

## **BAB II**

### **KAJIAN KASUS DAN TEORI**

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

##### **1. Asuhan Kebidanan Kehamilan**

###### **a. Pengkajian tanggal 19 Januari 2024**

Berdasarkan hasil pengkajian mengenai pemantauan kehamilan Ny. Kyang dimulai pada tanggal 19 Januari 2024 didapatkan hasil Ny. Kusia 39 tahun dengan kehamilan keempat di usia kehamilan 37 minggu 4 hari. Ny. K datang ke praktik mandiri bidan ingin memeriksakan kehamilannya dan mengatakan tidak ada keluhan. Riwayat pemeriksaan kehamilan ini, Ny. K pertama kali periksa kehamilan dilakukan pada tanggal 11 Juni 2023 di PMB Sri Mulyani datang dengan keluhan ingin memeriksakan kehamilannya. Berdasarkan hasil pemeriksaan menggunakan test pack menunjukkan garis dua yang berarti positif kemungkinan hamil. Ny. K berusia 39 tahun, pendidikan terakhir SMP dan tidak bekerja. Suami Ny. K bernama Tn. M berusia 44 tahun pendidikan terakhir SD dan bekerja sebagai buruh. Ny. K tinggal bersama suami dan orang tua di Dusun Tunggul Timur, RT 005 RW 023, Semanu, Gunungkidul. Ny. K menikah satu kali dan dengan suami sekarang sudah menikah 20 tahun.

Berdasarkan riwayat menstruasi, menarche 12 tahun, siklus 30 hari, teratur, lama menstruasi 6-7 hari, tidak mengalami dismenore, ganti pembalut 2-3 kali/hari serta mengalami keputihan normal. HPHT 03 Mei 2023, HPL 10 Februari 2024, saat ini umur kehamilan 37 minggu 4 hari. Kehamilan ini merupakan kehamilan keempat bagi Ny. K. Riwayat persalinan sebelumnya Ny. K melahirkan 2 anak hidup, 1 anak tidak hidup, dan tidak pernah keguguran. Anak pertama lahir tahun 2004 lahir spontan di bidan dengan usia kehamilan aterm jenis kelamin laki-laki dengan berat 3500 gram,

terjadi komplikasi pada bayi yaitu asfiksia. Anak kedua lahir tanggal 22 Maret 2007 lahir spontan di bidan dengan usia kehamilan aterm lahir di bidan dengan usia kehamilan aterm jenis kelamin laki-laki. Anak ketiga lahir spontan usia kehamilan aterm dengan berat lahir 3000 gram jenis kelamin perempuan pada tanggal 28 Juli 2016 dan tidak ada komplikasi pada ibu dan bayi.

Kehamilan keempat ini Ny. K mulai memeriksakan kehamilannya pada usia kehamilan 5 minggu di praktik mandiri bidan. Selain itu, Ny. K memeriksakan kehamilannya pada dokter SpOG pada usia kehamilan 9 minggu 3 hari dan melakukan ANC Terpadu di Puskesmas Semanu I pada usia kehamilan 21 minggu 5 hari. Selama hamil Ny. K pernah mengeluh mual, muntah, pusing, pegal, dan sesak. Selama hamil Ny. K mengonsumsi obat yang diberikan oleh bidan/dokter yaitu asam folat, B6, tablet tambah darah, vitamin c, dan kalsium. Selama kehamilan ini Ny. K pernah mengalami anemia hingga Hb 9,6 gr/dl pada usia kehamilan 32 minggu dan sudah teratasi.

Riwayat penggunaan kontrasepsi, Ny. K menggunakan KB IUD pada kehamilan sebelum sebelumnya dan sudah merasa cocok. Berdasarkan riwayat kesehatan, Ny. K tidak pernah dan tidak sedang menderita penyakit hipertensi, DM, asma, jantung, HIV, Hepatitis B, namun pernah terkena kista pada tahun 2022. Keluarga Ny. K tidak pernah atau tidak sedang menderita penyakit hipertensi, DM, asma, jantung, TBC, HIV, hepatitis B, dan tidak ada keturunan kembar.

Hasil pemeriksaan laboratorium pada saat ANC Terpadu Ny. K pada kunjungan K1 pada tanggal 2 Oktober 2023 pada usia kehamilan 21 minggu 5 hari diperoleh hasil HB 10,5 gr/dl, HBSAG: NR, PITC: NR, Sipilis; NR, Urin Protein negative. Berdasarkan pengkajian data objektif pada tanggal 11 Juni 2023, BB awal hamil: 53 kg, TB: 150 cm, Lila: 26 cm, HB 13 gr/dl. Berdasarkan pengkajian data objektif pada tanggal 19 Januari 2024 pada usia

kehamilan 37 minggu 4 hari, keadaan umum ibu baik, ibu tidak ada keluhan, TD: 140/80 mmHg, Nadi 78 kali/menit, Respirasi: 20 kali/menit, Suhu 36,6°C, BB saat ini 62,45 kg. Berdasarkan palpasi Leopold TFU 32 cm, punggung kanan, presentasi kepala, dan belum masuk panggul. DJJ: 150 kali/menit, teratur, tidak ada edema di ekstremitas. KIE yang diberikan di usia kehamilan sekarang ibu dianjurkan jalan-jalan pagi untuk membantu penurunan kepala bayi, mengurangi makanan asin karena dapat mempengaruhi tensi tinggi, tetap menjaga kesehatan agar tidak merasa kelelahan, memberikan obat berupa tablet tambah darah berupa etabion 10 tablet diminum 2x1 dan kalsium 500 mg 10 tablet diminum 1x1, dan menganjurkan kontrol ulang 1 minggu lagi pada tanggal 27 Januari 2024.

b. Pengkajian tanggal 27 Januari 2024

Ibu datang ke PMB Sri Mulyani ingin melakukan pemeriksaan kehamilan dan saat ini mengeluh pusing. Ibu mengatakan gerakan janin aktif >10 kali dalam 12 jam. Saat ini umur kehamilan 38 minggu 2 hari. Berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan umum baik, BB: 61 kg, TD 130/80 mmHg, nadi 80 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, suhu 36,7°C. Berdasarkan palpasi Leopold TFU 30 cm, punggung kanan, presentasi kepala, dan sudah masuk panggul. DJJ: 144 kali/menit.

Penatalaksanaan yang diberikan berupa KIE kepada ibu untuk memantau gerakan janin, memenuhi asupan nutrisi dan cairan, apabila merasakan kenceng-kenceng ibu diharapkan untuk mengatur pola nafasnya secara teratur, menganjurkan suami atau keluarga untuk menemani, memberi perhatian lebih kepada ibu, dan membantu memijat bagian tulang belakang apabila ada kontraksi untuk meringankan nyeri. Memberi KIE kepada ibu apabila ada cairan yang mengalir dan tidak bisa ditahan harap segera ke fasilitas kesehatan, memberi KIE tanda-tanda persalinan seperti kenceng-kenceng teratur, pengeluaran lendir darah, adanya pengeluaran air

yang tidak bisa ditahan dan bukan air kencing. Selain itu, memberi KIE persiapan persalinan seperti menyiapkan peralatan ibu dan bayi, menyiapkan kendaraan, menyiapkan keluarga yang akan mendampingi, dan menyiapkan berkas-berkas yang diperlukan. Selain itu ibu diberikan obat berupa tablet tambah darah berupa etabion 10 tablet diminum 2x1, kalsium 500 mg 10 tablet diminum 1x1, dan paracetamol 10 tablet diminum 3x1 untuk mengurangi pusing, serta menganjurkan kontrol ulang 1 minggu lagi pada tanggal 5 Februari 2024.

## 2. Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL

### a. Kala I

Ibu datang ke PMB Sri Mulyani tanggal 1 Februari 2024 pukul 20.00 WIB dengan keluhan kencing-kencing. Saat ini umur kehamilan 39 minggu 1 hari. Berdasarkan pengkajian data objektif, keadaan umum ibu baik, TD: 120/70 mmHg, N: 82 kali/menit, RR: 20 kali/menit, S: 36,7°C. Berdasarkan palpasi leopold: TFU 30 cm, punggung kanan, presentasi kepala, sudah masuk panggul. Dilakukan observasi his dan DJJ, His: 2-3 kali dalam 10 menit 25 detik, DJJ: 147x/menit. Pemeriksaan dalam pada pukul 20.00 WIB dengan hasil vulva tenang, dinding vagina licin, pembukaan 2 cm, portio lunak, selaput ketuban utuh, tidak ada penumbungan tali pusat, penurunan kepala hodge I, presentasi kepala, lendir darah (+), SLTD (+).

Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny. K yaitu memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu, menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan minum saat tidak ada his, memberikan dukungan dan afirmasi positif pada ibu, mengajarkan ibu cara mengedan yang efektif, menganjurkan ibu miring kiri ketika ingin beristirahat, istirahat saat tidak ada kencing, apabila ibu merasakan kencing-kencing, ibu diharapkan untuk mengatur pola nafas melakukan pijatan ringan pada tulang belakang saat ibu kontraksi untuk mengurangi rasa nyeri ibu. Selain itu, menganjurkan

Ny. K untuk istirahat saat sedang tidak ada kontraksi, menganjurkan suami ataupun keluarga untuk menemani ibu selama proses persalinan. Menganjurkan suami atau keluarga membantu memberi makan minum kepada Ny. K, mengatur posisi ibu senyaman mungkin, mengusap punggung ibu, bersama-sama dengan ibu melakukan latihan relaksasi, serta membantu kebutuhan ibu dan mendengarkan keluhan yang dirasakan ibu bersalin saat ada kontraksi. Selama proses berlangsung suami dan keluarga Ny. K mendampingi ibu dan memberikan dukungan emosional.

Pada tanggal 02 Februari 2024 pukul 00.00 WIB dilakukan observasi kemajuan pembukaan dengan pemeriksaan dalam dan pemeriksaan tanda-tanda vital ibu. Hasil pemeriksaan didapatkan bahwa ibu dalam keadaan baik, kesadaran composmentis, TD 120/80 mmHg, nadi 78 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, suhu 36,6°C. His 2-3 kali dalam 10 menit 30 detik, DJJ 149x/menit, punggung kanan, TFU 30 cm. Pemeriksaan dalam dengan hasil vulva tenang, dinding vagina licin, pembukaan 2 cm, portio lunak, selaput ketuban utuh, tidak ada penumbungan tali pusat, penurunan kepala hodge IV, presentasi kepala, lendir darah (+), SLTD (+). Pemberian penatalaksanaan sesuai dengan sebelumnya seperti menganjurkan ibu makan dan minum, mengontrol pernapasan, istirahat bila tidak ada kontraksi. Menyampaikan kembali kepada ibu bahwa ibu tidak perlu khawatir dan akan tetap dilakukan pemantauan kemajuan pembukaan tiap 4 jam.

Pada pukul 04.00 WIB dilakukan pemeriksaan umum dan pemeriksaan dalam pada ibu. Ibu mengatakan tidak ada keluhan dan masih dapat istirahat dengan nyaman. Hasil pemeriksaan umum ibu keadaan baik, kesadaran composmentis, TD 120/80 mmHg, nadi 78 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, suhu 36,6°C. His 2-3 kali dalam 10 menit 30 detik, DJJ 149x/menit, punggung kanan, TFU 30 cm.

Pemeriksaan dalam dengan hasil vulva tenang, dinding vagina licin, pembukaan 3 cm, portio lunak, selaput ketuban utuh, tidak ada penumbungan tali pusat, penurunan kepala hodge IV, presentasi kepala, lendir darah (+), SLTD (+). Penatalaksanaan yang diberikan menganjurkan ibu makan dan minum, istirahat apabila tidak ada kontraksi, mengatur pola napas apabila ada kenceng, tetap hati-hati jika ingin ke kamar mandi, dan menganjurkan suami tetap mendampingi istri.

Pada tanggal 2 Februari 2024, pukul 08.00 WIB ketuban ibu pecah dan dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva/uretra tenang, vagina licin, portio tidak teraba, pembukaan 9 cm, air ketuban (+), presentasi kepala, hodge IV, penunjuk UUK jam 11, selket (-), STLD (+). Ny. K dilakukan pemantauan dan pemeriksaan DJJ. Memberi KIE untuk tetap makan dan minum saat tidak ada his, atur pola nafas saat kenceng-kenceng, istirahat saat tidak ada kenceng, apabila ibu, menganjurkan suami atau keluarga untuk menemani, memberi perhatian, dan membantu memijat bagian tulang belakang apabila ada kontraksi untuk meringankan nyeri. Selalu memberi semangat dan afirmasi positif kepada ibu.

b. Kala II

Pada pukul 09.00 WIB Ny. K mengeluh ingin mengejan dan dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil vulva/uretra tenang, vagina licin, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, air ketuban (+), presentasi kepala, hodge IV, penunjuk UUK jam 11, selket (-), STLD (+). Dilanjutkan pertolongan persalinan sesuai APN. Ny K usia 39 tahun G4P3Ab0Ah2 dalam persalinan kala 2. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberitahukan ibu hasil pemeriksaan dan menjelaskan tindakan yang akan dilakukan yaitu melahirkan bayi. Menganjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman, dan bidan sebagai penolong membantu memposisikan ibu dalam posisi dorsal recumbent. Mengajarkan ibu cara meneran yang baik dan

benar yaitu melihat ke arah perut dan jangan memejamkan mata saat meneran, meneran saat kontraksi dan istirahat ketika kontraksi tidak ada. Suami mendampingi ibu dan memberi dukungan, makan, minum, serta semangat dalam menjalani proses persalinan.

Selama proses persalinan berlangsung penurunan kepala bayi belum kunjung turun walaupun his sudah adekuat. Terhambatnya penurunan kepala bayi selalu dipantau oleh bidan. Penatalaksanaan yang diberikan pada proses ini selalu memantau kondisi janin dan ibu. Saat ibu merasakan kontraksi, bidan selalu menganjurkan untuk mengejan sekuat tenaga dan setelah kontraksi hilang, bidan selalu memantau kondisi janin dengan mengecek DJJ. DJJ dalam batas normal dan irama beraturan. Bidan tetap memberikan dukungan kepada ibu dan menganjurkan ibu untuk makan dan minum saat tidak ada kontraksi. Ibu melakukan yang dianjurkan bidan, namun makan dalam porsi sedikit dan hanya beberapa kali di awal. Selama proses persalinan bidan selalu mengecek kemajuan persalinan. Setelah satu jam lamanya proses persalinan Ny. K yang tidak kunjung lahir, bidan memutuskan untuk menghubungi beberapa rumah sakit untuk melakukan rujukan. Pada kasus ini analisa telah menjadi Ny. K usia 39 tahun G4P3Ab0Ah2 dalam persalinan kala 2 lama. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menyiapkan berkas rujukan dan juga transportasi sembari menunggu jawaban dari rumah sakit. Bidan menganjurkan ibu untuk makan dan menyiapkan ibu makan berupa nasi dan setelah diberi dukungan untuk tetap makan, ibu akhirnya mengkonsumsi nasi yang diberikan dan memberikan minum berupa air putih dan teh hangat. Setelah ibu makan dan kontraksi muncul kembali, akhirnya ibu ada kemajuan dalam proses persalinan. Bidan dan keluarga memberikan dukungan penuh dan rangsangan agar kontraksi cepat muncul dan bayi dapat segera lahir. Setelah beberapa saat akhirnya bayi lahir pukul 10.30 WIB menangis kuat, warna kulit

kemerahan, tonus otot kuat. Jenis kelamin perempuan.

c. Kala III

Pada kala III ibu merasa lega dan senang atas kelahiran bayinya. Ibu mengatakan merasa mulas. Setelah bayi dilahirkan dilakukan jepit potong tali pusat. Setelah tali pusat bayi di klem, membaringkan bayi di dada ibu untuk dilakukan IMD. Setelah mengecek bahwa janin tunggal dilakukan penyuntikan oksitosin di paha kiri ibu 10 IU secara IM. Terdapat semburan darah dari jalan lahir kemudian dilakukan Penegangan Tali Pusat Terkendali (PTT) dan melahirkan plasenta. Plasenta lahir lengkap pada jam 10.35. Setelah plasenta lahir dilakukan masase uterus, dan kontraksi uterus baik. Melakukan periksa dalam untuk mengecek apakah ada selaput atau bagian plasenta yang tertinggal, hasilnya tidak ada bagian selaput atau plasenta yang tertinggal.

d. Kala IV

Pada fase ini ibu merasa lebih tenang dan lega. Setelah plasenta lahir dilakukan pemeriksaan jalan lahir dengan hasil perineum ibu utuh, perdarahan dalam batas normal, kontraksi keras. Kemudian dilanjutkan dengan observasi kala IV selama 2 jam. Observasi yang dilakukan diantaranya memantau tanda-tanda vital, tinggi fundus uteri, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan. Untuk mencegah perdarahan yang sering terjadi pada 2 jam pertama maka dilakukan observasi kala IV.

Berdasarkan hasil pemeriksaan data objektif 15 menit pertama di 1 jam pertama pukul 10.35 WIB didapatkan hasil TD: 120/70 mmHg, N: 80 kali/menit, R: 20 kali/menit, S: 36,6°C, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong, perdarahan 20 cc. Selanjutnya pada pukul 10.50 WIB 15 menit kedua di 1 jam pertama didapatkan hasil TD: 120/90 mmHg, N: 80 kali/menit, R: 20 kali/menit, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong, perdarahan 20 cc. Selanjutnya



pada pukul 11.05 WIB 15 menit ketiga dalam 1 jam pertama didapatkan hasil TD: 110/80 mmHg, N: 80 kali/menit, R: 20 kali/menit, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong, perdarahan 20 cc. Selanjutnya pada pukul 11.20 WIB 15 menit keempat pada 1 jam pertama didapatkan hasil TD: 110/70 mmHg, N: 80 kali/menit, R: 20 kali/menit, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong, perdarahan 20 cc. Kemudian 30 menit pertama pada 1 jam kedua pada pukul 11.50 WIB didapatkan hasil didapatkan hasil TD: 110/90 mmHg, N: 80 kali/menit, R: 20 kali/menit, S: 36,7°C, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong, perdarahan 10 cc. Selanjutnya pada pukul 12.20 WIB 30 menit kedua di satu jam kedua didapatkan hasil TD: 100/90 mmHg, N: 80 kali/menit, R: 20 kali/menit, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong, perdarahan 10 cc. Sehingga, selama observasi kala IV, didapatkan hasil yang baik.

Memberi KIE pemenuhan nutrisi dan cairan karena ibu saat persalinan memerlukan tenaga untuk mengejan, menganjurkan ibu untuk tidak tidur dalam dua jam karena proses pemantauan setelah persalinan, dan menganjurkan ibu segera memberikan ASI walaupun ASI hanya sedikit yang keluar. Selain itu, menganjurkan ibu menjaga personal hygiene dengan menjaga kebersihan tubuh dan kemaluan.

e. Pengkajian tanggal 2 Februari 2024 (BBL)

Bayi Ny. K lahir tanggal 2 Februari 2024 jam 10.30 WIB secara spontan di PMB Sri Mulyani. Bayi Ny. K lahir menangis kuat, tonus otot dan gerakan aktif, kulit kemerahan, APGAR 1 menit/5 menit/10 menit: 8/9/10. Jenis kelamin perempuan. Bayi dilakukan IMD kurang lebih selama satu jam. Kemudian bayi diberikan salep mata, injeksi vit K1, dan imunisasi HB 0 satu jam setelah pemberian injeksi vitamin K1. KU bayi baik dan tidak mengalami tanda bahaya. Dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital HR: 112 kali/menit, RR: 45

kali/menit, S: 36,7°C. Dilakukan pemeriksaan antropometri BB: 3500 gram PB: 47 cm LK: 30 cm LD: 31 cm LLA: 11 cm. Berdasarkan pemeriksaan fisik tidak ada kelainan. Mengecek refleks hisap bayi pada saat bayi menyusui dan mengecek refleks rooting untuk stimulasi mulut bayi mengikuti arah sentuhan. Bayi sudah BAK dan BAB. Kemudian menjaga kehangatan bayi dengan segera memakaikan pakaian bayi dan menghindari sumber dingin.

### 3. Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui

#### a. Pengkajian tanggal 2 Februari 2024 (KF I)

Pengkajian dilakukan saat ibu masih berada di PMB Sri Mulyani, Ny. K usia 39 tahun P4Ab0Ah3 nifas 6 jam. Ibu sudah dapat mobilisasi dengan bantuan suami ke kamar mandi. Kontraksi uterus keras dan ASI masih sedikit yang keluar (Kolostrum). Berdasarkan hasil pemeriksaan TD: 110/70 mmHg, N: 84 kali/menit, R: 20 kali/menit, S: 36,6°C Perdarahan yang keluar berwarna merah (lochea rubra) dalam batas normal. Tidak ada tanda-tanda infeksi.

Penatalaksanaan yang diberikan berupa KIE kebersihan diri dan daerah kewanitaan dengan mengganti pembalut saat penuh, menjaga kebersihan badan dan daerah kewanitaan, memberikan ASI eksklusif agar tercipta *bonding* antara ibu dan bayi, tanda-tanda bahaya nifas seperti perdarahan, demam, luka jahitan berbau, dan payudara mengeras., pemenuhan nutrisi dan cairan, pola istirahat dan aktivitas karena ibu nifas perlu istirahat paling tidak 8 jam per hari untuk membantu pengeluaran ASI, cara melancarkan ASI dengan selalu memerahnya walaupun ASI yang keluar sedikit dan dapat dikompres hangat sebelum memerah ASI, serta memberikan ibu 10 tablet asam mefenamat dengan dosis 3x500mg, 2 kapsul vit A dengan dosis 1x200.000 IU, dan tambah darah dengan dosis 1x60 mg.

#### b. Pengkajian tanggal 6 Februari 2024 (KF II)

Ny. K datang ke PMB Sri Mulyani bersamaan dengan memeriksakan bayinya. Ny. K mengatakan tidak ada keluhan. Ny. K

usia 39 tahun P4Ab0Ah3 nifas hari ke 4 normal. Ibu mengatakan ASI keluar lancar. Pada malam hari ibu tidur selama 4-5 jam dan siang hari 1 jam. Ibu sudah bisa berjalan dan melakukan aktivitas normal. Ibu makan 3 kali sehari dengan porsi cukup dan ibu tidak berpantang makanan dan minuman apapun. BAK dan BAB tidak ada keluhan. Berdasarkan hasil pemeriksaan TD: 120/80 mmHg, N: 82 kali/menit, R: 20 kali/menit, S: 36,6°C, puting susu tidak ada lecet, TFU pertengahan pusat simfisis, pengeluaran darah kuning kecoklatan (lochea sanguinolenta) dalam batas normal.

KIE personal hygiene dengan mengganti pembalut saat penuh, menjaga kebersihan badan dan daerah kewanitaan, menjaga pola istirahat dan aktivitas karena ibu nifas perlu istirahat paling tidak 8 jam per hari untuk membantu pengeluaran ASI, memberikan ASI eksklusif agar tercipta *bonding* antara ibu dan bayi, cara melancarkan ASI dengan selalu memerahnya walaupun ASI yang keluar sedikit dan dapat dikompres hangat sebelum memerah ASI, memberi KIE tanda bahaya nifas seperti perdarahan, demam, luka jahitan berbau, dan payudara mengeras. Menyarankan agar suami ikut bergantian membantu merawat bayi, dan memotivasi ibu untuk tetap ASI eksklusif selama 6 bulan pertama.

c. Pengkajian tanggal 9 Februari 2024 (KF III)

Pengkajian dilakukan saat saat berkunjung ke kediaman Ny. K. Ny. Kusia 39 tahun P4Ab0Ah3 nifas hari ke 8 hari normal. Ibu mengatakan tidak ada keluhan. ASI keluar lancar. Ibu sudah bisa melakukan aktivitas normal. Pemenuhan nutrisi tidak ada keluhan. BAB dan BAK tidak ada keluhan. Ibu mengatakan perdarahan tidak banyak berwarna kuning kecoklatan (lochea serosa).

Memberi KIE personal hygiene dengan mengganti pembalut saat penuh, menjaga kebersihan badan dan daerah kewanitaan, menjaga pola istirahat dan aktivitas karena ibu nifas perlu istirahat paling tidak 8 jam per hari untuk membantu pengeluaran ASI, memberikan ASI

eksklusif agar tercipta *bonding* antara ibu dan bayi, cara melancarkan ASI dengan selalu memerahnya walaupun ASI yang keluar sedikit dan dapat dikompres hangat sebelum memerah ASI. Selain itu memberika KIE pemenuhan nutrisi dan cairan, memberitahu ibu tentang pengeluaran perdarahan dari vagina yang masih normal. Menyarankan agar suami ikut bergantian membantu merawat bayi, dan memotivasi ibu untuk tetap ASI eksklusif selama 6 bulan pertama.

d. Pengkajian tanggal 16 Maret 2024 (KF IV)

Pengkajian dilakukan menggunakan media *WhatsApp* Ny. Kusia 39 tahun P4Ab0Ah3 nifas hari ke 42 hari normal. Ibu mengatakan tidak ada keluhan, namun masih bingung dalam memilih alat kontrasepsi dan masih ingin berdiskusi dengan suami. ASI keluar lancar. Pemenuhan nutrisi tidak ada keluhan. BAB dan BAK tidak ada keluhan. Ibu mengatakan ingin menggunakan alat kontrasepsi implan. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memotivasi ibu untuk selalu memberikan ASI eksklusif pada bayinya, menjaga pola aktivitas, istirahat yang seimbang, konseling pemilihan alat kontrasepsi, dan penapisan awal.

4. Asuhan Kebidanan Neonatus

a. Pengkajian tanggal 2 Februari 2024 (KN I)

Bayi Ny. K usia 6 jam cukup bulan sesuai masa kehamilan lahir secara spontan. Bayi dalam keadaan sehat dan tidak ada keluhan. Bayi menyusu kuat. Tidak ada tanda-tanda infeksi. Memberi KIE untuk menyusu bayi sesering mungkin atau 2 jam sekali on demand, menjaga kehangatan badan dengan menjauhi sumber dingin, tanda bahaya bayi seperti tali pusat berbau, badan terlihat kuning, tidak mau menyusu, menangis merintih, badan demam, dan kejang. Selain itu memberi KIE kepada ibu dan keluarga bahwa tidak perlu khawatir apabila bayi menyusu sedikit karena bayi masih memiliki energi yang tersimpan dalam tubuh.

b. Pengkajian tanggal 6 Februari 2024 (KN II)

Bayi Ny. K usia 4 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan lahir secara spontan. Bayi dalam keadaan sehat dan tidak ada keluhan. Bayi menyusu kuat. Tali pusat bersih, belum puput, dan tidak kuning dan tidak ada tanda-tanda infeksi. Tidak ada masalah BAK dan BAB. Dilakukan pemeriksaan antropometri BB: 3500 gram PB: 47 cm. Memberi KIE menjaga kehangatan bayi, menjaga personal hygiene dengan rajin mengganti popok dan memandikan bayi, memberikan ASI secara on demand, dan menjadwalkan bayi imunisasi BCG di usia 1 bulan.

c. Pengkajian tanggal 9 Februari 2024 (KN III)

Bayi Ny. K usia 8 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan, lahir secara spontan. Pemenuhan nutrisi: ASI on demand, BAK 4-6 kali/hari, BAB 2 kali/hari, tekstur lunak warna kekuningan. Berdasarkan pengkajian data objektif tidak ikterik, tali pusat telah puput pada hari ke-5, tidak ada tanda-tanda infeksi. Memberi KIE menjaga kehangatan bayi, menjaga personal hygiene, memberikan ASI secara on demand, dan memantau perkembangan dan tanda-tanda infeksi.

5. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Tanggal 21 Maret 2024 Ny. K datang ke PMB Sri Mulyani, setelah berdiskusi dengan suami. Ny. K memilih untuk menggunakan alat kontrasepsi implan, supaya tidak mengganggu produksi ASI dan penggunaan jangka panjang. Ibu belum mendapatkan haid kembali. Ibu tidak pernah menderita atau sedang menderita penyakit hipertensi, jantung, DM, kanker payudara, tumor payudara, miom. Berdasarkan hasil pemeriksaan TD: 130/80 mmHg, N: 80 kali/menit, R: 20 kali/menit, S: 36,6°C. Berat badan 54,3 kg, tinggi badan 150 cm. Penatalaksanaan yang dilakukan berupa KIE alat kontrasepsi implan, penapisan awal alat kontrasepsi dengan hasil baik dan ibu boleh menggunakan alat kontrasepsi implan. KIE yang diberikan kepada ibu berupa efek samping yang terjadi setelah pemasangan implan seperti ada memar pada area

luka dan menghindari membawa atau mengangkat beban yang terlalu berat pada lengan yang dilakukan pemasangan alat kontrasepsi implan.

## **B. Kajian Teori**

### **1. Asuhan Berkesinambungan**

Asuhan berkesinambungan atau *Continuity of Care (COC)* adalah praktik kebidanan dengan memberikan asuhan secara holistik atau komprehensif disepanjang siklus hidup perempuan guna membangun kemitraan yang berkelanjutan untuk memberikan dukungan dan membina hubungan saling percaya antara bidan dengan klien<sup>15</sup>. Menurut Reproductive, Maternal, Newborn, And Child Health (RMNCH) dan WHO dalam Astuti (2017), sama sama menjelaskan bahwa *Continuity of Care (COC)* dimulai saat prakehamilan hingga persalinan, periode postnatal, dan masa kanak-kanak. *Continuity of Care (COC)* juga menyediakan tempat pelayanan yang menghubungkan berbagai tingkat pelayanan mulai dari rumah, masyarakat, dan sarana kesehatan. *Continuity of Care (COC)* dapat membantu bidan dalam memberikan asuhan secara berkesinambungan<sup>16</sup>.

Menurut Kartika dalam Aprianti (2023), model asuhan kebidanan komprehensif bertujuan meningkatkan asuhan yang berkesinambungan selama periode tertentu. Asuhan secara komprehensif dimana bidan sebagai tenaga profesional, memimpin dalam perencanaan, organisasi dan pemberian asuhan selama kehamilan, kelahiran, periode postpartum, termasuk bayi dan program keluarga berencana, mampu memberikan kontribusi untuk kualitas asuhan yang lebih baik<sup>17</sup>. Menurut Diana dalam Mas'udatun, dkk (2023) menjelaskan bahwa penerapan asuhan kebidanan secara berkelanjutan merupakan salah satu langkah untuk mengurangi AKI dan AKB<sup>18</sup>.

### **2. Kehamilan**

#### **a. Pengertian**

Menurut Faderasi Obstetri Ginekologi Internasional dalam Aprianti1 (2023), kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau

penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi<sup>17</sup>. Hal yang sama dijelaskan oleh Prawirohardjo, (2016) bahwa kehamilan adalah hasil dari proses pertemuan sel sperma dan ovum dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi, berlangsung selama 40 minggu. Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah proses alamiah yang dapat terjadi pada wanita yang sudah pubertas mulai dari pertemuan sel sperma dan ovum hingga tumbuh kembang janin sampai aterm selama lebih kurang 40 minggu.

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. Ditinjau dari umur kehamilan, kehamilan dibagi menjadi 3 trimester<sup>19</sup>:

- 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<sup>20</sup>. 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.

c. Tanda-Tanda Kehamilan

Marjati (2010) dalam Mas'udatun (2023), ada tiga jenis tanda dan gejala kehamilan, yaitu tanda persumtif, tanda kemungkinan, dan tanda pasti.

1) Tanda Persumtif<sup>21</sup>

- 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.
- f) Anoreksia Nervousa, pada bulan-bulan pertama terjadi anoreksia (tidak nafsu makan), tetapi setelah itu nafsu makan muncul kembali<sup>19</sup>.
- 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<sup>19</sup>.



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 Kehamilan

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 portio juga akan tampak livide. Hal ini disebabkan oleh adanya pengaruh hormone estrogen.

e) Tanda Piskaseck, 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).

3) Tanda Pasti Kehamilan

- a) Gerakan janin dalam rahim, 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 cangkih, yaitu rontgen untuk melihat kerangka janin, ultrasonografi.

d. Perubahan Anatomi dan Fisiologi

1) Perubahan pada Sistem Reproduksi

a) Uterus

Ukuran uterus pada kehamilan cukup bulan: 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc, berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (40 minggu). Bentuk dan konsistensi uterus pada bulan-bulan pertama kehamilan, bentuk rahim seperti buah alpukat, pada kehamilan 4 bulan. Rahim berbentuk bulat, dan pada akhir kehamilan seperti bujur telur. Pada minggu pertama, isthmus rahim mengadakan hipertrofi danbertambah panjang sehingga jika di raba terasa lebih lunak disebut Tanda Hegar. Pada kehamilan 5 bulan, rahim teraba seperti berisi cairan ketuban, dinding rahim terasa tipis, karena itu, bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim<sup>22</sup>.

Tabel 1 Tinggi Fundus Uteri Sesuai Usia Kehamilan

| <b>Umur Kehamilan</b> | <b>Tinggi Fundus Uteri</b>          |
|-----------------------|-------------------------------------|
| 12 minggu             | 1- 2 jari di atas symphysis         |
| 16 minggu             | Pertengahan antara simfisis – pusat |
| 20 minggu             | 3 jari dibawah pusat                |
| 24 minggu             | Setinggi pusat                      |
| 28 minggu             | 3 jari diatas pusat                 |

|           |                                 |
|-----------|---------------------------------|
| 32 minggu | Pertengahan Px dan pusat        |
| 36 minggu | 3 jari dibawah Px               |
| 40 minggu | Pertengahan antara Px dan pusat |

---

Dalam memantau tumbuh kembang janin dengan mengukur Tinggi Fundus Uteri (TFU) dalam satuan sentimeter (cm) dengan alat pengukur metlin bahwa TFU sama dengan  $\pm 2$  cm dari usia kehamilan saat itu.

b) Vagina dan vulva

Karena pengaruh estrogen, terjadi perubahan pada vagina dan vulva. Akibat hipervaskularisasi, vagina dan vulva terlihat lebih merah atau kebiruan. Warna livid pada vagina dan portio serviks disebut Tanda Chadwick.

2) Mammae

Mammae akan membesar, tegang, berat, memiliki unsur laktogenik, dan memengaruhi sejumlah perubahan metabolik akibat adanya hormon somatomotropin korionik (human placental lactogen atau HPL). Dapat teraba nodule-nodule, akibat hipertrofi kelenjar alveoli, bayangan vena-vena lebih membiru. Hiperpigmentasi terjadi padaputing susu dan areola payudara. Kalau diperas, keluar air susu jolongkolostrum yang berwarna kuning. Progesteron dan estrogen juga menstimulasi melanosit sehingga puting dan areola mammae primer menjadi gelap. Pada kehamilan 12 minggu ke atas keluar cairan berwarna putih agak jernih dari puting yang disebut kolostrum<sup>22</sup>.

3) Sistem Muskuloskeletal

Ligamen pelvis mengalami relaksasi dalam pengaruh relaksin dan estrogen, yang memungkinkan pelvis meningkat kemampuan mengakomodasi bagian presentasi selama kala akhir kehamilan dan persalinan. Simfisis pubis akan melebar

dan sendi sakro-koksigeal menjadi longgar, memungkinkan koksigis tergeser. Perubahan ini menyebabkan rasa tidak nyaman di punggung bawah seperti nyeri punggung bawah dan nyeri ligamen.

#### 4) Traktus Urinaria

Pada akhir kehamilan, akan terjadi poliuria akibat kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul menekan kandung kemih dan disebabkan oleh adanya peningkatan sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan, sehingga filtrasi di glomerulus juga meningkat.

#### 5) Sistem Metabolisme

Umumnya, kehamilan mempunyai efek pada metabolisme, karena itu wanita hamil perlu mendapat makanan yang bergizi dalam kondisi sehat. Pada ibu hamil, tingkat Basal Metabolic Rate (BMR) meninggi hingga 15-25% terutama pada trimester akhir dan membutuhkan banyak kalori untuk dipenuhi sesuai kebutuhannya. Dibutuhkan protein yang banyak untuk pertumbuhan fetus, alat kandungan, payudara, dan badan ibu, serta untuk persiapan laktasi. Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sedangkan pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing 0,5 kg dan 0,3 kg.

#### 6) Sistem Integumen

Pigmentasi kulit dipengaruhi oleh meningkatnya melanophore stimulating hormone (MSH) yang dikeluarkan oleh hipofisis anterior. Deposit pigmen ini dapat terjadi pada muka yang disebut kloasma gravidarum, areola mammae, linea alba, linea nigra dan pada perut seperti retak-retak yang disebut striae livide, dan vulva.

e. Standar Asuhan pada Kehamilan

1) *Antenatal Care* (ANC)

ANC merupakan program pelayanan kesehatan ibu hamil yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan bayi melalui pemantauan rutin selama kehamilan. Berdasarkan kebijakan program ANC, setiap ibu hamil harus memiliki minimal 6 kunjungan selama kehamilannya. Kunjungan tersebut terbagi dalam tiga trimester: satu kali pada tiga bulan pertama pertama (0 antara dua belas minggu), dua kali pada tiga bulan kedua (>dua belas minggu- duapuluh empat minggu), dan tiga kali pada tiga bulan ketiga (lebih dari dua puluh empat minggu hingga kelahiran). Jika diperlukan, ibu hamil dapat melakukan lebih dari enam kunjungan. Selain itu, ibu hamil berinteraksi dengan dokter paling sedikit dua kali, yaitu satu kali di tiap tiga bulan pertama dan satu kali di tiga bulan tahap ketiga. Pelayanan ANC mencakup sejumlah tindakan standar, seperti pengukuran berat badan dan tinggi badan, pengukuran tekanan darah, penilaian status gizi (mengukur lingkar lengan atas), penentuan tinggi fundus uteri, deteksi presentasi janin dan denyut jantung janin, pengecekan status imunisasi terhadap tetanus, pemberian tablet tambahan darah, dan berbagai tes laboratorium sesuai indikasi. Selain itu, pelayanan ini juga mencakup konseling tentang hasil pemeriksaan, perawatan selama kehamilan dan pasca persalinan, gizi ibu hamil, kesiapan mental, pengenalan tanda bahaya selama kehamilan, persalinan, dan nifas, persiapan persalinan, perawatan bayi baru lahir, inisiasi menyusui dini, dan praktik pemberian ASI eksklusif.<sup>23</sup>

2) ANC Terpadu

Semua ibu hamil 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. Masalah yang mungkin dialami ibu hamil antara lain<sup>24</sup>:

- a) Masalah gizi: anemia, KEK, obesitas, kenaikan berat badan tidak sesuai standar
- b) Faktor risiko: usia ibu  $\leq 16$  tahun, usia ibu  $\geq 35$  tahun, anak terkecil  $\leq 2$  tahun, hamil pertama  $\geq 4$  tahun, interval kehamilan  $> 10$  tahun, persalinan  $\geq 4$  kali, gemeli/kehamilan ganda, kelainan letak dan posisi janin, kelainan besar janin, riwayat obstetrik jelek (keguguran/gagal kehamilan), komplikasi pada persalinan yang lalu (riwayat vakum/forsep, perdarahan pasca persalinan dan atau transfusi), riwayat bedah sesar, hipertensi, kehamilan lebih dari 40 minggu.
- c) Komplikasi kebidanan: ketuban pecah dini, perdarahan pervaginam, hipertensi dalam kehamilan/pre eklampsia/eklampsia, ancaman persalinan prematur, distosia, plasenta previa, dll.
- d) Penyakit tidak menular: hipertensi, diabetes mellitus, kelainan jantung, ginjal, asma, kanker, epilepsi, dll.
- e) Penyakit menular: HIV, sifilis, hepatitis B, tetanus maternal, malaria, TB, demam berdarah, tifus abdominalis, dll.
- f) Masalah kesehatan jiwa: depresi, gangguan kecemasan, psikosis, skizofrenia.

### 3) Penggunaan Buku KIA

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

### 4) 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.

#### 5) 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.

#### 6) 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.<sup>12,13</sup> Untuk mencapai tujuan pelayanan kehamilan yang optimal maka ditetapkan jenis pelayanan ibu hamil yang memenuhi standar pelayanan 11 dengan pelayanan 10T. Menurut Kemenkes (2020), pelayanan yang diberikan sesuai standar 10T tersebut yaitu sebagai berikut<sup>24</sup>:

##### a) 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.

b) 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.

c) 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 36 minggu.

d) 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.

- e) 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.

- f) 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.

- g) 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  $\pm 12$  minggu atau dengan leanec pada umur kehamilan  $\pm 20$  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.

h) 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.

i) 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 serta pemeriksaan gula darah.

j) 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.

7) Faktor risiko

Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/ bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan morbiditas

dan mortalitas pada ibu dan/ atau bayinya<sup>25</sup>.

a) Kelompok I

Ada Potensi Gawat Obstetrik/ APGO, terdapat 10 faktor risiko yaitu 7 Terlalu dan 3 Pernah. Kelompok ini pada kehamilan yang mempunyai masalah yang perlu diwaspadai. Selama kehamilan, Ibu hamil sehat tanpa ada keluhan yang membahayakan tetapi harus waspada karena ada kemungkinan dapat terjadi penyulit atau komplikasi dalam persalinan.

b) Kelompok II

Ada Gawat Obstetrik/ AGO, terdapat 8 faktor risiko yaitu tanda bahaya pada saat kehamilan, ada keluhan tetapi tidak darurat.

c) Kelompok III

Ada Gawat Darurat Obstetrik/ AGDO, terdapat 2 faktor risiko, ada ancaman nyawa ibu dan bayi.

3. Persalinan<sup>18</sup>

a. Pengertian

Pelayanan Kesehatan Persalinan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada ibu sejak dimulainya persalinan hingga 6 (enam) jam sesudah melahirkan<sup>9</sup>. Persalinan adalah sebuah proses melahirkan bayi oleh seorang ibu yang sangat dinamis dengan proses pergerakan keluarnya janin, plasenta, membran dari dalam rahim melalui jalan lahir<sup>26</sup>. Meskipun 85% persalinan akan berjalan tanpa penyulit namun komplikasi dapat terjadi selama proses persalinan. Oleh karena itu, pendekatan yang dilakukan adalah setiap tempat penyelenggara pelayanan persalinan harus memiliki sumber daya dan kemampuan untuk mengenali sedini mungkin dan memberikan penanganan awal bagi penyulit yang timbul.

Persalinan dilakukan sesuai dengan standar persalinan

normal atau standar persalinan komplikasi. Standar persalinan normal adalah Asuhan Persalinan Normal (APN) sesuai standar dan memenuhi persyaratan, meliputi<sup>9</sup>:

- 1) Dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan
- 2) Tenaga adalah tim penolong persalinan, terdiri dari dokter, bidan dan perawat, apabila ada keterbatasan akses dan tenaga medis, persalinan dilakukan oleh tim minimal 2 orang tenaga kesehatan yang terdiri dari bidan-bidan, atau bidan-perawat.
- 3) Tim penolong mampu melakukan tata laksana awal penanganan kegawatdaruratan maternal dan neonatal.

b. Tanda-tanda persalinan

Ada 3 tanda yang paling utama yaitu<sup>27</sup>:

1) Kontraksi (His)

Ibu terasa kenceng-kenceng sering, teratur dengan nyeri dijalarkan dari pinggang ke paha. Hal ini disebabkan karena pengaruh hormon oksitosin yang secara fisiologis membantu dalam proses pengeluaran janin. Ada 2 macam kontraksi yang pertama kontraksi palsu (Braxton hicks) dan kontraksi yang sebenarnya. Pada kontraksi palsu berlangsung sebentar, tidak terlalu sering dan tidak teratur, semakin lama tidak ada peningkatan kekuatan kontraksi. Sedangkan kontraksi yang sebenarnya bila ibu hamil merasakan kenceng-kenceng makin sering, waktunya semakin lama, dan makin kuat terasa, disertai mulas atau nyeri seperti kram perut. Perut buncit juga terasa kencang. Kontraksi bersifat fundal recumbent/nyeri yang dirasakan terjadi pada bagian atas atau bagian tengah perut atas atau puncak kehamilan (fundus), pinggang dan panggul serta perut bagian bawah. Tidak semua ibu hamil mengalami kontraksi (His) palsu. Kontraksi ini merupakan hal normal untuk mempersiapkan rahim untuk bersiap menghadapi persalinan.

- 2) Pembukaan serviks, dimana primigravida >1,8cm dan multigravida 2,2cm

Biasanya pada bumil dengan kehamilan pertama, terjadinya pembukaan ini disertai nyeri perut. Sedangkan pada kehamilan anak kedua dan selanjutnya, pembukaan biasanya tanpa diiringi nyeri. Rasa nyeri terjadi karena adanya tekanan panggul saat kepala janin turun ke area tulang panggul sebagai akibat melunaknya rahim. Untuk memastikan telah terjadi pembukaan, tenaga medis biasanya akan melakukan pemeriksaan dalam (vaginal toucher).

- 3) Pecahnya ketuban dan keluarnya *bloody show*.

Dalam bahasa medis disebut *bloody show* karena lendir ini bercampur darah. Itu terjadi karena pada saat menjelang persalinan terjadi pelunakan, pelebaran, dan penipisan mulut rahim. *Bloody show* seperti lendir yang kental dan bercampur darah. Menjelang persalinan terlihat lendir bercampur darah yang ada di leher rahim tsb akan keluar sebagai akibat terpisahnya membran selaput yang mengelilingi janin dan cairan ketuban mulai memisah dari dinding rahim. Tanda selanjutnya pecahnya ketuban, di dalam selaput ketuban (korioamnion) yang membungkus janin, terdapat cairan ketuban sebagai bantalan bagi janin agar terlindungi, bisa bergerak bebas dan terhindar dari trauma luar. Terkadang ibu tidak sadar saat sudah mengeluarkan cairan ketuban dan terkadang menganggap bahwa yang keluar adalah air pipisnya.

Cairan ketuban umumnya berwarna bening, tidak berbau, dan akan terus keluar sampai ibu akan melahirkan. Keluarnya cairan ketuban dari jalan lahir ini bisa terjadi secara normal namun bias juga karena ibu hamil mengalami trauma, infeksi, atau bagian ketuban yang tipis (*locus minoris*) berlubang dan pecah. Setelah ketuban pecah ibu akan mengalami kontraksi

atau nyeri yang lebih intensif. Terjadinya pecah ketuban merupakan tanda terhubungnya dengan dunia luar dan membuka potensi kuman/bakteri untuk masuk. Karena itulah harus segera dilakukan penanganan dan dalam waktu kurang dari 24 jam bayi harus lahir apabila belum lahir dalam waktu kurang dari 24 jam maka dilakukan penanganana selanjutnya misalnya caesar.

c. Macam-macam persalinan

- 1) Persalinan Spontan, persalinan berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.
- 2) Persalinan Caesar, yaitu melahirkan lewat operasi caesar umumnya dilakukan ketika persalinan normal dikatakan tidak mungkin dilakukan. Operasi Caesar dapat dilakukan apabila ada masalah darurat yang dapat mengancam nyawa ibu dan bayi.
- 3) Persalinan di Air (Water Birth), persalinan di dalam air merupakan metode melahirkan normal yang mengharuskan ibu berendam di dalam bak atau kolam berisi air hangat.
- 4) Persalinan Normal, persalinan normal adalah metode melahirkan bayi melalui vagina dengan cara mengejan (ngeden). Setelah kontraksi, otot-otot disekitar vagina biasanya akan meregang dan melebar sehingga bisa dilewati bayi. Proses melahirkan secara normal umumnya berlangsung kurang dari 24 jam. Meski begitu ibu harus melakukan segala persiapannya sejak dini.
- 5) Persalinan yang dibantu Alat, jika proses persalinan dengan dibantu alat vakumdi sebut ekstraksi vakum, dilakukan dengan menggunakan cup pengisap untuk menarik bayi keluar secara lembut. Vakum akan dilakukan saat mulut rahim telah terbuka penuh dan kepala bayi berada di bagianbawah panggul. Cup tersebut menarik bayi keluar dengan bantuan tenaga listrik atau pompa di ataskepala bayi.

- 6) Persalinan Normal Setelah Caesar (VBAC), jenis persalinan disebut dengan vaginal birth after caesarean (VBAC). Namun hal ini masih tergantung dari kondisi masing-masing ibu meskipun peluang keberhasilannya cukup besar, tetap saja ada kemungkinan risiko komplikasi yang dapat terjadi.
- 7) Persalinan Gentle Birth, salah satu persalinan alternatif yang mengimplementasikan prinsip mengurangi stressor untuk mengurangi rasa sakit. Persalinan gentle birth merupakan sebuah filosofi dalam proses melahirkan, dimana proses melahirkan itu tenang, penuh kelembutan, serta memanfaatkan semua unsur alami dalam tubuh manusia.
- 8) Persalinan Cesarean Section, persalinan normal juga tidak bisa dilakukan untuk jenis persalinan menurut usia kehamilan yang berisiko, misalnya di atas 40 tahun dan kontraksi rahim lemah. Dengan mempertimbangkan berbagai risiko medis lainnya, operasi sesar merupakan operasi bedah yang dilakukan dengan membuat sayatan di dinding perut untuk mengeluarkan bayi. Dan memiliki risiko seperti perdarahan berlebihan, infeksi pada luka, pembekuan darah, hingga kerusakan terhadap area terdekat sayatan.
- 9) Persalinan Anjuran (Induksi), persalinan anjuran adalah persalinan yang baru dapat berlangsung setelah permulaanya dianjurkan dengan suatu perbuatan atau tindakan, misalnya dengan pemecahan ketuban atau diberi suntikan oksitosin. Persalinan anjuran bertujuan untuk merangsang otot rahim berkontraksi sehingga persalinan berlangsung serta membuktikan ketidak seimbangan antara kepala janin dengan jalan lahir.
- 10) Persalinan Tindakan, persalinan tindakan adalah persalinan yang tidak dapat berjalan normal secara spontan atau tidak berjalan sendiri karena terdapat indikasi adanya penyulit persalinan.

Dilakukan dengan memberikan tindakan dengan alat bantu. Persalinan tindakan pervaginam, apabila persalinan spontan tidak dapat diharapkan dan kondisi bayi baik, maka persalinan tindakan pervaginam dapat dipilih menggunakan bantuan alat forcep atau vakum.

11) Persalinan Tindakan Perabdominal Sectio Caesaria (SC), merupakan alternatif terakhir untuk menyelamatkan nyawa ibu dan bayi, terutama bagi ibu dengan ukuran panggul yang sempit yang di kenal dengan istilah Cephalopelvic Disproportion (CPD). Walaupun termasuk kedalam salah satu operasi besar yang memiliki banyakkeuntungan, section caesaria (SC) mempunyai beberapa risiko seperti efek dari obat anestesi, kerusakan pembuluh darah, bekas luka irisan pada rongga uterus yang tidak menutup sempurna, serta gangguan kandung kemih danlainnya<sup>28</sup>.

d. Teori persalinan

1) Teori Keregangan

Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Setelah melewati batas waktu tersebut terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat mulai. Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus, hal ini mungkin merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplaster sehingga plasenta mengalami degenerasi. Pada kehamilan ganda sering kali terjadi kontraksi setelah keregangan tertentu sehingga menimbulkan proses persalinan.

2) Teori Penurunan

Progesteron Proses penuaan plasenta terjadi mulai umur kehamilan 28 minggu, di mana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Villi koriales mengalami perubahan-perubahan dan produksi



progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.

3) Teori Oksitosin Internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis pars posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim, sehingga sering terjadi kontraksi braxton hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya kehamilan maka oksitosin dapat meningkatkan aktivitas sehingga persalinan dimulai.

4) Teori Prostaglandin

Konsentrasi prostaglandin meningkat sejak umur kehamilan 15 minggu, yang dikeluarkan oleh desidua. Pemberian prostaglandin pada saat hamil dapat menimbulkan kontraksi otot rahim sehingga terjadi persalinan. Prostaglandin dianggap merupakan pemicu terjadinya persalinan.

5) Teori Hipotalamus-Pituitari dan Glandula Suprarenalis

Teori ini menunjukkan pada kehamilan dengan anensefalus sering terjadi keterlambatan persalinan karena tidak terbentuk hipotalamus. Teori ini dikemukakan oleh mengangkat otak kelincipercobaan, hasilnya kehamilan kelinci menjadi lebih lama. Pemberian kortikosteroid yang dapat menyebabkan maturitas janin, induksi persalinan. Dari beberapa percobaan tersebut disimpulkan ada hubungan antara hipotalamus-pituitari dengan mulainya persalinan. Glandula suprarenal merupakan pemicu terjadinya persalinan.

6) Teori Berkurangnya Nutrisi

Berkurangnya nutrisi pada janin dikemukakan oleh Hippokrates untuk pertama kalinya. Bila nutrisi pada janin berkurang maka hasil konsepsi akan segera dikeluarkan.

### 7) Faktor Lain

Tekanan pada ganglion servikaledari pleksus frankenhauseryang terletak dibelakang serviks. Bila ganglionini tertekan, maka kontraksi uterus dapat dibangkitkan<sup>28</sup>.

### e. 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 17 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, selsel epitel, rambut lanugo, verniks caseosa, dan garam organik. Amnion/air ketuban melindungi plasenta dan tali pusat dari tekanan kontraksi uterus<sup>29</sup>.

f. Tanda dan Gejala Persalinan

1) Tanda Persalinan sudah dekat<sup>29</sup>

a) Lightening

Beberapa minggu sebelum persalinan, calon ibu merasa bahwa keadaannya menjadi lebih enteng. Ia merasa kurang sesak, tetapi sebaliknya ia merasa bahwa berjalan sedikit lebih sukar, dan sering diganggu oleh perasaan nyeri pada anggota bawah.

b) Pollikasuria

Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan didapatkan epigastrium kendor, fundus uteri lebih rendah dari pada kedudukannya dan kepala janin sudah mulai masuk ke dalam pintu atas panggul. Keadaan ini menyebabkan kandung kencing tertekan sehingga merangsang ibu untuk sering kencing yang disebut Pollakisuria.

c) False labor

Tiga atau empat minggu sebelum persalinan, calon ibu diganggu oleh his pendahuluan yang sebetulnya hanya merupakan peningkatan dari kontraksi Braxton Hicks. His pendahuluan ini bersifat:

(1) Nyeri yang hanya terasa di perut bagian bawah

(2) Tidak teratur

(3) Lamanya his pendek, tidak bertambah kuat dengan majunya waktu dan bila dibawa jalan malah sering berkurang

(4) Tidak ada pengaruh pada pendataran atau pembukaan cervix

d) Perubahan cervix

Pada akhir bulan ke-IX hasil pemeriksaan cervix menunjukkan bahwa cervix yang tadinya tertutup, panjang dan kurang lunak, kemudian menjadi lebih lembut, dan beberapa menunjukkan telah terjadi pembukaan dan penipisan. Perubahan ini berbeda untuk masing-masing ibu, misalnya pada multipara sudah terjadi pembukaan 2 cm namun pada primipara sebagian besar masih dalam keadaan tertutup.

e) Energy Sport

Beberapa ibu akan mengalami peningkatan energi kira-kira 24-28 jam sebelum persalinan mulai. Setelah beberapa hari sebelumnya merasa kelelahan fisik karena tuanya kehamilan maka ibu mendapati satu hari sebelum persalinan dengan energi yang penuh. Peningkatan energi ibu ini tampak dari aktifitas yang dilakukannya seperti membersihkan rumah, mengepel, mencuci perabot rumah, dan pekerjaan rumah lainnya sehingga ibu akan kehabisan tenaga menjelang kelahiran bayi, sehingga persalinan menjadi panjang dan sulit.

f) Gastrointestinal

Upsets Beberapa ibu mungkin akan mengalami tanda-tanda seperti diare, obstipasi, mual dan muntah karena efek penurunan hormon terhadap sistem pencernaan.

2) Tanda Persalinan

Tanda pasti persalinan dijelaskan sebagai berikut<sup>29</sup>:

a) Timbulnya kontraksi uterus

Biasa juga disebut dengan his persalinan yaitu his pembukaan. His adalah kontraksi uterus atau rahim yang dapat diraba dan menimbulkan rasa nyeri di perut. Dimulai dari pinggang menjalar ke perut bagian bawah dan sifatnya datang dan menghilang. Jarak waktu his 10-15 menit dan lamanya kontraksi  $\frac{1}{2}$  menit atau lebih. Pada waktu His, uterus menjadi keras dan bila wanita atau ibu tidur terlentang, dinding perut tampak naik ke atas. HIS adalah keadaan uterus yang menguncup, keras otot-otot polos yang ada dalam dinding uterus menegang (Berkontraksi).

Timbulnya His tersebut berulang-ulang dengan teratur, disertai oleh perasaan sakit (nyeri) di daerah bagian bawah perut dan di pinggang. Ini mungkin disebabkan karena kontraksi uterus ini sendiri atau karena regangnya selaput perut, jaringan dan litmentasi di sekitar servis uteri. HIS adalah gelombang kotraksi ritmis otot-otot polos dinding uterus yang dimulai dari daerah fundus uteri di mana tuba fallopi memasuki dinding uterus, awal gelombang tersebut di dapat dari 'pacemaker' yang terdapat di dinding uterus daerah tersebut. Tanda-tanda persalinan akan berlangsung apabila HIS atau kontraksi yang semakin sering, mula-mula lemah dan teratur, lama kelamaan semakin sering seiring mendekatnya waktu persalinan. Timbulnya his atau kontraksi uterus tidak tergantung pada kemauan ibu, tetapi seolah-olah dipengaruhi oleh uterus ibu sendiri, yaitu HIS terjadi akibat kerja hormon oksitosin, regangan dinding uterus oleh isi konsepsi, rangsangan terhadap pleksus saraf frankenhauser yang tertekan massa konsepsi. His yang baik dan ideal atau sempurna meliputi<sup>28</sup>:

- (1) Kontraksi simultan simetris di seluruh uterus atau bersifat teratur, interval makin pendek dan kekuatannya makin besar
  - (2) Kekuatan terbesar (dominasi) di daerah fundus, di mana pinggang terasa sakit yang menjalar ke depan
  - (3) Terdapat periode relaksasi diantara dua periode kontraksi
  - (4) Terdapat rekontraksi otot-otot korpus uteri setiap sesudah HIS
  - (5) Mempunyai pengaruh terhadap perubahan serviks.
- b) Penipisan dan pembukaan servix  
 Penipisan dan pembukaan servix ditandai dengan adanya pengeluaran lendir dan darah sebagai tanda pemula<sup>29</sup>.
- c) Bloody Show (lendir disertai darah dari jalan lahir)  
 Dengan pendataran dan pembukaan, lendir dari canalis cervicalis keluar disertai dengan sedikit darah. Perdarahan yang sedikit ini disebabkan karena lepasnya selaput janin pada bagian bawah segmen bawah rahim hingga beberapa capillair darah terputus<sup>29</sup>.
- d) Premature Rupture of Membrane  
 Adalah keluarnya cairan banyak dengan sekonyong-konyong dari jalan lahir. Hal ini terjadi akibat ketuban pecah atau selaput janin robek. Ketuban biasanya pecah kalau pembukaan lengkap atau hampir lengkap dan dalam hal ini keluarnya cairan merupakan tanda yang lambat sekali. Tetapi kadang-kadang ketuban pecah pada pembukaan kecil, malahan kadang-kadang selaput janin robek sebelum persalinan. Walaupun demikian persalinan diharapkan akan mulai dalam 24 jam setelah air ketuban keluar<sup>29</sup>.

g. Tahapan persalinan

1) Kala I

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servix hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I berlangsung 18-24 jam dan terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif<sup>29</sup>.

a) Fase laten persalinan

- (1) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servix secara bertahap
- (2) Pembukaan servix kurang dari 4 cm
- (3) Biasanya berlangsung di bawah hingga 8 jam

b) Fase aktif persalinan

Fase ini terbagi menjadi 3 fase yaitu akselerasi, dilatasi maksimal, dan deselerasi<sup>29</sup>.

- (1) Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi 3 kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih)
- (2) Servix membuka dari 4 ke 10 cm biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam hingga pembukaan lengkap (10 cm)
- (3) Terjadi penurunan bagian terendah janin

Lama kala I untuk primigravida berlangsung 2 jam dengan pembukaan 1 cm per jam dan pada multigravida 8 jam dengan pembukaan 2 cm per jam. Komplikasi yang dapat timbul pada kala I yaitu, ketuban pecah dini, tali pusat menumbung, obstruksi plasenta, gawat janin dan inersia uteri. Mekanisme pembukaan servik berbeda antara pada primigravida dengan multigravida. Pada yang pertama ostium uteri intimum akan membuka terlebih dahulu, sehingga servik akan mendatar dan menipis. Baru kemudian ostium uteri internum sudah sedikit

terbuka, ostium uteri internum dan eksternum serta penipisan dan pendataran servik terjadi dalam saat yang sama. Ketuban akan pecah sendiri ketika pembukaan hampir lengkap atau telah lengkap, bila ketuban pecah sebelum pembukaan 5 cm disebut ketuban pecah dini.

Selama fase laten persalinan, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat. Hal ini dapat direkam secara terpisah dalam catatan kemajuan persalinan atau kartu menuju sehat (KMS) ibu hamil. Tanggal dan waktu harus dituliskan setiap kali membuat catatan selama fase laten persalinan. Semua asuhan dan intervensi harus dicatat. Kondisi ibu dan bayi harus dicatat secara seksama, yaitu: denyut jantung janin: setiap 30 menit, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus: setiap 30 menit, nadi: setiap 30 menit, pembukaan servik: setiap 4 jam, tekanan darah dan temperatur: setiap 4 jam, produksi urin, aseton dan protein: setiap 2 sampai 4 jam. Jika ditemui tanda-tanda penyulit, penilaian kondisi ibu dan bayi harus lebih sering dilakukan. Lakukan tindakan yang sesuai apabila dalam diagnosis kerja ditetapkan adanya penyulit dalam persalinan. Jika frekuensi kontraksi berkurang dalam satu atau dua jam pertama, nilai ulang kondisi aktual ibu dan bayi. Bila tidak ada tanda-tanda kegawatan atau penyulit, ibu dipulangkan dan dipesankan untuk kembali jika kontraksinya menjadi teratur dan lebih sering<sup>28</sup>.

#### Fisiologi kala I

- a) Uterus: Kontraksi uterus mulai dari fundus dan terus menyebar ke depan dan ke bawah abdomen. Kontraksi berakhir dengan masa yang terpanjang dan sangat kuat pada fundus. Selagi uterus berkontraksi dan relaksasi memungkinkan kepala janin masuk ke rongga pelvik.



## b) Serviks

Sebelum onset persalinan, serviks berubah menjadi lembut<sup>29</sup>:

- (1) Effacement (penipisan) serviks berhubungan dengan kemajuan pemendekan dan penipisan serviks. Panjang serviks pada akhir kehamilan normal berubah – ubah (beberapa mm sampai 3 cm). Dengan mulainya persalinan panjangnya serviks berkurang secara teratur sampai menjadi pendek (hanya beberapa mm). Serviks yang sangat tipis ini disebut sebagai menipis penuh
- (2) Dilatasi berhubungan dengan pembukaan progresif dari serviks. Untuk mengukur dilatasi/diameter serviks digunakan ukuran centimeter dengan menggunakan jari tangan saat pemeriksaan dalam. Serviks dianggap membuka lengkap setelah mencapai diameter 10 cm
- (3) Blood show (lendir show) pada umumnya ibu akan mengeluarkan darah sedikit atau sedang dari serviks

## 2) Kala II

Gejala dan tanda kala II, telah terjadi pembukaan lengkap, tampak bagian kepala janin melalui bukaan introitus vagina, ada rasa ingin meneran saat kontraksi, ada dorongan pada rektum atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva dan springterani membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan darah. Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Pada kala pengeluaran janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektoris menimbulkan rasa mengedan, karena tekanan pada rektum ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus membuka. Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, perineum

membuka, perineum meregang. Dengan adanya his ibu dipimpin untuk mengedan, maka lahir kepala di ikuti oleh seluruh badan janin. Komplikasi yang dapat timbul pada kala II yaitu: eklamsi, kegawatdaruratan janin, tali pusat menumbung, penurunan kepala terhenti, kelelahan ibu, persalinan lama, ruptur uteri, distosia karena kelainan letak, infeksi intra partum, inersia uteri, dan tanda-tanda lilitan pusat<sup>28</sup>.

### 3) Kala III

Batasan kala III, masa setelah lahirnya bayi dan berlangsungnya proses pengeluaran plasenta, tanda-tanda lepasnya plasenta: terjadi perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang atau terjulur keluar melalui vagina/vulva, adanya semburan darah secara tiba-tiba. Kala III berlangsung tidak lebih dari 30 menit, setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusar beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah. Komplikasi yang dapat timbul pada kala III adalah perdarahan akibat atonia uteri, retensio plasenta, perlukaan jalan lahir dan tanda gejala tali pusat<sup>28</sup>.

### 4) Kala IV

Dimulainya dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Komplikasi yang dapat timbul pada kala IV adalah: sub involusi dikarenakan oleh uterus tidak berkontraksi, perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri, laserasi jalan lahir dan sisa plasenta<sup>28</sup>. Pada fase ini perlu pemantauan intensif yaitu pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika

kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering. Asuhan dan pemantauan pada kala IV<sup>29</sup>:

- a) Tingkat kesadaran penderita.
- b) Pemeriksaan tanda vital.
- c) Kontraksi uterus.
- d) Perdarahan, dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400- 500cc.

#### 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<sup>29</sup>:

##### 1) Kebutuhan Oksigen

Pemenuhan kebutuhan oksigen selama proses persalinan perlu diperhatikan oleh bidan, terutama pada kala I dan kala II, dimana oksigen yang ibu hirup sangat penting artinya untuk oksigenasi janin melalui plasenta. Suplai oksigen yang tidak adekuat, dapat menghambat kemajuan persalinan dan dapat mengganggu kesejahteraan janin. Oksigen yang adekuat dapat diupayakan dengan pengaturan sirkulasi udara yang baik selama persalinan. Ventilasi udara perlu diperhatikan, apabila ruangan tertutup karena menggunakan AC, maka pastikan bahwa dalam ruangan tersebut tidak terdapat banyak orang. Hindari menggunakan pakaian yang ketat, sebaiknya penopang payudara/BH dapat dilepas/dikurangi kekencangannya. Indikasi pemenuhan kebutuhan oksigen adekuat adalah Denyut Jantung Janin (DJJ) baik dan stabil..

##### 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 24 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 karena posisi ini akan efisien untuk membantu proses pengeluaran janin.

#### 7) Pengurangan Rasa Nyeri

Nyeri persalinan dapat dirasakan berbeda oleh masing-masing ibu. Pengurangan nyeri dapat dilakukan dengan teknik selfhelp

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, mengelus 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).

#### 9) 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 26 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.

#### i. Kewenangan bidan dalam pertolongan persalinan normal/ APN

Kewenangan bidan dalam pertolongan persalinan normal/ APN Menurut Prawirohardjo (2014) 60 langkah persalinan normal adalah sebagai berikut<sup>30</sup>:

##### 1) Kala I

a) Beri dukungan dan dengarkan keluhan ibu

b) Jika ibu tampak gelisah atau kesakitan

(1) Biarkan ibu ganti posisi nyaman 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 komplikasi
- 2) Kala II, Kala III, dan Kala IV
- a) Melihat tanda gejala kala II dan menyiapkan pertolongan persalinan
    - (1) Mengamati tanda dan gejala persalinan kala II
      - (a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran
      - (b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya
      - (c) Perineum menonjol
      - (d) 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 28 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:
- (a) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
  - (b) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran
  - (c) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai dengan pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang)
  - (d) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi
  - (e) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat kepada ibu
  - (f) Menganjurkan asupan cairan per oral

- (g) 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.
  - (h) 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.
  - (i) 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 30
- (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 di atas 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.
  - (a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan ke lain hingga berjarak sekitar 5 - 10 cm dari

vulva.

- (b) 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 terpilin. 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 mengikatkan 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:
  - (a) 2 sampai 3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan
  - (b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan



- (c) Setiap 20 sampai 30 menit pada jam kedua pasca persalinan
  - (d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, laksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
  - (e) 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) Mencilupkan 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).

#### 4. Bayi Baru Lahir (BBL)

##### a. Pengertian

Bayi Baru Lahir (BBL) dapat dibagi menjadi 2 yaitu<sup>31</sup>:

- 1) Bayi normal (sehat) memerlukan perawatan biasa. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir pada usia kehamilan 37-42 minggu dengan berat lahir antara 2500-4000 gram<sup>32</sup>. Menangis spontan kurang dari 30 detik setelah lahir dengan nilai APGAR antara 7-10<sup>33</sup>.

| Skor   | 0           | 1                                | 2                           |
|--|-------------|----------------------------------|-----------------------------|
| <b>Appearance (warna kulit)</b>                  | color Pulse | Badan merah, ekstremitas biru    | Seluruh tubuh merah-merahan |
| <b>Pulse (heart rate) atau frekuensi jantung</b> | Tidak ada   | <100x / menit                    | >100x / menit               |
| <b>Grimace (reaksi terhadap rangsangan)</b>      | Tidak ada   | Sedikit gerakan mimik            | Menangis batuk/bersin       |
| <b>ctivity (tonus otot)</b>                      | Lumpuh      | Ekstermitas dalam fleksi sedikit | Gerakan aktif               |
| <b>Respiration (usaha nafas)</b>                 | Tidak ada   | Lemah, tidak teratur             | Menangis kuat               |

Gambar 1 APGAR Score<sup>28</sup>

- 2) Bayi gawat (high risk baby) memerlukan penanggulangan khusus, misalnya bayi yang mengalami asfiksia dan perdarahan.

b. Klasifikasi

Klasifikasi BBL dibedakan menjadi dua macam yaitu klasifikasi menurut berat lahir dan klasifikasi menurut masa gestasi atau umur kehamilan<sup>34</sup>.

1) Menurut berat lahir

a) Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir  $< 2500$  gram tanpa memandang masa gestasi.

b) Bayi Berat Lahir Cukup/Normal

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir  $> 2500 - 4000$  gram.

c) Bayi Berat Lahir Lebih

Bayi yang dilahirkan dengan berat lahir  $> 4000$  gram.

2) Menurut masa gestasi atau umur kehamilannya

a) Bayi Kurang Bulan (BKB)

Bayi dilahirkan dengan masa gestasi  $< 37$  minggu ( $< 259$  hari).

b) Bayi Cukup Bulan (BCB)

Bayi dilahirkan dengan masa gestasi antara 37–42 minggu (259–293 hari)

c) Bayi Lebih Bulan (BLB)

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

c. Tanda-Tanda Bayi Baru Lahir

Tanda-tanda BBL normal yaitu<sup>32</sup>:

1) Berat badan Lahir bayi antara 2500-4000.

2) Panjang badan 48-50 cm

3) Lingkar dada 32-34 cm

4) Lingkar kepala 33-35 cm

5) Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180x/menit, kemudian menurun sampai 120-140x/menit.

6) Frekuensi napas 40-60 kali per menit.

7) Suhu badan bayi 36,5 – 37,5°C

- 8) Kulit kemerah-kemerahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi vernix caseosa
- 9) Rambut lanugo telah tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
- 10) Kuku telah agak panjang dan lemas
- 11) Genitalia: testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan)
- 12) Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk.
- 13) Eliminasi baik urin dan mekonium akan keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

d. Asuhan Bayi Baru Lahir

- 1) Jaga kehangatan bayi
- 2) Bersihkan jalan nafas (bila perlu)
- 3) Keringkan dan tetap jaga kehangatan bayi
- 4) Potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir
- 5) Lakukan inisiasi menyusui dini dan kontak kulit bayi dengan kulit ibu.
- 6) Beri salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata
- 7) Beri suntikan vitamin K1 1mg intramuskular, dipaha kiri anterolateral setelah inisiasi menyusui dini.
- 8) Beri imunisasi hepatitis B 0,5 ml, intramuskular, dipaha kanan anterolateral, diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1<sup>35</sup>.

e. Perubahan yang Terjadi Pada Bayi Baru Lahir

Perubahan –perubahan yang terjadi pada bayi baru lahir meliputi<sup>29</sup>:

- 1) Perubahan metabolisme karbohidrat dalam waktu 2 jam setelah lahir akan terjadi penurunan kadar gula darah, untuk menambah energi pada jam-jam pertama setelah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak, bila karena sesuatu hal misalnya bayi

mengalami hipotermi, metabolisme asam lemak tidak dapat memenuhi kebutuhan pada neonatus maka kemungkinan besar bayi akan menderita hipoglikimia, misal pada bayi BBLR, bayi dari ibu yang menderita Diabetes Mellitus (DM) dan lain-lainnya.

2) Perubahan suhu tubuh

Ketika bayi lahir bayi berada pada suhu lingkungan yang lebih rendah dari suhu di dalam rahim ibu. Apabila bayi dibiarkan dalam suhu kamar 25°C maka bayi akan kehilangan panas melalui konveksi, radiasi dan evaporasi sebanyak 200kal /kg BB/menit. Sedangkan produksi panas yang dihasilkan tubuh bayi hanya 1/10 nya.

3) Perubahan pernapasan

Selama dalam uterus, janin mendapat Oksigen (O<sup>2</sup>) dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi.

4) Perubahan sirkulasi

Berkembangnya paru-paru mengakibatkan tekanan O<sup>2</sup> meningkat dan tekanan CO<sup>2</sup> menurun, hal ini mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh darah paru sehingga aliran darah ke alat tersebut meningkat, hal ini menyebabkan darah dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan ductus arteriosus menutup.

5) Perubahan alat pencernaan hati, ginjal dan alat lainnya mulai berfungsi.

f. Mekanisme Kehilangan Panas Tubuh Bayi Bayi baru lahir dapat kehilangan panas melalui empat cara, yaitu<sup>29,36</sup>:

1) Konduksi

Langsung dari bayi ke sesuatu yang kontak dengan bayi

2) Konveksi

Kehilangan panas dari bayi ke udara sekitar

3) Evaporasi

Kehilangan panas melalui penguapan air pada bayi yang basah.

4) Radiasi

Dari bayi ke lingkungan dingin terdekat

g. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal adalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu<sup>10</sup>:

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

h. Kebutuhan Dasar Neonatus

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energy berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. Kebutuhan energi bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energy sebesar 115- 120 kkal/kgBB/hari<sup>37</sup>.

Pelayanan kesehatan bayi baru lahir dimulai segera setelah bayi lahir sampai 28 hari. Pelayanan pasca persalinan pada bayi baru lahir dimulai sejak usia 6 jam sampai 28 hari. Pelayanan neonatal esensial yang dilakukan setelah lahir 6 (enam) jam sampai 28 (dua puluh delapan) hari meliputi<sup>9</sup>:

- 1) Menjaga bayi tetap hangat;
- 2) Pemeriksaan neonatus menggunakan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM);
- 3) Bimbingan pemberian ASI dan memantau kecukupan ASI;
- 4) Perawatan metode Kangguru (PMK);
- 5) Pemantauan pertumbuhan neonatus;

i. Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa<sup>37</sup>. Feses

pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ketiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan. Urin pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urin encer, berwarna kuning dan tidak berbau.

j. Istirahat dan Tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis setidaknya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari<sup>37</sup>.

k. Personal Hygiene

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urin dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah<sup>37</sup>.

l. Aktivitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. Bayi dapat menangis sedikitnya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan.

m. Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik. Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi

bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya.

n. Reflek-Reflek Pada Bayi Baru Lahir

Tabel 2 Reflek Pada Bayi Baru Lahir

| <b>Refleks</b>        | <b>Respons Normal</b>   | <b>Respons Abnormal</b>  |
|-----------------------|---|--|
| Rooting dan menghisap | Bayi baru lahir menolehkan kepala ke arah stimulus, membuka mulut, dan mulai menghisap bila pipi, bibir atau sudut mulut bayi disentuh dengan jari atau puting.   | Respons yang lemah atau tidak ada respons terjadi pada prematuritas, penurunan atau cedera neorologis, atau depresi sistem saraf pusat (SSP).  |
| Menelan               | Bayi baru lahir menelan berkoordinasi dengan menghisap bila cairan ditaruh di belakang lidah.   | Muntah, batuk, atau regurgitas cairan dapat terjadi kemungkinan berhubungan dengan sianosis sekunder karena prematuritas, defisit neorologis atau cedera terutama terlihat setelah laringoskopi. |
| Merangkak             | Bayi akan melangkah   | Respons asimetris terlihat   |
| Moro                  | Ekstensi simetris bilateral dan abduksi seluruh ekstermitas dengan ibu jari dan jari telunjuk membentuk huruf „c“, diikuti dengan adduksi ekstermitas dan kembali | Respons asimetris terlihat pada cedera saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur kalvikula atau fraktur tulang panjang lengan atau kaki.  |



|           |   |
|-----------|---|
|           | ke fleksi relaks jika posisi bayi berubah tiba-tiba atau jika bayi diletakkan telentang pada permukaan yang datar.  |
| Ekstrusi  | Bayi baru lahir Ekstrusi lidah secara tetap menunjukkan lidah keluar atau menunjukkan lidah yang bila ujung lidah disentuh berulang-ulang terjadi pada dengan jari atau puting. kelainan SSP dan kejang.  |
| Melangkah | Bayi akan melangkah dengan satu kaki dan kemudian kaki lainnya dengan gerakan berjalan bila satu kaki disentuh pada permukaan rata. Respons asimetris terlihat pada cedera saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur klavikula atau fraktur tulang panjang lengan atau kaki. |

o. 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.

Pada pelayanan kesehatan ibu dan anak, bidan berwenang memberikan asuhan persalinan normal dan bayi baru lahir. Pada

pelayanan persalinan, bidan berwenang untuk melakukan episotomi, 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.

#### 5. Nifas<sup>18</sup>

##### a. Pengertian

Masa nifas atau puerperium adalah periode setelah melahirkan bayi yang dimulai sejak plasenta keluar hingga organ kandungan akan menuju proses ke kondisi seperti sebelum hamil. Masa nifas berlangsung sekitar 6 minggu. Puerperium (nifas) berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, yang merupakan periode pemulihan alat kandungan dalam kondisi normal<sup>38</sup>. Pelayanan kesehatan ibu nifas adalah pelayanan yang diberikan sesuai dengan standar kepada ibu mulai dari 6 jam hingga 42 hari setelah melahirkan oleh tenaga kesehatan. Untuk mendeteksi komplikasi pada ibu nifas, perlu dilakukan pemantauan melalui kunjungan minimal 3 kali, dengan jadwal kunjungan.

##### b. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas dibagi menjadi 3 periode, yaitu<sup>38</sup>:

###### 1) Puerperium Dini

Puerperium dini merupakan masa pulihnya ibu di perbolehkan

berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2) Puerperium Intermedial

Adalah pulihnya secara menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.

3) Remote Puerperium

Merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

c. Adaptasi Fisiologi

1) Uterus

a) Pengerutan uterus (involusi uteri)

Pada uterus setelah proses persalinan akan terjadi proses involusi. Proses involusi merupakan proses kembalinya uterus seperti keadaan sebelum hamil dan persalinan. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Pada tahap ketiga persalinan uterus berada di garis tengah, kira-kira 2 cm di bawah umbilicus dengan bagian fundus bersandar pada promontorium sakralis. Pada saat ini, besar uterus kira-kira sama besar uterus sewaktu usia kehamilan 16 minggu (kira-kira sebesar jeruk asam) dan beratnya kira-kira 100 gr.

Uterus pada waktu hamil penuh beratnya 11 kali berat sebelum hamil, berinvolusi kira-kira 500 gr 1 minggu setelah melahirkan dan 350 gr (11 sampai 12 ons) 2 minggu setelah lahir. Seminggu setelah melahirkan uterus akan berada di dalam panggul. Pada minggu ke-6, beratnya menjadi 50-60 gr. Peningkatan kadar estrogen dan progesteron bertanggung jawab untuk pertumbuhan

masif uterus selama hamil. Pertumbuhan uterus prenatal bergantung pada hyperplasia, peningkatan jumlah sel-sel otot dan terjadi hipertrofi sel-sel. Pada masa postpartum penurunan kadar hormon-hormon ini menyebabkan terjadinya autolisis, merusak secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Sel-sel tambahan yang terbentuk selama masa hamil akan menetap. Hal inilah yang menjadi penyebab ukuran uterus sedikit lebih besar setelah hamil. Sedangkan yang dimaksud subinvolusi adalah kegagalan uterus untuk pulih kembali, penyebab subinvolusi yang paling sering adalah karena tertahannya fragmen plasenta dan infeksi. Perubahan uterus dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi dengan meraba bagian dari TFU (tinggi fundus uteri)<sup>38</sup>:

- (1) Pada saat bayi lahir, fundus uteri setinggi pusat dengan berat 1000gram.
- (2) Pada akhir kala III, TFU teraba 2 jari dibawah pusat.
- (3) Pada 1 minggu post partum, TFU teraba pertengahan pusat simpisis dengan berat 500gram.
- (4) Pada 2 minggu post partum, TFU teraba diatas simpisis dengan berat 350gram.
- (5) Pada 6 minggu post partum, fundus uteri mengecil (tidak teraba) dengan berat 50 gram.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut<sup>38</sup>:

- (1) Iskemia myometrium

Disebabkan oleh kontraksi dan retraksi yang terus-menerus dari uterus setelah pengeluaran plasenta membuat uterus relatif anemia dan menyebabkan serat otot atrofi

- (2) Autolisis

Autolisis merupakan proses penghancuran diri

sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga penjangnya 10 kali dari semula dan lebar lima kali dari semula selama kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai merusak secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Sitoplasma sel yang berlebihan akan tercerna sendiri sehingga tertinggal sebagai jaringan fibro elastic dalam jumlah renik sebagai bukti kehamilan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon estrogen dan progesteron.

### (3) Atrofi jaringan

Jaringan yang berproliferasi dengan adanya estrogen dalam jumlah besar, kemudian mengalami atrofi sebagai reaksi terhadap penghentian produksi estrogen yang menyertai pelepasan plasenta. Selain perubahan atrofi pada otot-otot uterus, lapisan desidua akan mengalami atrofi dan terlepas dengan meninggalkan lapisan basal yang akan beregenerasi menjadi endometrium yang baru.

### (4) Efek oksitosin

Intensitas kontraksi uterus meningkat secara bermakna segera setelah bayi lahir. Hal tersebut diduga terjadi sebagai respon terhadap penurunan volume intrauterine yang sangat besar. Hormon oksitosin yang dilepas dari kelenjar hypofisis memperkuat dan mengatur kontraksi uterus, dengan mengompresi pembuluh darah, dan membantu proses homeostasis. Kontraksi dan retraksi otot uteri akan mengurangi suplai darah ke uterus. Proses ini akan membantu mengurangi bekas luka tempat

implantasi plasenta dan mengurangi terjadinya perdarahan. Luka bekas perlekatan plasenta memerlukan waktu 8 minggu untuk sembuh total. Penurunan ukuran uterus terjadi oleh karena perubahan lokasi uterus ketika turun keluar dari abdomen dan kembali menuju ke organ pelvis. Selama 1-2 jam pertama post partum, intensitas kontraksi uterus dapat berkurang menjadi teratur. Oleh karena itu penting sekali untuk menjaga dan mempertahankan kontraksi uterus pada masa ini. Suntikan oksitosin biasanya diberikan secara intravena atau intramuskuler, segera setelah bayi lahir. Pemberian ASI segera setelah bayi lahir akan merangsang adanya kontraksi uterus, karena proses hisapan bayi pada payudara dapat memicu pelepasan oksitosin.

| NO | Involusi   | TFU                            | Berat Uterus |
|----|------------|--------------------------------|--------------|
| 1  | Bayi lahir | Setinggi pusat                 | 100 gram     |
| 2  | Uri lahir  | 2 jari bawa pusat              | 750 gram     |
| 3  | 1 minggu   | Pertengahan pusat symphysis    | 500 gram     |
| 4  | 2 minggu   | Tidak teraba di atas symphysis | 350 gram     |
| 5  | 6 minggu   | Bertambah kecil                | 50 gram      |
| 6  | 8 minggu   | normal                         | 30 gram      |

Gambar 2 Involusi uteri

b) Involusi tempat implantasi plasenta

Setelah persalinan, tempat implantasi plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata, dan kira-kira sebesar telapak tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke-2 hanya sebesar 2-4cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. penyembuhan luka bekas implantasi plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh

darah besar yang tersumbat oleh trombus. Biasanya luka yang sembuh akan menjadi jaringan parut, tetapi luka bekas implantasi plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena luka ini sembuh dengan cara dilepaskan dari dasarnya tetapi diikuti pertumbuhan endometrium baru dibawah permukaan luka.

Endometrium ini tumbuh dari pinggir luka dan juga dari sisa-sisa kelenjar pada dasar luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Epitelium berproliferasi meluas ke dalam dari sisi tempat ini dan dari lapisan sekitar uterus serta di bawah tempat implantasi plasenta dari sisa-sisa kelenjar basilar endometrial di dalam desidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini pada hakikatnya mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta yang menyebabkannya menjadi terkelupas dan tidak dipakai lagi pada pembuangan lochea<sup>38</sup>.

c) Perubahan ligamen

Ligamen-ligamen dan diafragma pelvis, serta fascia yang meregang sewaktu kehamilan dan proses persalinan, setelah janin lahir, berangsur-angsur mengerut kembali seperti sediakala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur yang mengakibatkan letak uterus menjadi retrofleksi. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan oleh karena ligamen, fascia, dan jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur<sup>38</sup>.

d) Perubahan pada serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan yang terjadi pada serviks pada masa postpartum adalah dari bentuk serviks yang akan

membuka seperti corong. Bentuk ini disebabkan karena korpus uteri yang sedang kontraksi, sedangkan serviks uteri tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat laserasi atau perlukaan kecil. Karena robekan kecil yang terjadi selama berdilatasi selama persalinan, maka serviks tidak akan pernah kembali lagi seperti keadaan sebelum hamil. Muara serviks yang berdilatasi sampai 10 cm sewaktu persalinan maka akan menutup seacara bertahap. Setelah 2 jam pasca persalinan, ostium uteri eksternum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir-pinggirnya tidak rata, tetapi retak-retak karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari kanalis servikalis. Pada minggu ke 6 post partum serviks sudah menutup kembali<sup>38</sup>.

e) Lochea

Dengan adanya involusi uterus, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Campuran antara darah dan desidua tersebut dinamakan lochea, yang biasanya berwarna merah muda atau putih pucat. Lochea merupakan ekskresi cairan rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat daripada kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau yang amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda



pada setiap wanita. Sekret mikroskopik lochea terdiri atas eritrosit, peluruhan desidua, sel epitel, dan bakteri. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya di antaranya sebagai berikut<sup>38</sup>:

(1) Lochea rubra/merah (kruenta)

Lochea ini muncul pada hari pertama sampai hari ketiga masa postpartum. Sesuai dengan namanya, warnanya biasanya merah dan mengandung darah dari perobekan/luka pada plasenta dan serabut dari desidua dan chorion. Lochea terdiri atas sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekoneum, dan sisa darah.

(2) Lochea sanguinolenta

Lochea ini berwarna merah kecoklatan dan berlendir karena pengaruh plasma darah, pengeluarannya pada hari ke 4 hingga hari ke 7 hari postpartum.

(3) Lochea serosa

Lochea ini muncul pada hari ke 7 hingga hari ke 14 postpartum. Warnanya biasanya kekuningan atau kecoklatan. Lochea ini terdiri atas lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri atas leukosit dan robekan laserasi plasenta.

(4) Lochea alba

Lochea ini muncul pada minggu ke 2 hingga minggu ke 6 postpartum. Warnanya lebih pucat, putih kekuningan, serta lebih banyak mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lochea yang menetap pada periode awal postpartum menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin dapat

disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. Lokia alba atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila pengeluaran lokia tidak lancar, maka disebut lochiastasis. Jika lokia tetap berwarna merah setelah 2 minggu ada kemungkinan tertinggalnya sisa plasenta atau karena involusi yang kurang sempurna yang sering disebabkan retroflexio uteri. Lokia mempunyai suatu karakteristik bau yang tidak sama dengan sekret menstrual. Bau yang paling kuat pada lokia serosa dan harus dibedakan juga dengan bau yang menandakan infeksi. Lokia disekresikan dengan jumlah banyak pada awal jam postpartum yang selanjutnya akan berkurang sejumlah besar sebagai lokia rubra, sejumlah kecil sebagai lokia serosa, dan sejumlah lebih sedikit lagi lokia alba. Umumnya jumlah lokia lebih sedikit bila wanita postpartum berada dalam posisi berbaring daripada berdiri. Hal ini terjadi akibat pembuangan bersatu di vagina bagian atas manakala wanita dalam berbaring dan kemudia akan mengalir keluar manakala dia berdiri. Total jumlah rata-rata pembuangan lokia kira-kira 8-9 oz atau sekita 240-270 ml<sup>38</sup>.

## 2) Perubahan Pada Vulva, Vagina, dan Perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan, serta peregangan yang sangat besar selama proses persalinan, akibat dari penekanan tersebut vulva dan vagina akan mengalami kekenduran, hingga beberapa hari pasca proses persalinan, pada masa ini terjadi penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae yang diakibatkan karena penurunan estrogen pasca

persalinan. Vagina yang semula sangat teregang akan kembali secara bertahap pada ukuran sebelum hamil selama 6-8 minggu setelah bayi lahir. Rugae akan kembali terlihat sekitar minggu keempat, walaupun tidak akan menonjol pada wanita nulipara. Pada umumnya rugae akan memipih secara permanen. Mukosa tetap atrofik, pada wanita yang menyusui sekurang-kurangnya sampai menstruasi dimulai kembali. Penebalan mukosa vagina terjadi seiring pemulihan fungsi ovarium.

Pada perineum setelah melahirkan akan menjadi kendur, karena sebelumnya teregang oleh tekanan bayi yang bergerak maju. Post natal hari ke 5 perinium sudah mendapatkan kembali tonusnya walaupun tonusnya tidak seperti sebelum hamil. Pada awalnya, introitus vagina mengalami eritematosa dan edematosa, terutama pada daerah episiotomy atau jahitan laserasi. Proses penyembuhan luka episiotomy sama dengan luka operasi lain. Tanda-tanda infeksi (nyeri, merah, panas, dan bengkak) atau tepian insisi tidak saling melekat bisa terjadi. Penyembuhan akan berlangsung dalam dua sampai tiga minggu. Luka jalan lahir yang tidak terlalu luas akan sembuh secara perpriman (sembuh dengan sendirinya), kecuali luka jahitan yang terinfeksi akan menyebabkan sellulitis yang dapat menjalar hingga terjadi sepsis<sup>38</sup>.

### 3) Perubahan sistem pencernaan

#### a) Nafsu makan

Ibu biasanya merasa lapar segera pada 1-2 jam setelah proses persalinan, Setelah benar-benar pulih dari efek analgesia, anastesia dan keletihan, kebanyakan ibu merasa sangat lapar. Permintaan untuk memperoleh makanan dua kali dari jumlah yang biasa dikonsumsi disertai konsumsi camilan sering ditemukan, untuk pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari

sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesterone menurun setelah melahirkan, namun asupan makanan juga mengalami penurunan selama 1 atau 2 hari, gerak tubuh berkurang dan usus bagian bawah sering kosong jika sebelum melahirkan diberikan enema<sup>38</sup>.

b) Motilitas

Secara khas, penurunan tonus dan motilitas otot traktus cerna menetap selama waktu yang singkat setelah bayi lahir. Kelebihan analgesia dan anastesia bisa memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal<sup>38</sup>.

c) Pengosongan usus

Pada masa nifas sering terjadi konstipasi setelah persalinan. hal ini disebabkan karena pada waktu persalinan alat pencernaan mengalami tekanan, dan pasca persalinan tonus otot menurun sehingga menyebabkan kolon menjadi kosong, pengeluaran cairan berlebih pada waktu persalinan, kurangnya asupan makanan, cairan dan aktivitas tubuh. Buang air besar secara spontan bisa tertunda selama 2-3 hari setelah ibu melahirkan. Ibu nifas seringkali ketakutan saat defekasi karena nyeri yang dirasakannya di perineum akibat laserasi, atau hemoroid. Kebiasaan buang air yang teratur dapat dicapai kembali setelah tonus usus kembali normal.

Kebiasaan mengosongkan usus secara regular perlu dilatih kembali untuk merangsang pengosongan usus. Agar dapat buang air besar kembali normal dapat diatasi dengan diet tinggi serat, peningkatan asupan cairan, dan ambulasi awal. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu yang berangsur-angsur untuk kembali normal. Pola makan ibu nifas tidak akan seperti

biasa dalam beberapa hari dan perineum ibu akan terasa sakit saat defekasi. Faktor-faktor tersebut mendukung kejadian konstipasi pada ibu nifas pada minggu pertama. Supositoria dibutuhkan untuk membantu eliminasi pada ibu nifas akan tetapi, terjadinya konstipasi juga dapat dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan ibu dan kekhawatiran terhadap lukanya akan terbuka apabila ibu buang air besar<sup>38</sup>.

#### 4) 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<sup>38</sup>.

#### 5) 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 putusnya serat-serat elastik kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada saat hamil, dinding abdomen masih lunak dan kendur untuk sementara waktu. Untuk memulihkan kembali jaringan penunjang genitalia, serta otot

dinding perut dan dasar panggul , dianjurkan untuk melakukan latihan tertentu, pada 2 hari post partum sudah dapat dilakukan latihan atau fisioterapi<sup>38</sup>.

#### (5) Sistem Endokrin

Perubahan sistem endokrin yang terjadi pada masa nifas adalah perubahan kadar hormon dalam tubuh. Adapun kadar hormon yang mengalami perubahan pada ibu nifas adalah hormone estrogen dan progesterone, hormone oksitosin dan prolactin. Hormon estrogen dan progesterone menurun secara drastis, sehingga terjadi peningkatan kadar hormone prolactin dan oksitosin. Hormon oksitosin berperan dalam proses involusi uteri dan juga memancarkan ASI, sedangkan hormone prolactin berfungsi untuk memproduksi ASI. Keadaan ini membuat proses laktasi dapat berjalan dengan baik. Jadi semua ibu nifas seharusnya dapat menjalani proses laktasi dengan baik dan sanggup memberikan ASI eksklusif pada bayinya.

Hormone lain yang mengalami perubahan adalah hormone plasenta. Hormone plasenta menurun segera setelah plasenta lahir. Human Chorionic Gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% pada 3 jam pertama hingga hari ke tujuh postpartum. Hal yang mempengaruhi perubahan sistem endokrin<sup>38</sup>:

##### 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 *mamae* 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.

(6) 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<sup>39</sup>.

(7) 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 25.000 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<sup>39</sup>.

d. Adaptasi Psikologi

1) Fase Taking in

Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Pada fase ini, kebutuhan istirahat, asupan nutrisi dan komunikasi yang baik harus dapat terpenuhi. Gangguan psikologis yang mungkin dirasakan ibu pada fase ini adalah sebagai berikut<sup>38</sup>:

- a) Kekecewaan karena tidak mendapatkan apa yang diinginkan tentang bayinya misalkan: jenis kelamin tertentu, warna kulit, dan sebagainya
- b) Ketidaknyamanan sebagai akibat dari perubahan perubahan fisik yang dialami ibu misalnya rasa mules akibat dari kontraksi rahim, payudara bengkak, akibat luka jahitan, dan sebagainya



- c) Rasa bersalah karena belum bisa menyusui bayinya
- d) Suami atau keluarga yang mengkritik ibu tentang cara merawat bayinya dan cenderung melihat saja tanpa membantu. Ibu akan merasa tidak nyaman karena sebenarnya hal tersebut bukan hanya tanggung jawab ibu saja, tetapi tanggung jawab bersama.

Pada tahap ini tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan fisik dan psikologis yang dapat diakibatkan karena kurang istirahat, selain itu peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif.

Dalam memberikan asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu. Pada tahap ini bidan dapat menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya. Berikan juga dukungan mental atau apresiasi atas hasil perjuangan ibu dalam melahirkan bayinya. Bidan diharapkan dapat menciptakan suasana yang nyaman bagi ibu sehingga ibu dapat dengan leluasa menceritakan permasalahan yang sedang dihadapi kepada bidan. Dalam hal ini sering kali terjadi kesalahan dalam perawatan yang dilakukan kepada pasien dan bayinya akibat kurangnya jalinan komunikasi yang baik antara pasien dengan bidan.

## 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<sup>38</sup>

### 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<sup>38</sup>.

Faktor-faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada saat post partum, antara lain<sup>38</sup>:

#### a) Respon dan dukungan keluarga dan teman.

Bagi ibu post partum, apalagi pada ibu yang pertama kali melahirkan akan sangat membutuhkan dukungan orang-orang terdekatnya karena ia belum sepenuhnya berada pada kondisi stabil, baik fisik maupun psikologisnya. Ia masih sangat asing dengan perubahan peran barunya yang begitu fantastis terjadi dalam waktu yang begitu cepat, yakni peran sebagai “ibu” Dengan respon positif dari lingkungan, akan mempercepat proses adaptasi peran ini sehingga akan memudahkan bagi bidan untuk memberikan asuhan yang sehat.

#### b) Hubungan dari pengalaman melahirkan terhadap harapan dan aspirasi

Hal yang dialami oleh ibu ketika melahirkan akan sangat mewarnai alam perasaannya terhadap perannya sebagai ibu. Ia akhirnya menjadi tahu bahwa begitu beratnya ia harus berjuang untuk melahirkan bayinya dan hal tersebut akan memperkaya pengalaman hidupnya untuk lebih dewasa. Banyak kasus terjadi, setelah ibu melahirkan anaknya yang pertama, ia bertekad untuk lebih meningkatkan kualitas hubungannya dengan ibunya.

#### c) Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu.

Walaupun bukan kelahiran anak berikutnya bukan

pengalaman pertama, namun kebutuhan dukungan positif dari lingkungannya tidak berbeda dengan ibu yang melahirkan anak yang pertama. Hanya perbedaannya adalah teknik penyampaian dukungan yang diberikan lebih kepada support dan apresiasi dari keberhasilannya dalam melewati saat-saat sulit pada persalinan yang lalu.

d) Pengaruh budaya

Adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit lebih banyak akan mempengaruhi keberhasilan ibu dalam melewati saat transisi ini, apalagi jika ada hal yang tidak sinkron antara arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang di anut pada lingkungan ibu. Dalam hal ini bidan harus bijaksana dalam menyikapi, namun tidak mengurangi kualitas asuhan yang harus diberikan. Keterlibatan keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan.

e. Kebijakan Masa Nifas/ Program Nasional

Tabel 3 Kebijakan Nasional Asuhan Masa Nifas<sup>40,36</sup>

| <b>Kunjungan</b> | <b>Waktu</b>               | <b>Tujuan</b>  |
|------------------|----------------------------|--|
| I                | 6-8 jam setelah persalinan | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.</li> <li>b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan; rujuk jika perdarahan berlanjut.</li> <li>c. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas</li> </ul> |

|    |                           |  |
|----|---------------------------|--|
|    |                           | <p>karena atonia uteri.</p> <p>d. Pemberian ASI awal.</p> <p>e. Melakukan hubungan antara ibu dengan bayi yang baru lahir.</p> <p>f. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hypothermi.</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 involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi, fundus di bawah umbilicus, 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<br>setelah<br>persalinan | Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.                     |
| IV  | 6 minggu<br>setelah<br>persalinan | a. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang ia atau bayinya alami.<br>b. Memberikan konseling KB secara dini. |

1) Kunjungan Nifas I (6-8 jam post partum)

Tujuan kunjungan nifas I 6-8 jam setelah persalinan<sup>40,36</sup>:

- a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
- b) Mendeteksi penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut
- c) Melakukan konseling pada ibu dan keluarga jika terjadi masalah
- d) Memfasilitasi ibu untuk pemberian ASI awal.
- e) Memfasilitasi, mengajarkan cara hubungan ibu dan bayi (Bouding Attachmant).
- f) Menjaga bayi tetap sehat dan hangat dengan cara mencegah hipotermia
- g) Memastikan ibu merawat bayi dengan baik (perawatan tali pusat, memandikan bayi).

2) Kunjungan Nifas II (6 hari post partum)

Tujuan kunjungan nifas II<sup>40,36</sup>:

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi baik, tinggi fundus uteri dibawah pusat (umbilicus), tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau.
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.
- c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan

istirahat.

- d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.

3) Kunjungan Nifas III (2 minggu post partum)

Tujuan kunjungan nifas III<sup>40,36</sup>:

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal: uterus berkontraksi baik, tinggi fundus uteri dibawah pusat (umbilicus), tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau.
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal.
- c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat.
- d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit.
- e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, menjaga bayi tetap hangat, dan merawat bayi sehari-hari.

4) Kunjungan Nifas IV (6 minggu post partum)

Tujuan Kunjungan Nifas IV<sup>40,36</sup>:

- a) Menanyakan kepada ibu adakah masalah atau penyulit yang dialami baik bagian ibu maupun bayi
- b) Memastikan ibu untuk memilih kontrasepsi efektif atau sesuai kebutuhan.

f. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Ibu nifas memiliki beberapa kebutuhan dasar yang harus terpenuhi selama menjalani masa nifas yaitu sebagai berikut<sup>38,41</sup>:

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, 25-35% 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.

## 2) Ambulasi Dini

Sedini mungkin sangat dianjurkan bagi ibu pasca bersalin karena hal ini akan meningkatkan sirkulasi darah dan mencegah risiko tromboflebitis. 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<sup>42</sup>.

## 3) Eliminasi

Ibu pasca bersalin harus berkemih dalam 6-8 jam pertama dan minimal 200 cc. Semakin lama urine tertahan dalam kandung kemih maka dapat mengakibatkan kesulitan pada organ perkemihan, misalnya infeksi. 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)*<sup>38,41</sup>.

Dalam 24 jam pertama, ibu post partum harus dapat buang air besar, karena semakin lama feses tertahan dalam usus makan akan mengeras karena ciran yang terkandung dalam feses akan terserap oleh usus. Bidan harus dapat meyakinkan pasien agar tidak takut buang air besar, karena tidak akan mempengaruhi luka jalan lahir. Untuk meningkatkan volume feses, anjurkan pasien untuk makan tinggi serat dan banyak minum air putih. Buang air besar (BAB). Defekasi (buang air besar) harus ada dalam 3 hari postpartum. Bila ada obstipasi dan timbul koprostase hingga skibala (feses yang mengeras) tertimbun di rectum, mungkin akan terjadi febris. Bila terjadi hal demikian dapat dilakukan klisma atau diberi laksan per os (melalui mulut).

Pengeluaran cairan lebih banyak pada waktu persalinan sehingga dapat mempengaruhi terjadinya konstipasi. Biasanya bila penderita tidak BAB sampai 2 hari sesudah persalinan, akan ditolong dengan pemberian spuit gliserine/diberikan obat-obatan. Jika dalam 2-3 hari postpartum masih susah BAB, maka sebaiknya diberikan laksan atau paraffin (1-2 hari postpartum), atau pada hari ke-3 diberi laksa supositoria dan minum air hangat<sup>38</sup>.

#### 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. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu post partum dalam beberapa hal diantaranya adalah sebagai berikut<sup>38</sup>:

- a) Mengurangi jumlah produksi ASI.
- b) Memperlambat proses involusi uterus, sehingga berisiko memperbanyak pendarahan
- c) Menyebabkan depresi dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

#### 6) Seksual

Dinding vagina akan kembali ke keadaan seperti sebelum hamil dalam waktu 6-8 minggu. Secara fisik, aman untuk memulai hubungan suami istri setelah berhentinya perdarahan, dan ibu dapat mengecek dengan menggunakan jari kelingking yang dimasukkan ke dalam vagina. Begitu darah merah berhenti dan ibu merasa tidak ada gangguan, maka aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri di saat ibu merasa siap. Banyak budaya yang mempunyai tradisi memulai hubungan suami istri sampai masa waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 60

hari setelah persalinan. Hubungan seksual dapat dilakukan dengan aman ketika luka episiotomy telah sembuh dan lokia telah berhenti. Sebaliknya hubungan seksual dapat ditunda sedapat mungkin sampai 40 hari setelah persalinan karena pada saat itu diharapkan organ-organ tubuh telah pulih kembali<sup>38</sup>.

g. Ketidaknyamanan Masa Nifas

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.

h. 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. Asuhan pada masa nifas sangat diperlukan dalam periode ini karena masa nifas merupakan masa kritis untuk ibu dan bayinya. Berikut adalah beberapa tanda bahaya yang perlu diwaspadai pada ibu nifas, diantaranya adalah<sup>38</sup>:

- 1) Perdarahan per vagina yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa atau bila memerlukan ganti pembalut 2 kali dalam setengah jam)
- 2) Pengeluaran per vagina yang berbau menusuk (menyengat)

- 3) Rasa sakit di bagian bawah abdomen atau punggung
- 4) Rasa sakit kepala yang terus-menerus, nyeri epigastrik, atau masalah penglihatan
- 5) Pembengkakan di wajah atau di tangan
- 6) Demam, muntah, rasa sakit waktu buang air kecil, atau jika merasa tidak enak badan
- 7) Payudara yang berubah menjadi merah, panas, dan sakit
- 8) Kehilangan nafsu makan dalam jangka waktu yang lama
- 9) Rasa sakit, warna merah, pembengkakan di kaki
- 10) Merasa sedih atau tidak mampu mengasuh bayi atau dirinya sendiri

## 6. Keluarga Berencana

### a. Pengertian

Keluarga berencana (KB) merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. 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<sup>43</sup>.

KB merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapat kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran<sup>44</sup>. Sedangkan menurut KBBI, Keluarga berencana adalah gerakan untuk membentuk keluarga yang sehat dan sejahtera dengan membatasi kelahiran. Maka dari itu, pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan.

b. Prinsip Dasar Metode Kontrasepsi

Mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang di dalam rahim<sup>45</sup>.

c. Tujuan Program KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya<sup>45</sup>.

Keluarga berencana memiliki beberapa tujuan yaitu:

- 1) Mencegah terjadinya ledakan penduduk dengan menekan laju pertumbuhan penduduk dengan menurunkan angka kelahiran atau TFR (Total Fertility Rate).
- 2) Mengatur kehamilan dengan menunda kehamilan anak pertama dan menjarangkan kehamilan setelah kelahiran anak pertama serta menghentikan kehamilan apabila merasa anak telah cukup.
- 3) Tercapainya keluarga yang berkualitas, yakni keluarga yang harmonis, sehat, tercukupi sandang, pangan, papan, pendidikan dan produktif dari segi ekonomi.

d. Sasaran Keluarga Berencana

Sasaran langsung KB yaitu pasangan usia subur yang wanitanya berusia antara 15-49 tahun, karena pasangan usia subur ini adalah pasangan yang aktif melakukan hubungan seksual dan mudah terjadinya kehamilan. Pasangan Usia Subur (PUS) diharapkan secara bertahap menjadi peserta KB yang aktif lestari sehingga memberi efek langsung penurunan fertilisasi<sup>45</sup>.

e. Definisi kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra yang berarti "melawan" atau "mencegah", sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Jadi kontrasepsi adalah menghindari atau

mencegah terjadinya kehamilan akibat adanya pertemuan antara sel telur<sup>45</sup>.

f. Prinsip Kerja Kontrasepsi

Cara kerja kontrasepsi pada dasarnya adalah meniadakan pertemuan antara sel telur (ovum) dengan sel mani (sperma). Ada tiga cara untuk mencapai tujuan tersebut diantaranya adalah menekan keluarnya sel telur (ovulasi), menahan masuknya sperma ke dalam saluran kelamin wanita sampai mencapai ovum dan yang ketiga adalah menghalangi nidasi<sup>46,45</sup>.

g. Macam-macam Metode Kontrasepsi

Macam-macam metode kontrasepsi dibagi menjadi<sup>46,45</sup>:

1) Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2, yaitu:

- a) Metode kontrasepsi sederhana tanpa alat. Metode kontrasepsi tanpa alat antara lain: Metode Amenorrhoe Laktasi (MAL), Coitus Interruptus, metode kalender, metode lendir serviks, metode suhu basal badan, dan simptomermal yaitu perpaduan antara suhu basal dan lendir servik.
- b) Metode kontrasepsi sederhana dengan alat, yaitu kondom, diafragma, cup serviks dan spermisida.

2) Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2, yaitu:

- a) Kombinasi (mengandung hormon progesterone dan estrogen sintetik) dan yang hanya berisi progesterone saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/ injeksi.
- b) Progesterone, kontrasepsi hormone yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implant. Kontrasepsi progestin tidak mengandung estrogen sehingga dapat digunakan pada

masa laktasi.

3) Metode Kontrasepsi dengan Alat

Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2, yaitu:

- a) AKDR yang mengandung hormon sintetis (sintetik progesteron) dan yang tidak mengandung hormon.
- b) AKDR yang mengandung hormon Progesterone atau Levonorgestrel yaitu Progestasert (Alza-T dengan daya kerja 1 tahun, LNG-20 mengandung Levonorgestrel).

4) Metode Kontrasepsi Mantap

Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam, yaitu:

- a) Metode Operatif Wanita (MOW), sering dikenal dengan tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran tuba/falopii sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma
- b) Metode Operatif Pria (MOP), sering dikenal dengan nama vasektomi, vasektomi yaitu memotong atau mengikat saluran vas deferens sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi.

h. Jenis Alat Kontrasepsi

Macam-macam alat kontrasepsi yang aman dan tidak mengganggu laktasi meliputi metode amenorea laktasi (MAL), pil progestin, suntik progestin, implan dengan progestin dan alat kontrasepsi dalam rahim. Berikut adalah macam-macam alat kontrasepsi<sup>45</sup>:

a. 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  $\geq 8$  x sehari, belum haid dan umur

53 bayi kurang dari 6 bulan. Efektif sampai 6 bulan, dan harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya. Cara kerjanya yaitu penundaan atau penekanan ovulasi.

b. Metode Keluarga Berencana Alamiyah (KBA)

Metode kontrasepsi alamiyah merupakan metode untuk mengatur kehamilan secara alamiyah, 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  $0,2-0,50^{\circ}\text{C}$  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 menyukseskan cara ini dibutuhkan pengendalian diri yang besar dari pihak laki-laki.

c. Metode Kontrasepsi Sederhana

a) Kondom

Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung 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%.

d. 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

- (1) Suntik KB ada dua jenis yaitu, suntik KB 1 bulan (cyclofem) dan suntik KB 3 bulan (DMPA).
- (2) Efek sampingnya terjadi gangguan haid, depresi, keputihan, jerawat, perubahan berat badan, pemakaian jangka panjang bisa terjadi penurunan libido, dan

densitas tulang.

(3) 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.

(4) Efektifitas. Kedua jenis suntik KB tersebut memiliki efektifitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

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%<sup>45</sup>. prinsip pemasangan KB implant adalah dipasang tepat di bawah kulit, diatas lipatan siku, di daerah lengan atas<sup>46</sup>.

a) Keuntungan

Daya guna tinggi, perlindungan jangka panjang (sampai 5 tahun), pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, bebas dari pengaruh estrogen, tidak mengganggu kegiatan senggama, tidak mengganggu ASI.

b) Keterbatasan

Pada penggunaan jangka panjang dapat terjadi amenorea, progestin dapat memicu pertumbuhan miom, dapat terjadi perforasi uterus pada saat insersi (<1/1000 kasus).

c) Petunjuk perawatan di rumah<sup>45</sup>

(1) Mungkin akan terdapat memar, bengkak atau sakit di daerah insisi selama beberapahari. Hal ini normal.

(2) Jaga luka insisi tetap kering dan bersih selama paling

sedikit 48 jam. Luka insisi dapat mengalami infeksi bila basah saat mandi atau mencuci pakaian.

- (3) Jangan membuka pembalut tekan selama 48 jam dan biarkan band aid di tempatnya sampai luka insisi sembuh (umumnya 3-5 hari).
- (4) Ibu dapat segera bekerja secara rutin. Hindari benturan atau luka di daerah luka atau menambahkan tekanan.
- (5) Setelah luka insisi sembuh, daerah tersebut dapat disentuh dan dibersihkan dengan tekanan normal.
- (6) Apabila terdapat tanda-tanda infeksi seperti demam, daerah insisi kemerahan dan uas atau sakit yang menetap selama beberapa hari, segera kembali ke klinik.

e. 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%.

f. 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.

i. Kebutuhan Pada Calon Akseptor KB

Konseling adalah suatu proses pemberian informasi objektif dan lengkap, dilakukan secara sistematis dengan panduan sistematis interpersonal, teknik bimbingan dan penguasaan pengetahuan klinik yang bertujuan untuk membantu seseorang mengenali kondisinya saat ini, masalah yang sedang dihadapinya dan menentukan jalan keluar atau upaya dalam mengatasi masalah tersebut. Proses konseling yang benar, objektif dan lengkap akan meningkatkan kepuasan, kelangsungan dan keberhasilan penggunaan berbagai metode kontrasepsi<sup>36</sup>. Dalam memberikan konseling, khususnya bagi calon akseptor Keluarga Berencana (KB) yang baru, hendaknya dapat diterapkan enam langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU. Penerapan SATU TUJU tersebut tidak perlu dilakukan secara berurutan karena petugas harus menyesuaikan diri dengan kebutuhan klien. Kata kunci SATU TUJU adalah sebagai berikut:

- 1) SA: Sapa dan Salam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat dipeolehnya.
- 2) T: Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR), tujuan, kepentingan, harapan,

serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien. Berikan perhatian kepada klien apa yang disampaikan klien sesuai dengan kata-kata, gerak isyarat dan caranya. Coba tempatkan diri kita di dalam hati klien. Perlihatkan bahwa kita memahami. Dengan memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien, kita dapat membantunya.

- 3) U: Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling diinginkan, serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada. Uraikan juga mengenai risiko penularan Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV/AIDS) dan pilihan metode ganda.
- 4) TU: Bantulah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berpikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.
- 5) J: Jelaskan secara lengkap kepada klien bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsi, jika diperlukan perlihatkan alat kontrasepsinya.
- 6) U: Perlunya kunjungan Ulang. Diskusikan dan buat kontrak dengan klien untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi apabila dibutuhkan.

j. Penapisan Klien

Tujuan utama panapisan klien sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi, untuk menentukan apakah ada:

1) Kehamilan

Klien tidak hamil apabila:

- a) Tidak senggama sejak haid terakhir
- b) Sedang memakai metode efektif secara baik dan benar
- c) Sekarang didalam 7 hari pertama haid terakhir

- d) Di dalam 4 minggu pasca persalinan
  - e) Dalam 7 hari pasca keguguran
  - f) Menyusui dan tidak haid
- 2) Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus
- 3) Masalah (misalnya diabetes, tekanan darah tinggi) yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut.

Tabel 4 Daftar Tilik Penapisan Klien Metode Non Operatif<sup>46</sup>

|  | Ya | Tidak |
|--|----|-------|
| Metode hormonal (pil kombinasi, pil progesterin, suntikan, dan susuk)  |    |       |
| Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan |    |       |
| Apakah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid setelah senggama   |    |       |
| Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata   |    |       |
| Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual  |    |       |
| Apakah pernah nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema)   |    |       |
| Apakah pernah tekanan darah di atas 160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolik)   |    |       |
| Apakah ada massa atau benjolan pada payudara   |    |       |
| Apakah anda sedang minum obat-obatan anti kejang (epilepsi)  |    |       |
| AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progesterin)   |    |       |
| Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu   |    |       |
| Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain  |    |       |
| Apakah pernah mengalami infeksi menular  |    |       |



---

seksual (IMS)

---

Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik

---

Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4 jam)

---

Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)

---

Apakah pernah mengalami disminnoea berat yang membutuhkan analgetika atau istirahat baring

---

Apakah pernah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid atau setelah senggama

---

Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung vaskuler atau konginetal

---

- 4) Apabila klien menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan maka pil kombinasi adalah metode pilihan terakhir.
- 5) Tidak cocok untuk pil progestin (minipil), suntikan Depo medroxy progesterone asetat (DMPA) atau Norethindrone enanthate (NET-EN) atau susuk
- 6) Tidak cocok untuk suntikan progestin (DMPA atau NET-EN).

k. 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 KB. 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<sup>6</sup>.