

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

Pengkajian yang dilakukan pada Ny.ZS ini dilakukan pertama kali pada saat Ny.ZS periksa ke Puskesmas Ngaglik 1 pada tanggal 10 Januari 2024. Selanjutnya pengkajian tidak hanya dilakukan di Puskesmas Ngaglik 1 saja, tetapi juga dilakukan melalui kunjungan rumah dan juga secara online melalui media sosial *Whatsapp*. Jenis data yang digunakan sebagai dasar pemberian asuhan kepada Ny.ZS dan juga dalam penyusunan laporan ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer didapatkan langsung dari keterangan Ny.ZS dan juga hasil pemeriksaan selama pendampingan, sedangkan untuk data sekunder didapatkan dari dokumentasi rekam medis dan buku KIA pasien.

1. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan

Asuhan pertama kali dilakukan pada saat kunjungan pemeriksaan kehamilan Ny.ZS di Puskesmas Ngaglik 1 pada tanggal 10 Januari 2024. Ny.ZS datang dengan keluhan ingin periksa kehamilannya dan belum merasakan tanda-tanda persalinan seperti yang telah dijelaskan sebelumnya. Ny.ZS mengatakan hanya kadang merasakan kenceng tetapi tidak sering dan kadang sering hilang timbul.

Pada saat pemeriksaan umur Ny.ZS adalah 31 tahun. Untuk riwayat menstruasi yaitu menarche pada saat umur ± 14 tahun dengan siklus teratur setiap bulannya selama ± 7 harian. Selama ini Ny.ZS tidak mengalami keluhan seperti keputihan yang berlebih ataupun dismenore. HPHT Ny.ZS pada tanggal 14 April 2023 dan HPL pada tanggal 21 Januari 2024. Ny.ZS mengatakan menikah satu kali dan sudah berjalan kurang lebih selama 8 tahun ini. Sebelum menikah Ny.ZS telah melakukan suntik TT sehingga pada saat ini status TT Ny.ZS adalah TT5. Ini adalah kehamilan pertama yang dialami oleh Ny.ZS, Ny.ZS juga mengatakan bahwa selama ini belum pernah mengalami keguguran maupun melahirkan.

Riwayat kontrasepsi Ny.ZS maupun suaminya mengatakan sudah pernah menggunakan alat kontrasepsi IUD. Ny.ZS mengatakan baik dirinya maupun keluarganya tidak sedang dan tidak pernah menderita penyakit sistemik, penyakit menurun, ataupun penyakit menular lainnya seperti hipertensi, jantung, asma, TBC, hepatitis, HIV, dll.

Pada kebiasaan sehari-harinya Ny.ZS menatakan mandi dua kali sehari, membersihkan genetalia setelah mandi, BAB, maupun BAK serta mengganti celana dalam saat dirasa lembab dan juga sehabis mandi. Untuk pemenuhan nutrisi sehari-hari Ny.ZS mengatakan makan 3-4x sehari dengan porsi sedang berupa nasi sayur lauk dan uah. Untuk pemenuhan kebutuhan cairannya Ny.ZS menatakan minum kurang lebih 10 gelas dalam sehari berupa air putih, jus dan kadang mengkonsumsi teh. Dlaam pemenuhan nutrisi dan cairnnya Ny.ZS mengatakan tidak ada keluhan yang berarti. Pada pola pemenuhan eliminasinya Ny.ZS juga mengatakan tidak ada keluhan yang berarti. Ny.ZS mengatakan BAB satu sampai dua hari sekali dan BAK lima sampai enam kali sehari.

Pada pola aktifitas Ny.ZS mengatakan sehari-hari dirinya melakukan pekerjaan rumah seperti mencuci, memasak, membersihkan rumah, dll. Untuk istirahatnya Ny.ZS mengatakan siang hari jarang tidur siang, dan pada malam hari tidur selama kurang lebih tujuh jam akan tetapi akhir-akhir ini Ny.ZS merasa sulit untuk tidur nyenyak karena serba salah atau sudah merasa tidak enak pada posisi tidur apapun. untuk pola seksualitasnya Ny.ZS mengatakan sebelum hamil bisa satu sampai dua kali dalam seminggu, tetapi pada saat hamil ini Ny.ZS menatakan jarang melakukan hubungan suami istri karena takut. Ny.ZS mengatkan jarang sekali melakukan olahraga selama hamil. Ny.ZS mengatakan tidak ada kebiasaan merokok, suaminya juga tidak merokok. Ny.ZS menagtakan tidak pernah meminum jamu-jamuan maupun minuman keras atau zak adiktif lainnya selama ini.

Pada pemeriksaan objektif didapatkan hasil bahwa Ny.ZS dalam keadaan umum baik dan kesadaran penuh. Tanda-tanda vital Ny.ZS yaitu

tekanan darah 119/93 mmHg, nadi 94 x/menit, respirasi/ pernapasan 22 x/menit, suhu 36,5°C. Pada pemeriksaan antropometri didapatkan hasil bahwa BB Ny.ZS sebelum hamil adalah 37,2 kg dan BB sekarang 50 kg, tinggi badan 149 cm, lila 20 cm, IMT 16,8 kg/ m².

Pada pemeriksaan fisik didapatkan hasil bahwa inspeksi bagian kepala tidak didapatkan oedema dan terdapat hiperpigmentasi warna kulit di sekitar pipi. Pemeriksaan inspeksi pada konjungtiva mata Ny.ZS berwarna merah muda atau kemerahan, dan skleranya berwarna putih. Pemeriksaan inspeksi pada perut Ny, ZS didapatkan hasil bahwa perut membesar memanjang, terdapat hiperpigmentasi dan striae alba. Sedangkan pemeriksaan palpasi pada bagian perut Ny.ZS didapatkan hasil bahwa Leopold I teraba TFU pertengahan px dan pusat, teraba bagian bulat, lunak, dan tidak melenting sehingga dapat disimpulkan bahwa pada bagian fundus adalah bokong janin. Kemudian dilakukan palpasi Leopold II dengan hasil pada bagian kanan teraba datar dengan tahanan kuat, kesimpulannya adalah punggung janin. Pada bagian kiri perut Ny.ZS teraba ekstremitas yang ditandai dengan terabanya bagian bulat kecil-kecil dan berbenjol. Leopold III teraba bagian bulat tetapi keras dan sudah tidak melenting artinya pada bagian sisi bawah rahim adalah kepala, atau bisa juga disebut bagian terendah adalah kepala janin. Leopold IV didapatkan hasil posisi tangan saat dilakukan pemeriksaan adalah divergen atau tidak bertemu sehingga dapat disimpulkan bahwa kepala janin/ bagian terendah janin sudah masuk panggul. TFU Mc Donald 30 cm dan denyut jantung janin yang terengar adalah 147 x/menit. Ekstremitas Ny.ZS dapat bergerak dengan aktif dan tidak ditemukan adanya oedema. Hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada tanggal 10 Januari 2024 pada pemeriksaan laboratorium Hb sebesar 13,3 gr/dl dan protein dalam urine negatif.

2. Asuhan Kebidanan pada Persalinan

Asuhan kebidanan persalinan ini dilakukan pada tanggal 15 Januari 2024. Ny.ZS mengatakan bahwa kenceng di perutnya semakin terasa

sangat kencang dan hampir setiap waktu, ditambah keluar lendir darah sejak sekitar pukul 10.00 WIB, Ny.ZS mengatakan gerakan janinnya aktif. Ny.ZS mengatakan kenceng-kencengnya 2-3 kali dalam 10 menit dengan durasi kurang lebih sekitar 30 detikan. Sebelumnya Ny.ZS telah diajarkan cara menghitung kontraksi. Keadaan umum Ny.ZS dalam kondisi baik dan kesadaran penuh. Setelah merasakan keluhan tersebut kemudian Ny.ZS disarankan untuk ke PMB tempat rencana persalinan.

Pengkajian pada tanggal 15 Januari 2024 pukul 11.20 WIB Ny.ZS mengatakan bahwa dirinya sudah di PMB dan pemeriksaan dalam terakhir pada pukul 11.30 WIB hasilnya adalah Ny.ZS sudah dalam pembukaan 4 cm, selaput ketuban masih utuh dan belum ada pengeluaran cairan ketuban. Selanjutnya pada pukul 16.30 WIB dilakukan kembali pemeriksaan dalam oleh pihak PMB untuk memantau kemauan persalinan dan didapatkan hasil sesuai dengan keterangan NY.ZS yaitu pembukaan 7 cm dengan selaput ketuban yang masih utuh. Menurut keterangan Ny.ZS gerakan janinnya dan kondisi janinnya juga dalam keadaan baik pada saat itu.

Ny.ZS mengatakan pada pukul 17.50 WIB ketubannya terasa pecah dan kemudian dilakukan pemeriksaan dalam lagi dengan hasil bahwa pembukaan jalan lahirnya telah lengkap. Setelah itu menurut keterangan Ny.ZS beliau mengejan beberapa kali dan pada pukul 18.00 WIB anaknya lahir spontan berjenis kelamin perempuan dan segera menangis, setelah lahir baik Ny.ZS maupun bayinya tidak mengalami komplikasi apapun. plasenta lahir spontan dan lengkap dan kemudian terdapat robekan di jalan lahir kemudian dilakukan penjahitan dengan anestesi lokal.

3. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir dan Neonatus

a. Kunjungan Neonatus 1 (KN 1 6-48 jam)

Kunjungan neonatus 1 dilakukan pada tanggal 16 Januari 2024 melalui media *whatsapp* pukul 08.50 WIB. Pengkajian ini dilakukan berdasarkan hasil anamnesa dan juga dokumentasi pemeriksaan di buku KIA ibu dan bayi. Ny.ZS mengatakan bayinya lahir pada tanggal 15

Januari 2024 pukul 18.00 WIB dengan jenis kelamin perempuan. Riwayat persalinannya lahir spontan pada usia kehamilan 39 minggu di PMB karena Ny.ZS memang berencana melahirkan di PMB. Tidak ada komplikasi baik pada Ny.ZS maupun bayinya. Berat badan lahir By. Ny.ZS yaitu 3.500 gram dengan panjang badan 50 cm dan lingkaran kepala 34 cm. Bayinya sudah mau menyusu dan sudah buang air kecil 2x dan buang air besar 1x. Imunisasi HB0 telah diberikan pukul 07.00 WIB, Vitamin K sudah diberikan dan akan direncanakan pemeriksaan SHK pada kunjungan selanjutnya yaitu tanggal 19 Januari 2024.

Keadaan umum By. Ny.ZS baik, berat badan saat ini adalah 3.500 gram warna kulit tidak kuning, dan tali pusat masih basah, tidak ada perdarahan ataupun kemerahan dan tidak ada pengeluaran apapun dari pusat bayinya. Kemudian dari hasil pengkajian yang telah didapatkan, selanjutnya disusun rencana asuhan yaitu memberikan KIE kepada ibu bahwa penurunan berat badan bayi dalam minggu pertama kelahiran adalah hal yang normal karena adanya adaptasi bayi di luar kandungan, penurunan yang normal adalah tidak lebih dari 10% berat badan lahir. Kemudian memberikan KIE kepada ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayinya seperti memakaikan topi dan mengganti popok yang basah. KIE ASI on demand dan ASI eksklusif, KIE perawatan tali pusat dan perawatan bayi, serta KIE tanda bahaya bayi baru lahir. Terakhir melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan.

b. Kunjungan Neonatus 2 (KN 2 3-7 hari)

Kunjungan neonatus 2 dilakukan pada tanggal 19 Januari 2024 pukul 14.30 WIB melalui kunjungan rumah. Pengkajian ini dilakukan berdasarkan hasil anamnesa dan juga dokumentasi pemeriksaan di buku KIA ibu dan bayi. Ny.ZS mengatakan tidak ada keluhan, bayinya sehat dan menyusu dengan baik. Keadaan umum By. Ny.ZS baik, berat badan saat ini adalah 3.800 gram warna kulit tidak kuning, dan tali pusat sudah lepas, tidak ada perdarahan ataupun kemerahan dan tidak ada

pengeluaran apapun dari pusat bayinya. Pengambilan sampel SHK sudah diambil dan akan segera dikirim ke Puskesmas.

Kemudian dari hasil pengkajian yang telah didapatkan, selanjutnya disusun rencana asuhan yaitu memberikan pujian dan support kepada ibu, memberikan KIE kepada ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayinya seperti memakaikan topi dan mengganti popok yang basah. KIE ASI on demand dan ASI eksklusif, serta KIE tanda bahaya bayi baru lahir, menganjurkan ibu untuk mengikuti posyandu untuk melakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan bayi setiap bulannya. Terakhir melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan.

c. Kunjungan Neonatus 3 (KN 3 8-28 hari)

Kunjungan neonatus 3 dilakukan pada tanggal 25 Januari 2024 pukul 14.30 WIB melalui kunjungan rumah. Pengkajian ini dilakukan berdasarkan hasil anamnesa langsung, pemeriksaan, dan juga dokumentasi pemeriksaan di buku KIA ibu dan bayi. Ny.ZS mengatakan tidak ada keluhan, bayinya sehat dan menyusui dengan baik. Keadaan umum By. Ny.ZS baik, kesadaran penuh, berat badan terakhir adalah 4.000 gram warna kulit kemerahan dan tidak kuning. Rencana pemberian imunisasi BCG dilakukan pada tanggal 28 Januari 2024 sesuai dengan jadwal imunisasi di PMB.

Kemudian dari hasil pengkajian yang telah didapatkan, selanjutnya disusun rencana asuhan yaitu memberikan pujian dan support kepada ibu, KIE ASI on demand dan ASI eksklusif, KIE kenaikan berat badan bayi yang harus dicapai dalam bulan pertama kelahiran, memberikan KIE untuk kehangatan bayi, serta KIE tanda bahaya bayi baru lahir, menganjurkan ibu untuk mengikuti posyandu untuk melakukan pemantauan pertumbuhan dan perkembangan bayi setiap bulannya. Terakhir melakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan.

4. Asuhan Kebidanan pada Masa Nifas

a. Kunjungan Nifas 1 (KF 1 6-48 jam)

Kunjungan nifas 1 dilakukan pada tanggal 16 Januari 2024 pukul 08.50 WIB melalui media *whatsapp*. Pengkajian ini dilakukan berdasarkan hasil anamnesa dan juga dokumentasi pemeriksaan di buku KIA ibu dan bayi. Ibu mengatakan jahitan agak nyeri, ibu mengaku bisa beristirahat, ibu dapat duduk maupun berjalan ke kamar mandi tanpa keluhan, sudah BAK dan bisa mandi sendiri, ganti pembalut 4-5 kali sehari, ASI sudah keluar sedikit, ibu mengaku menyusui bayi 2 jam sekali, ibu makan 3 kali sehari dan minum air putih 3 liter dalam sehari dengan tambahan jus dan sari kacang hijau.

Pada hasil pemeriksaan yang terdokumentasikan pada buku KIA hasil pemeriksaan objektif adalah keadaan umum baik, kesadaran penuh, tanda-tanda vital dalam batas normal, ASI keluar, kontraksi keras, TFU 3 jari di bawah pusat, lochea rubra dalam batas normal, jahitan masih basah, dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Kemudian dari data-data tersebut disusunlah analisa yaitu Ny.ZS umur 31 tahun P2A0 pospartum spontan masa nifas hari ke-1 normal membutuhkan asuhan nifas 6-48 jam. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu menganjurkan ibu untuk mencukupi kebutuhan makan minum dengan gizi seimbang. Protein membantu penyembuhan luka, proses kembalinya organ kandungan seperti sebelum hamil dan produksi ASI. KIE kebersihan genitalia, KIE menyusui on demand dengan teknik dan cara yang benar sesuai yang telah diajarkan bidan di PMB. KIE kelola stress dan pemberian support, KIE tanda bahaya masa nifas, KIE minum obat dan vitamin secara rutin dan melakukan dokumentasi asuhan yang telah diberikan.

b. Kunjungan Nifas 2 (KF 2 3-7 hari)

Kunjungan nifas 2 dilakukan pada tanggal 19 Januari 2024 melalui media kunjungan rumah pukul 14.30 WIB. Pengkajian ini dilakukan berdasarkan hasil anamnesa dan juga dokumentasi pemeriksaan di buku KIA ibu dan bayi. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ibu mengaku bisa beristirahat karena dibantu suami untuk mengurus bayinya dan

pekerjaan rumah lainnya, sudah BAK dan BAB tidak ada keluhan, ganti pembalut 3-4 kali sehari, ASI sudah keluar lancar, ibu mengaku menyusui bayi 2 jam sekali, ibu makan 3-4 kali sehari dan minum air putih 2 liter dalam sehari kadang dengan tambahan jus.

Pada hasil pemeriksaan yang terdokumentasikan pada buku KIA hasil pemeriksaan objektif adalah keadaan umum baik, kesadaran penuh, tanda-tanda vital dalam batas normal, ASI keluar, kontraksi keras, TFU 3 jari di atas simpisis, lochea serosa dalam batas normal, jahitan kering, dan tidak ada tanda-tanda infeksi, ekstremitas tidak ada pembengkakan. Kemudian dari data-data tersebut disusunlah analisa yaitu Ny.ZS umur 31 tahun P2A0 postpartum spontan masa nifas hari ke-4 normal membutuhkan asuhan nifas 3-7 hari.

Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu menganjurkan ibu untuk mencukupi kebutuhan makan minum dengan gizi seimbang. Protein membantu penyembuhan luka, proses kembalinya organ kandungan seperti sebelum hamil dan produksi ASI. KIE kebersihan genitalia, KIE menyusui on demand dengan teknik dan cara yang benar sesuai yang telah diajarkan bidan di PMB. KIE kelola stress dan pemberian support, KIE tanda bahaya masa nifas, KIE minum obat dan vitamin secara rutin dan melakukan dokumentasi asuhan yang telah diberikan.

c. Kunjungan Nifas 3 (KF 3 8-28 hari)

Kunjungan nifas 3 dilakukan pada tanggal 25 Januari 2024 pukul 14.30 WIB melalui kunjungan rumah. Pengkajian ini dilakukan berdasarkan hasil anamnesa langsung, pemeriksaan, dan juga dokumentasi pemeriksaan di buku KIA ibu dan bayi. Ny.ZS mengatakan tidak ada keluhan, ibu mengaku bisa beristirahat karena dibantu suami untuk mengurus bayinya dan pekerjaan rumah lainnya. Hasil pemeriksaan objektif Ny.ZS dalam keadaan baik dan kesadaran penuh, TD 110/70 mmHg, nadi 85 x/menit, respirasi 22 x/menit, ASI +, TFU sudah tidak teraba, lochea alba dalam batas normal, jahitan kering,

payudara bersih, puting menonjol, terdapat pengeluaran ASI, ekstremitas tidak ada pembengkakan.

Kemudian dari hasil pemeriksaan tersebut ditegaskan diagnosa Ny.ZS umur 31 tahun P2A0 pospartum spontan masa nifas hari ke-10 normal membutuhkan asuhan nifas 8-28 hari. Dari diagnosa tersebut maka dilakukan penatalaksanaan sebagai berikut. Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan sehat, memberikan dukungan dan pujian untuk melakukan ASI eksklusif, menganjurkan ibu untuk menjaga pola makan gizi seimbang, kebersihan genitalia, kelola stress dan istirahat yang cukup. Mulai menyinggung masalah kontrasepsi dan kapan sebaiknya melakukan hubungan seksual, KIE tanda bahaya nifas, KIE protokol kesehatan, dan dokumentasi asuhan.

d. Kunjungan Nifas 4 (KF 4 29-42 hari)

Kunjungan nifas 4 dilakukan pada tanggal 20 Februari 2024 melalui media *whatsapp*. Pengkajian ini dilakukan berdasarkan hasil anamnesa dan juga dokumentasi pemeriksaan di buku KIA ibu dan bayi. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, ASI lancar dan tidak ada masalah menyusui, ibu mengaku bisa beristirahat cukup, ibu dapat melakukan aktivitas rumah tangga seperti biasa, sudah BAK dan BAB tidak ada keluhan, darah nifas sudah berhenti (tidak ada pengeluaran dari jalan lahir), makan 3-4 kali sehari dengan makanan selingan, minum minimal 2 liter sehari.

Pemeriksaan objektif tidak dilakukan karena keterbatasan data yang ada dan juga pengkajian dilakukan melalui media online. Tetapi dilihat dari respon ibu yang baik saat melakukan tanya jawab secara online maka penulis menyimpulkan ibu dalam keadaan baik dan kesadaran penuh. Kemudian dari data-data tersebut disusunlah analisa yaitu Ny.ZS umur 31 tahun P2A0 pospartum spontan masa nifas hari ke-40 normal membutuhkan asuhan nifas 29-42 hari. Penatalaksanaan yang dilakukan pada KF 4 ini berfokus pada keluarga berencana, maka dari itu pada kasus Ny.ZS ini diberikan KIE sebagai berikut. Tetap

memberikan dukungan dan pujian kepada ibu untuk melakukan ASI eksklusif, menganjurkan ibu untuk tetap menjaga pola nutrisi gizi seimbang, personal hygiene, pengelolaan stress, dan pola istirahat yang cukup, Ny ZS sudah memakai kontrasepsi IUD yang dipasang di PMB, bidan hanya memberi KIE tentang cara kerja kontrasepsi IUD, keuntungan efek samping dan cara mengecek benang IUD secara mandiri atau segera kontrol jika ada keluhan atau benang tidak teraba dan melakukan dokumentasi asuhan.

5. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana (KB)

Asuhan pada KB dan alat kontrasepsi dilakukan pada masa nifas, IUD merupakan pilihan kontrasepsi pascasalin yang aman dan efektif untuk ibu yang ingin menjarangkan atau membatasi kehamilan. IUD aman dan efektif, tetapi tingkat ekspulsinya lebih tinggi dibandingkan ekspulsi ≥ 4 minggu pasca persalinan. Eskpulsi dapat diturunkan dengan cara melakukan insersi IUD dalam 10 menit setelah pengeluaran plasenta, memastikan insersi mencapai fundus uteri, dan dikerjakan oleh tenaga medis dan paramedis yang terlatih dan berpengalaman. KIE tentang :

- a) Efek samping yang sering timbul misalnya perdarahan haid yang bertambah banyak atau lama, rasa sakit atau kram.
- b) Segera mencari pertolongan medis bila timbul gejala-gejala infeksi.
- c) Cara mengecek benang IUD sendiri
- d) Jenis IUD yang dipakai jangka waktu pemasangan.
- e) Mengetahui tanda bahaya IUD : terlambat haid, perdarahan abnormal, nyeri abdomen, dispareunia, keputihan abnormal, demam/menggigil, benang ekor IUD hilang/bertambahpendek/bertambah panjang.
- f) Bila mengalami keterlambatan haid segera periksa ke petugas kesehatan.

- g) Bila berobat apapun, beritahu dokter bahwa akseptor menggunakan IUD.
- h) IUD tidak memberi perlindungan terhadap virus AIDS

B. Kajian Teori

1. Asuhan Berkesinambungan/ COC

Continuity of care dalam kebidanan merupakan serangkaian kegiatan pelayanan berkesinambungan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, serta keluarga berencana.⁵ Kemenkes RI menyatakan bahwa asuhan kebidanan berkelanjutan terdiri dari pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan. *Continuity of care* yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode.

Continuity of care memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan.⁴ Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan dari bidan hampir 8 kali lipat lebih besar untuk melakukan persalinan di bidan yang sama. Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan oleh bidan melaporkan kepuasan lebih tinggi terkait informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit dan pengawasan oleh bidan. Penelitian di Denmark memiliki kesamaan hasil penelitian bahwa dengan *Continuity of care* mendapatkan pengalaman yang membaik, mengurangi morbiditas maternal, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan termasuk operasi Caesar, meningkatkan

jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan. Hasil yang signifikan secara *continuity of care* secara women center meliputi dukungan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan.⁵

2. Kehamilan

a. Pengertian

Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan.⁶ Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari fase fertilitas hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional.⁷ Ditinjau dari umur kehamilan, kehamilan dibagi menjadi 3 trimester:

- 1) Trimester I: 0-12 minggu
- 2) Trimester II: 12- 28 minggu
- 3) Trimester III: 28-40 minggu

b. Perhitungan umur kehamilan

Umur kehamilan dapat diketahui melalui perhitungan dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) dengan rumus neagle. Rumus neagle dihitung berdasarkan asumsi bahwa usia kehamilan normal adalah 266 hari sejak ovulasi yaitu 38 minggu atau 9 bulan 7 hari.⁶

Pada siklus haid yang normal 28 hari, ovulasi selalu terjadi 14 hari setelah HPHT. Oleh karena itu perhitungan dengan rumus neagle menambahkan 14 hari atau 2 minggu pada usia kehamilan normal. Perhitungan hari perkiraan lahir dengan rumus neagle akan mendapati usia kehamilan 40 minggu jika dihitung dari HPHT ke Hari Perkiraan Lahir (HPL) menurut rumus ini. Penggunaan rumus neagle dalam

perhitungan hari perkiraan lahir dapat dilakukan dengan +7 pada tanggal HPHT, -3 atau +9 pada bulan HPHT tergantung pada bulan HPHT klien.

c. Tanda-tanda kehamilan

1) Tanda persumtif kehamilan⁸

- a) Amenore, gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi. Dengan diketahuinya tanggal hari pertama haid terakhir supaya dapat ditaksir umur kehamilan dan taksiran tanggal persalinan akan terjadi, dengan memakai rumus Neagie: $HT - 3$ (bulan + 7).
- b) Mual muntah, keadaan ini biasa terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan hingga akhir triwulan pertama. Sering terjadi pada pagi hari disebut “morning sickness”.
- c) Ngidam (menginginkan makanan tertentu), sering terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan, akan tetapi menghilang dengan makin tuanya kehamilan.
- d) Pingsan atau sinkope, bila berada tempat-tempat ramai yang sesak dan padat. Biasanya hilang sesudah kehamilan 16 minggu.
- e) Payudara tegang, disebabkan pengaruh estrogen dan progesteron yang merangsang duktus dan alveoli payudara.⁹
- f) Anoreksia Nervosa, pada bulan-bulan pertama terjadi anoreksia (tidak nafsu makan), tetapi setelah itu nafsu makan muncul kembali.⁷
- g) Sering kencing (miksi), keadaan ini terjadi karena kandung kencing pada bulan-bulan pertama kehamilan tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada triwulan kedua, umumnya keluhan ini hilang oleh karena uterus yang membesar keluar dari rongga panggul. Pada akhir triwulan, gejala ini bisa timbul kembali karena janin mulai masuk ke rongga panggul dan menekan kembali kandung kencing.⁷

h) Konstipasi/Obstipasi, ini terjadi karena tonus otot usus menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormon steroid yang dapat menyebabkan kesulitan buang air besar.

2) Tanda kemungkinan hamil

a) Perut membesar

Terjadi pembesaran abdomen secara progresif dari kehamilan 7 bulan sampai 28 minggu. Pada minggu 16-22, pertumbuhan terjadi secara cepat di mana uterus keluar panggul dan mengisi rongga abdomen.

b) Uterus membesar

Terjadi perubahan dalam bentuk, besar dan konsistensi dalam rahim.

c) Tanda Hegar

Konsistensi rahim yang menjadi lunak, terutama daerah isthmus uteri sedemikian lunaknya, hingga kalau kita letakkan 2 jari dalam fornix posterior dan tangan satunya pada dinding perut atas symphysis maka isthmus ini tidak teraba seolah-olah corpus uteri sama sekali terpisah dari serviks.

d) Tanda Chadwick

Vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebirubiruan (livide) yang disebabkan oleh adanya hipervaskularisasi. Warna porsio juga akan tampak livide. Hal ini disebabkan oleh adanya pengaruh hormone estrogen.

e) Tanda Piscaseck

Uterus membesar ke salah satu jurusan hingga menonjol jelas ke jurusan pembesaran uterus.

f) Kontraksi-kontraksi kecil uterus bila dirangsang (Braxton hicks)

Bila uterus dirangsang mudah berkontraksi. Saat palpasi atau pemeriksaan dalam, uterus yang awalnya lunak akan menjadi keras karena berkontraksi

g) Teraba ballotement

Pada kehamilan 16-20 minggu, dengan pemeriksaan bimanual dapat terasa adanya benda yang melenting dalam uterus (tubuh janin).⁹

3) Tanda pasti kehamilan

a) Gerakan janin dalam rahim

b) Terlihat/teraba gerakan janin dan teraba bagianbagian janin.

b) Denyut jantung janin

Didengar dengan stetoskop Laenec, alat kardiograf, alat dopler. Dilihat dengan ultrasonografi. Pemeriksaan dengan alat canggih, yaitu rontgen untuk melihat kerangka janin, ultrasonografi.¹⁰

d. Standar Asuhan pada Kehamilan

1) ANC Terpadu

Pelayanan antenatal komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil. Tujuan ANC terpadu adalah untuk memenuhi hak setiap ibu hamil dalam memperoleh pelayanan antenatal yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat. Program ini adalah pelayanan untuk ibu hamil dengan prinsip menyediakan pelayanan antenatal terintegrasi, komprehensif dan berkualitas mendeteksi secara dini kelainan/ penyakit/ gangguan yang diderita ibu hamil. Integrasi program dari ANC Terpadu yaitu maternal neonatal tetanus elimination (MNTE), antisipasi defisiensi gizi dalam kehamilan, pencegahan malaria dalam kehamilan (PMDK), pencegahan penularan HIV dari ibu ke bayi (PMTCT), perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K), pencegahan dan pengobatan IMS/ ISK dalam kehamilan, eliminasi sifilis congenital (ESK/CSE), dan penatalaksanaan TB dalam kehamilan (TB-ANC), serta pemeriksaan kesehatan gigi ibu hamil. Dalam praktiknya program

ini dilakukan di puskesmas sekitar pasien, yaitu dengan pemeriksaan ke dokter umum, psikolog, dokter gigi, bagian gizi, dan juga laboratorium.¹¹

2) Penggunaan Buku KIA

Tenaga kesehatan dan juga pasien disarankan untuk memaksimalkan pemanfaatan buku KIA dalam pelayanan kehamilan, persalinan, maupun bayi balita.

3) Cakupan K1

Cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapat pelayanan antenatal oleh tenaga kesehatan pada masa kehamilan di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

4) Cakupan K4

Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit empat kali, dengan distribusi pemberian pelayanan yang dianjurkan adalah minimal satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua dan dua kali pada trimester ketiga umur kehamilan.

e. Pelayanan Antenatal Terpadu

Ibu hamil berhak mendapatkan pelayanan kehamilan oleh tenaga kesehatan. Pelayanan kehamilan dilakukan dengan pemeriksaan antenatal dalam pelayanan Antenatal Care (ANC). Tujuan umum dari pelayanan ANC untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat dan melahirkan bayi yang sehat. Standar minimal pelayanan ANC pada ibu hamil yang terbaru pada masa pandemi Covid-19 ini adalah 6x selama kehamilan. Dengan rincian 2x di Trimester 1, 1x di Trimester 2, dan 3x di Trimester 3. Minimal 2x diperiksa oleh dokter saat kunjungan 1 di Trimester 1 dan saat kunjungan ke 5 di Trimester 3.^{12,13}

Untuk mencapai tujuan pelayanan kehamilan yang optimal maka ditetapkan jenis pelayanan ibu hamil yang memenuhi standar pelayanan

dengan pelayanan 10T. Menurut Kemenkes (2010), pelayanan yang diberikan sesuai standar 10T tersebut yaitu sebagai berikut:

1) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan

Penimbangan berat badan dilakukan setiap kali kunjungan pelayanan ANC untuk menilai adanya kenaikan berat badan ibu hamil. Hal ini menjadi salah satu upaya deteksi dini terhadap adanya gangguan pertumbuhan janin di dalam rahim. Kenaikan normal berat badan ibu hamil pada trimester I adalah 1-2 kg sedangkan pada trimester lanjut berkisar 0,3-0,4 kg/ minggu. Walaupun demikian, total kenaikan berat badan ibu normal selama hamil ditentukan dari Indeks Masa Tubuh (IMT) atau *Body Mass Index* (BMI). Oleh karena itu, pemeriksaan tinggi badan juga dilakukan dalam pelayanan kehamilan awal untuk memperhitungkan IMT ibu. Selain itu, pengukuran tinggi badan berguna untuk mendeteksi faktor risiko kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan kelainan rongga panggul pada ibu dengan TB <145 cm.

Tabel 1. Anjuran Kenaikan BB Ibu Hamil sesuai IMT

Anjuran kenaikan BB ibu hamil sesuai IMT	Kategori	Rentang Kenaikan BB yang dianjurkan
<19,8	Rendah	12,5 – 18 kg
19,8-26	Normal	11,5 – 16 kg
>26-29	Tinggi	7 – 11,5 kg
>29	Obesitas	<6 kg

2) Pengukuran tekanan darah

Tekanan darah diukur pada setiap kali pemeriksaan. Hal ini dilakukan untuk deteksi adanya tekanan darah tinggi pada ibu hamil yang berisiko menyebabkan pre-eklamsi dan eklamsia.

3) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA)

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan. Pengukuran ini bertujuan untuk skrining status gizi ibu yang menunjukkan ibu hamil dengan

kondisi Kurang Energi Kronik (KEK) jika LiLA ada pada nilai <23,5 cm.

4) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri)

Pengukuran Tinggi Fundus Uteri (TFU) dilakukan setiap kunjungan pelayanan kehamilan untuk mengetahui tingkat pertumbuhan janin melalui perhitungan taksiran berat janin. Selain itu, pengukuran ini juga dilakukan untuk menentukan kesesuaian TFU dengan Umur Kehamilan (UK). Tidak sesuainya TFU dengan umur kehamilan dapat menunjukkan kemungkinan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran TFU dilakukan dengan perabaan fundus uteri. Pada perkembangan janin di trimester pertama akan mendominasi pertumbuhan dan perkembangan janin di dalam rongga panggul sehingga perabaan fundus uteri pada trimester I mungkin belum dapat dirasakan. Standar pengukuran TFU menggunakan pita ukur yaitu pengukuran TFU dengan teknik McDonald dapat dilakukan sejak usia kehamilan 24 minggu.

5) Penentuan status imunisasi TT dan pemberian imunisasi TT sesuai status

Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil untuk mencegah tetanus neonatorum. Pada awal kontak dengan tenaga kesehatan, ibu hamil dilakukan skrining status imunisasi TT nya. Bila status imunisasi TT belum mencapai TT5 maka dapat dilakukan pemberian imunisasi TT sesuai kondisi ibu dan janin saat pemeriksaan.

6) Pemberian tablet tambah darah

Tablet tambah darah diberikan pada wanita usia subur dan ibu hamil untuk mengurangi risiko anemia terutama pada kehamilan. Ibu hamil diberi tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan berlangsung.

7) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Presentasi janin dapat mulai diperiksa dan ditentukan pada akhir trimester II. Setelah dapat ditentukan, penentuan presentasi

janin menjadi pemeriksaan yang rutin dilakukan pada setiap kunjungan antenatal. Pemeriksaan presentasi dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan letak janin pada ibu terutama pada kehamilan >36 minggu. Penilaian denyut jantung janin dilakukan dengan penggunaan dopler mulai umur kehamilan ± 12 minggu atau dengan leanec pada umur kehamilan ± 20 minggu. Denyut jantung janin normal adalah 120-160 kali/ menit. Pengukuran DJJ ini dilakukan untuk mengetahui apakah ada indikasi gawat janin pada pengukuran DJJ dengan hasil tidak pada nilai normal.

8) Pelaksanaan temu wicara

Pelaksanaan temu wicara dilakukan dengan pemberian Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) secara efektif dari tenaga kesehatan kepada klien. Pemberian KIE dapat disesuaikan dengan kebutuhan klien berdasar masalah yang dialami, hasil pemeriksaan maupun umur kehamilan klien. Pemberian edukasi kepada klien yang dilakukan antara lain meliputi edukasi kondisi kesehatan ibu, tanda bahaya pada kehamilan dan perawatan kehamilan seperti pemberian asupan gizi seimbang.

9) Pelayanan tes laboratorium sederhana

Pelayanan tes laboratorium dasar yang dilakukan pada ibu hamil adalah pelayanan tes golongan darah dan kadar Hemoglobin (Hb) dalam darah. Pelayanan tes laboratorium yang lain juga mungkin dilakukan pada ibu hamil atas indikasi seperti pemeriksaan protein urin, serologi HIV, sifilis dan HBsAg serta pemeriksaan gula darah.

10) Tatalaksana kasus sesuai indikasi

Setiap langkah pemeriksaan yang dilakukan pada ibu hamil akan menghasilkan suatu analisa terkait kondisi ibu dan janin. Apabila didapatkan kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus dilakukan penanganan sesuai dengan standar dan kewenangan masing-masing profesi tenaga kesehatan. Bidan dapat melakukan

penanganan sesuai kewenangannya saja. Kasus yang tidak dapat ditangani dilakukan kolaborasi maupun rujukan sesuai dengan sistem rujukan yang berlaku.

3. KEK

a. Definisi

Kekurangan Energi Kronis (KEK) adalah keadaan dimana ibu menderita keadaan kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronis) yang mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan pada wanita. KEK merupakan gambaran status gizi ibu di masa lalu, kekurangan gizi kronis pada masa anak-anak baik disertai sakit yang berulang, akan menyebabkan bentuk tubuh yang kudet (*stunting*) atau kurus (*wasting*) pada saat dewasa. Ibu yang memiliki postur tubuh seperti ini berisiko mengalami gangguan pada masa kehamilan dan melahirkan bayi BBLR.³

Kekurangan Energi Kronik (KEK) adalah salah satu keadaan malnutrisi. Dimana keadaan ibu menderita kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronik) yang mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan pada ibu secara relative atau absolut satu atau lebih zat gizi.³ Kurang energi kronis merupakan keadaan dimana penderita kekurangan makanan yang berlangsung pada calon pengantin, wanita usia subur (WUS) dan pada ibu hamil. Kurang gizi akut disebabkan oleh tidak mengkonsumsi makanan dalam jumlah yang cukup atau makanan yang baik (dari segi kandungan gizi) untuk satu periode tertentu untuk mendapatkan tambahan kalori dan protein (untuk melawan) muntah dan mencret (muntaber) dan infeksi lainnya. Gizi kurang kronik disebabkan karena tidak mengkonsumsi makanan dalam jumlah yang cukup atau makanan yang baik dalam periode/kurun waktu yang lama untuk mendapatkan kalori dan protein dalam jumlah yang cukup, atau disebabkan menderita muntaber atau penyakit kronis lainnya.³

Ukuran LILA digunakan untuk skrining kekurangan energi kronis (KEK) yang digunakan untuk mendeteksi remaja dengan berbagai risiko yang mungkin terjadi apabila tidak ditangani. Pengukuran LILA ditujukan untuk mengetahui apakah ibu hamil, catin atau wanita usia subur (WUS) menderita KEK. LILA merupakan gambaran keadaan jaringan otot dan lapisan lemak bawah kulit. LILA mencerminkan tumbuh kembang jaringan lemak dan otot yang tidak berpengaruh oleh cairan tubuh. Ambang batas LILA WUS dengan risiko KEK adalah 23,5 cm. Apabila ukuran kurang dari 23,5 cm artinya wanita tersebut mempunyai risiko KEK.⁴ Cara ukur pita LILA untuk mengukur lingkaran lengan atas dilakukan pada lengan kiri atau lengan yang tidak dominan. Pengukuran LILA dilakukan pada pertengahan antara pangkal lengan atas dan ujung siku dalam ukuran centimeter (cm).

b. Etiologi

Terjadinya KEK merupakan akibat dari faktor lingkungan dan faktor manusia yang didukung oleh kekurangan asupan zat-zat gizi sehingga simpanan zat gizi pada tubuh digunakan untuk memenuhi kebutuhan. Apabila keadaan ini berlangsung lama maka simpanan zat gizi akan habis dan akhirnya terjadi kemerosotan jaringan. Keadaan KEK terjadi karena tubuh kekurangan satu atau beberapa jenis zat gizi yang dibutuhkan. Hal yang dapat menyebabkan tubuh kekurangan zat gizi adalah jumlah zat gizi yang dikonsumsi kurang, mutunya rendah atau kombinasi keduanya. Zat gizi yang dikonsumsi juga mungkin gagal untuk diserap dan digunakan untuk tubuh.⁵

Keadaan KEK terjadi karena tubuh kekurangan satu atau beberapa jenis zat gizi yang dibutuhkan. Beberapa hal yang dapat menyebabkan tubuh kekurangan zat gizi antara lain: jumlah zat gizi yang dikonsumsi kurang, mutunya rendah atau keduanya. Zat gizi yang dikonsumsi juga mungkin gagal untuk diserap dan digunakan untuk tubuh. Akibat KEK saat kehamilan dapat berakibat pada ibu maupun janin yang dikandungnya yaitu meliputi:³

- 1) Akibat KEK pada ibu hamil : terus menerus merasa letih, kesemutan, muka tampak pucat, kesulitan sewaktu melahirkan, air susu yang keluar tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan bayi, sehingga bayi akan kekurangan air susu ibu pada waktu menyusui.
- 2) Akibat KEK saat kehamilan terhadap janin yang dikandung yaitu keguguran, pertumbuhan janin terganggu hingga bayi lahir dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), perkembangan otak janin terlambat, hingga kemungkinan nantinya kecerdasan anak kurang, bayi lahir sebelum waktunya (prematuur), dan kematian bayi.

c. Patofisiologi

Patofisiologi penyakit gizi kurang terjadi melalui lima tahapan yaitu: pertama, ketidakcukupan zat gizi. Apabila ketidakcukupan zat gizi ini berlangsung lama maka persediaan/ cadangan jaringan akan digunakan untuk memenuhi ketidakcukupan itu. Kedua, apabila ini berlangsung lama, maka akan terjadi kemerosotan jaringan, yang ditandai dengan penurunan berat badan. Ketiga, terjadi perubahan biokimia yang dapat dideteksi dengan pemeriksaan laboratorium. Keempat, terjadi perubahan fungsi yang ditandai dengan tanda yang khas. Kelima, terjadi perubahan anatomi yang dapat dilihat dari munculnya tanda klasik.

Proses terjadinya KEK merupakan akibat dari faktor lingkungan dan faktor manusia yang didukung oleh kekurangan asupan zat-zat gizi, maka simpanan zat gizi pada tubuh digunakan untuk memenuhi kebutuhan. Apabila keadaan ini berlangsung lama maka simpanan zat gizi akan habis dan akhirnya terjadi kemerosotan jaringan.³ Remaja yang menderita gizi kurang akan berpengaruh pada kemampuan dan juga konsentrasi belajar, menghambat perkembangan dan kecerdasan otak serta meningkatkan risiko menderita penyakit infeksi karena daya tahan tubuh menurun. Akibat kekurangan gizi remaja putri menjadi

kurus, pendek, dan pertumbuhan tulang menjadi tidak proposional khususnya dibagian panggul dan pelvis.⁶

d. Tanda dan gejala

KEK memberikan tanda dan gejala yang dapat dilihat dan diukur. Tandadan gejala KEK yaitu lingkaran lengan atas (LILA) kurang dari 23,5 cm. Pengukuran lingkaran lengan atas (LILA) adalah suatu cara untuk mengetahui resiko Kekurangan Energi Kronis (KEK) wanita usia subur termasuk remaja putri. Pengukuran LILA tidak dapat digunakan untuk memantau perubahan status gizi dalam jangka pendek.⁴

e. Penatalaksanaan

Hasil pemeriksaan disampaikan pada pasien. Pasien diberikan edukasi untuk pemenuhan gizi dilihat dari penyebab kekurangan gizi pada pasien. Oleh karena itu tahap anamnesa terkait pola pemenuhan nutrisi pasien harus jelas. Pasien diberi motivasi untuk memenuhi zat gizi baik secara variasi makanan yang berkaitan dengan mutu makanan serta keteraturan pola makan. Kolaborasi dengan gizi dapat dilakukan untuk menilai pola pemenuhan gizi pasien dengan metode penilaian seperti *recall* 24 jam sehingga dapat diberikan edukasi pemenuhan gizi yang sesuai. Prinsipnya edukasi pemenuhan gizi seimbang meliputi anjuran variasi makanan, minum air putih yang cukup dan aman, perbanyak sayur dan buah, melakukan aktivitas fisik serta pola hidup bersih dan sehat.³

4. Persalinan

a. Pengertian

Persalinan normal atau persalinan spontan adalah bila bayi lahir dengan letak belakang kepala tanpa melalui alat-alat atau pertolongan istimewa serta tidak melukai ibu dan bayi, dan umumnya berlangsung dalam kurang dari 24 jam.¹⁴ Dalam pengertian sehari-hari persalinan sering diartikan sebagai serangkaian kejadian pengeluaran bayi yang sudah cukup bulan, disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput

janin dari tubuh ibu melalui jalan lahir atau melalui jalan lain, berlangsung dengan bantuan atau tanpa bantuan/ kekuatan ibu sendiri.¹⁵ Sedangkan menurut Utami persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), berlangsung dalam waktu 18-24 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.¹⁶

b. Macam-macam

- 1) Persalinan Spontan yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri, melalui jalan lahir ibu tersebut.
- 2) Persalinan buatan apabila persalinan dibantu dengan tenaga dari luar misalnya ekstraksi forceps, atau dilakukan operasi sectio caesaria.
- 3) Persalinan anjuran adalah persalinan yang tidak dimulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian pitocin atau prostaglandin.¹⁵

c. Teori sebab mulainya persalinan

Kurniarum (2016) mengatakan sebab mulainya persalinan belum diketahui dengan jelas. Banyak faktor yang memegang peranan dan bekerjasama sehingga terjadi persalinan. Beberapa teori yang dikemukakan adalah penurunan kadar progesteron, teori oksitosin, keregangan otot-otot, pengaruh janin, dan teori prostaglandin. Beberapa teori yang menyebabkan mulainya persalinan adalah sebagai berikut:¹⁵

1) Penurunan Kadar Progesteron

Progesterone menimbulkan relaxasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, dimana terjadi penimbunan jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami

penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitive terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.

2) Teori Oksitosin

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar *hipofisis pars posterior*. Perubahan keseimbangan *estrogen* dan *progesterone* dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi *Braxton Hicks*. Di akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga oksitocin bertambah dan meningkatkan aktivitas otot-otot rahim yang memicu terjadinya kontraksi sehingga terdapat tanda-tanda persalinan.

3) Keregangan Otot-otot

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas tertentu terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya dengan *Bladder* dan Lambung, bila dindingnya teregang oleh isi yang bertambah maka timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya. Demikian pula dengan rahim, maka dengan majunya kehamilan makin teregang otot-otot dan otot-otot rahim makin rentan. Contoh, pada kehamilan ganda sering terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan.

4) Pengaruh Janin

Hipofise dan kelenjar *suprarenal* janin rupa-rupanya juga memegang peranan karena pada *anencephalus* kehamilan sering lebih lama dari biasa, karena tidak terbentuk hipotalamus. Pemberian *kortikosteroid* dapat menyebabkan maturasi janin, dan induksi (mulainya) persalinan.

5) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu yang dikeluarkan oleh desidua. Prostaglandin yang dihasilkan oleh *desidua* diduga menjadi salah satu sebab

permulaan persalinan. Hasil dari percobaan menunjukkan bahwa prostaglandin F2 atau E2 yang diberikan secara intravena, intra dan *extra amnial* menimbulkan kontraksi miometrium pada setiap umur kehamilan. Pemberian prostaglandin saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga hasil konsepsi dapat keluar. Prostaglandin dapat dianggap sebagai pemicu terjadinya persalinan. Hal ini juga didukung dengan adanya kadar prostaglandin yang tinggi baik dalam air ketuban maupun daerah perifer pada ibu hamil, sebelum melahirkan atau selama persalinan.

d. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan

1) Power

Power adalah kekuatan yang mendorong janin keluar. Kekuatan yang mendorong janin keluar dalam persalinan ialah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligament dengan kerja sama yang baik dan sempurna.

2) Passage

Jalan lahir terdiri atas panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative kaku, oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Jalan lahir dibagi atas bagian keras yang terdiri dari tulang-tulang panggul dan bagian lunak yang terdiri dari uterus, otot dasar panggul dan perineum.

3) Pasanger

a) Janin

Hubungan janin dengan jalan lahir digambarkan ke dalam sikap, letak, presentasi, posisi dan penyebutnya.

b) Plasenta

Plasenta juga harus melalui jalan lahir, sehingga ia juga dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin. Namun

plasenta jarang menghambat proses persalinan pada persalinan normal. Plasenta memiliki peranan berupa transport zat dari ibu ke janin, penghasil hormone yang berguna selama kehamilan, serta sebagai barrier. Melihat pentingnya peranan dari plasenta maka bila terjadi kelaianan pada plasenta akan menyebabkan kelaianan pada janin ataupun mengganggu proses persalinan.

c) Air ketuban

Volume air ketuban pada kehamilan cukup bulan kira-kira 1000-1500 cc. Ciri-ciri air ketuban yaitu berwarna putih keruh, berbau amis dan berasa manis. Komposisi air ketuban terdiri atas 98% air, sisanya albumin, urea, asam uric, kreatinin, sel-sel epitel, rambut lanugo, verniks caseosa, dan garam organic. Amnion/air ketuban melindungi plasenta dan tali pusat dari tekanan kontraksi uterus.¹⁵

e. Tanda-tanda persalinan

1) Kontraksi uterus

Kontraksi uterus dapat juga disebut HIS. Nyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan, pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan, sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya makin besar, mempunyai pengaruh pada pendataran dan atau pembukaan serviks. Semakin ibu beraktifitas makan akan menambah kekuatan kontraksi. Kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan pada servix (frekuensi minimal 2 kali dalam 10 menit).

2) Bloody Show

Kontraksi yang terjadi dapat menyebabkan pendataran, penipisan dan pembukaan serviks. Keluar lendir bercampur darah "bloody show" melalui vagina. Perdarahan ini disebabkan oleh lepasnya selaput janin pada bagian segmen bawah rahim sehingga kapiler darah terputus.

- 3) Penipisan dan pembukaan serviks ditandai dengan adanya pengeluaran lendir darah sebagai tanda pemula.
- 4) Kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya.
- 5) Terdapat tanda dan gejala
Tanda tekanan pada anus, vulva membuka, perineum menonjol.
Gejala ibu ingin meneran.¹⁵

f. Tahapan Persalinan

Persalinan dibagi menjadi 4 tahap. Pada kala I serviks membuka dari 0 sampai 10 sm. Kala I dinamakan juga kala pembukaan. Kala II disebut juga kala pengeluaran, oleh karena kekuatan his dan kekuatan mendedan, janin didorong keluar sampai lahir. Dalam kala III atau disebut juga kala urie, plasenta terlepas dari dinding uterus dan dilahirkan. Kala IV mulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam kemudian. Dalam kala tersebut diobservasi apakah terjadi perdarahan post partum.

1) Kala I

Persalinan Kala I adalah kala pembukaan yang berlangsung antara pembukaan nol sampai pembukaan lengkap. Pada permulaan his kala pembukaan berlangsung tidak begitu kuat sehingga ibu masih dapat berjalan-jalan. Klinis dinyatakan mulai terjadi partus jika timbul his dan ibu mengeluarkan lendir yang bersemu darah (bloody show). Proses ini berlangsung kurang lebih 18-24 jam, yang terbagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten (8 jam) dari pembukaan 0 cm sampai pembukaan 3 cm, dan fase aktif (7 jam) dari pembukaan serviks 3 cm sampai pembukaan 10 cm. Dalam fase aktif masih dibagi menjadi 3 fase lagi, yaitu: fase akselerasi, dimana dalam waktu 2 jam pembukaan 3 menjadi 4 cm; fase dilatasi maksimal, yakni dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm; dan fase deselerasi, dimana pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi 10 cm.

2) Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini berlangsung jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat kurang lebih 2-3 menit sekali.

3) Kala III

Dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya.

4) Kala IV

Dimulai dari lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Observasi yang harus dilakukan pada Kala IV adalah:

- a) Tingkat kesadaran ibu
- b) Pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, dan pernapasan
- c) Kontraksi uterus
- d) Terjadinya perdarahan, perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 500 cc.¹⁶

g. Fisiologi Persalinan

Kehamilan secara umum ditandai dengan aktivitas otot polos miometrium yang relatif tenang sehingga memungkinkan pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine sampai dengan kehamilan aterm. Menjelang persalinan, otot polos miometrium mulai menunjukkan aktivitas kontraksi secara terkoordinasi diselingi dengan suatu periode relaksasi. Kontraksi dalam kehamilan disebut juga dengan his. His sesudah kehamilan 30 minggu terasa lebih kuat dan lebih sering. Pada kehamilan aterm >37 minggu, his akan meningkat lagi sampai persalinan dimulai. Pada persalinan kala I frekuensi his akan meningkat 2-4 kali dalam 10 menit. His menyebabkan pembukaan dan penipisan

serviks (dilatasi) yang juga didukung dengan adanya tekanan air ketuban pada kala I serta kepala janin yang makin masuk ke rongga panggul. Penyebab uterus mulai berkontraksi pada permulaan persalinan kala I belum diketahui dengan pasti. Akan tetapi, penyebabnya diperkirakan karena adanya penurunan progesteron dan estrogen pada akhir kehamilan sehingga prostaglandin dan oksitosin meningkat dan merangsang kontraksi. Kontraksi miometrium pada persalinan dapat menyebabkan nyeri sehingga istilah nyeri persalinan digunakan untuk menggambarkan proses ini. Walaupun demikian, rasa nyeri saat his amat subjektif, tidak hanya bergantung pada intensitas tetapi bergantung pula pada mental masing-masing ibu bersalin.

Pada proses persalinan, uterus berubah bentuk menjadi 2 bagian yang berbeda. Segmen rahim atas berkontraksi secara aktif menjadi lebih tebal ketika persalinan berlangsung sedangkan segmen bawah rahim atau SBR merupakan bagian yang lebih pasif dan bagian inilah yang berkembang menjadi jalan lahir berdinding jauh lebih tipis. SBR merupakan bagian yang diregangkan akibat kontraksi pada segmen atas yang mendorong janin keluar. Dengan meningkatnya kontraksi, SBR akan semakin tipis dan lunak sehingga serviks dapat berdilatasi serta SBR membentuk suatu saluran muskular dan fibromuskular yang menyebabkan janin dapat menonjol keluar. Jika seluruh otot dinding uterus berkontraksi bersamaan dengan intensitas yang sama termasuk SBR tentu akan menyebabkan gaya dorong persalinan menurun.

Serviks akan berdilatasi penuh hingga 10 cm dan ini merupakan permulaan persalinan kala II. Setelah serviks berdilatasi penuh, gaya tambahan yang paling penting pada proses pengeluaran janin adalah gaya yang dihasilkan oleh tekanan intraabdominal oleh ibu yang meninggi. Gaya ini terbentuk oleh kontraksi otot abdomen secara bersamaan melalui upaya pernapasan paksa dengan glotis tertutup. Gaya ini disebut dengan mengejan. Dilatasi serviks yang dihasilkan dari kontraksi uterus yang bekerja pada serviks berlangsung secara normal

tetapi ekspulsi atau pengeluaran janin dapat terlaksana lebih mudah bila ibu diminta mengejan dan dapat melakukan perintah tersebut selama terjadi kontraksi uterus. Perlu ditekankan lagi bahwa gaya mengejan yang menghasilkan tekanan intraabdominal merupakan bantuan tambahan untuk proses pengeluaran janin sehingga jika gaya ini dilakukan pada kala I saat dilatasi serviks belum penuh maka hanya akan sia-sia dan menimbulkan kelelahan belaka. Pecah ketuban spontan paling sering terjadi sewaktu-waktu pada persalinan kala I fase aktif. Pecah ketuban secara khas tampak jelas sebagai semburan cairan yang normalnya jernih atau sedikit keruh hampir tidak berwarna.

Kala III persalinan melibatkan pelepasan dan ekspulsi plasenta. Pada kala III, fundus uteri terletak setinggi umbilikalis. Penyusutan uterus yang mendadak ini selalui disertai dengan pengurangan bidang implantasi plasenta. Agar plasenta dapat mengakomodasikan diri terhadap permukaan implantasi yang mengecil ini, plasenta akan memperbesar penebalannya dan terpaksa menekuk. Akibat proses ini, plasenta akan terlepas. Setelah plasenta terlepas, tekanan dinding uterus menyebabkan plasenta menggelincir turun menuju SBR bagian atas vagina dan plasenta dapat dilahirkan. Setelah kelahiran plasenta dan selaput janin, uterus akan kontraksi keras dan spontan dengan isi yang sudah kosong. Kontraksi uterus pada fase ini masuk dalam persalinan kala IV. Kontraksi uterus merupakan hal yang penting untuk dilakukannya pemantauan selama kala IV beserta tanda vital maupun tanda bahaya lainnya.¹⁷

h. Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan fisiologis ibu bersalin merupakan suatu kebutuhan dasar pada ibu bersalin yang harus dipenuhi agar proses persalinan dapat berjalan dengan lancar. Berikut adalah kebutuhan fisiologis ibu bersalin menurut Kurniarum, Ari.¹⁵

1) Kebutuhan Oksigen

Pemenuhan kebutuhan oksigen perlu diperhatikan terutama pada kala I dan II. Hal ini dilakukan agar oksigenasi janin melalui plasenta dapat berlangsung dengan baik. Suplai oksigen yang tidak adekuat dapat menghambat kemajuan persalinan dan mengganggu kesejahteraan janin. Oksigenasi yang adekuat dapat diupayakan dengan pengaturan sirkulasi udara pada ruang bersalin serta hindari ibu menggunakan pakaian yang ketat. Indikasi pemenuhan oksigen yang adekuat adalah DJJ dalam batas normal yaitu 120-160 kali/menit.

2) Kebutuhan Cairan dan Nutrisi

Makan dan minum harus dipenuhi ibu selama proses persalinan. Pastikan bahwa tiap tahap persalinan yaitu kala I-IV, ibu mendapatkan asupan makanan maupun minuman yang cukup. Dalam memberikan asuhan ini, bidan dapat dibantu oleh keluarga yang mendampingi ibu. Pada kala I, anjurkan ibu makan dan minum untuk mendukung kemajuan persalinan dan sumber tenaga ibu dalam melahirkan bayi. Pada kala II, ibu mudah mengalami dehidrasi sehingga di sela kontraksi pastikan ibu tercukupi kebutuhan minumannya. Pada kala III dan IV, beri ibu minum dan makan untuk mencegah hilangnya energi setelah mengeluarkan banyak tenaga karena proses persalinan kala I dan II.

3) Kebutuhan Eliminasi

Pemenuhan kebutuhan eliminasi ibu selama persalinan perlu difasilitasi. Anjurkan ibu berkemih di kamar mandi bila memungkinkan atau sediakan wadah penampung urin. Kateterisasi tidak dianjurkan bila ibu dapat berkemih mandiri karena akan meningkatkan risiko infeksi. Bila ibu hendak BAB pada kala I fase aktif, pastikan terlebih dahulu kemungkinan adanya tanda dan gejala kala II. Pemenuhan kebutuhan eliminasi dilakukan agar tidak menghambat proses kemajuan persalinan akibat kontraksi yang dapat terganggu.

4) Kebutuhan Hygiene

Kebersihan ibu selama proses persalinan menjadikan ibu nyaman, rileks dan mencegah infeksi. Tindakan personal hygiene yang dapat dilakukan selama proses persalinan adalah dengan membersihkan daerah genitalia (vulva, vagina, anus), memfasilitasi ibu untuk mandi jika memungkinkan dan memberikan alas atau perlak terutama pada proses kala II dan kala III yang memungkinkan banyaknya pengeluaran darah. Pada kala IV, pastikan ibu sudah bersih selama 2 jam observasi.

5) Kebutuhan Istirahat

Istirahat selama proses persalinan yang dimaksud adalah dengan memberikan kesempatan pada ibu untuk rileks tanpa adanya tekanan emosi dan fisik yang dilakukan di sela-sela his. Pada kala IV, sembari melakukan observasi biarkan ibu rileks namun motivasi ibu untuk memberikan ASI harus tetap dilakukan.

6) Kebutuhan Posisi dan Ambulasi

Posisi yang akan dibahas adalah posisi persalinan pada kala I dan II serta ambulasi pada kala I. Pada awal persalinan menunggu pembukaan lengkap, ibu dianjurkan melakukan mobilisasi/ aktivitas yang disesuaikan dengan kesanggupan ibu. Mobilisasi dilakukan untuk meningkatkan kemajuan persalinan dan mengurangi rasa jenuh dan kecemasan yang dihadapi ibu. Pada kala I, ibu dibolehkan berjalan, berdiri, duduk, berbaring miring atau merangkak. Posisi ibu miring juga merupakan salah satu cara untuk memenuhi kebutuhan oksigen ibu dan janin. Hindari posisi jongkok dan dorsal recumbent untuk mengurangi rangsangan megejan pada kala I. Selain itu, hindari posisi terlentang pada kala I dan II. Persalinan merupakan proses fisiologis sehingga pada dasarnya ibu berhak menentukan posisi selama kala I dan II. Walaupun demikian, bidan memfasilitasi ibu dengan memberikan alternatif dan arahan berbagai posisi yang dapat dilakukan ibu

sehingga mempermudah proses persalinan. Salah satu posisi yang direkomendasikan pada proses persalinan kala II adalah dorsal recumbent dengan dagu ibu menempel dada, badan ibu fleksi ke dalam dan kedua tangan menarik bagian paha yang dekat dengan lutut. Menurut Prawirohardjo (2018), posisi ini akan efisien untuk membantu proses pengeluaran janin.¹⁷

7) Pengurangan Rasa Nyeri

Nyeri persalinan dapat dirasakan berbeda oleh masing-masing ibu. Pengurangan nyeri dapat dilakukan dengan teknik self-help yang dapat dilakukan sendiri oleh ibu bersalin melalui pernapasan dan relaksasi. Teknik ini dapat disampaikan sejak kehamilan dengan mempelajari proses persalinan dilanjutkan dengan mempelajari cara menarik napas dalam sebagai proses relaksasi. Selain itu, stimulasi dapat diberikan kepada ibu berupa pijatan yang dapat dibantu dengan keluarga pula. Bidan dapat mengajak pendamping persalinan untuk memegang tangan ibu terutama saat kontraksi, menggosok punggung bawah, menyeka wajah, menggelus rambut bahkan mendekap ibu.

8) Penjahitan Perineum (bila diperlukan)

Robekan perineum dapat terjadi akibat proses persalinan pada kala II. Robekan perineum yang tidak diperbaiki akan mempengaruhi fungsi dan estetika. Oleh karena itu, penjahitan merupakan salah satu kebutuhan fisiologis yang diperlukan.

9) Proses Persalinan yang Terstandar

Pelayanan asuhan kebidanan selama persalinan terstandar merupakan hak setiap ibu. Asuhan yang bersih dan aman dibutuhkan oleh ibu dan bayi baru lahir nantinya. Asuhan persalinan terstandar menurut Prawirohardjo (2018) meliputi asuhan sayang ibu dan bayi, tindakan pencegahan infeksi, pencatatan dan pertolongan persalinan normal dengan 60 langkah Asuhan Persalinan Normal (APN). Salah satu prinsip dasar asuhan

sayang ibu dan bayi adalah dengan melibatkan suami dan keluarga selama proses persalinan. Prinsip pencegahan infeksi ditujukan untuk menyelamatkan ibu, bayi dan penolong persalinan. Catat semua asuhan yang diberikan kepada ibu dan/ atau bayinya karena ini merupakan bagian penting dari proses pembuatan keputusan klinik karena memungkinkan penolong persalinan untuk memantau kondisi ibu dan janin serta memperhatikan asuhan yang diberikan. Salah satu pencatatan yang penting dan progresif dalam persalinan adalah partograf. Pencatatan pada partograf dimulai pada kala I fase aktif yaitu pada pembukaan 4 cm. Tujuan utama penggunaan partograf untuk mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan serta mendeteksi apakah persalinan berjalan normal. Dengan demikian, dapat dilaksanakan deteksi dini setiap kemungkinan terjadinya partus lama maupaun komplikasi lain seperti adanya kemungkinan disproporsi kepala panggul (DKP).

i. Kebutuhan Psikologi

Kebutuhan psikologis ibu bersalin merupakan kebutuhan dasar ibu bersalin yang harus diperhatikan. Kondisi psikologis ibu sangat berpengaruh pada proses persalinan dan hasil akhir persalinan. Kebutuhan ini berupa dukungan emosional dari bidan sebagai pemberi asuhan dan dari pendamping persalinan baik suami atau anggota keluarga yang lain. Dukungan emosional yang dapat diberikan oleh ibu berupa dukungan yang dapat memberikan sugesti positif kepada ibu, mengalihkan perhatian dan membangun kepercayaan diri ibu bahwa ibu mampu menghadapi proses persalinan dengan baik. Ibu diberi dukungan agar tetap tenang dalam menghadapi proses persalinan.¹⁵

j. Kewenangan bidan dalam pertolongan persalinan normal/ APN

Menurut Prawirohardjo (2014) 60 langkah persalinan normal adalah sebagai berikut:¹⁷

1) Kala I

- a) Beri dukungan dan dengarkan keluhan ibu

- b) Jika ibu tampak gelisah atau kesakitan
 - (1) Biarkan ibu ganti posisi senyaman ibu, namun bila berbaring di kasur, anjurkan miring kiri
 - (2) Biarkan ia berjalan atau beraktivitas ringan sesuai kesanggupannya
 - (3) Anjurkan suami atau keluarga memijat punggung
 - (4) Ajari teknik bernapas
- c) Jaga privasi ibu
- d) Izinkan ibu mandi dan membersihkan kemaluan setelah BAK atau BAB
- e) Jaga kondisi ruangan sejuk dan nyaman
- f) Beri minum yang cukup
- g) Sarankan berkemih sesering mungkin
- h) Pasang infus untuk ibu dengan indikasi
 - (1) Kehamilan lebih dari 5
 - (2) Hemoglobin <9 gr%
 - (3) Riwayat gangguan perdarahan
 - (4) Sungsang
 - (5) Kehamilan ganda
 - (6) Hipertensi
 - (7) Persalinan lama
- i) Pantau persalinana kala I dengan partograf
- j) Persiapan rujukan bila ada komplikasi⁹
- 2) Kala II, Kala III, Kala IV
 - a) Melihat tanda gejala kala II dan menyiapkan pertolongan persalinan
 - (1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala II
 - i. Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - ii. Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya
 - iii. Perineum menonjol

iv. Vulva vagina dan sfingter anal membuka

- (2) Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 IU 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 tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam
- (6) Menghisap oksitosin 10 unit ke dalam spuit (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set.
- (7) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air DTT. 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.
- (8) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah 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% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan.

- (10) Memastikan DJJ setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-180 x/menit)
- (11) Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya. Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan. Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
- (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:
 - i. Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
 - ii. Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran
 - iii. Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang)
 - iv. Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi

- v. Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat kepada ibu
- vi. Menganjurkan asupan cairan per oral
- vii. Menilai DJJ setiap 5 menit
- viii. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60 menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran.
- ix. Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, anjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi- kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi.
- x. Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.

(14) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.

(15) Meletakkan kain yang bersih 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 file 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 kasa 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: Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi. 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 dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk menarik 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 dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi

untuk menyangga 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 diatas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, melakukan resusitasi.
- (26) Segera membungkus kepala dan badan bayi dengan handuk dan biarkan kontak kulit dengan ibu. Lakukan penyuntikan oksitosin
- (27) Penjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3cm 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 diantara dua klem tersebut.
- (29) Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang kering dan bersih, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, ambil tindakan yang sesuai.
- (30) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan mulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.
- (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 UI secara IM di gluteus arau 1/3 atas paha kanan ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
- (34) Memindahkan klem pada tali pusat.
- (35) Meletakkan 1 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 berikutnya 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 pada uterus.
- i. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan ke lain hingga berjarak sekitar 5 - 10 cm dari vulva.
 - ii. Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit:
 - (i) Mengulangi pemberian oksitosin 10 UI

- (ii) Menilai kandung kemih dan dilakukan kateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu.
 - (iii) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 - (iv) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya.
 - (v) 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 dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinil. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan DTT atau steril untuk melepaskan bagian selaput yang tertinggal.
- (39) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi atau fundus menjadi keras.
- (40) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun ke janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa plasenta dan selaput ketuban lengkap dan utuh. meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masa selama 15 detik mengambil tindakan yang sesuai.
- (41) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
- (42) Menilai ulang uterus dan memastikan berkontraksi dengan baik

- (43) Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air DTT dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering
- (44) Menempatkan klem tali pusat DTT atau steril atau mengikat tali DTT dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- (45) Mengikat satu lagi simpul mati di bagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
- (46) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%
- (47) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kain bersih atau kering.
- (48) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
- (49) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam:
- i. 2 sampai 3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan
 - ii. Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan
 - iii. Setiap 20 sampai 30 menit pada jam kedua pasca persalinan
 - iv. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
 - v. Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesi lokal dan menggunakan teknik yang sesuai.
- (50) Menganjurkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- (51) Mengevaluasi kehilangan darah.

- (52)Memeriksa tekanan darah, nadi, dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan. Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan. Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal
- (53)Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk mendekontaminasi selama 10 menit. Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi.
- (54)Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- (55)Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT. Membersihkan cairan ketuban, lendir, dan darah titik Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- (56)Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- (57)Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
- (58)Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% membalikkan bagian dalam keluar dan merendamnya dengan larutan klorin selama 10 menit
- (59)Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- (60)Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

5. Bayi Baru Lahir

a. Pengertian

BBL normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2800 gram sampai dengan 4000 gram, menangis spontan kurang dari 30 detik setelah lahir

dengan nilai APGAR antara 7-10.¹⁸ BBL merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin.¹⁹

b. Klasifikasi

Klasifikasi BBL dibedakan menjadi dua macam yaitu klasifikasi menurut berat lahir dan klasifikasi menurut masa gestasi atau umur kehamilan.²⁰

1) Menurut berat lahir

a) Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir < 2800 gram tanpa memandang masa gestasi.

b) Bayi Berat Lahir Cukup/Normal

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir > 2800 – 4000 gram.

c) Bayi Berat Lahir Lebih

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir >4000gram.

2) Menurut masa gestasi atau umur kehamilannya

a) Bayi Kurang Bulan (BKB)

Bayi dilahirkan dengan masa gestasi < 37 minggu (< 289 hari).

b) Bayi Cukup Bulan (BCB)

Bayi dilahirkan dengan masa gestasi antara 37–42 minggu (289–293 hari)

c) Bayi Lebih Bulan (BLB)

Bayi dilahirkan dengan masa gestasi > 42 minggu (294 hari)

c. Perawatan

Perawatan bayi baru lahir dilakukan pada 0-28 hari. Walaupun demikian, fokus pelayanan bayi baru lahir segera dilaksanakan saat bayi usia 0-6 jam dengan pemberian perawatan neonatal esensial. Perawatan bayi baru lahir segera dibagi menjadi 3 tahapan.²¹

1) Perawatan bayi baru lahir 0-30 detik

Fokus perawatan bayi pada masa ini adalah evaluasi kebutuhan resusitasi.

- a) Jaga kehangatan bayi dengan menerima bayi menggunakan kain kering.
- b) Lakukan penilaian awal bayi baru lahir
 - (1) Apakah kehamilan cukup bulan?
 - (2) Apakah bayi menangis?
 - (3) Apakah tonus otot/bayi bergerak aktif?
 - (4) Apakah air ketuban jernih?

Apabila ada jawaban “TIDAK”, segera lakukan resusitasi langkah awal dan lanjutkan manajemen bayi baru lahir dengan asfiksia, Jika jawaban seluruhnya “YA”, lanjutkan perawatan bayi 30 detik-90 menit.

- 2) Perawatan 30 detik-90 menit
 - a) Menjaga bayi tetap hangat
 - b) Klem dan potong tali pusat, lakukan perawatan tali pusat
 - c) IMD
 - d) Pemberian identitas
 - e) Profilaksis saliv mata tetrasiklin 1%
 - f) Injeksi vit K1 dosis 1 mg
- 3) Perawatan 90 menit-6 jam
 - a) Pemeriksaan fisik dan antropometri
 - b) Pemberian HB-0
 - c) Pemantauan tanda bahaya

d. Kewenangan Bidan

Bidan bertugas memberikan pelayanan dalam penyelenggaraan praktik kebidanan yang meliputi pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana serta pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang dan/atau pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu menurut pasal 46 ayat 1, UU Kebidanan No. 4 tahun 2019.

Dalam menyelenggarakan praktik kebidanan sesuai pasal 47 ayat 1 UU Kebidanan No. 4 tahun 2019 bidan dapat berperan sebagai pemberi pelayanan kebidanan, pengelola pelayanan kebidanan, penyuluh dan konselor, pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik, penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan, dan/atau peneliti.²² Pada pelayanan kesehatan ibu dan anak, bidan berwenang memberikan asuhan persalinan normal dan bayi baru lahir.

Pada pelayanan persalinan, bidan berwenang untuk melakukan episiotomi, pertolongan persalinan normal, penjahitan luka jalan lahir derajat I dan II, penanganan kegawatdaruratan dilanjutkan rujukan, fasilitasi bimbingan IMD, pemberian uterotonika manajemen aktif kala III dan masa postpartum, penyuluhan dan konseling serta pembuatan surat keterangan lahir. Pada bayi baru lahir, bidan berwenang memberikan perawatan neonatal esensial untuk setiap bayi. Pelayanan neonatal esensial meliputi pemenuhan hak IMD, pemotongan dan perawatan tali pusat, suntikan vit K1, pemberian imunisasi HB-0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pemantauan tanda bahaya, pemberian identitas dan merujuk kasus bila mendapati kasus yang tidak dapat ditangani. Selain itu, bidan berhak untuk memberikan penyuluhan dan konseling pada keluarga tentang perawatan bayi.

6. Nifas

a. Pengertian

Masa post partum atau nifas dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat- alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung mulai dari 6 jam post partum, 6 hari dan 6 minggu atau berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan. Selama masa nifas berlangsung ibu akan mengalami banyak perubahan yaitu perubahan uterus, perubahan sistem pencernaan, sistem perkemihan, sistem endokrin, dan perubahan tanda- tanda vital ibu.²³

Masa nifas (puerperium) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Periode post partum atau puerperium adalah masa dari kelahiran plasenta dan selaput janin (menandakan akhir periode intrapartum) hingga kembalinya reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil.²⁴

b. Periode

Menurut Heryani (2012) periode masa nifas dibagi menjadi tiga yaitu:

- 1) *Puerperium* dini yaitu suatu masa kepulihan dimana ibu diperbolehkan untuk berdiri dan berjalan.
- 2) *Puerperium intermedial* yaitu suatu masa dimana kepulihan dari organ-organ reproduksi selama kurang lebih enam minggu.
- 3) *Remote puerperium* yaitu waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat kembali dalam keadaan sempurna terutama bila ibu selama hamil atau waktu persalinan mengalami komplikasi.²⁸

c. Adaptasi Fisiologi

1) Uterus

Segera setelah lahirnya plasenta, pada uterus yang berkontraksi posisi fundus uteri berada kurang lebih pertengahan antara umbilikus dan simfisis, atau sedikit lebih tinggi. Dalam keadaan normal, uterus mencapai ukuran besar pada masa sebelum hamil sampai dengan kurang dari 4 minggu, berat uterus setelah kelahiran kurang lebih 1 kg sebagai akibat involusi. Satu minggu setelah melahirkan beratnya menjadi kurang lebih 500 gram, pada akhir minggu kedua setelah persalinan menjadi kurang lebih 300 gram, setelah itu menjadi 100 gram atau kurang.²⁶

Tabel 2. Ukuran Uterus Pasca Melahirkan

Involusi	TFU	Berat
Bayi lahir	Setinggi Pusat, 2 jari di bawah pusat	1.000 gr

1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba di atas simfisis	500 gr
6 minggu	Normal	50 gr
8 minggu	Normal	30 gr

2) *Lochea*

Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas. Berikut ini adalah beberapa jenis *lochea* yang terdapat pada wanita pada masa nifas.²⁷

- a) *Lochea rubra (cruenta)* berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, *vernix caseosa*, lanugo, dan mekonium selama 2 hari pasca persalinan. Inilah *lochea* yang akan keluar selama tiga hari *post partum*.
- b) *Lochea sanguilenta* berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pasca persalinan.
- c) *Lochea serosa* dimulai dengan versi yang lebih pucat dari *lochea rubra*. *Lochea* ini berbentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai hari ke-14 pasca persalinan. *Lochea serosa* mengandung cairan serum, jaringan desidua, leukosit, dan eritrosit.
- d) *Lochea alba* adalah *lochea* yang terakhir yang dimulai dari hari ke-14 kemudian semakin lama semakin sedikit hingga sama sekali berhenti sampai satu atau dua minggu berikutnya. Bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua.

3) Serviks

Segera setelah persalinan bentuk serviks akan menganga seperti corong berwarna merah kehitaman, setelah bayi lahir, tangan masih bisa masuk ke rongga rahim, setelah 2 jam dapat

dilalui oleh 2-3 jari dan setelah 7 hari hanya dapat dilalui 1 jari.²⁷ Perinium menjadi kendur karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju pada saat persalinan. Robekan perineum ini di bagi menjadi 4.²⁸

a) Derajat 1

Robekan derajat pertama meliputi mukosa vagina, atau hanya kulit perineum.

b) Derajat 2

Robekan derajat kedua meliputi mukosa vagina, perineum, hingga otot perineum, tapi tidak mengenai sfingter ani.

c) Derajat 3

Robekan derajat ketiga meluas mulai dari mukosa vagina, perineum, otot perineum, hingga sfingter ani.

d) Derajat 4

Robekan derajat keempat meliputi mukosa vagina, perineum, otot perineum, sfingter ani hingga mukosa rektum.

4) Rasa Sakit

Mules-mules sesudah partus akibat kontraksi uterus kadang-kadang akan sangat mengganggu selama 2-3 hari setelah melahirkan. Perasaan mules ini lebih terasa bila wanita tersebut sedang menyusui. Perasaan sakit itupun timbul bila masih terdapat sisa-sisa selaput ketuban, sisa-sisa plasenta atau gumpalan darah didalam kavum uteri.²⁷

5) Sistem Pencernaan

Obstipasi biasanya dialami oleh ibu setelah melahirkan anak. Hal ini disebabkan karena pada waktu melahirkan alat pencernaan mendapat tekanan yang menyebabkan colon menjadi kosong, pengeluaran cairan yang berlebihan pada waktu persalinan (dehidrasi), kurang makan, hemoroid, dan laserasi jalan lahir. Buang Air Besar (BAB) bisa kembali teratur dengan diberikan diit atau makanan yang mengandung serat dan pemberian cairan

yang cukup. Bila ibu masih belum bias BAB dalam 2-3 hari dapat diberikan obat laksansia atau obat pencahar.²⁹

6) Sistem Urinaria

Pada awal post partum kandung kemih mengalami oedema, kongesti dan hipotonik, hal ini disebabkan karena adanya overdistensi pada saat kala II persalinan dan pengeluaran urin yang tertahan selama proses persalinan. Urin 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. Bila wanita pasca persalinan tidak dapat berkemih dalam waktu 4 jam pasca persalinan mungkin ada masalah dan sebaiknya segera dipasang dower kateter selama 24 jam.

7) Sistem Muskuloskeletal

Ligamen, fasia, dan diafragma pelvis yang meregang pada waktu persalinan, setelah bayi lahir, secara berangsur-angsur menjadi menciut dan pulih kembali sehingga tidak jarang uterus jatuh ke belakang menjadi retrofleksi, karena ligamen rotundum menjadi kendur. Stabilisasi secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusannya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu.²⁷

8) Sistem Endokrin

a) Hormon plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 post partum dan sebagai onset pemenuhan mammae pada hari ke-3 post partum.

b) Hormone pituitary

Prolaktin darah akan meningkat dengan cepat. Pada wanita yang tidak menyusui, prolaktin menurun dalam waktu 2 minggu. FSH dan LH akan meningkat pada fase konsentrasi folikuler (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c) Hipotalamik pituitary ovarium

Lamanya seorang wanita mendapat menstruasi juga dipengaruhi oleh faktor menyusui. Seringkali menstruasi pertama ini bersifat anovulasi karena rendahnya kadar estrogen dan progesteron.

d) Kadar estrogen

Setelah persalinan, terjadi penurunan kadar estrogen yang bermakna sehingga aktivitas prolaktin yang juga sedang meningkat dapat mempengaruhi kelenjar mammae dalam menghasilkan ASI.

9) Sistem Kardiovaskuler

Setelah terjadi diuresis akibat penurunan kadar estrogen, volume darah kembali pada keadaan tidak hamil. Jumlah sel darah merah dan hemoglobin kembali normal pada hari ke-5. Meskipun kadar estrogen mengalami penurunan yang sangat besar selama masa nifas, namun kadarnya masih tetap lebih tinggi daripada normal. Plasma darah tidak begitu mengandung cairan dan dengan demikian daya koagulasi meningkat. Tonus otot polos pada dinding vena mulai membaik, volume darah mulai berkurang, viskositas darah kembali normal, dan curah jantung serta tekanan darah menurun sampai ke kadar sebelum hamil.²⁸

10) Perubahan Sistem Hematologi

Selama minggu-minggu terakhir kehamilan, kadar fibrinogen dan plasma serta faktor-faktor pembekuan darah meningkat. Pada hari pertama post partum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan

peningkatan viskositas sehingga meningkatkan faktor pembekuan darah. Leukositosis yang meningkat di mana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa post partum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi sampai 28.000 atau 30.000 tanpa adanya kondisi patologis jika wanita tersebut mengalami persalinan lama.

Jumlah hemoglobin, hematokrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa post partum sebagai akibat dari volume darah, volume plasenta, dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi wanita tersebut. Kita-kita selama kelahiran dan masa post partum terjadi kehilangan darah sekitar 200-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke 3-7 post partum akan kembali normal dalam 4-5 minggu post partum.²⁸

b. Adaptasi Psikologi

Perubahan psikologi sebenarnya sudah terjadi pada saat kehamilan. Menjelang persalinan, perasaan senang dan cemas bercampur menjadi satu. Perasaan senang timbul karena akan berubah peran menjadi seorang ibu dan segera bertemu dengan bayi yang telah lama dinanti-nantikan. Timbulnya perasaan cemas karena khawatir terhadap calon bayi yang akan dilahirkannya, apakah bayi akan dilahirkan dengan sempurna atau tidak.

Hal ini dipengaruhi oleh pola asuh dalam keluarga dimana wanita tersebut dibesarkan, lingkungan, adat istiadat setempat, suku, bangsa, pendidikan serta pengalaman yang didapat.¹⁹ Pada primipara, menjadi orang tua merupakan pengalaman tersendiri dan dapat menimbulkan stres apabila tidak ditangani dengan segera. Perubahan peran dari wanita biasa menjadi seorang ibu memerlukan adaptasi sehingga ibu

dapat melakukan peranya dengan baik. Fase-fase yang akan dialami oleh ibu pada masa nifas antara lain adalah sebagai berikut:

1) Fase Taking in

Merupakan fase ketergantungan yang berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Pada fase ini, kebutuhan istirahat, asupan nutrisi dan komunikasi yang baik harus dapat terpenuhi. Bila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, ibu dapat mengalami gangguan psikologi berupa kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya dan kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

2) Fase Taking Hold

Merupakan fase yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Ibu merasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawab dalam perawatan bayinya dan ibu sensitif dan lebih mudah tersinggung. Sebagai bidan disini harus memberikan asuhan penuh terhadap kebutuhan ibu tentang cara perawatan bayi, cara menyusui yang baik dan benar, cara perawatan bekas luka sesar, mobilisasi, senam nifas, nutrisi, istirahat, kebersihan diri dan lain-lain.

3) Fase Letting Go

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya sebagai seorang ibu. Fase ini berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai dapat menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya dan siap menjadi pelindung bagi bayinya.

c. Asuhan Masa Nifas

Asuhan masa nifas haruslah diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis bagi ibu maupun bagi bayinya. Diperkirakan

60% kematian ibu diakibatkan oleh perdarahan yang terjadi setelah persalinan dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama. Selama bidan memberikan asuhan sebaiknya bidan mengetahui apa tujuan dari pemberian asuhan pada masa nifas, adapun tujuan dari pemberian asuhan masa nifas antara lain:

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis dimana dalam asuhan pada masa nifas ini peranan keluarga sangat penting, pemberian nutrisi, dukungan psikologis maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga.
- 2) Melaksanakan *skrinning* yang komprehensif (menyeluruh) dimana bidan harus memberikan manajemen asuhan kebidanan pada ibu masa nifas secara sistematis yaitu mulai pengkajian data subjektif, objektif maupun penunjang.
- 3) Setelah bidan melaksanakan pengkajian data maka bidan harus menganalisis data tersebut sehingga tujuan asuhan masa nifas ini dapat mendeteksi masalah yang dapat terjadi pada ibu dan bayi.
- 4) Mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya. Yakni setelah masalah ditemukan maka bidan dapat langsung masuk kelangkah berikutnya sehingga tujuan diatas dapat dilakukan.³⁰

d. Kebijakan Masa Nifas/ Program Nasional³¹

Tabel 3. Kebijakan Nasional Asuhan Masa Nifas

Kunjungan	Waktu	Tujuan
I	6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena <i>atonia uteri</i>. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan; rujuk jika perdarahan berlanjut. c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena <i>atonia uteri</i>. d. Pemberian ASI awal. e. Melakukan hubungan antara ibu dengan bayi yang baru lahir.

		<p>f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah <i>hypothermi</i>.</p> <p>g. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil.</p>
II	6 hari setelah persalinan	<p>a. Memastikan <i>involusi uterus</i> berjalan normal: <i>uterus</i> berkontraksi, <i>fundus</i> di bawah <i>umbilicus</i>, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.</p> <p>b. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.</p> <p>c. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat.</p> <p>d. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.</p> <p>e. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.</p>
III	2 minggu setelah persalinan	<p>a. Asuhan pada 2 minggu <i>post partum</i> sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari <i>post partum</i>.</p>
IV	6 minggu setelah persalinan	<p>a. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang ia atau bayinya alami.</p> <p>b. Memberikan konseling KB secara dini.</p>

e. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Ibu nifas memiliki beberapa kebutuhan dasar yang harus terpenuhi selama menjalani masa nifas yaitu sebagai berikut:

1) Nutrisi dan Cairan

- a) Mengonsumsi tambahan 500 kalori setiap hari.
- b) Makan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
- c) Minum sedikitnya 3 liter setiap hari.
- d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca bersalin.
- e) Minum vitamin A (200.000 unit).

- f) Makanan yang dikonsumsi dianjurkan mengandung 50-60% karbohidrat, 28-35% lemak, 10-15% protein, vitamin dan mineral (Vit B6, Tiamin, Asam Folat, Kalsium, Seng, dan Magnesium).
- g) Cairan: Fungsi cairan sebagai pelarut zat gizi dalam proses metabolisme tubuh. Kebutuhan minimal adalah 3 liter sehari, dengan asumsi 1 liter setiap 8 jam dalam beberapa kali minum, terutama setelah selesai menyusui bayinya.³²

2) Ambulasi Dini

Sedini mungkin sangat dianjurkan bagi ibu pasca bersalin karena hal ini akan meningkatkan sirkulasi darah dan mencegah risiko *tromboplebitis*. Pelaksanaan ambulasi dilakukan secara bertahap dan disesuaikan dengan kondisi ibu, setelah persalinan selesai ibu bisa mengawali ambulasi dengan latihan menarik nafas dalam dan latihan tungkai secara sederhana, kemudian bisa dilanjutkan dengan duduk dan menggoyangkan tungkainya di tepi tempat tidur. Jika ibu tidak merasa pusing ibu bisa melanjutkan berjalan.²⁶

3) Eliminasi

Ibu pasca bersalin harus berkemih dalam 6-8 jam pertama dan minimal 200 cc. Jika ibu kesulitan untuk berkemih spontan, anjurkan ibu untuk minum banyak dan ambulasi, rendam duduk/*sitz bath*/kompres hangat atau dingin untuk mengurangi edema dan relaksasi dan ketika terjadi retensi urin atau ibu dalam perawatan yang tidak diperbolehkan untuk BAK spontan maka ibu harus dilakukan pemasangan kateterisasi dengan *Dower Cateter* (DC).³²

4) Kebersihan Diri

- a) Mencuci tangan dengan air dan sabun sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelamin.

- b) Membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air setiap kali selesai BAK atau BAB. Membersihkan dimulai dari daerah sekitar vulva dari depan ke belakang
- c) Mengganti pembalut paling tidak 2 kali dalam sehari.
- d) Menghindari menyentuh daerah luka episiotomi dan laserasi.
- e) Membersihkan area payudara karena ketika hendak menyusui bayi, harus dipastikan payudara dalam keadaan yang bersih agar tidak terjadi pertukaran kuman yang dapat menyebabkan infeksi.

5) Istirahat

Ibu post partum sangat membutuhkan istirahat yang berkualitas untuk memulihkan kembali daerah fisiknya. Kebutuhan istirahat bagi ibu menyusui minimal 8 jam sehari, yang dapat dipenuhi melalui istirahat malam dan siang. Keluarga disarankan untuk memberikan kesempatan kepada ibu untuk beristirahat yang cukup sebagai persiapan untuk energi menyusui bayinya nanti.

6) Seksual

Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan seksual begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, ibu diperbolehkan untuk melakukan hubungan seksual.

f. Ketidaknyamanan Masa Nifas

1. Puting lecet

Puting lecet merupakan salah satu gejala awal terjadinya komplikasi masa nifas seperti mastitis. Apabila keadaan puting yang lecet tidak ditangani dengan baik maka akan menyebabkan kegawatan lainnya. Menurut penelitian puting susu yang lecet biasanya disebabkan oleh beberapa hal antara lain posisi menyusui bayi yang tidak tepat dan juga teknik menyusui yang salah. Puting susu yang lecet ditandai dengan adanya luka terbuka pada puting

susu, biasanya terasa perih dan tidak nyaman saat menyusui. Salah satu cara untuk menghindari lecetnya puting susu yaitu menyusui dengan teknik yang benar dan posisi yang tepat. Namun, apabila puting susu telah lecet, maka oleskan ASI di sekitar puting yang lecet, tetap menyusui dengan puting yang lecet, dan melakukan perawatan payudara.

g. Tanda Bahaya

Tanda bahaya masa nifas adalah suatu tanda abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya atau komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas, apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu. Konseling mengenai tanda-tanda bahaya masa nifas sangat penting dan perlu, karena masih banyak ibu atau wanita yang sedang hamil atau pada masa nifas belum mengetahui tentang tanda-tanda bahaya masa nifas, baik yang diakibatkan masuknya kuman ke dalam alat kandungan seperti eksogen (kuman datang dari luar), autogen (kuman masuk dari tempat lain dalam tubuh) dan endogen (dari jalan lahir sendiri).³³

Asuhan pada masa nifas sangat diperlukan dalam periode ini karena masa nifas merupakan masa kritis untuk ibu dan bayinya. Tenaga kesehatan paling sedikit melaksanakan 4 kali kunjungan pada masa nifas. Tujuan kunjungan ini diantaranya yaitu untuk menilai status ibu dan bayinya, melaksanakan *screening* yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayi. Sehingga diharapkan dengan adanya kunjungan pada ibu nifas, komplikasi yang terjadi pada masa nifas dapat dicegah.²⁴ Berikut adalah beberapa tanda bahaya yang perlu diwaspadai pada ibu nifas, diantaranya adalah:

1) Perdarahan

Perdarahan dibagi menjadi dua yaitu perdarahan post partum primer yaitu pada 24 jam pertama akibat antonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, lacerasi jalan lahir dan involusio uteri, dan

perdarahan post partum sekunder yaitu terjadi setelah 24 jam. Penyebab perdarahan sekunder adalah sub involusio uteri, retensio sisa plasenta, infeksi postpartum. Pada trauma atau laserasi jalan lahir bisa terjadi robekan perineum, vagina serviks, forniks dan rahim. Keadaan ini dapat menimbulkan perdarahan yang banyak apabila tidak segera diatasi.³⁴

2) Infeksi

Infeksi masa postpartum (puerperalis) adalah infeksi pada genitalia setelah persalinan, ditandai dengan kenaikan suhu hingga mencapai 38°C atau lebih selama 2 hari dalam 10 hari pertama pasca persalinan dengan mengesampingkan 24 jam pertama. Infeksi postpartum mencakup semua peradangan yang disebabkan oleh masuk kuman-kuman atau bakteri ke dalam alat genitalia pada waktu persalinan dan postpartum. Infeksi postpartum dapat disebabkan oleh adanya alat yang tidak steril, luka robekan jalan lahir, perdarahan, preeklamsia, dan kebersihan daerah perineum yang kurang terjaga.³¹

7. Keluarga Berencana

a. Pengertian

Menurut Peraturan Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Nomor 24 Tahun 2017 Keluarga Berencana merupakan tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kehamilan dalam hubungan dengan suami istri dan menentukan jumlah anak dalam keluarga.³⁵ KB merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapat kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran.³⁶ Sedangkan

menurut KBBI, Keluarga berencana adalah gerakan untuk membentuk keluarga yang sehat dan sejahtera dengan membatasi kelahiran.

b. Tujuan

Tujuan dari keluarga berencana adalah untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia. KB juga diharapkan dapat menghasilkan penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga.³⁶

c. Macam-macam alat kontrasepsi³⁷

1) Metode Amenore Laktasi (MAL)

Metode amenorea laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila menyusui secara penuh (full breast feeding); lebih efektif bila pemberian ≥ 8 x sehari, belum haid dan umur bayi kurang dari 6 bulan. Efektif sampai 6 bulan, dan harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya. Cara kerjanya yaitu penundaan atau penekanan ovulasi.

2) Metode Keluarga Berencana Alamiah (KBA)

Metode kontrasepsi alamiah merupakan metode untuk mengatur kehamilan secara alamiah, tanpa menggunakan alat apapun. Metode ini dilakukan dengan menentukan periode/masa subur yang biasanya terjadi sekitar 14 hari sebelum menstruasi sebelumnya, memperhitungkan masa hidup sperma dalam vagina (48-72 jam), masa hidup ovum (12-24 jam), dan menghindari senggama selama kurang lebih 7-18 hari termasuk masa subur dari setiap siklus.

a) Metode Kalender (Ogino-Knaus)/ Pantang Berkala

Pantang berkala atau lebih dikenal dengan system kalender merupakan salah satu cara/metode kontrasepsi sederhana yang dapat dikerjakan sendiri oleh pasangan suami isteri dengan tidak melakukan senggama pada masa subur. Metode ini lebih efektif bila dilakukan secara baik dan benar. Dengan penggunaan system kalender setiap pasangan dimungkinkan dapat merencanakan setiap kehamilannya.

Metode kalender memerlukan ketekunan ibu untuk mencatat waktu menstruasinya selama 6-12 bulan agar waktu ovulasi dapat ditentukan. Perhitungan masa subur didasarkan pada ovulasi (umumnya terjadi pada hari ke 14+2 hari sebelum menstruasi berikutnya), masa hidup ovum (24 jam), dan masa hidup spermatozoa (2-3 hari). Angka kegagalan metode ini sebesar 14,4-47 kehamilan pada setiap wanita 100 wanita per tahun.

b) Metode Suhu Badan Basal

Metode kontrasepsi ini dilakukan berdasarkan pada perubahan suhu tubuh. Pengukuran dilakukan dengan pengukuran suhu basal (pengukuran suhu yang dilakukan ketika bangun tidur sebelum beranjak dari tempat tidur). Tujuan pengukuran ini adalah mengetahui masa ovulasi. Waktu pengukuran harus dilakukan pada saat yang sama setiap pagi dan setelah tidur nyenyak $\pm 3-5$ jam serta dalam keadaan istirahat. Pengukuran dapat dilakukan per oral (3 menit), per rectal (1 menit) dan per vagina. Suhu tubuh basal dapat meningkat sebesar 0,2-0,50C ketika ovulasi. Peningkatan suhu basal dimulai 1-2 hari setelah ovulasi disebabkan peningkatan hormon progesteron. Metode ini memiliki angka kegagalan sebesar 0,3-6,6 per 100 wanita pertahun. Kerugian utama metode suhu basal ini adalah

abstinensia (menahan diri tidak melakukan senggama) sudah harus dilakukan pada masa praovulasi.

c) Metode Lendir Serviks

Metode kontrasepsi ini dilakukan berdasarkan perubahan siklus lendir serviks yang terjadi karena perubahan kadar estrogen. Pada setiap siklus menstruasi, sel serviks memproduksi 2 macam lendir serviks, yaitu lendir estrogenik (tipe E) lendir jenis ini diproduksi pada fase akhir sebelum ovulasi dan fase ovulasi. Sifat lendir ini banyak, tipis, seperti air (jernih) dan viskositas rendah, elastisitas besar, bila dikeringkan akan membentuk gambaran seperti daun pakis (fernlike patterns, ferning, arborization) sedangkan gestagenik (tipe G) lendir jenis ini diproduksi pada fase awal sebelum ovulasi dan setelah ovulasi. Sifat lendir ini kental, viskositas tinggi dan keruh. Angka kegagalan 0,4-39,7 kehamilan pada 100 wanita per tahun. Kegagalan ini disebabkan pengeluaran lendir yang mulainya terlambat, lendir tidak dirasakan oleh ibu dan kesalahan saat menilai lendir.

d) Senggama terputus

Senggama Terputus (coitus interruptus), ialah penarikan penis dari vagina sebelum terjadinya ejakulasi. Hal ini berdasarkan kenyataan, bahwa akan terjadinya ejakulasi disadari sebelumnya oleh sebagian besar laki-laki, dan setelah itu masih ada waktu kira-kira “detik” sebelum ejakulasi terjadi. Waktu yang singkat ini dapat digunakan untuk menarik penis keluar dari vagina. Keuntungan, carai ini tidak membutuhkan biaya, alat-alat ataupun persiapan, tetapi kekurangannya adalah untuk menyukkseskan cara ini dibutuhkan pengendalian diri yang besar dari pihak laki-laki.

3) Metode Kontrasepsi Sederhana

a) Kondom

Kondom terbuat dari karet sintetis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila di gulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Kondom ini tidak hanya mencegah kehamilan, tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV/AIDS. Pada umumnya standar ketebalan adalah 0,02 mm. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan pertahun.

b) Kontrasepsi Barrier Intra Vagina

(1) Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutupi serviks. Cara kerja diafragma adalah menahan sperma agar tidak mendapat akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopii) dan sebagai alat tempat spermisida.

(2) Kondom Wanita

Kondom wanita sebenarnya merupakan kombinasi antara diafragma dan kondom. Alasan utama dibuatnya kondom wanita karena kondom pria dan diafragma biasa tidak dapat menutupi daerah perineum sehingga masih ada kemungkinan penyebaran mikroorganisme penyebab IMS.

(3) Spermisida

Spermisida adalah suatu zat atau bahan kimia yang dapat mematikan dan menghentikan gerak atau melumpuhkan spermatozoa di dalam vagina, sehingga tidak dapat membuahi sel telur. Spermisida dapat

berbentuk tablet vagina, krim dan jelly, aerosol (busa/foam), atau tisu KB. Cukup efektif apabila dipakai dengan kontrasepsi lain seperti kondom dan diafragma. Angka kegagalan 11-31%.

4) Kontrasepsi Hormonal

a) Pil KB

(1) Pil Kombinasi

Pil kombinasi ini dapat diminum setiap hari, efektif dan reversibel, pada bulan-bulan pertama efek samping berupa mual dan perdarahan bercak yang tidak berbahaya dan segera akan hilang, efek samping serius jarang terjadi, dapat dipakai semua ibu usia reproduksi, baik yang sudah mempunyai anak maupun belum, dapat dimulai diminum setiap saat bila yakin sedang tidak hamil, tidak dianjurkan pada ibu yang menyusui dan dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat. Pil kombinasi dibagi menjadi 3 jenis, yaitu pil monofasik yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, sedangkan pil bifasik yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron (E/P) dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, dan pil trifasik, yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron (E/P) dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

(2) Pil Progestin (Mini Pil)

Kontrasepsi minipil ini cocok untuk perempuan menyusui yang ingin memakai pil KB, sangat efektif pada masa laktasi, dosis rendah, tidak menurunkan

produksi ASI, tidak memberikan efek samping estrogen, efek samping utama adalah gangguan perdarahan; perdarahan bercak, atau perdarahan tidak teratur, dan dapat dipakai kontrasepsi darurat. Kontrasepsi mini pil dibagi menjadi 2 jenis, yaitu kemasan dengan isi 35 pil 300 µg levonorgestrel atau 350 µg noretindron, dan kemasan dengan isi 28 pil 75µg desogesterel. Kontrasepsi mini pil sangat efektif (98,5%), pada pengguna mini pil jangan sampai ada tablet yang terlupa, tablet digunakan pada jam yang sama (malam hari), dan senggama sebaiknya dilakukan 3-20 jam setelah penggunaan mini pil.

b) Suntik

Suntik KB ada dua jenis yaitu, suntik KB 1 bulan (*cyclofem*) dan suntik KB 3 bulan (DMPA) Efek sampingnya terjadi gangguan haid, depresi, keputihan, jerawat, perubahan berat badan, pemakaian jangka panjang bisa terjadi penurunan libido, dan densitas tulang. Cara kerjanya mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi dan menghambat transportasi gamet oleh tuba. Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektifitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah di tentukan.

c) Implan

Implan adalah alat kontrasepsi yang disusupkan di bawah kulit, biasanya di lengan atas. Cara kerjanya sama dengan pil, implan mengandung levonogestrel. Keuntungan dari metode implan ini antara lain tahan sampai 5 tahun,

kesuburan akan kembali segera setelah pengangkatan. Efektifitasnya sangat tinggi, angka kegagalannya 1-3%.³⁸

5) Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)

AKDR adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim yang bentuknya bermacam-macam, terdiri dari plastik (polyethylene). Ada yang dililit tembaga (Cu), ada pula yang tidak, ada pula yang dililit tembaga bercampur perak (Ag). Selain itu ada pula yang dibatangnya berisi hormon progesteron. Efektifitasnya tinggi, angka kegagalannya 1%.

Cara kerja kontrasepsi IUD adalah menghambat kemampuan sperma untuk masuk ketuba falopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri. AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk kedalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi. memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

Adapun kontraindikasi pengguna IUD diantaranya yaitu hamil atau diduga hamil, infeksi leher rahim atau rongga panggul, termasuk penderita penyakit kelamin, pernah menderita radang rongga panggul, penderita perdarahan pervaginam yang abnormal, riwayat kehamilan ektopik, penderita kanker alat kelamin. Kontraindikasi yang lain yaitu alergi terhadap tembaga (hanya untuk alat yang mengandung tembaga), dan ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm.

Sebagai kontrasepsi, efektifitasnya tinggi. Sangat efektif mencapai 0,6 - 0,8 kehamilan / 100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125 – 170 kehamilan). AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan. metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT – 380A dan tidak perlu diganti). Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat –ingat, tidak mempengaruhi hubungan seksual meningkatkan kenyamanan

seksual karena tidak perlu takut untuk hamil. Selain itu ada beberapa keuntungan kontrasepsi IUD :

- a) Efektif dengan proteksi jangka panjang.
- b) Tidak mengganggu hubungan suami istri.
- c) Tidak berpengaruh terhadap produksi ASI.
- d) Kesuburan segera kembali sesudah IUD dilepas.
- e) Mengurangi nyeri haid.
- f) Dapat dipasang langsung saat ostium masih terbuka setelah plasenta lahir sehingga mengurangi rasa sakit
- g) Dapat membantu mencegah kehamilan diluar kandungan
- h) Dilakukan satu kali pemasangan dan ekonomis dalam jangka waktu maksimal 8-10 tahun
- i) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan lain
- j) Tidak menimbulkan ada efek sistemik dan efek samping hormonal

6) Kontrasepsi Mantab

a) Tubektomi

Tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini. Tubektomi termasuk metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang, Jarang sekali tidak ditemukan efek samping, baik jangka pendek maupun jangka panjang.

b) Vasektomi

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini.

e. Kewenangan Bidan

Seorang bidan dalam menyelenggarakan praktik kebidanan, memiliki wewenang untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu anak. Di sisi lain bidan juga berwenang untuk melakukan pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana. Dalam pasal 21 Permenkes Nomor 28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan sebagaimana yang dimaksud dalam pasal 18 huruf c, bidan berwenang memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana, serta dapat juga memberikan pelayanan kontrasepsi oral atau pil, kondom, dan suntikan.³⁹