

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

a. Tanggal 12 Januari 2024

Asuhan kebidanan kehamilan pada Ny.CR yang pertama dilakukan pada tanggal 12 Januari 2024 di PMB Emi Narimawati. Ny. CR berusia 36 tahun, Pendidikan terakhir D3, bekerja sebagai ibu rumah tangga. Suami bernama Tn. SP bekerja sebagai karyawan swasta. Ny. CR tinggal bersama suami di Jati RT 04 Wonokromo, Pleret, Bantul.

Riwayat pernikahan ini merupakan pernikahan pertama dan telah berlangsung selama 14 tahun. Riwayat menstruasi, Ny. CR menarche usia 13 tahun, lama haid 3-4 hari, siklus haid 28-30 hari, teratur, tidak ada keputihan, tidak nyeri haid, ganti pembalut 3-4 kali dalam sehari. HPHT 18 April 2023, HPL 25 Januari 2024. Riwayat obstetri, ini merupakan kehamilan kelima. Ibu melahirkan secara normal sebanyak 3 kali serta pernah keguguran 1x dan dikuret pada tahun 2021. Ibu pernah menjadi akseptor KB IUD pasca melahirkan anak pertama. Keluhan yang dirasakan saat ini ibu sudah mulai merasa perut kenceng-kenceng.

Riwayat pemeriksaan kehamilan, ibu memeriksakan kehamilan pada trimester satu sebanyak 2 kali, trimester dua sebanyak 4 kali, trimester tiga sebanyak 3 kali. Ny. CR telah melakukan ANC Terpadu di Klinik Pratama pada usia kehamilan 10 minggu dengan hasil pemeriksaan Laboratorium golongan darah AB, hemoglobin 11,8 gr/dL, HIV, Sifilis dan Hepatitis B Non Reaktif. Hasil USG terdapat kantong kehamilan dan sesuai usia kehamilan. Ibu melakukan pemeriksaan di Rumah Sakit Siloam sebanyak 2x, rujukan dari Klinik Pratama atas indikasi hipertensi pada Trimester III kehamilan. Hasil pemeriksaan di Rumah Sakit, tekanan darah ibu normal, ibu tidak mendapatkan terapi

terkait hipertensi dan ibu diperbolehkan untuk memeriksakan kehamilan dan melahirkan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

Berdasarkan data obyektif, keadaan umum baik, kesadaran Composmentis, Tinggi badan ibu 160 cm, BB sebelum hamil 63 kg, berat badan saat ini 75 kg, Lila 27 cm, TD 142/85 mmHg, nadi 80 x/m, suhu 36,4⁰C, SpO2 98%, pada palpasi leopard I teraba bagian lunak, tidak melenting, TFU 32 cm, leopard II teraba bagian datar memanjang di sebelah kiri perut ibu, Leopard III teraba bagian bulat dan tidak dapat digoyangkan, Leopard IV bagian terbawah janin sudah masuk PAP. DJJ 151 x/m dan TBJ 3.255 gram, ekstremitas kaki oedema. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan meliputi pemeriksaan protein urine negatif.

Berdasarkan pengkajian, maka diagnosa ibu Ny. CR usia 36 tahun G5P3A1AH3 UK 38 minggu dengan kehamilan resiko tinggi. Penatalaksanaan yang diberikan antara lain kolaborasi dengan dokter dalam pemeriksaan lanjutan (USG), memberikan KIE tentang tanda-tanda persalinan, persiapan persalinan, tanda bahaya kehamilan, menganjurkan ibu untuk melanjutkan konsumsi vitamin yang telah diperoleh serta kontrol ulang 1 minggu lagi atau sewaktu-waktu bila ada keluhan.

b. Tanggal 18 Januari 2024

Ibu melakukan kunjungan ulang dengan keluhan keluar lendir bercampur darah dari jalan lahir, perut tidak terasa kenceng-kenceng. Pengkajian obyektif keadaan umum baik, kesadaran composmentis, BB 75 kg, TD 137/78 mmHg, Nadi 88 x/m, suhu 36,3⁰C, SpO2 98%, palpasi leopard I teraba bulat, lunak dan tidak melenting, TFU 31 cm, Leopard II teraba bagian datar, memanjang di sebelah kiri perut ibu, Leopard III teraba bulat, keras dan tidak bisa digoyangkan, Leopard IV bagian terendah janin sudah masuk PAP. DJJ 140 x/m dan TBJ 3100 gram. Pemeriksaan dalam belum ada pembukaan.

Berdasarkan pengkajian diagnosa ibu Ny.CR usia 36 tahun G5P3A1AH3 UK 39 minggu dengan kehamilan resiko tinggi. Adapun

penatalaksanaan yang diberikan antara lain memberitahukan hasil pemeriksaan pada ibu, memberikan KIE pada ibu cara memantau gerakan janin serta KIE tanda-tanda persalinan.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan

Ny. CR datang ke PMB Emi Narimawati pada tanggal 21 Januari 2024 jam 05.30 WIB dengan keluhan perut kenceng-kenceng sejak kemarin. Pada pemeriksaan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, berat badan 75 kg, TD 124/78 mmHg, nadi 84 x/m, suhu 36,3⁰C, SpO2 98%, palpasi leopold I teraba lunak, melenting, TFU 31 cm, Leopold II teraba bagian datar memanjang di sebelah kiri perut ibu, Leopold III teraba bulat, keras, tidak dapat digoyangkan, Leopold IV divergen, kepala sudah masuk PAP. DJJ 1130 x/m, TBJ 3100 gram, kontraksi 2x/10'/20". Pemeriksaan dalam pembukaan 1 cm, porsio tebal lunak, ketuban utuh. Diagnosa pada ibu Ny. CR usia 36 tahun G5P3A1AH3 UK 39⁺³ minggu janin tunggal, hidup, intrauterine presentasi kepala dalam persalinan kala I Fase Laten. Penatalaksanaan yang diberikan meliputi memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan, memberikan KIE Teknik relaksasi, Menganjurkan ibu untuk berjalan jalan atau duduk di atas *gymball*, menganjurkan ibu untuk tetap makan dan minum serta melanjutkan observasi kemajuan persalinan. Observasi his, nadi, DJJ dilakukan setiap 1 jam, sedangkan observasi kemajuan persalinan meliputi pembukaan dan tekanan darah setiap 4 jam. Hasil observasi dicatat pada lembar observasi.

Pada jam 15.30 ibu mengatakan kenceng-kenceng semakin sering dan ibu merasa ingin BAB. Hasil pemeriksaan pembukaan lengkap dan ketuban belum pecah. Bida menjelaskan hasil pemeriksaan dan melakukan amniotomi. Pertolongan persalinan dilakukan sesuai Asuhan Persalinan Normal (APN). Ibu dipimpin meneran saat ada his. Setelah 23 menit proses meneran, bayi lahir spontan pada pukul 15.53 WIB, jenis kelamin laki-laki, terdapat lilitan tali pusat, bayi tidak segera menangis, dilakukan Langkah awal resusitasi, bayi menangis kuat. Setelah bayi lahir, melakukan manajemen aktif kala III, menyuntikkan oksitosin, menjepit dan memotong

tali pusat, kemudian IMD setelah itu melakukan penneanganan tali pusat terkendali. Plasenta lahir spontan lengkap pada jam 15.58 WIB. Terdapat laserasi perineum derajat 2. Penjahitan dilakukan dengan jumlah 3 jahitan bagian dalam dan 2 jahitan bagian luar. Observasi kala IV dilakukan selama 2 jam yaitu setiap 15 menit pada 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada jam kedua dimana hasil observasi diisi pada lembar partograf.

3. Asuhan Bayi Baru Lahir

Bayi lahir spontan, cukup bulan, saat lahir tidak segera menangis, dilakukan langkah awal resusitasi dan berhasil, bayi menangis kuat, tonus otot baik dan wara kulit kemerahan. Bidan melakukan IMD. Setelah 1 jam IMD, dilakukan pemeriksaan antropometri dan pemeriksaan fisik dengan hasil berat badan 3400 gram, Panjang Badan 48 cm, Lingkar Kepala 34 cm, Lingkar Dada 34 cm, LILA 11 cm, jenis kelamin Laki-laki, diberikan injeksi Vit K di paha kiri, salep mata gentamicyn pada kedua mata bayi dan injeksi HB0 dengan jarak 1 jam setelah pemberian Vit K. Bayi sudah BAB saat IMD.

4. Asuhan Kebidanan Nifas

Pada asuhan masa nifas ibu mengatakan saat setelah lahir pengeluaran darah berwarna merah, tidak banyak dan mengeluh mulas. ASI ibu belum keluar. Kunjungan nifas pada hari ke lima ibu mengatakan pusing akibat kurang tidur dan masih mengeluh mulas serta perih pada daerah luka bekas jahitan pada jalan lahir. Pemeriksaan obyektif KU baik, TD 139/85 mmHg, ASI keluar lancar, putting susu sedikit mendatar, TFU $\frac{1}{2}$ symphysis-pusat, kontraksi baik, warna darah yang dikeluarkan ibu berubah menjadi merah kecoklatan, luka perineum masih tampak sedikit basah. Pada hari ke-16 ibu mengatakan warna darah sudah berubah menjadi kuning keputihan. Ibu juga mengatakan ASI yang dikeluarkan semakin banyak sehingga ibu harus memompa payudara sesaat terasa sudah mulai keras.

5. Asuhan Kebidanan Neonatal

Pada kunjungan bayi hari ke 5, ibu mengatakan bayi rewel setiap malam. Bayi tampak rewel saat menyusui serta tampak kuning, tali pusat kering,

belum lepas. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu membantu ibu mengatur posisi dan perlekatan bayi saat menyusui, KIE memberikan ASI lebih sering, KIE tanda bahaya pada bayi baru lahir. Pada tanggal 26 Januari 2024 jam 18.00 WIB, ibu membawa bayi ke PMB karena bayi demam. Pemeriksaan suhu $38,4^{\circ}\text{C}$, berat badan bayi 3 kg, bayi tampak kuning (wajah sampai paha) serta rewel terus menerus. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu merujuk bayi ke RS untuk mendapatkan penanganan lanjutan. Bayi di rawat di RS Jogja selama 1 minggu dan mendapatkan antibiotic serta terapi sinar. Pada kunjungan hari ke 16, KU bayi baik, berat badan 3,5 kg, tidak tampak kuning dan menyusui kuat.

6. Asuhan Keluarga Berencana

Pada asuhan keluarga berencana ibu diberikan edukasi mengenai pemilihan KB. Ibu mengatakan sudah tidak ingin memiliki anak lagi dan berencana steril. Akan tetapi mengingat saat ini ibu masih fokus dengan perawatan bayi serta kondisi keluarganya, ibu telah berkonsultasi dengan bidan dan berniat memasang IUD setelah masa nifas selesai. Ibu melakukan pemasangan IUD di PMB Emi Narimawati pada tanggal 29 Februari 2024.

B Kajian Teori

1. Konsep Dasar Teori Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Proses kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.⁴ Masa kehamilan merupakan masa yang dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan ini dibagi atas 3 trimester yaitu; kehamilan trimester pertama mulai 0-14 minggu, kehamilan trimester kedua mulai mulai 14-28 minggu, dan kehamilan trimester ketiga mulai 28-42 minggu.⁵

b. Perubahan Fisiologis Kehamilan Trimester III

Perubahan yang terdapat pada ibu hamil trimester III sebagai berikut:

1) Uterus

Pada usia gestasi 30 minggu, fundus uteri dapat di palpasi di bagian tengah antara umbilicus dan startum. Pada usia kehamilan 38 minggu, uterus sejajar dengan tratum. Tuba uteri tampak agak terdorong ke dalam di atas bagian tengah uterus. Frekuensi dan kekuatan kontraksi otot segmen atas rahim semakin meningkat.

2) Serviks Uteri

Serviks akan mengalami pelunakan atau pematangan secara bertahap akibat bertambahnya aktivitas uterus selama kehamilan, dan akan mengalami dilatasi sampai pada kehamilan trimester III.

3) Vagina dan vulva

Pada kehamilan trimester III kadang peningkatan rabas vagina. Peningkatan cairan vagina selama kehamilan adalah normal. Cairan biasanya jernih. Pada awal kehamilan, cairan ini biasanya agak kental, sedangkan pada mendekati persalinan cairan tersebut lebih cair.

4) Payudara

Pada hamil trimester III, terkadang rembesan cairan berwarna kekuningan dari payudara ibu disebut dengan kolostrum. Hal ini tidak berbahaya dan merupakan pertanda bahwa payudara sedang menyiapkan untuk menyusui bayinya nanti.

5) Kulit

Perubahan warna kulit menjafi gelap terjadi pada 90% ibu hamil. Hiperpigmentasi terlihat lebih nyata pada wanita berkulit gelap dan terlihat area sekiat areola, perineum, dan umbilikus juga area yang cenderung mengalami gesekan seperti aksila dan pada bagian dalam

6) Sistem Kardiovaskuler

Posisi terlentang dapat menurunkan curah jantung hingga 25%. Kompresi vena cava inferior oleh uterus yang membesar selama

trimester ketiga mengakibatkan menurunnya aliran balik vena. Sirkulasi uteroplasma menerima proporsi curah jantung yang terbesar, dengan aliran darah meningkat dari 1-2% pada trimester pertama hingga 17% pada kehamilan cukup bulan

c. Pelayanan Kesehatan Masa Hamil

Pelayanan Kesehatan Masa Hamil yang kemudian disebut pelayanan antenatal (ANC) terpadu adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga sebelum mulainya proses persalinan yang komprehensif dan berkualitas. Pelayanan ini bertujuan untuk memenuhi hak setiap ibu hamil untuk memperoleh pelayanan antenatal yang komprehensif dan berkualitas sehingga ibu hamil dapat menjalani kehamilan dan persalinan dengan pengalaman yang bersifat positif serta melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas. Pengalaman yang bersifat positif adalah pengalaman yang menyenangkan dan memberikan nilai tambah yang bermanfaat bagi ibu hamil dalam menjalankan perannya sebagai perempuan, istri dan ibu.

Indikator yang digunakan untuk menggambarkan akses ibu hamil terhadap pelayanan masa hamil adalah cakupan K1 (kunjungan pertama). Sedangkan indikator untuk menggambarkan kualitas layanan adalah cakupan K4-K6 (kunjungan ke-4 sampai ke-6) dan kunjungan selanjutnya apabila diperlukan.

1) Kunjungan pertama (K1)

K1 adalah kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar. Kontak pertama harus dilakukan sedini mungkin pada trimester pertama, sebaiknya sebelum minggu ke-8.

2) Kunjungan ke-4 (K4)

K4 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan antenatal

terpadu dan komprehensif sesuai standar selama kehamilannya minimal 4 kali dengan distribusi waktu: 1 kali pada trimester ke-1 (0-12 minggu), 1 kali pada trimester ke-2 (>12 minggu-24 minggu) dan 2 kali pada trimester ke-3 (>24 minggu sampai kelahirannya).

3) Kunjungan ke-6 (K6)

K6 adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu dan komprehensif sesuai standar, selama kehamilannya minimal 6 kali dengan distribusi waktu: 1 kali pada trimester ke-1 (0-12 minggu), 2 kali pada trimester ke-2 (>12 minggu-24 minggu), dan 3 kali pada trimester ke-3 (>24 minggu sampai kelahirannya). Kunjungan antenatal bisa lebih dari 6 (enam) kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit atau gangguan kehamilan. Ibu hamil harus kontak dengan dokter minimal 2 kali, 1 kali di trimester 1 dan 1 kali di trimester 3.

Pelayanan ANC oleh dokter pada trimester 1 (satu) dengan usia kehamilan kurang dari 12 minggu atau dari kontak pertama, dokter melakukan skrining kemungkinan adanya faktor risiko kehamilan atau penyakit penyerta pada ibu hamil termasuk didalamnya pemeriksaan *ultrasonografi* (USG). Pelayanan ANC oleh dokter pada trimester 3 (tiga) dilakukan perencanaan persalinan, termasuk pemeriksaan *ultrasonografi* (USG) dan rujukan terencana bila diperlukan.

Standar pelayanan antenatal meliputi 10T, yaitu:

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- 2) Ukur tekanan darah
- 3) Nilai status gizi (ukur lingkaran lengan atas/LILA)
- 4) Ukur tinggi puncak rahim (fundus uteri)
- 5) Tentukan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)
- 6) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus difteri (Td) bila diperlukan

- 7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama masa kehamilan
- 8) Tes laboratorium: tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, golongan darah, tes triple eliminasi (HIV, Sifilis dan Hepatitis B,) malaria pada daerah endemis. Tes lainnya dapat dilakukan sesuai indikasi seperti: glukosa-protein urin, gula darah sewaktu, sputum Basil Tahan Asam (BTA), kusta, malaria daerah non endemis, pemeriksaan feses untuk kecacingan, pemeriksaan darah lengkap untuk deteksi dini talasemia dan pemeriksaan lainnya.
- 9) Tata laksana/penanganan kasus sesuai kewenangan.
- 10) Temu wicara (konseling) dan penilaian kesehatan jiwa. Informasi yang disampaikan saat konseling minimal meliputi hasil pemeriksaan, perawatan sesuai usia kehamilan dan usia ibu, gizi ibu hamil, kesiapan mental, mengenali tanda bahaya kehamilan, persalinan, dan nifas, persiapan persalinan, kontrasepsi pascapersalinan, perawatan bayi baru lahir, inisiasi menyusui dini, ASI eksklusif.⁶

2. Konsep dasar Teori Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun ke dalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi lahir spontan dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik ibu dan janin. Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lahir lain dengan bantuan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).⁷

Pada kesimpulan di atas dapat di kemukakan bahwa persalinan normal adalah proses pengeluaran janin secara spontan dengan presentasi belakang kepala, di susul dengan pengeluaran plasenta dan selaput ketuban dari tubuh ibu, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.⁸

b. Penyebab Terjadinya Persalinan

Sebab-sebab yang menimbulkan persalinan adalah⁹:

1) Teori Penurunan Hormon

Pada saat 1- 2 minggu sebelum bersalin, mulai terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Progesteron bekerja sebagai penenang otot-otot polos rahim sehingga dapat terjadi kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan his jika progesteron turun.

2) Teori plasenta menjadi tua

Penuaan plasenta akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga terjadinya kekejangan pembuluh darah. Hal tersebut akan menimbulkan kontraksi rahim.

3) Teori iritasi mekaik

Dibelakang serviks, terletak ganglion servikale (pleksus frankenhauser). Apabila ganglion tersebut digeser dan ditekan, misalnya oleh kepala janin, akan timbul kontraksi uterus.

4) Teori distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi uteroplasenta

5) Induksi partus (*induction of labor*)

Partus dapat pula ditimbulkan dengan: gagang laminaria yang dimasukkan kanalis serviks dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser, amniotomi/pemecahan ketuban, dan pemberian oksitosin.

c. Jenis-Jenis Persalinan

Persalinan pada umumnya merupakan proses yang fisiologis yang terjadi pada akhir kehamilan. Proses persalinan biasanya diawali dengan kontraksi uterus yang adekuat yang diikuti dengan adanya pembukaan serviks, kemudian dilanjutkan dengan pengeluaran hasil konsepsi, dan diakhiri dengan 2 jam postpartum. Berikut adalah jenis persalinan¹⁰:

1) Persalinan Pervaginam

Persalinan pervaginam disebut juga persalinan spontan. Persalinan spontan adalah proses pengeluaran janin secara spontan melalui pervaginam dengan presentasi belakang kepala tanpa komplikasi baik pada ibu maupun janin. Persalinan normal dimulai dengan kala satu persalinan yang didefinisikan sebagai pemulaan kontraksi secara adekuat yang ditandai dengan perubahan serviks yang progresif dan diakhiri dengan pembukaan lengkap (10 cm).

2) Persalinan Bedah Sesar

Persalinan bedah sesar termasuk dalam persalinan buatan. Persalinan bedah sesar dikenal dengan istilah *sectio sesarea (SC)* yaitu pengeluaran janin melalui insisi yang dibuat pada dinding abdomen dan uterus. Tindakan ini dipertimbangkan sebagai pembedahan abdomen mayor.

d. Tanda Gejala Persalinan

Tanda-tanda permulaan persalinan adalah *Lightening* atau *settling* atau *dropping* yang merupakan kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun. Perasaan sering-sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin. Perasaan sakit diperut dan dipinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah diuterus (*fase labor pains*). Servik menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah bisa bercampur darah (*bloody show*).¹¹

Tanda-Tanda Inpartu:

- 1) Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
- 2) Keluar lendir dan bercampur darah yang lebih banyak, robekan kecil pada bagian servik.
- 3) Kadang-kadang ketuban pecah
- 4) Pada pemeriksaan daam, servik mendatar.

e. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Keberhasilan proses persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor ibu (*power, passage*, psikologis), faktor janin, plasenta dan air ketuban (*passenger*), dan faktor penolong persalinan. Hal ini sangat penting, mengingat beberapa kasus kematian ibu dan bayi yang disebabkan oleh tidak terdeteksinya secara dini adanya salah satu dari faktor-faktor tersebut¹²:

1) *Power* (Tenaga/Kekuatan)

a) His (Kontraksi Uterus)

Merupakan kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominial, terkordinasi dan relaksasi. Kontraksi ini bersifat involunter karena berada dibawah saraf *intrinsic*.¹³

b) Tenaga Mengedan

Setelah pembukaan lengkap dan ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebageian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksinya berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mengedan atau usaha volunteer. Keinginan mengedan ini di sebabkan karena, kontraksi otot-otot dinding perut yang mengakibatkan peninggian tekanan intra abdominal dan tekanan ini menekan uterus pada semua sisi dan menambah kekuatan untuk mendorong keluar, tenaga ini serupa dengan tenaga mengedan sewaktu buang air besar (BAB) tapi jauh lebih kuat, saat kepala sampai kedasar panggul timbul reflex yang mengakibatkan ibu menutup glotisnya, mengkontraksikan otototot perut dan menekan diafragmanya kebawah, tenaga mengejan ini hanya dapat berhasil bila pembukaan sudah lengkap dan paling efektif sewaktu ada his dan tanpa tenaga mengedan bayi tidak akan lahir.¹³

2) *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks, dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.

3) *Passanger* (Janin, Plasenta dan Air Ketuban)

a) Janin

Janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin.

b) Plasenta

c) Air Ketuban

4) *Physician* (penolong)

Peran dari penolong persalinan dalam hal ini adalah bidan, yang mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin. Tidak hanya aspek tindakan yang di berikan, tetapi aspek konseling dan memberikan informasi yang jelas dibutuhkan oleh ibu bersalin untuk mengurangi tingkat kecemasan ibu dan keluarga.

5) Faktor Psikis (psikologi)

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas, “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anak.

a) Psikologi meliputi: Kondisi psikologis ibu sendiri, emosi dan persiapan intelektual, pengalaman melahirkan bayi sebelumnya, kebiasaan adat, dan dukungan dari orang terdekat pada kehidupan ibu.

b) Sikap negatif teradap persalinan dipengaruhi oleh: Persalinan semacam ancaman terhadap keamanan, persalinan semacam ancaman pada self-image, medikasi persalinan, dan nyeri persalinan dan kelahiran.

f. Proses Persalinan Normal

1) Kala I (Pembukaan)

Persalinan kala I meliputi fase pembukaan satu sampai sepuluh cm, yang di tandai dengan penipisan dan pembukaan serviks, kontraksi uterus yang mengakibatkan perubahan serviks (frekuensi minimal dua kali dalam sepuluh menit), cairan lendir pecahnya pembuluh darah kapiler serta kanalis servikalis karena pergeseran serviks mendatar dan terbuka. Kala pembukaan dibagi atas dua fase^{7,14}:

- a) Fase laten: pembukaan serviks yang berlangsung lambat sampai pembukaan tiga cm, lamanya tujuh sampai delapan jam.
- b) Fase Aktif: berlangsung selama enam jam dan dibagi atas tiga subfase:
 - (1) Periode akselerasi: berlangsung dua jam, pembukaan menjadi empat cm.
 - (2) Periode dilatasi maksimal (*steady*): selama dua jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi sembilan cm.
 - (3) Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam waktu dua jam pembukaan menjadi sepuluh cm (lengkap).

Perbedaan pembukaan serviks pada primigravida dengan multigravida adalah primigravida serviks mendatar (*effacement*) dulu, baru berdilatasi berlangsung 13-14 jam. Sedangkan pada multigravida mendatar dan membuka dapat terjadi bersamaan berlangsung enam sampai tujuh jam.

Pada fase aktif persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit, dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Dari pembukaan 4 hingga mencapai pembukaan lengkap atau 10 cm, akan terjadi dengan kecepatan rata-rata per jam (primipara) atau lebih 1 cm hingga 2 cm (multipara).

Selama rentan waktu dari adanya his sampai pembukaan lengkap 10 cm terjadi beberapa perubahan yang fisiologis. Perubahan fisiologis kala I meliputi⁷:

a) Perubahan Serviks

(1) Pendataran pada *serviks/effacement*

Pendataran pada serviks adalah pendekatan dari kanalis servikalis yang semula berupa sebuah saluran panjang satu sampai 2 cm, menjadi sebuah lubang saja dengan pinggir yang tipis.

(2) Pembukaan serviks

Pembukaan serviks disebabkan karena pembesaran Ostium Uteri Eksternum (OUE) karena otot yang melingkar di sekitar ostium meregang untuk dilewati kepala. Pada pembukaan 10 cm atau pembukaan lengkap, bibir portio tidak teraba lagi.

b) Perubahan Sistem Kardiovaskuler

(1) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi uterus dengan kenaikan sistolik rata-rata 10- 20 mmHg dan kenaikan diastolik rata-rata 5-10 mmHg. Diantara kontraksi tekanan darah akan turun seperti sebelum masuk persalinan dan akan naik lagi jika terjadi kontraksi. Posisi tidur terlentang selama persalinan akan mengakibatkan adanya penekanan uterus terhadap pembuluh darah besar (aorta), yang menyebabkan sirkulasi darah baik ibu maupun janin akan terganggu, ibu biasanya mengalami hipotensi dan janin mengalami asfiksia.

(2) Denyut Jantung

Denyut jantung meningkat selama kontraksi. Dalam posisi terlentang denyut jantung akan menurun. Denyut jantung antara kontraksi sedikit lebih tinggi dibandingkan selama periode segera sebelum persalinan.

c) Perubahan Metabolisme

Selama persalinan baik metabolisme karbohidrat aerobik maupun anaerobik akan naik secara perlahan, kenaikan ini sebagian besar disebabkan karena kecemasan serta kegiatan otot kerangka tubuh.

d) Perubahan Sistem Respirasi

Pada respirasi atau pernapasan terjadi kenaikan sedikit dibandingkan sebelum persalinan, hal ini disebabkan adanya rasa nyeri, kekhawatiran serta penggunaan teknik pernapasan yang tidak benar.

e) Kontraksi Uterus

Kontraksi uterus terjadi karena adanya rangsangan pada otot polos uterus dan penurunan hormon progesterone yang menyebabkan keluarnya hormon oksitosin.

f) Pembentukan Segmen Atas Rahim dan Segmen Bawah Rahim

Pembentukan segmen atas rahim dan segmen bawah rahim Segmen Atas Rahim (SAR) dibentuk oleh corpus uteri yang sifatnya aktif yaitu berkontraksi, dan dinding tambah tebal dengan majunya persalinan serta mendorong anak keluar.

g) Perubahan Pada Vagina Dasar Panggul

Pada kala I ketuban ikut meregang, bagian atas vagina yang sejak kehamilan mengalami perubahan sedemikian rupa akan bisa dilalui bayi, setelah ketuban pecah segala perubahan terutama pada dasar panggul ditimbulkan oleh bagian depan anak, bagian depan yang maju tersebut kedasar panggul di regang menjadi saluran dengan dinding yang tipis, waktu kepala sampai di vulva, lubang vulva menghadap kedepan atas dan dari luar peregangan oleh bagian depan tampak pada perineum yang menonjol dan menjadi tipis, sedangkan anus semakin terbuka, regangan yang kuat ini dimungkinkan karena bertambahnya pembuluh darah

pada bagian vagina dan dasar panggul. Tetapi saat jaringan tersebut robek, akan menimbulkan perdarahan yang banyak.

h) Perubahan Gastrointestinal

Kemampuan pergerakan gastrik serta penyerapan makanan padat berkurang, menyebabkan pencernaan hampir berhenti disela persalinan dan menyebabkan konstipasi. Makanan yang masuk ke lambung selama fase pendahuluan atau fase kemungkinan besar akan tetap berada dalam perut selama persalinan. Rasa mual-muntah bukanlah hal yang jarang, hal ini menunjukkan berakhirnya kala I persalinan.

2) Kala II (Pengeluaran Bayi)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Primipara berlangsung selama 2 jam dan pada multipara 1 jam. Diagnosis kala II ditegakkan atas dasar pemeriksaan dalam yang menunjukkan Pembukaan serviks lengkap dan Terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina. Kala II dimulai sejak pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi, gejala dan tanda kala II adalah¹⁴:

- a) Adanya pembukaan lengkap (tidak teraba lagi bibir porsio), ini terjadi karena adanya dorongan bagian terbawah janin yang masuk kedalam dasar panggul karena kontraksi uterus yang kuat sehingga portio membuka secara perlahan.
- b) His yang lebih sering dan kuat (\pm 2-3 menit 1 kali) dan timbul rasa mencedan, karena biasanya dalam hal ini bagian terbawah janin masuk ke dasar panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan.
- c) Adanya pengeluaran darah bercampur lendir, di sebabkan oleh adanya robekan serviks yang meregang
- d) Pecahnya kantung ketuban, karena kontraksi yang menyebabkan terjadinya perbedaan tekanan yang besar antara

tekanan di dalam uterus dan diluar uterus sehingga kantung ketuban tidak dapat menahan tekanan isi uterus akhirnya kantung ketuban pecah.

- e) Anus membuka, karena bagian terbawah janin masuk ke dasar panggul sehingga menekan rectum dan rasa buang air besar, hal ini menyebabkan anus membuka.
- f) Vulva terbuka, perineum menonjol, karena bagian terbawah janin yang sudah masuk ke Pintu Bawah Panggul (PBP) dan ditambah pula dengan adanya his serta kekuatan mengedan menyebabkan vulva terbuka dan perineum menonjol, karena perineum bersifat elastis.
- g) Bagian terdepan anak kelihatan pada vulva, karena labia membuka, perineum menonjol menyebabkan bagian terbawah janin terlihat di vulva, karena ada his dan tenaga mengedan menyebabkan bagian terbawah janin dapat dilahirkan.

Pada akhir kala I, segmen uterus, serviks, dasar panggul, dan pintu keluar vulva membentuk satu jalan lahir yang *continue*. Gaya yang diperlukan untuk mengeluarkan janin berasal dari aktifitas otot uterus dan dari otot abdomen sekunder dan diafragma, yang memperkuat kontraksi sewaktu kepala janin melewati panggul, kepala bayi akan melakukan gerakan-gerakan utama meliputi^{12,15}:

- a) Masuknya kepala dalam pintu atas panggul (PAP)/ *Engagement*. Masuknya kepala kedalam PAP pada primigravida terjadi di bulan akhir kehamilan sedangkan pada multigravida biasanya terjadi pada awal persalinan. Kepala masuk ke PAP biasanya dengan *sutura sagitalis* melintang dan dengan fleksi yang ringan. Masuknya kepala melintasi PAP dalam kuadran *synclitismus*, yaitu arah sumbu kepala janin tegak lurus dengan bidang PAP atau sutura sagitalis terdapat ditengah-tengah jalan lahir/ tepat diantara simpisis dan promotorium sehingga, dari parietal depan dan belakang sama tingginya. Kepala yang masuk dengan

keadaan asyinclitismus yaitu arah kepala janin miring dengan bidang PAP atau sutura sagitalis agak kedepan mendekati simfisis/agak kebelakang mendekati promotorium. *Asyinclitismus posterior* bila sutura sagitalis mendekati simpisis dari parietal biasa lebih rendah dari parietal depan, atau apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip kebelakang dengan PAP. Asyinclitismus anterior yaitu bila sutura sagitalis mendekati promontorium sehingga parietal depan lebih rendah dari parietal belakang, atau apabila arah sumbu kepala membuat sudut lancip ke depan PAP.

b) Majunya Kepala

Pada primigravida majunya kepala terjadi setelah kepala masuk kerongga panggul dan biasanya baru mulai pada kala II. Pada multipara majunya kepala dan masuknya kepala dalam rongga panggul terjadi secara bersamaan. Majunya kepala bersamaan dengan gerakan fleksi, putaran faksi dalam, dan extensi. Penyebab majunya kepala: Meningkatnya cairan intra uterin, tekanan langsung oleh fundus pada bokong, kekuatan mengedan, melurusnya badan anak oleh pelurusan bentuk rahim.

c) Fleksi

Majunya kepala, biasanya *flexi* juga bertambah hingga ubunubun kecil lebih rendah dari ubun-ubun besar. Keuntungan dari bertambahnya *flexi* ialah bahwa ukuran kepala yang lebih kecil melalui jalan lahir diameter sub occipito bregmatika (9,5 cm) menggantikan *sub occipito frontalis* (11 cm). Penyebab *flexi* yaitu dikarenakan anak didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir pintu atas panggul, serviks, dinding panggul atau dasar panggul, akibat sumbu kepala janin yang eksentrik atau tidak simetris dengan sumbu mendekati *sub*

occiput, tahanan oleh jaringan dibawahnya terhadap kepala anak akan menurun/menurut hukum Koppel

d) Putaran Paksi Dalam

Putaran paksi dalam ialah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar kedepan kebawah symfisis. Pada presentasi belakang kepala bagian yang terendah ialah daerah ubun-ubun kecil dan bagian inilah yang memutar kedepan kebawah symfisis. Putaran paksi dalam mutlak perlu untuk kelahiran kepala karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dan bentuk jalan lahir. Penyebab putaran paksi dalam yaitu dikarenakan, pada letak fleksi bagian belakang kepala merupakan bagian terendah dari kepala, bagian terendah dari kepala ini mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis, m. levator ani kiri dan kanandan ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter *anteroposterior*.

e) Ekstensi

Setelah putaran paksi selesai dan kepala sampai didasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah kedepan dan atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk melaluinya. Pada kepala terjadi dua kekuatan, yang satu mendesaknya kebawah dan satunya disebabkan tahanan dasar panggul yang menolaknya keatas. Resultannya ialah kekuatan kearah depan atas. Setelah *subociput* tertahan pada pinggir bawah *symfisis* maka yang dapat maju karena kekuatan tersebut diatas bagian yang berhadapan dengan subociput, maka lahirlah berturut-turut pada pinggir atas perineum ubun-ubun besar, dahi hidung, mulut dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi.

Subocciput yang menjadi pusat pemutar disebut hypomochilion.

f) Putaran Paksi Luar

Setelah kepala lahir, maka kepala anak memutar kembali ke arah punggung anak untuk menghilangkan torsi pada leher yang terjadi karena putaran paksi dalam. Gerakan ini disebut putaran retribusi (putaran balasan). Selanjutnya putaran dilanjutkan hingga belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadicum sepihak (disisi kiri). Gerakan yang terakhir ini adalah putaran paksi luar yang sebenarnya dan disebabkan karena ukuran bahu menempatkan diri dalam diameter anteroposterior dari pintu bawah panggul.

g) Ekspulsi

Setelah putaran paksi luar bahu depan sampai dibawah symphysis dan menjadi hypomochilion dan kelahiran bahu belakang. Kemudian bahu depan menyusul dan selanjutnya seluruh badan anak lahir searah dengan paksi jalan lahir.

3) Kala III (Pelepasan Plasenta)

Kala tiga persalinan dimulai saat proses kelahiran bayi selesai dan berakhir dengan lahirnya plasenta. Proses ini dikenal sebagai kala persalinan plasenta. Kala tiga persalinan berlangsung rata-rata antara 5- 10 menit. Akan tetapi, kisaran normal kala tiga sampai 30 menit. Risiko perdarahan meningkat apabila kala tiga lebih lama dari 30 menit, terutama antara 30 sampai 60 menit.¹⁶

Kala tiga persalinan terdiri dari dua fase berurutan yaitu pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta. Pelepasan dan pengeluaran plasenta terjadi karena kontraksi uterus yang mulai terjadi lagi setelah berhenti singkat setelah bayi lahir. Kontraksi kurang lebih setiap dua sampai dua setengah menit selama kala dua persalinan. Setelah kelahiran bayi, kontraksi berikutnya mungkin tidak terjadi selama tiga sampai lima menit. Kontraksi kemudian

berlanjut setiap empat sampai lima menit sampai plasenta telah lepas dan keluar. Setelah itu, uterus kosong berkontraksi dengan sendirinya dan tetap berkontraksi jika tonus otot baik.

4) Kala IV

Segera setelah kelahiran plasenta, sejumlah perubahan maternal terjadi pada saat stres fasik dan emosional akibat persalinan dan kelahiran mereda dan ibu memasuki penyembuhan pascapartum dan bonding (ikatan). Pada saat yang sama, bidan memiliki serangkaian evaluasi dan tugas untuk diselesaikan terkait periode intrapartum. Meskipun intrapartum sudah selesai, istilah kala empat persalinan mengidentifikasi jam pertama pascapartum ini perlu diamati dan dikaji dengan ketat.

Bidan memiliki tanggung jawab selama kondisi ini untuk mengevaluasi kontraktilitas uterus dan perdarahan, inspeksi dan evaluasi serviks, vagina, dan perineum, inspeksi dan evaluasi plasenta, membran, dan tali pusat, pengkajian dan penjahitan setiap laserasi dan atau episiotomi, dan evaluasi tanda-tanda vital dan perubahan fisiologis yang mengindikasikan pemulihan. Setelah kelahiran plasenta, uterus dapat ditemukan di tengah-tengah abdomen kurang lebih dua pertiga sampai tiga perempat antara simfisis pubis dan umbilikus. *Serviks*, vagina, dan perineum diinspeksi apakah ada laserasi, memar, dan pembentukan awal hematoma. Inspeksi unit plasenta membutuhkan kemampuan bidan untuk mengidentifikasi tipetipe plasenta dan insersi tali pusat. Penjahitan laserasi dan episiotomi memerlukan pengetahuan anatomi perineum, tipe penjahitan, hemostasis, pembedahan aseptis, dan penyembuhan luka

3. Konsep Dasar Teori Bayi Baru Lahir

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Bayi adalah manusia yang baru lahir sampai umur 12 bulan yang ditandai dengan pertumbuhan dan perkembangan fisik yang cepat

disertai dengan perubahan dalam kebutuhan gizi. Bayi juga merupakan individu yang lemah dan memerlukan proses adaptasi. Bayi harus dapat melakukan 4 penyesuaian agar dapat tetap hidup yaitu penyesuaian perubahan suhu, menghisap dan menelan, bernafas dan pembuangan kotoran. Kesulitan penyesuaian atau adaptasi akan menyebabkan bayi mengalami penurunan berat badan, keterlambatan perkembangan bahkan bisa sampai meninggal dunia. Masa bayi adalah masa keemasan sekaligus masa kritis perkembangan seseorang. Dikatakan masa kritis karena pada masa ini bayi sangat peka terhadap lingkungan dan dikatakan masa keemasan karena masa bayi berlangsung sangat singkat dan tidak dapat diulang kembali. Jadi, bayi adalah periode perkembangan dari mulai lahir sampai berusia 12 bulan yang masih sangat membutuhkan adaptasi sehingga dapat mencapai masa keemasan dengan baik.^{17,18}

b. Klasifikasi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa klasifikasi, yaitu¹⁹:

- 1) Neonatus menurut masa gestasinya:
 - a) Kurang bulan (preterm infant): < 259 hari (37 minggu)
 - b) Cukup bulan (term infant): 259-294 hari (37-42 minggu)
 - c) Lebih bulan (postterm infant): >294 hari (42 minggu atau lebih)
- 2) Neonatus menurut berat badan lahir:
 - a) Berat lahir rendah: < 2500 gram
 - b) Berat lahir cukup: 2500-4000 gram
 - c) Berat lahir lebih: > 4000 gram
- 3) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan):
 - a) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/ BMK)

c. Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir

Semua bayi diperiksa segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterine berjalan

dengan lancar dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan. Pemeriksaan rutin pada bayi baru lahir harus dilakukan, tujuannya untuk mendeteksi kelainan atau anomali kongenital yang muncul pada setiap kelahiran dalam 10-20 per 1000 kelahiran, pengelolaan lebih lanjut dari setiap kelainan yang terdeteksi pada saat antenatal, mempertimbangkan masalah potensial terkait riwayat kehamilan ibu dan kelainan yang diturunkan, dan memberikan promosi kesehatan, terutama pencegahan terhadap *Sudden Infant Death Syndrome (SIDS)*.¹⁷

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah untuk membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi, identifikasi, dan pencegahan infeksi. Asuhan bayi baru lahir meliputi^{19,20}:

1) Penilaian awal untuk memutuskan resusitasi pada bayi

Untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepiantas setelah seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan:

- a) Apakah kehamilan cukup bulan?
- b) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
- c) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Jika ada jawaban “tidak” kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi. Penghisapan lendir pada jalan napas bayi tidak dilakukan secara rutin.

2) Pemotongan dan pengikatan tali pusat

Setelah penilaian sepiantas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi.

Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat. Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilicus.

3) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu 10 untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusu. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit ke- 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara.

Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenal) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusu.

4) Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi

Mekanisme pengaturan temperatur bayi belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermia. Hipotermia dapat terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dandiselimuti walaupun beradadalam ruangan yang hangat. Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama

6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.

5) Pemberian salep mata/tetes mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau 11 antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran.

6) Pencegahan perdarahan melalui penyuntikkan Vitamin K dosis tunggal di paha kiri

Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.

7) Pemberian Imunisasi HB0

Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.

8) Pemeriksaan Bayi Baru Lahir

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8- 28 hari.

9) Keadaan Bayi Baru Lahir Normal

Bayi baru lahir dikatakan normal apabila:

- a) Frekuensi napas 40-60 kali per menit
- b) Frekuensi denyut jantung 120-160 kali per menit

- c) Suhu badan bayi 36,5 – 37,5°C
- d) Berat badan bayi 2500-4000gram
- e) Gerakan aktif dan warna kulit kemerahan.

10) Tanda Bahaya Pada Bayi Baru Lahir

- a) Pernafasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit
- b) Kehangatan terlalu panas (> 38°C atau terlalu dingin < 36°C)
- c) Warna kuning, biru atau pucat, memar
- d) Pemberian makan, hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak, muntah.
- e) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, pernafasan sulit
- f) Tidak berkemih dalam 24 jam, tinja lembek, ada lender atau darah pada tinja.
- g) Aktivitas menggigil atau tangis tidak biasa, sangat mudah tersinggung, lemas, terlalu mengantuk, lunglai, kejang, menangis terus menerus

11) Masalah Pada Bayi

Masalah pada bayi dapat di klasifikasikan sebagai berikut seperti tidak naik berat badan, tidak dapat mendengar, tidak dapat melihat, sering jatuh, belum bisa balik badan sendiri, belum bisa tengkurap sendiri, tidak mau makan, sulit BAB, diare, turun berok, pilih-pilih makanan, mengemut makanan, tidak suka makan sayur, cacar air, sulit tidur, tidak bisa diam/over aktif, mudah sakit, kulit gatal-gatal, kemasukan benda asing pada hidung anak, anak tenggelam, panas/demam, jatuh dan patah, jatuh dan luka, belum bisa bicara, tersedak, belum bisa berjalan, asyik dengan dunianya sendiri, mimisan, memar, keluar air dari telinga, kudisan dan perut buncit.^{18,21}

4. Konsep Dasar Ikterus Neonatorum

a. Pengertian

Ikterik neonatus adalah keadaan dimana mukosa neonatus menguning setelah 24 jam kelahiran akibat bilirubin tidak terkonjugasi masuk kedalam sirkulasi.²² Ikterik neonatus atau penyakit kuning adalah kondisi umum pada neonatus yang mengacu pada warna kuning pada kulit dan sklera yang disebabkan terlalu banyaknya bilirubin dalam darah.²³ Ikterik neonatus adalah keadaan dimana bilirubin terbentuk lebih cepat daripada kemampuan hati bayi yang baru lahir (neonatus) untuk dapat memecahnya dan mengeluarkannya dari tubuh, Ikterik adalah warna kuning yang dapat terlihat pada sklera, selaput lender, kulit atau organ lain akibat penumpukan bilirubin. Bilirubin merupakan hasil penguraian sel darah merah di dalam darah. Penguraian sel darah merah merupakan proses yang dilakukan oleh tubuh manusia apabila sel darah merah telah berusia 120 hari. Hasil penguraian hati (hepar) dan dikeluarkan dari badan melalui buang air besar (BAB) dan Buang air kecil (BAK).¹⁹

b. Klasifikasi Ikterus

1) Ikterus Fisiologis

Ikterus fisiologi adalah tidak mempunyai dasar patologi atau tidak mempunyai potensi menjadi kernikterus. Biasanya timbul pada hari ke dua dan ke tiga. Kadar bilirubin serum total 6-8 mg/dL, bahkan hingga 12 mg/dL pada bayi cukup bulan, masih dianggap fisiologis. Penurunan kadar bilirubin total akan terjadi secara cepat dalam 2-3 hari, kemudian diikuti penurunan lambat sebesar 1 mg/dL selama 1-2 minggu. Pada bayi kurang bulan kadar bilirubin serum total 10-12 mg/dL, bahkan dapat meningkat hingga 15 mg/dL dengan tanpa adanya gangguan pada metabolisme bilirubin. Kadar bilirubin total yang aman untuk bayi kurang bulan sangat bergantung pada usia kehamilan.²⁴

2) Ikterus Patologis

Ikterus patologis biasanya terjadi sebelum umur 24 jam. Kadar bilirubin serum total meningkat $> 0,5$ mg/dL/jam. Ikterus biasanya bertahan setelah 8 hari pada bayi cukup bulan dan 14 hari pada bayi kurang bulan. Keadaan klinis bayi tidak baik seperti muntah, letargis, malas menetek, penurunan berat badan yang cepat, suhu tubuh yang tidak stabil, apnea.²⁵

c. Etiologi

Penyebab ikterus pada bayi baru lahir dapat berdiri sendiri ataupun dapat disebabkan oleh beberapa faktor. Secara garis besar, penyebab ikterus neonatarum dapat dibagi:

1) Produksi yang berlebihan

Pada ikterus fisiologis biasanya disebabkan karena volume eritrosit yang meningkat, usia eritrosit yang menurun, meningkatnya siklus enterohepatik. Pada ikterus patologis terjadi oleh karena hemolisis yang meningkat seperti pada inkompatibilitas golongan darah sistem ABO, inkompatibilitas rhesus, defek pada membran sel darah merah (*Hereditary spherocytosis, elliptocytosis, pyropoikilocytosis, stomatocytosis*), defisiensi berbagai enzim (defisiensi enzim *Glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD)*, defisiensi enzim piruvat kinase, dan lainnya), hemoglobinopati (pada talasemia). Keadaan lain yang dapat meningkatkan produksi bilirubin adalah sepsis, *Disseminated Intravascular Coagulation (DIC)*, ekstrasvasi darah (hematoma, perdarahan tertutup), polisitemia, makrosomia pada bayi dengan ibu diabetes.²⁴

2) Gangguan pada proses *intake* dan konjugasi hepar

Gangguan ini dapat disebabkan oleh imaturitas hepar, kurangnya substrat untuk konjugasi bilirubin, gangguan fungsi hepar, akibat asidosis, hipoksia dan infeksi atau tidak terdapatnya enzim glukoronil transferase (Sindrom Crigler-Najjar). Penyebab lain

adalah defisiensi protein Y dalam hepar yang berperan penting dalam uptake bilirubin ke sel hepar.²⁴

3) Gangguan pada transportasi

Bilirubin dalam darah terikat pada albumin kemudian diangkut ke hepar. Ikatan bilirubin dengan albumin ini dapat dipengaruhi oleh obat misalnya salisilat, sulfarazole. Defisiensi albumin menyebabkan lebih banyak terdapatnya bilirubin indirek yang bebas dalam darah yang mudah melekat ke sel otak.²⁶

4) Gangguan pada ekskresi

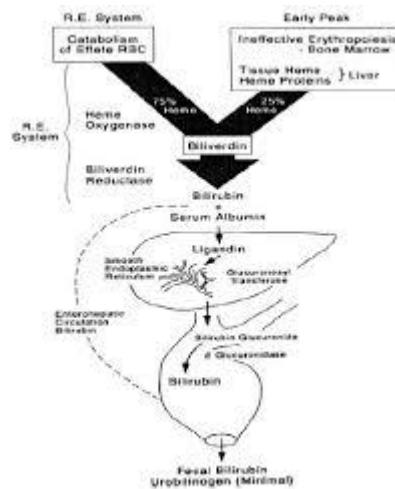
Gangguan ini dapat terjadi akibat obstruksi dalam hepar atau di luar hepar. Kelainan di luar hepar biasanya diakibatkan oleh kelainan bawaan. Obstruksi dalam hepar biasanya akibat infeksi atau kerusakan hepar oleh penyebab lain.²⁴

d. Patofisiologi

Bilirubin adalah produk penguraian heme. Sebagian besar (85-90%) terjadi dari penguraian hemoglobin dan sebagian kecil (10-15%) dari senyawa lain seperti mioglobin. Sel retikuloendotel menyerap kompleks haptoglobin dengan hemoglobin yang telah dibebaskan dari sel darah merah. Sel-sel ini kemudian mengeluarkan besi dari heme sebagai cadangan untuk sintesis berikutnya dan memutuskan cincin heme untuk menghasilkan tetrapirrol bilirubin, yang disekresikan dalam bentuk yang tidak larut dalam air (bilirubin indirek, indirek). Bilirubin dalam plasma diikat oleh albumin sehingga dapat larut dalam air. Zat ini kemudian beredar dalam tubuh dan melewati lobulus hati. Hepatosit melepaskan bilirubin dari albumin dan mengubahnya menjadi bentuk isomerik monoglucuronides dan diglucuronide (bentuk indirek) dengan bantuan enzim uridinediphosphoglucuronosyltransferase.²⁷

Dalam bentuk glukoronida terkonjugasi, bilirubin yang larut tersebut masuk ke sistem empedu untuk diekskresikan. Saat masuk ke dalam usus bilirubin diuraikan oleh bakteri kolon menjadi urobilinogen. Urobilinogen dapat diubah menjadi sterkobilin dan diekskresikan

sebagai feses. Sebagian urobilinogen direabsorpsi dari usus melalui jalur enterohepatik dan darah porta membawanya kembali ke hati. Urobilinogen daur ulang ini umumnya diekskresikan ke dalam empedu untuk kembali dialirkan ke usus, tetapi sebagian dibawa oleh sirkulasi sistemik ke ginjal, tempat zat ini diekskresikan sebagai senyawa larut air bersama urin.²⁸



Gambar 1. Pembentukan Bilirubin

Hiperbilirubinemia dapat disebabkan oleh pembentukan bilirubin yang melebihi kemampuan hati normal untuk ekskresikannya atau disebabkan oleh kegagalan hati (karena rusak) untuk mengekskresikan bilirubin yang dihasilkan dalam jumlah normal. Tanpa adanya kerusakan hati, obstruksi saluran ekskresi hati juga akan menyebabkan hiperbilirubinemia.²⁶

e. Diagnosis

Salah satu cara memeriksa derajat kuning pada neonatus secara klinis, mudah dan sederhana adalah dengan penilaian menurut Kramer.¹⁹ Pemeriksaan dilakukan dengan menekan jari telunjuk pada tempat-tempat yang tulangnya menonjol seperti tulang hidung, dada, lutut dan lain-lain. Tempat yang ditekan akan tampak pucat atau kuning.



Gambar 2. Daerah Luas Kramer

Daerah kulit yang berwarna kuning sesuai rumus Kramer dan dijelaskan pada tabel berikut:

Tabel 1. Rumus Kramer

Daerah Gambar	Luas Ikterus	Kadar Bilirubin (mg%)
1	Kepala dan leher	5
2	Daerah 1 + Badan bagian atas	9
3	Daerah 1, 2 + Badan bagian bawah dan tungkai	11
4	Daerah 1,2,3 + Lengan dan kaki dibawah dengkul	12
5	Daerah 1,2,3,4 + tangan dan kaki	>12,5

Pemeriksaan serum bilirubin (direk dan indirek) harus dilakukan pada neonatus yang mengalami ikterus. Terutama pada bayi yang tampak sakit atau bayi-bayi yang tergolong risiko tinggi mengalami hiperbilirubinemia berat. Pemeriksaan tambahan yang sering dilakukan untuk evaluasi menentukan penyebab ikterus antara lain adalah golongan darah dan Coombs test, darah lengkap dan hapusan darah, hitung retikulosit, skrining Glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6PD) dan bilirubin direk.²⁴

f. Fototerapi pada Hiperbilirubinemia

Prinsip penatalaksanaan hiperbilirubinemia dengan fototerapi adalah untuk mengurangi kadar bilirubin dan mencegah peningkatannya. Fototerapi menggunakan sinar untuk mengubah bentuk dan struktur bilirubin menjadi molekul yang dapat diekskresikan walaupun ada gangguan konjugasi.²⁹

Beberapa faktor yang mempengaruhi keberhasilan dilakukannya fototerapi:

1) Kualitas spektrum dari sinar yang digunakan

Sumber sinar yang paling efektif untuk mendegradasi bilirubin adalah sinar dengan panjang gelombang 400 – 520 nm, dengan gelombang terbaik 460 nm. Pada panjang gelombang ini sinar menembus kulit paling baik dan paling maksimal diserap oleh bilirubin. Sinar biru, hijau dan turkois (antara biru dan hijau) merupakan sinar yang paling efektif. Banyak pendapat yang salah yang menyatakan bahwa fototerapi menggunakan sinar ultraviolet (panjang gelombang < 400 nm).^{29,27}

2) Intensitas sinar

Intensitas sinar yang dimaksud adalah jumlah photon yang disalurkan per sentimeter kuadrat permukaan tubuh yang terpapar. Semakin tinggi intensitas sinar maka semakin cepat penurunan kadar bilirubin. Fototerapi standar biasanya menggunakan intensitas sinar $10 \mu\text{W}/\text{cm}^2 / \text{nm}$, sedangkan fototerapi intensif $\geq 30 \mu\text{W}/\text{cm}^2/\text{nm}$.²⁷

3) Jarak antara bayi dengan sinar

Intensitas cahaya berbanding lurus dengan jarak antara bayi dan sinar, semakin dekat jarak antara bayi dan sinar semakin tinggi intensitas sinar yang didapat. Jarak yang dianggap cukup aman adalah sekitar 15-20 cm.

4) Area permukaan tubuh yang terpapar sinar

Semakin luas area permukaan tubuh yang terpapar sinar maka makin efektif fototerapi yang dilakukan. Merubah posisi bayi secara berulang selama fototerapi tidak meningkatkan kecepatan penurunan kadar bilirubin. Dianjurkan memposisikan bayi dengan posisi supine. Untuk mendapatkan hasil yang maksimal maka selama fototerapi bayi dibiarkan telanjang. Pemakaian diaper masih kontroversi, beberapa penelitian menyatakan penggunaan diaper selama fototerapi tidak mempengaruhi penurunan kadar bilirubin. Selama fototerapi diharuskan menggunakan penutup mata untuk mengurangi risiko kerusakan retina bayi yang masih imatur.²⁹

5. Konsep Dasar Teori Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa nifas (*postpartum*) adalah masa yang di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil. Masa nifas biasanya berlangsung selama enam minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis dan banyak memberikan ketidak nyamanan pada awal postpartum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik.³⁰

b. Tahapan Masa Nifas

Terdapat beberapa tahapan pada masa nifas, yaitu³¹:

1) Periode *Immediate Postpartum* (puerperium dini)

Periode ini dimulai segera setelah persalinan sampai 24 jam pertama setelah persalinan. Pada periode ini, seringkali terjadi masalah seperti perdarahan, sehingga harus memeriksa kontraksi uterus, pengeluaran lochea, mengecek tekanan darah dan suhu secara teratur.

2) Periode *Intermedial (early postpartum)*

Periode ini dihitung sejak setelah 24 jam setelah persalinan dan berakhir pada satu minggu pertama setelah persalinan. Pemeriksaan yang harus dilakukan pada periode ini yaitu, memastikan tidak adanya perdarahan, involusio uteri dalam keadaan normal, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, dan ibu mengonsumsi makanan dan cairan yang cukup, serta dapat menyusui bayinya dengan baik.

3) Periode *Late Postpartum*

Periode ini mulai sejak setelah satu minggu setelah persalinan hingga sekitar lima minggu setelah persalinan. Pada fase ini, tetap diperlukan perawatan dan pemeriksaan sehari-hari dan konseling KB.

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Uterus

Uterus akan mengerut kembali ke keadaan sebelum hamil. Perubahan ini disebut involusi uteri. Uterus akan kembali ke keadaan sebelum hamil pada minggu keenam postpartum dengan berat kurang lebih 50-60 gram. Setelah plasenta terlepas, produksi estrogen akan menurun dan hormon oksitosin akan meningkat, sehingga kontraksi uterus meningkat dan berdampak mengurangi suplai darah ke uterus. Hal ini akan menyebabkan berkurangnya bekas luka implantasi plasenta. Plasenta yang terlepas juga menyebabkan terpisahnya lapisan desidua dan lapisan basal. Pelepasan desidua ini menyebabkan keluarnya lochea melalui vagina selama nifas. Berikut merupakan klasifikasi lochea³²:

- a) Lochea Rubra: lochea tersebut keluar pada hari pertama sampai hari ketiga atau keempat pasca melahirkan. Lochea rubra keluar berwarna merah karena berisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan mekonium.

- b) Lochea Sanguinolenta: lochea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir, serta berlangsung dari hari keempat hingga hari ketujuh.
- c) Lochea Serosa: berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan atau laserasi plasenta. Lochea serosa akan keluar pada hari ketujuh hingga ke-14.
- d) Lochea Alba: lochea alba mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lochea alba dapat berlangsung selama dua hingga enam minggu *postpartum*.

Pengeluaran lochea yang menetap pada awal periode *postpartum* menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang dapat diakibatkan tertinggalnya sisa plasenta atau selaput plasenta. Lochea alba atau serosa yang berlanjut disertai demam, dan nyeri abdomen dapat merupakan tanda endometritis. Apabila cairan yang dikeluarkan berupa nanah yang berbau busuk dapat diartikan sebagai lochea purulenta, sedangkan pengeluaran lochea yang tidak lancar disebut lochea statis.³³

Berikut ini adalah tinggi fundus uteri mengikuti hari setelah *postpartum*¹³:

Tabel 2. Tinggi Fundus Uteri Pada masa Nifas

Involusi	Tinggi Fundus Uteri	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat, 2 jari dibawah pusat	1000 gram
1 minggu	Pertengahan pusat symphisis	500gram
2 minggu	Tidak teraba diatas symphisis	350gram
6 minggu	Normal	50gram
8 minggu	Normal seperti belum hamil	30gram

2) Payudara

Pada plasenta yang telah lahir, konsentrasi estrogen dan progesteron menurun, prolaktin dilepaskan dan sintesis ASI dimulai. Suplai darah ke payudara meningkat dan menyebabkan pembengkakan *vascular* sementara. Air susu saat diproduksi disimpan di *alveoli* dan harus dikeluarkan dengan efektif dengan cara dihisap oleh bayi untuk pengadaaan dan keberlangsungan laktasi. ASI yang akan pertama muncul pada awal nifas ASI adalah ASI yang berwarna kekuningan yang biasa dikenal dengan sebutan kolostrum. Kolostrum telah terbentuk didalam tubuh ibu pada usia kehamilan \pm 12 minggu. Perubahan payudara dapat meliputi^{14,34}:

- a) Penurunan kadar progesteron secara tepat dengan peningkatan hormon prolaktin setelah persalinan.
- b) Kolostrum sudah ada saat produksi ASI terjadi pada hari kedua atau ketiga setelah persalinan.
- c) Payudara menjadi besar dan keras sebagai tanda mulainya proses laktasi.

ASI sebaiknya diberikan secara *on demand* untuk menghindari kejadian pembengkakan payudara hingga mastitis. Pemberian ASI *on demand* juga bermanfaat untuk mempercepat produksi ASI selanjutnya.

3) Vagina dan Perineum

Vagina akan terbuka dengan lebar setelah melahirkan dan mulai mengecil hari pertama atau kedua postpartum. Postpartum minggu ketiga vagina mulai pulih. Dinding vagina akan melunak dan lebih besar sehingga ruang vagina akan longgar dan menjadi lebih besar dari sebelum melahirkan.³⁵

4) Sistem Pencernaan

Pada sistem pencernaan setelah melahirkan, ibu akan merasa haus dan lapar karena banyak energi yang terkuras saat melahirkan. Pada masa nifas, hormon progesteron akan menurun, sehingga

menyebabkan gangguan saat buang air besar hingga dua sampai tiga hari pasca melahirkan.⁹

5) Sistem Perkemihan

Pada sistem perkemihan setelah persalinan biasanya akan terjadi overdistensi pada kandung kemih, pengosongan kandung kemih yang tidak sempurna, dan residu urine yang berlebih. Hal tersebut wajar dan ini akan hilang setelah 24 jam pasca melahirkan. Pada hari pertama hingga kelima pasca melahirkan, ibu akan mengalami peningkatan volume urine (*diuresis*).⁹

6) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada masa nifas, yaitu peregangan pada ligamen, diafragma panggul, dinding abdomen, dan fasia. *Ligamentum latum* dan *rotundum* akan merenggang dan mengendur selama masa nifas dan akan berangsurangsur membaik sekitar enam sampai delapan minggu.⁴

d. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Adanya perasaan kehilangan sesuatu secara fisik sesudah melahirkan akan menjurus pada suatu reaksi perasaan sedih. Kemurungan dan kesedihan dapat semakin bertambah oleh karena ketidaknyamanan secara fisik, rasa letih setelah proses persalinan, stress, kecemasan, adanya ketegangan dalam keluarga, kurang istirahat karena harus melayani keluarga dan tamu yang berkunjung untuk melihat bayi atau sikap petugas yang tidak ramah. Pada perubahan psikologi masa nifas, kebanyakan wanita menunjukkan gejala depresi ringan hingga gejala *neurosis traumatik*. Terdapat fase-fase adaptasi pada ibu nifas yaitu^{36,37}:

1) Fase *Taking In*

Fase ini dialami pada hari pertama dan kedua pasca melahirkan. Pada fase ini, fokus utama ibu ada pada dirinya sendiri. Ibu terfokus pada dirinya sendiri sehingga cenderung pasif terhadap lingkungannya. Ketidaknyamanan yang dialami ibu disebabkan karena proses persalinan yang baru saja dilaluinya. Rasa mules,

nyeri pada jalan lahir, kurang tidur atau kelelahan, merupakan hal yang sering dikeluhkan ibu. Pada fase ini, kebutuhan istirahat, asupan nutrisi dan komunikasi yang baik harus dapat terpenuhi. Bila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, ibu dapat mengalami gangguan psikologis berupa kekecewaan pada bayinya, ketidaknyamanan sebagai akibat perubahan fisik yang dialami, rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya dan kritikan suami atau keluarga tentang perawatan bayinya.

2) Fase *Taking Hold*

Fase ini akan dialami ibu pada hari ketiga sampai hari kesepuluh. Pada fase ini, ibu akan merasa khawatir akan kemampuan dan tanggung jawabnya untuk merawat bayi. Penyuluhan dalam merawat bayi adalah edukasi yang tepat untuk diberikan pada fase ini untuk meningkatkan rasa percaya diri ibu.

3) Fase *Letting Go*

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

e. Tanda Bahaya Masa Nifas

1) Perdarahan Pervaginam

Perdarahan pervaginam yang melebihi 500 ml setelah bersalin didefenisikan sebagai perdarahan pasca persalinan. Terdapat beberapa masalah mengenai definisi ini.³⁵

- a) Perkiraan kehilangan darah biasanya tidak sebanyak yang sebenarnya, kadang-kadang hanya setengah dari biasanya.
 - b) Darah tersebut bercampur dengan cairan amnion atau dengan urine, darah juga tersebar pada spon, handuk dan kain di dalam ember dan di lantai.
 - c) Volume darah yang hilang juga bervariasi akibatnya sesuai dengan kadar haemoglobin ibu. Seorang ibu dengan kadar Hb normal akan dapat menyesuaikan diri terhadap kehilangan darah yang akan berakibat fatal pada anemia. Seorang ibu yang sehat dan tidak anemia pun dapat mengalami akibat fatal dari kehilangan darah.
 - d) Perdarahan dapat terjadi dengan lambat untuk jangka waktu beberapa jam dan kondisi ini dapat tidak dikenali sampai terjadi syok. Penilaian resiko pada saat antenatal tidak dapat memperkirakan akan terjadinya perdarahan pasca persalinan.
- 2) Infeksi Masa Nifas
- Beberapa bakteri dapat menyebabkan infeksi setelah persalinan. Infeksi masa nifas masih merupakan penyebab tertinggi AKI. Infeksi alat genital merupakan komplikasi masa nifas. Infeksi yang meluas ke saluran *urinary*, payudara, dan pasca pembedahan merupakan salah satu penyebab terjadinya AKI tinggi. Gejala umum infeksi berupa suhu badan panas, *malaise*, dan denyut nadi cepat. Gejala lokal dapat berupa uterus lembek, kemerahan dan rasa nyeri pada payudara atau adanya disuria. Ibu beresiko terjadi infeksi postpartum karena adanya luka pada bekas pelepasan plasenta, laserasi pada saluran genital termasuk episiotomi pada perineum, dinding vagina dan serviks, infeksi post *sectio caesaria* (SC) yang mungkin terjadi.^{9,31}
- a) Sakit kepala, nyeri epigastrik, dan penglihatan kabur
Gejala-gejala ini merupakan tanda-tanda terjadinya eklampsia postpartum, apabila disertai dengan tekanan darah tinggi. Ibu

dalam 48 jam sesudah persalinan yang mengeluh nyeri kepala hebat, penglihatan kabur, dan nyeri epigastrik perlu dicurigai adanya preeklamsia berat atau preeklamsia postpartum.³⁸

b) Pembengkakan di wajah atau ekstremitas

Ibu nifas yang mengalami bengkak pada ekstremitas bawah perlu dicurigai adanya varises, *tromboplebitis*, dan adanya odema. Jika terdapat odema pada bagian wajah atau ekstremitas atas perlu diwaspadai gejala lain yang lebih mengarah pada kasus preeklamsia atau eklampsia.³⁸

c) Demam, muntah, rasa sakit saat berkemih

Organisme yang menyebabkan infeksi saluran kemih berasal dari flora normal perineum. Terdapat bukti bahwa beberapa galur *E. Coli* memiliki pili yang meningkatkan virulensinya. Pada masa nifas dini, sensitivitas kandung kemih terhadap tegangan air kemih di dalam vesika sering menurun akibat trauma persalinan serta analgesia epidural atau spinal. Sensasi peregangan kandung kemih juga mungkin berkurang akibat rasa tidak nyaman yang ditimbulkan oleh episiotomi yang lebar, laserasi periuretra atau hematoma dinding vagina. Setelah melahirkan terutama saat infus oksitosin dihentikan terjadi diuresis yang disertai peningkatan produksi urine dan distensi kandung kemih. Overdistensi yang disertai kateterisasi untuk mengeluarkan air yang sering menyebabkan infeksi saluran kemih.⁹

d) Payudara bengkak

Payudara bengkak dapat terjadi karena tidak disusu secara adekuat sehingga menyebabkan payudara menjadi merah, panas, terasa sakit, akhirnya terjadi mastitis. Kasus lain yang dapat terjadi yaitu pada puting lecet sehingga dapat memudahkan masuknya kuman dan terjadinya payudara bengkak.

Penggunaan *bra* yang terlalu ketat, mengakibatkan *segmental engorgement*.^{38,39}

e) Kehilangan Nafsu Makan

Kelelahan yang sangat berat setelah persalinan dapat mengganggu nafsu makan, sehingga ibu tidak ingin makan sampai kelelahan itu hilang. Apabila setelah bersalin berikan ibu minuman hangat, susu, kopi atau teh yang bergula untuk mengembalikan tenaga yang hilang. Ibu diberikan makanan yang sifatnya ringan karena alat pencernaan perlu istirahat guna memulihkan keadaannya kembali.³⁷

6. Konsep Dasar Teori Keluarga Berencana

a. Pengertian Keluarga Berencana

Keluarga berencana (KB) adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Agar dapat mencapai hal tersebut, maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. Cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. Undang-undang Nomor 10 tahun 1992 menyebutkan bahwa Keluarga Berencana adalah upaya untuk peningkatan kepedulian masyarakat dalam mewujudkan keluarga kecil yang bahagia sejahtera. Menurut WHO (Expert Committee, 1970), Keluarga Berencana adalah tindakan yang membantu individu/pasutri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang diinginkan, mengatur interval di antara kehamilan, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga.⁴⁰

b. Sasaran Program Keluarga Berencana

Adapun sasaran program keluarga berencana adalah pasangan usia subur istri < 20 tahun dengan tujuan menunda kehamilan. Pasangan Usia Subur istri 20 - 30 tahun dengan tujuan mengatur kesuburan dan menjarangkan kehamilan, pasangan usia subur dengan usia istri > 30 tahun dengan tujuan untuk mengakhiri kehamilan.

c. Fase Keluarga Berencana

1) Fase Menunda Kehamilan

Masa menunda kehamilan pertama sebaiknya dilakukan oleh pasangan yang istrinya belum mencapai usia 20 tahun, karena usia di bawah 20 tahun merupakan usia yang sebaiknya menunda untuk mempunyai anak dengan berbagai alasan. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu kontrasepsi dengan puluhnya kesuburan yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin 100%. Hal ini penting karena pada masa ini pasangan belum mempunyai anak, serta efektifitas yang tinggi. Kontrasepsi yang cocok dan disarankan seperti pil KB, AKDR.

2) Fase Mengatur/Menjarangkan Kehamilan

Periode usia istri antara 20-30 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2-4 tahun. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu efektifitas tinggi, reversibilitas tinggi, karena pasangan masih mengharapkan memiliki anak kembali. Kontrasepsi dapat dipakai 3-4 tahun sesuai jarak kelahiran yang direncanakan.

3) Fase Mengakhiri Kesuburan

Sebaiknya keluarga setelah mempunyai 2 anak dan umur istri lebih dari 30 tahun tidak hamil. Kondisi keluarga seperti ini dapat menggunakan kontrasepsi yang mempunyai efektifitas tinggi, karena bila terjadi kegagalan hal ini dapat menyebabkan terjadinya kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak. Di samping itu, bila pasangan akseptor tidak mengharapkan untuk mempunyai anak kembali, kontrasepsi yang cocok dan disarankan yaitu metode kontak, AKDR, implan, suntik KB dan pil KB.⁴¹

d. Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)

IUD adalah sebuah alat yang kecil yang dimasukkan ke dalam rahim oleh dokter atau petugas kesehatan yang terlatih atau bidan. Setelah di rahim, IUD akan mencegah sel sperma pria untuk bertemu

dengan sel telur wanita. IUD bisa tinggal di dalam rahim sampai 10 tahun (tergantung pada jenis IUD) sebelum di lepas dan diganti. Sebuah IUD dapat digunakan tanpa sepengetahuan pria (meskipun kadangkala pria dapat merasakan benangnya).

IUD Sangat efektif, *reversible* dan jangka panjang (dapat sampai 10 tahun: CUT-380A), Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak, Pemasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan, Dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi, Tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar pada infeksi menular seksual (IMS).⁴²

e. Mekanisme Kerja AKDR

AKDR merupakan benda asing didalam rahim sehingga menimbulkan reaksi benda asing dengan timbunan leukosit, makrofag, dan limfosit. AKDR menimbulkan perubahan pengeluaran cairan, prostaglandin, yang menghalangi kapasitas spermatozoa. Pematatan endometrium oleh leukosit, makrofag, dan limfosit menyebabkan blastokis mungkin dirusak oleh makrofag dan blastokis tidak mampu melaksanakan nidasi. Loncu yang dikeluarkan AKDR dengan Cupper menyebabkan gangguan gerak spermatozoa sehingga mengurangi kemampuan untuk melaksanakan konsepsi.³⁵