sebagai disinfektan dan menjaga kelembaban puting susu.

- b) Bayi diletakkan menghadap perut ibu
  - (1) Ibu duduk dikursi yang rendah atau berbaring dengan santai, bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah (kaki ibu tidak bergantung) dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.
  - (2) Bayi dipegang pada bahu dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu (kepala tidak boleh menengadah, dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan).
  - (3) Satu tangan bayi diletakkan pada badan ibu dan satu didepan.
  - (4) Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara.
  - (5) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
  - (6) Ibu menatap bayi dengan kasih sayang
- c) Payudara dipegang dengan ibu jari diatas dan jari yang lain menopang dibawah.
- d) Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut dengan cara menyentuh pipi bayi dengan puting susu atau menyentuh sisi mulut bayi.
- e) Setelah bayi membuka mulut dengan cepat kepala bayi diletakkan ke payudara ibu dengan puting serta aerolanya dimasukkan ke mulut bayi usahakan sebagian besar aerola dapat masuk kedalam mulut bayi sehingga puting berada dibawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar setelah bayi mulai menghisap payudara tidak perlu dipegang atau disanggah.
- f) Setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan aerola sekitar dan biarkan

kering dengan sendirinya untuk mengurangi rasa sakit. Selanjutnya sendawakan bayi tujuannya untuk mengeluarkan udara dari lambung supaya bayi tidak muntah (gumoh) setelah menyusui.

g) Cara menyendawakan bayi:

- (1) Bayi dipegang tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggungnya ditepek perlahan-lahan
- (2) Bayi tidur tengkurap di pangkuan ibu, kemudian punggungnya ditepek perlahan- lahan.<sup>37</sup>

h. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

Selama ibu berada dalam masa nifas, paling sedikit 4 kali bidan harus melakukan kunjungan, dilakukan untuk menilai keadaan ibu dan bayi baru lahir, dan untuk mencegah, mendeteksi dan menangani masalah-masalah yang terjadi kebijakan mengenai pelayanan nifas (puerperium) yaitu paling sedikit ada 4 kali kunjungan pada masa nifas dengan tujuan untuk:

- 1) Menilai kondisi kesehatan ibu dan bayi
- 2) Melakukan pencegahan terhadap kemungkinan-kemungkinan adanya gangguan-gangguan kesehatan ibu nifas dan bayinya
- 3) Mendeteksi adanya komplikasi atau masalah yang terjadi pada masa nifas
- 4) Menangani komplikasi atau masalah yang timbul dan mengganggu kesehatan ibu nifas maupun bayinya.<sup>40</sup>

Berikut ini merupakan aturan waktu dan bentuk asuhan yang wajib diberikan sewaktu melakukan kunjungan masa nifas:

- 1) Kunjungan 1 (6-8 jam setelah persalinan).
  - a) Mencegah perdarahan masa nifas yang disebabkan atonia uteri.
  - b) Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut.
  - c) Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri

- d) Pemberian ASI awal.
  - e) Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dengan bayi baru lahir.
  - f) Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermia.
  - g) Observasi 2 jam setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
- 2) Kunjungan 2 (hari ke 6 setelah persalinan).
- a) Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, TFU di bawah pusat, tidak ada perdarahan abnormal
  - b) Menilai adanya tanda-tanda infeksi, demam dan perdarahan.
  - c) Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cairan
  - d) Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup
  - e) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui.
  - f) Memberikan konseling tentang asuhan bayi baru lahir, perawatan tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan lain-lain.
- 3) Kunjungan 3 (hari ke 14 setelah persalinan).
- Asuhan pada 2 minggu postpartum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari postpartum.
- 4) Kunjungan 4 (6 minggu setelah persalinan)
- a) Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas.
  - b) Memberikan konseling KB secara dini.<sup>30,40</sup>

## 6. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

### f. Pengertian

Keluarga berencana menurut UU No 52 Tahun 2009 adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.<sup>41</sup> Keluarga berencana merupakan usaha untuk mengukur

jumlah anak dan jarak kelahiran anak yang diinginkan. Maka dari itu, pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan

g. Tujuan Keluarga Berencana

1) Menurut BKKBN

- a) Meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak serta keluarga dan bangsa pada umumnya.
- b) Meningkatkan kehidupan martabat rakyat dengan cara menurunkan angka kelahiran sehingga penambahan penduduk tidak melebihi kemampuan untuk meningkatkan reproduksi.

2) Menurut Rencana Strategis (RENSTRA) 2020-2024

- a) Mewujudkan keluarga berkualitas, yaitu keluarga yang tentram, mandiri dan bahagia.
- b) Mengendalikan struktur penduduk menuju Penduduk Tumbuh Seimbang (PTS) dengan sumber daya manusia yang berkualitas sehingga terwujud bonus demografi yang bermanfaat bagi pembangunan.<sup>42</sup>

h. Jenis – Jenis Alat Kontrasepsi.

1) Pil Kontrasepsi Oral Progestin

- a) Kerja utama POP (Pil Oral Progestin) dianggap menebalkan lendir serviks sehingga penetrasi menjadi, dan memodifikasi endometrium sehingga menghalangi implantasi; selain itu juga mempunyai efek yang beragam pada tuba uterina.<sup>43</sup>
- b) Manfaatnya dapat digunakan saat menyusui, tidak menurunkan produksi ASI, dan dapat mengurangi gejala pramenstruasi.<sup>43</sup> Manfaat lain meliputi kemampuan melindungi dari resiko kanker endometrium dan ovarium.
- c) Kerugiannya meliputi perdarahan yang tidak teratur, kadang-kadang memanjang, oligomenorea, atau amenorea; kista ovarium fungsional. Diminum setiap hari jika terlewat 1 tablet saja mengakibatkan kehamilan.<sup>43</sup>

## 2) Pil Kontrasepsi Oral Kombinasi

- a) Pil Kontrasepsi Oral Kombinasi mengandung hormon steroid sintetis estrogen dan progesteron. Estrogen dan Progesteron menekan produksi FSH dan LH sehingga menyebabkan ovarium dalam kondisi istirahat, menghambat ovulasi, proses proliferasi tidak akan optimal karena pemberian progesteron sejak awal pemakaian, membuat lendir tidak bisa tembus sperma. Folikel ovarium tidak matang dan ovulasi tidak terjadi.<sup>43</sup>
- b) Keuntungan utama menggunakan pil kombinasi adalah: menstruasi teratur, mengurangi risiko terjadinya kista ovarium, kanker endometrium dan ovarium, penyakit radang panggul, kelainan jinak payudara, dan kehamilan ektopik.<sup>43</sup>
- c) Kerugiannya pil dapat mengurangi produksi ASI karena terdapat hormon estrogen, dapat meningkatkan tekanan darah/hipertensi, kenaikan metabolisme sehingga sebagian akseptor akan menjadi gemuk.<sup>43</sup>

## 3) Suntik Progestin

- a) Metode suntikan progesteron bersifat ireversibel sehingga beragam efek samping meliputi; ketidaknyamanan pada payudara, mual, muntah, depresi, atau perubahan suasana hati.
- b) Keuntungan dari pemakaian suntik progestin adalah cocok untuk ibu menyusui, sangat efektif dibandingkan dengan mini pil/ pil progestin.
- c) Efek utama yang sering terjadi adalah menstruasi yang tidak teratur, tidak haid, gangguan emosional, sakit kepala, dan meningkatkan risiko osteoporosis.<sup>43</sup>

## 4) Suntikan Kombinasi

- a) Mekanisme kerjanya adalah menekan ovulasi, menghambat transportasi gamet oleh tuba, mengganggu pertumbuhan endometrium sehingga menulitkan implantasi.

- b) Keuntungannya mencegah kanker ovarium dan endometrium, melindungi dari penyakit radang panggul, mencegah kehamilan ektopik, dan mengurangi nyeri haid.
  - c) Kerugiannya perubahan pola menstruasi, kesuburan kembali lama, penambahan berat badan.<sup>44</sup>
- 5) Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR).
- a) IUD merupakan kontrasepsi sangat efektif dapat mencegah kehamilan 98% dari 100% bergantung dari jenis AKDR. Cara kerja IUD mencegah kehamilan dengan merusak kemampuan hidup sperma dan ovum karena ada perubahan pada tuba dan cairan uterus, hal ini karena dianggap ada benda asing sehingga menyebabkan peningkatan leukosit, mengentalkan lendir serviks.<sup>43</sup>
  - b) Manfaatnya adalah mengurangi risiko kehamilan ektopik. Keuntungan lainnya adalah tidak mempengaruhi produksi ASI.<sup>44</sup>
  - c) Kerugian penggunaan IUD adalah perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan), haid lebih lama dan banyak, perdarahan (spotting) antar menstruasi, saat haid lebih sakit.<sup>44</sup>
- 6) Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK).

Disetujui oleh FDA tahun 2006, Implanon (Organon, Roseland NJ) merupakan implan subdermal satu batang yang mengandung 68 mg progestin etonogestrel (ENG), dan dilapisi ethylene vinil acetate. Implan di tempatkan di permukaan medial lengan atas 6 sampai 8 cm dari siku pada lekukan biceps dalam 5 hari awitan menstruasi. Progestin dilepaskan secara terus menerus untuk menekan ovulasi sebagai aksi kontraseptif primer, walaupun penebalan mukus serviks dan atrofi endometrium menambah manfaatnya.<sup>45</sup>

## 7) Kondom

- a) Merupakan sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan diantaranya karet, plasti. Kondom dipasang pada saat penis ereksi dan harus terpasang sebelum terjadinya kontak genetal.
- b) Keuntungan dari pemakaian kondom yaitu tidak mengganggu produksi ASI, menghindari dari penularan penyakit infeksi menular seksual.
- c) Kerugiannya sendiri adalah cara penggunaan sangat mempengaruhi dalam keberhasilan, mengganggu hubungan seksualitas.<sup>22</sup>
- d) Cara menggunakan pemakaian kondom: jangan gunakan benda tajam untuk membuka kondom dari kemasan, pasangkan kondom saat penis ereksi atau tegang. Pada saat pemakaian longarkan bagian ujungnya untuk memberi ruang neampung sperma jika tidak kemungkinan terjadi sobekan lebih tinggii, gunakan kondom hanya 1 kali, simpan jangan pada tempat yang panas karena dapat merusak kondom.<sup>46</sup>

## 8) 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.<sup>44</sup>

### C. Telaah Jurnal Penelitian

#### 1. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keberhasilan Induksi Persalinan<sup>47</sup>

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar ibu bersalin dengan induksi berumur 20-35 tahun yaitu 76%, dengan paritas primi para. Mayoritas induksi dilakukan dengan pemberian oksitosin intravena yaitu sebesar 81%, dengan keberhasilan sebesar 60,2 %. Sedangkan pada penggunaan misoprostol sebesar 12,9% dengan keberhasilan 100%. Penelitian (Kusmintarti, 2012) menunjukkan bahwa cara induksi yang paling banyak adalah memberikan infus oksitosin (84,2%) dibandingkan cara induksi dengan prostaglandin dan teknik lainnya dikarenakan pemberian oksitosin diperkirakan obat mencukupi kontraksi rahim dengan cepat.

#### 2. *Automatic and Safe Oxytocin Induction of Labor*<sup>48</sup>

Tiga puluh tiga wanita hamil yang tidak dipilih menerima induksi persalinan otomatis, kemudian 28 kasus (85%) mencapai persalinan pervaginam normal, itu adalah hasil yang baik karena 65% induksi persalinan oksitosin terkontrol secara manual mencapai persalinan pervaginam normal. Ada perbedaan yang signifikan ( $p = 0,048$ ) antara induksi kontrol otomatis dan manual.

#### 3. Review: Pengaruh Faktor Risiko terhadap Induksi Persalinan<sup>49</sup>

Dalam pencarian studi penelitian melalui *database* dan *search engine* didapatkan hasil Sebanyak 11 dari 38 studi (28,9%) menyatakan bahwa usia maternal signifikan mempengaruhi *outcomes* dari induksi persalinan sedangkan 27 studi (71,1%) menyatakan bahwa usia maternal tidak signifikan mempengaruhi *outcomes* dari induksi persalinan.

Sebanyak 27 dari 30 studi (90%) menyatakan bahwa jumlah paritas signifikan mempengaruhi *outcomes* dari induksi persalinan, sedangkan 3 studi (10%) menyatakan bahwa jumlah paritas tidak signifikan mempengaruhi *outcomes* dari induksi persalinan. Wanita multipara tercatat memiliki interval *induction-to-delivey* yang lebih pendek, meningkatkan kemungkinan berhasilnya induksi persalinan dan meningkatkan

kemungkinan terjadinya persalinan pervaginam dibandingkan wanita nulipara.

Sebanyak 20 dari 30 studi (66,7%) menyatakan bahwa IMT signifikan mempengaruhi *outcomes* dari induksi persalinan sedangkan 10 studi (33,3 %) menyatakan bahwa IMT tidak signifikan mempengaruhi *outcomes* dari induksi persalinan. Wanita dengan IMT yang lebih tinggi tercatat memiliki kemungkinan mengalami seksio sesarea yang lebih tinggi, meningkatkan kemungkinan gagalnya induksi dan meningkatkan interval *induction-to-delivery*.

Sebanyak 28 dari 31 studi (90,3%) menyatakan bahwa skor Bishop signifikan mempengaruhi *outcomes* dari induksi persalinan sedangkan 3 studi (9,7%) menyatakan bahwa skor Bishop tidak signifikan mempengaruhi *outcomes* dari induksi persalinan. skor Bishop yang tinggi atau menguntungkan tercatat mengurangi interval *induction-to-delivery*, meningkatkan kemungkinan terjadinya persalinan pervaginam dan berkaitan dengan keberhasilan induksi persalinan. Studi dengan variabel bebas yang dibandingkan adalah wanita dengan skor Bishop  $< 5$  menemukan peningkatan kemungkinan terjadinya gagal induksi persalinan dengan rentang nilai OR adalah 0,79-4,54 dengan CI 95%.

#### **D. Kewenangan Bidan Terhadap Kasus**

1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 320 Tahun 2020 Tentang Standar Profesi Bidan
  - a. Bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk memberikan asuhan yang berkualitas dan tanggap budaya sesuai ruang lingkup asuhan masa kehamilan, masa persalinan, bayi baru lahir (neonatus), masa nifas, dan pelayanan keluarga berencana.
  - b. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir (neonatus), ibu nifas, dan pelayanan keluarga berencana.<sup>50</sup>

2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 938/Menkes/SK/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan
  - a. Standar I : pengkajian
  - b. Standar II : perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan
  - c. Standar III : perencanaan
  - d. Standar IV : implementasi
  - e. Standar V : evaluasi
  - f. Standar VI : pencatatan asuhan kebidanan.<sup>51</sup>
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan
  - a. Pasal 18, dalam penyelenggaraan praktik kebidanan bidan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, dan pelayanan keluarga berencana.
  - b. Pasal 19, pelayanan kesehatan ibu diberikan pada masa hamil, masa persalinan, masa nifas, dan masa menyusui. Pelayanan kesehatan ibu meliputi antenatal pada kehamilan normal, persalinan normal, ibu nifas normal, dan ibu menyusui. Dalam memberikan pelayanan bidan berwenang melakukan episiotomy, pertolongan persalinan normal, penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II, pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil, pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas, fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif, pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum, penyuluhan dan konseling.
  - c. Pasal 20, pelayanan kesehatan anak diberikan pada bayi baru lahir. Dalam memberikan pelayanan bidan berwenang melakukan pelayanan neonatal esensial, konseling dan penyuluhan. Pelayanan neonatal esensial meliputi IMD, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan vitamin K1, pemberian imunisasi Hb0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, dan pemantauan tanda bahaya. Konseling dan penyuluhan meliputi pemberian KIE kepada ibu dan

- keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, dan tumbuh kembang.
- d. Pasal 21, dalam memberikan pelayanan keluarga berencana bidan berwenang memberikan penyuluhan dan konseling keluarga berencana dan pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan.<sup>52</sup>
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual
- a. Pasal 12, pelayanan kesehatan masa hamil bertujuan untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas. Pelayanan kesehatan masa hamil dilakukan sekurang-kurangnya empat kali selama masa kehamilan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan.<sup>53</sup>
  - b. Pasal 14, persalinan harus dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Persalinan diberikan kepada ibu bersalin dalam bentuk 5 aspek dasar meliputi membuat keputusan klinik, asuhan sayang ibu dan sayang bayi, pencegahan infeksi, pencatatan asuhan persalinan, dan rujukan pada kasus komplikasi ibu dan bayi lahir. Persalinan dilakukan sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.
  - c. Pasal 15, pelayanan kesehatan masa sesudah melahirkan meliputi pelayanan kesehatan bagi dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Pelayanan kesehatan bagi ibu paling sedikit 3 kali selama masa nifas. Kegiatan pelayanan meliputi pemeriksaan tanda vital, TFU, lochea dan perdarahan, jalan lahir, payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif, pemberian kapsul vitamin A, dan konseling.<sup>53</sup>

5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 tahun 2019 tentang Kebidanan
  - a. Pasal 46, dalam menyelenggarakan praktik kebidanan, bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, dan pelayanan keluarga berencana.
  - b. Pasal 47, dalam menyelenggarakan praktik kebidanan, bidan dapat berperan sebagai pemberi pelayanan kebidanan.
  - c. Pasal 48, bidan dalam penyelenggaraan praktik kebidanan harus sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.
  - d. Pasal 49, dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu, bidan berwenang memberikan asuhan kebidanan pada masa kehamilan normal, masa persalinan dan menolong persalinan normal, dan masa nifas.
  - e. Pasal 50, dalam menjalankan tugasnya bidan berwenang memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, memerikan imunisasi sesuai program pemerintah pusat, melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi.
  - f. Pasal 51, dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan keluarga berencana, bidan berwenang melakukan komunikasi, informasi, edukasi, konseling, dan memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.<sup>54</sup>