

BAB II

KAJIAN KASUS DAN TEORI

A. Kajian Kasus

1. Asuhan Kebidanan Kehamilan

Ny. S usia 36 tahun datang ke Puskesmas dengan alasan ingin memeriksakan keadaanya. Ny. S mengatakan tidak ada keluhan apapun. Berdasarkan pengkajian data subjektif diketahui bahwa HPHT pada tanggal 3 November 2020. Riwayat obstetri diketahui bahwa Ny. S pernah hamil dan melahirkan pada tahun 2010 dengan jenis persalinan normal. Ny. S pernah menggunakan alat kontrasepsi IUD pada tahun 2010 dan 2018, hingga memutuskan untuk melepas pada tahun 2020, dengan alasan ingin hamil lagi. Ny. S mengatakan tidak ada riwayat penyakit seperti hipertensi, asma, jantung, DM, TBC, hepatitis, IMS, HIV/AIDS pada ibu maupun keluarga.

Pengkajian data Objektif pada tanggal 17 Juli 2021, didapatkan hasil pemeriksaan umum dalam keadaan baik, berat badan 65 kg, tinggi badan 148 cm, LLA 24.2 cm, tekanan darah 119/72 mmHg, pernapasan 22 kali/menit, nadi 82 kali/menit, suhu 36.8°C. Hasil pemeriksaan fisik tampak normal, tidak ada oedema dan tidak ada yang tampak pucat. TFU 33 cm dengan punggung kanan, presentasi kepala. TBJ 3410 gram, DJJ 142 kali/menit. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 19 Juni 2021 diketahui HB 13 gr/dl, GDS 81, protein urine negatif.

Pengkajian data Objektif pada tanggal 24 Juli 2021, didapatkan hasil pemeriksaan umum dalam keadaan baik, berat badan 64.5 kg, tekanan darah 111/75 mmHg, pernapasan 22 kali/menit, nadi 82 kali/menit, suhu 36.7°C. Hasil pemeriksaan fisik tampak normal, tidak ada oedema dan tidak ada yang tampak pucat. TFU 33 cm dengan punggung kanan, presentasi kepala. TBJ 3410 gram, DJJ 145 kali/menit.

2. Asuhan Kebidanan Persalinan

Tanggal 28 Juli 2021 Ny. S usia 36 tahun datang ke Puskesmas dengan alasan ingin memeriksakan keadaannya. Ny. S mengatakan merasa kencang teratur sejak jam 03.00 WIB dan keluar lendir darah sejak jam 06.00 WIB. Berdasarkan pengkajian data subjektif diketahui bahwa ibu merasa sedikit cemas mendekati persalinan.

Pengkajian data objektif pada jam 06.30 WIB, didapatkan hasil pemeriksaan umum dalam keadaan baik, tekanan darah 126/78 mmHg, pernapasan 22 kali/menit, nadi 88 kali/menit, suhu 36.8°C. Hasil pemeriksaan fisik tampak normal, tidak ada oedema dan tidak ada yang tampak pucat. TFU 32 cm dengan punggung kanan, presentasi kepala. TBJ 3100 gram, DJJ teratur 140 kali/menit, kontraksi 2x10'x20'' dengan kekuatan sedang. Pemeriksaan dalam diketahui vulva uretra tenang, dinding vagina licin, portio tebal lunak, pembukaan 2 cm, selaput ketuban utuh, presentasi kepala, penurunan kepala hodge 2, STLD positif, air ketuban negatif.

Pengkajian data objektif pada jam 10.00 WIB, didapatkan hasil pemeriksaan umum dalam keadaan baik, tekanan darah 112/83 mmHg, pernapasan 22 kali/menit, nadi 84 kali/menit, suhu 36.7°C. Hasil pemeriksaan fisik tampak normal, tidak ada oedema dan tidak ada yang tampak pucat. DJJ teratur 140 kali/menit, kontraksi 4x10'x40'' dengan kekuatan sedang. Pemeriksaan dalam diketahui vulva uretra tenang, dinding vagina licin, portio tipis, pembukaan 8 cm, presentasi kepala, UUK jam 11, penurunan kepala hodge 3, STLD positif, air ketuban positif.

Pengkajian data subjektif dan objektif pada jam 10.30 WIB, ibu mengatakan merasakan kontraksi yang semakin sering dan ingin meneran seperti BAB. Hasil pemeriksaan umum dalam keadaan baik, tekanan darah 121/87 mmHg, pernapasan 24 kali/menit, nadi 83 kali/menit, suhu 36.7°C. Hasil pemeriksaan fisik tampak normal, tidak ada oedema dan tidak ada yang tampak pucat. DJJ teratur 140 kali/menit, kontraksi 5x10'x40'' dengan kekuatan kuat. Pemeriksaan

dalam diketahui vulva uretra tenang, dinding vagina licin, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, presentasi kepala, UUK jam 12, penurunan kepala hodge 3, STLD positif, air ketuban positif.

Pengkajian data subjektif dan objektif pada jam 11.05 WIB, ibu mengatakan merasa lega dan senang anaknya telah lahir dan masih merasakan mulas. Hasil pemeriksaan umum dalam keadaan baik, tekanan darah 123/84 mmHg, pernapasan 22 kali/menit, nadi 83 kali/menit, suhu 36.7°C. Hasil pemeriksaan fisik tampak normal, tidak ada oedema dan tidak ada yang tampak pucat. TFU sepusat, kontraksi kuat, pengeluaran darah ± 150 cc, tali pusat menjulur dari vagina.

Pengkajian data subjektif dan objektif pada jam 11.15 WIB, ibu mengatakan merasa mulas. Hasil pemeriksaan umum dalam keadaan baik, tekanan darah 120/80 mmHg, pernapasan 20 kali/menit, nadi 84 kali/menit, suhu 36.6°C. Hasil pemeriksaan fisik tampak normal, tidak ada oedema dan tidak ada yang tampak pucat. TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi kuat, pengeluaran darah ± 60 cc.

3. Asuhana Kebidanan Bayi Baru Lahir

Tanggal 28 Juli 2021, bayi Ny. S lahir pada jam 11.00 WIB. Bayi lahir spontan ditolong bidan di Puskesmas. Bayi langsung menangis. Berat badan dan panjang badan lahir yaitu 3300 gr dan 49 cm. Lingkar kepala 33 cm, lingkar dada 32 cm, LLA 10 cm. Nilai APGAR score 1 menit/ 5 menit / 20 menit yaitu 8/9/10. Tidak terdapat caput dan cephal hematoma. Hasil pemeriksaan umum dan fisik bayi dalam keadaan baik dan normal. Semua reflek bayi bagus.

Pemeriksaan bayi Ny. S pada jam 13.00 WIB. Nilai APGAR score pada 2 jam yaitu 10. Reflek menghisap bayi dalam keadaan normal.

4. Asuhan Kebidanan Nifas

Pengkajian data subjektif dan objektif pada jam 13.00 WIB, ibu mengatakan masih merasakan mulas. Ibu juga mengatakan merasa sangat bahagia atas kelahiran anaknya. Hasil pemeriksaan umum dalam keadaan baik, tekanan darah 110/70 mmHg, pernapasan 22

kali/menit, nadi 82 kali/menit, suhu 36.6°C. Hasil pemeriksaan fisik tampak normal, tidak ada oedema dan tidak ada yang tampak pucat. TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi kuat, pengeluaran darah ± 30 cc.

Tanggal 5 Agustus 2021, Ny. S datang ke Puskesmas dengan alasan ingin melakukan kontrol pasca nifas. Ny. S mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan ibu dan anaknya. Hasil pemeriksaan umum dalam keadaan baik, berat badan 64 kg, tekanan darah 110/70 mmHg, pernapasan 22 kali/menit, nadi 82 kali/menit, suhu 36.6°C. Hasil pemeriksaan fisik, payudara simetris, puting menonjol dan tidak terdapat lecet, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada pembengkakan, dan ASI keluar lancar. Pemeriksaan genitalia diketahui tidak terdapat oedema dan varices pada vulva, luka jahitan bersih dan kering, tidak ada tanda infeksi, pengeluaran lochea serosa.

Tanggal 28 Agustus 2021, dilakukan kunjungan ke rumah Ny. S. Ny. S mengatakan tidak ada keluhan yang dirasakan ibu dan anaknya. Hasil pemeriksaan umum dalam keadaan baik, tekanan darah 120/80 mmHg, pernapasan 22 kali/menit, nadi 82 kali/menit, suhu 36.7°C. Hasil pemeriksaan fisik, payudara simetris, puting menonjol dan terdapat lecet, tidak ada benjolan abnormal, tidak ada pembengkakan, dan ASI keluar lancar. Pemeriksaan genitalia diketahui pengeluaran lochea alba.

5. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Ibu mengatakan melakukan pemasangan IUD pada tanggal 9 September 2021 di PMB. Ibu mengatakan hasil pemeriksaan baik dan dapat dilanjutkan pemasangan IUD. Ibu mengatakan diberikan penjelasan oleh bidan mengenai KB yang akan digunakan. Tidak ada keluhan yang saat ini ibu rasakan. Rencana kunjungan ulang untuk control IUD dilakukan 1 minggu lagi.

B. Kajian Teori

1. Kehamilan

a. Pengertian kehamilan

Kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implementasi.⁷ Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya suatu kehamilan yang normal yaitu 280 hari atau 40 minggu yang dihitung dari haid pertama hari terakhir.¹

b. Perubahan anatomi dan fisiologi ibu hamil

1) Sistem reproduksi

a) Uterus

Perubahan ini diakibatkan hipertropi dan hiperplasi otot polos rahim, serabut-serabut koleganya menjadi mikroskopik, dan endometrium menjadi desidua.⁸

b) Payudara

Mengalami perubahan seperti payudara bertambah besar, tegang dan berat. Areola payudara semakin menghitam, hiperpigmentasi pada puting susu dan areola payudara.¹

2) Sistem kardiovaskuler

Volume darah semakin meningkat dimana serum darah lebih besar dari pertumbuhan sel darah sehingga terjadi semacam pengenceran darah. Hemodilusi mencapai puncaknya pada umur kehamilan 32 minggu, serum darah semua organ dalam tubuh, maka akan terlihat adanya perubahan yang signifikan pada sistem kardiovaskuler.¹

3) Sistem ginjal

Perubahan struktur ginjal merupakan akibat aktivitas hormonal, tekanan yang timbul akibat pemebaran uterus, dan peningkatan volume darah. Hal ini akan menyebabkan ibu hamil akan sering berkemih.⁸

4) Sistem pencernaan

Aktivitas peristaltik menurun, yang akibatnya akan menyebabkan konstipasi, mual, serta muntah yang umumnya terjadi.⁸

c. Kebutuhan dasar ibu hamil pada trimester II

Menurut Walyani (2015: 96-98), kebutuhan dasar ibu hamil trimester III meliputi :⁷

1) Kebutuhan fisik

a) Oksigen

Kebutuhan oksigen adalah kebutuhan yang utama pada manusia termasuk ibu hamil. Pada saat kehamilan ibu bisa mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen yang akan berakibat pada bayi yang dikandung. Untuk mencegah hal tersebut ibu hamil dapat melakukan beberapa hal, seperti latihan senam nafas melalui senam hamil, tidur dengan bantal yang lebih tinggi, dan dengan tidak makan terlalu banyak. Kebutuhan oksigen pada ibu selama kehamilan terjadi peningkatan yaitu 20-25%. Ibu hamil dengan anemia kebutuhannya lebih besar, hal ini terkait Hb yang berkurang menyebabkan jaringan tubuh kekurangan oksigen atau tidak tercukupinya pemenuhan oksigen dalam tubuh, sehingga akan mengganggu proses metabolisme.

b) Nutrisi

Pada trimester ini ibu hamil membutuhkan bekal energi yang memadai. Hal ini sebagai salah satu cadangan energi untuk mempersiapkan persalinan kelak. Pemenuhan zat gizi yang perlu diperhatikan untuk ibu hamil dengan anemia, yaitu:

(1) Kalori

Kebutuhan kalori selama kehamilan adalah sekitar 70.000-80.000 kkal, tambahan kalori yang dibutuhkan setiap harinya sekitar 285-300 kkal. Tambahan kalori ini dibutuhkan untuk pertumbuhan jaringan janin, plasenta, volume darah, dan cairan amnion. Makanan yang

mengandung kalori seperti jenis kacang-kacangan, alpukat, kentang, telur, dan keju.

(2) Vitamin B6

Angka kecukupan vitamin B6 bagi ibu hamil adalah 2,2 miligram sehari. Makanan hewani adalah sumber yang kaya akan vitamin ini. Makanan yang mengandung vitamin B6 yaitu paprika, bayam, kacang hijau, ubi jalar, brokoli, dan lobak hijau.

(3) Yodium

Dalam pengonsumsi yodium pada ibu hamil tidak boleh kekurangan ataupun kelebihan karena bila ibu hamil kekurangan yodium akan berakibat pada perkembangan janin, termasuk janin akan tumbuh kerdil, angka yang ideal untuk konsumsi yodium adalah 175 mikrogram perhari.

(4) Vitamin B1 B2 dan B3

Deretan vitamin ini akan membawa enzim untuk mengatur metabolisme sistem pernafasan dan energi. Ibu hamil dianjurkan untuk mengonsumsi B1 dan B2 sekitar 1,2 miligram perhari, dan B3 sekitar 11 miligram perhari. Jenis makanan yang mengandung B1 yaitu sereal, roti, pasta, sayuran berdaun hijau (seperti bayam, selada, kubis), kedelai, biji-bijian, ikan, telur, susu, gandum, dan kacang-kacangan. Vitamin B2 terkandung di ayam, ikan, telur, kacang polong, susu, yogurt, keju, sayuran berdaun hijau, dan sereal. Sedangkan vitamin B3 terkandung di ayam, pasta gandum dan biji-bijian.

(5) Air

Apabila konsumsi cairan cukup maka ibu akan terhindar dari sembelit serta terhindar dari infeksi saluran kemih. Jumlah kebutuhan cairan yang harus

terpenuhi oleh ibu hamil sekitar 8 gelas air putih perhari.

c) Personal hygiene

Untuk menjaga personal hygiene, ibu hamil dianjurkan mandi setidaknya dua kali sehari karena ibu hamil cenderung untuk mengeluarkan banyak keringat. Hal-hal yang harus diperhatikan adalah dimulai dari kebersihan rambut dan kulit kepala, kebersihan payudara, kebersihan pakaian, kebersihan vulva, kebersihan kuku tangan dan kaki.

d) Eliminasi

Pada trimester III frekuensi BAK meningkat karena penurunan kepala ke PAP, sedangkan ibu hamil akan mudah terjadi obstipasi pada BAB karena hormon progesteron meningkat.

2) Kebutuhan psikologi

Pada trimester ini biasanya ibu akan merasa khawatir, takut akan kehidupan dirinya, bayinya, kelainan pada bayinya, persalinan, rasa nyeri persalinan, dan ibu tidak akan pernah tau kapan ia akan melahirkan. Ketidaknyamanan pada trimester ini meningkat, dimana ibu merasa dirinya aneh dan sangat jelek, menjadi lebih ketergantungan, malas, mudah tersinggung, dan akan merasa cemas mengenai kehamilannya. Kecemasan ibu hamil dalam menghadapi kehamilan dan persalinan berdasarkan usia >35 tahun dan berdasarkan paritas grandemultipara, yaitu ibu hamil usia >35 tahun memiliki kecemasan yang tinggi mengenai kehamilan yang beresiko tinggi terhadap kelainan bawaan dan penyulit pada waktu persalinan. Sedangkan, ibu hamil dengan grandemultipara memiliki kecemasan dalam menghadapi kehamilan dan persalinannya (Fazdria, 2014: 6-13). Untuk mengurangi dampak psikologis ibu hamil ini perlu adanya dukungan dari orang terdekat seperti dari suami,

keluarga, lingkungan. Selain dari keluarga dukungan tenaga kesehatan juga diperlukan seperti melalui kelas antenatal dan memberi kesempatan pada ibu untuk berkonsultasi mengenai masalah yang terjadi.

d. Ketidaknyamanan pada trimester ke III

1) Edema

Edema pada kaki timbul akibat gangguan sirkulasi disebabkan oleh tekanan uterus pada vena pelvis ketika duduk atau pada vena cava inferior ketika berbaring. Cara menangani edema yaitu dengan membatasi makan makanan yang mengandung garam, banyak minum air, jangan terlalu banyak berdiri dan juga jangan terlalu banyak duduk, jangan melipat kaki saat duduk, dan taruh kaki lebih tinggi.⁹

2) Gangguan tidur

Pada trimester III, hampir semua ibu hamil akan mengalami gangguan tidur yang disebabkan oleh nokturia (sering berkemih pada malam hari) sehingga menyebabkan ibu bangun di malam hari dan mengganggu tidur nyenyaknya. Untuk menangani keluhan ini ibu hamil dapat mandi dengan air hangat, meminum air yang hangat seperti meminum susu sebelum tidur, dan melakukan aktivitas yang tidak menimbulkan stimulus sebelum tidur.¹⁰

e. Tanda bahaya kehamilan

Tanda bahaya kehamilan adalah tanda-tanda yang terjadi pada seseorang ibu hamil yang merupakan suatu pertanda telah terjadinya suatu masalah yang serius pada ibu atau janin yang dikandungnya. Tanda-tanda bahaya ini dapat terjadi pada awal kehamilan atau pertengahan atau pada akhir kehamilan.

1) Anemia

Anemia adalah suatu keadaan dimana jumlah hemoglobin dalam darah kurang dari normal. Hemoglobin

ini dibuat di dalam sel darah merah, sehingga anemia dapat terjadi baik karena sel darah merah mengandung terlalu sedikit hemoglobin maupun karena jumlah sel darah yang tidak cukup. Anemia ringan (9-10,4 g/dL) adalah kondisi normal yang dialami selama kehamilan karena adanya peningkatan volume darah. Sementara itu, anemia berat (<7,5 g/dL) dapat menyebabkan bayi berisiko menderita anemia pada masa kanak-kanak. Anemia pada dua trimester pertama akan meningkatkan risiko persalinan premature atau BBLR. Selain itu, anemia akan meningkatkan risiko pendarahan selama persalinan dan membuat ibu lebih sulit melawan infeksi ringan (Sabrina, 2017).

Menurut Astriana (2017) anemia yang terjadi pada ibu hamil akan beresiko melahirkan BBLR hal ini terkait dengan kemunduran dan penurunan daya tahan tubuh serta berbagai penyakit yang sering menimpa diusia ini.¹¹ Sedangkan menurut Tanzia (2016), wanita yang hamil >35 tahun, akan mengalami fungsi tubuh tidak optimal, karena sudah masuk masa awal degeneratif. Oleh karenanya, hamil pada usia >35 tahun merupakan kehamilan yang berisiko yang dapat menyebabkan anemia juga dapat berdampak pada keguguran (*abortus*), bayi lahir dengan berat badan yang rendah (BBLR), dan persalinan yang tidak lancar (komplikasi persalinan).¹² Faktor usia merupakan faktor yang perlu diperhatikan bagi seorang wanita untuk hamil. Menurut Rahmadi, dkk (2018:48) terdapat tanda dan gejala anemia pada kehamilan, yaitu badan lemah, lesu, cepat lelah, mata berkunang-kunang, telinga berdengung.¹³

2) Keluar cairan ketuban sebelum waktunya

Ketuban pecah dini atau PROM (Premature Rupture Of Membran) adalah pecahnya ketuban sebelum waktunya

tanpa disertai tanda inpartu dan setelah 1 jam tetap tidak diikuti dengan proses inpartu sebagaimana mestinya. Ketuban pecah dini (KPD) sering kali menimbulkan konsekuensi yang berimbas pada morbiditas dan mortalitas pada ibu maupun bayi terutama pada kematian perinatal yang cukup tinggi. Ketuban pecah dini dapat menyebabkan berbagai macam komplikasi pada neonates meliputi prematuritas, respiratory distress syndrome, pendarahan intraventrikel, sepsis, hipoplasia paru serta deformitas skeletal. KPD adalah ketuban yang pecah spontan yang terjadi pada sembarang usia kehamilan sebelum persalinan dimulai. Menurut ahli lain ada kasus KPD induksi persalinan dilakukan begitu diagnosis ditegakkan tanpa perlu mempertimbangkan tinggi rendahnya nilai bishop. Induksi persalinan yaitu suatu tindakan yang dilakukan terhadap ibu hamil yang belum inpartu untuk merangsang terjadinya persalinan. Induksi persalinan terjadi antara 10% sampai 20% dari seluruh persalinan dengan berbagai indikasi baik dari ibu maupun dari janinnya. Indikasi terminasi kehamilan dengan induksi adalah KPD, kehamilan postterm, polyhidramnion, perdarahan antepartum (plasenta previa, solusio plasenta), riwayat persalinan cepat, kanker, PEB, dan IUFD. Banyak metode induksi telah banyak dilakukan dan ternyata kegagalan sering terjadi bila serviks belum matang. Ketuban Pecah Dini didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum kehamilan 37 minggu.¹⁴ Penanganan ketuban pecah dini, yaitu memberikan penisilin, gentamisin dan metronidazol untuk KPD >37 minggu, sedangkan KPD <37 minggu penanganan yang diberikan, yaitu amoksisilin dan eritromisin selama 7 hari.

3) Gerakkan janin berkurang

Ibu hamil mulai dapat merasakan gerakan bayinya pada usia kehamilan 16-18 minggu pada multigravida. Jika bayi tidur, gerakan akan melemah, bayi harus bergerak paling sedikit 3 kali dalam periode 3 jam (10 gerakan dalam 12 jam). Gerakan bayi akan lebih mudah terasa jika ibu sedang berbaring atau beristirahat dan jika makan atau minum. Gerakan janin dapat berkurang bisa disebabkan oleh aktifitas ibu yang berlebihan sehingga gerak janin tidak dirasakan, kematian janin, perut tegang akibat kontraksi berlebihan ataupun kepala sudah masuk panggul pada kehamilan atrem. Penanganan untuk hal ini, yaitu melakukan pemantauan gerakan janin dengan ibu berbaring atau istirahat atau jika ibu sedang makan atau minum.⁷

f. Faktor resiko kehamilan

1) Faktor usia

Usia seseorang dapat mempengaruhi keadaan kehamilannya. Bila wanita yang hamil dibawah usia atau diatas usia reproduksi maka resiko terjadi komplikasi kehamilan lebih tinggi. Segi negatif kehamilan diusia tua yaitu kondisi fisik akan sangat menentukan proses terjadi penurunan kualitas sel telur, Kemungkinan terjadi IUDR yang akan berakibat BBLR. Segi positif kehamilan di usia tua yaitu: kepuasan peran sebagai ibu, merasa lebih siap, mampu mengambil keputusan, periode menyusui lebih lama, dan toleransi pada kelahiran lebih besar.⁸

2) Faktor jumlah paritas

Menurut penelitian yang dilakukan Astriani (2017), jumlah paritas ibu yang pernah melahirkan anak empat kali atau lebih karena paritas yang terlalu tinggi akan mengakibatkan terganggunya uterus terutama dalam hal

fungsi pembuluh darah. Kehamilan yang berulang-ulang akan menyebabkan kerusakan pada dinding pembuluh darah uterus, yang akan mempengaruhi nutrisi ke janin pada kehamilan selanjutnya sehingga dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan yang selanjutnya akan melahirkan bayi dengan BBLR. Pada paritas >3 fungsi organ reproduksi mengalami penurunan, sehingga menyebabkan BBLR. Menurut penelitian Maharrani (2017), pada paritas, resiko KPD banyak terjadi pada multipara dan grande multi para disebabkan motilitas uterus berlebih, kelenturan leher rahim yang berkurang sehingga dapat terjadi pembukaan dini pada serviks. Sedangkan pada usia, bertambahnya usia wanita berhubungan dengan menurunnya fungsi dan kemampuan organ tubuh sehingga meningkatkan resiko timbulnya kelainan-kelainan.⁴

3) Faktor psikologi

Faktor psikologi merupakan salah satu faktor yang akan mempengaruhi kehamilan. Menurut Marmi (2011: 113), faktor psikologi terbagi menjadi dua, yaitu stressor internal dan eksternal. Stressor internal meliputi faktor-faktor pemicu stress ibu hamil yang berasal dari diri ibu sendiri. Adanya beban psikologis yang ditanggung oleh ibu dapat menyebabkan gangguan perkembangan pada bayi. Sedangkan, stressor eksternal meliputi faktor-faktor pemicu stress ibu yang berasal dari luar bentuknya dapat berupa masalah ekonomi, konflik keluarga, pertengkaran dengan suami, dan tekanan dari lingkungan (respon lingkungan pada kehamilan lebih dari 5 kali).

- g. Kewenangan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan kehamilan

Menurut Permenkes RI (2017) Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, kewenangan yang dimiliki bidan meliputi : 1. kewenangan normal: a. pelayanan kesehatan ibu, b. pelayanan kesehatan anak, c. pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana; 2. kewenangan dalam menjalankan program pemerintah; 3. kewenangan bidan menjalankan praktik di daerah yang tidak memiliki dokter.²² Selain itu seorang bidan juga mempunyai kompetensi dalam memberikan asuhan kebidanan, salah satunya dalam kompetensi bidan ke-3, yaitu bidan memberikan asuhan antenatal bermutu tinggi untuk mengoptimalkan kesehatan selama hamil yang meliputi: deteksi dini, pengobatan atau rujukan dari kasus tertentu.⁵

2. Persalinan

a. Definisi Persalinan

Persalinan adalah suatu proses saat janin dan produk konsepsi dikeluarkan sebagai akibat kontraksi teratur, progresif, sering dan kuat.¹⁵ Persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Anwar, 2011)¹⁶.

b. Jenis Persalinan

1) Persalinan spontan

Persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri melalui jalan lahir ibu.

2) Persalinan buatan

Persalinan yang di buat dengan tenaga dari luar misalnya vacuum atau tindakan caesaria.

3) Persalinan anjuran

Persalinan yang tidak di mulai dengan sendirinya tetapi baru berlangsung setelah pemecahan ketuban, pemberian piticin atau prostaglandin.⁶⁰

c. Etiologi Persalinan

Penyebab persalinan belum pasti diketahui, namun beberapa teori menghubungkan dengan faktor hormonal, struktur rahim, sirkulasi rahim, pengaruh tekanan pada saraf dan nutrisi³

1) Teori penurunan hormone

1-2 minggu sebelum partus mulai, terjadi penurunan hormone progesterone dan estrogen. Fungsi progesterone sebagai penenang otot –otot polos rahim dan akan menyebabkan kekejangan pembuluh darah sehingga timbul his bila progesterone turun.

2) Teori placenta menjadi tua

Turunnya kadar hormone estrogen dan progesterone menyebabkan kekejangan pembuluh darah yang menimbulkan kontraksi rahim.

3) Teori distensi Rahim

Rahim yang menjadi besar dan merenggang menyebabkan iskemik otot-otot rahim sehingga mengganggu sirkulasi utero-plasenta.

4) Teori iritasi mekanik

Di belakang servik terlihat ganglion servikale (fleksus franterrhauus). Bila ganglion ini digeser dan di tekan misalnya oleh kepala janin akan timbul kontraksi uterus.

d. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Menurut Sodakh ((2013:4-5) faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan, yaitu:¹⁷

1) *Passage* (Jalan Lahir)

Jalan lahir terbagi menjadi dua, yaitu jalan lahir keras dan jalan lahir lunak. Hal yang perlu diperhatikan untuk jalan

lahir keras adalah ukuran dan bentuk tulang panggul, sedangkan untuk jalan lahir yang lunak yang perlu diperhatikan adalah segmen bawah uterus yang meregang, serviks, otot dasar panggul, vagina, dan introitus vagina.

2) *Power* (His dan Mengejan)

Power merupakan tenaga yang dikeluarkan oleh ibu untuk melahirkan janin, yaitu kontraksi uterus atau His dan tenaga dari ibu. Kontraksi otot-otot rahim dan kerja otot-otot volunter dari ibu, yaitu kontraksi otot perut dan diafragma sewaktu iu mengejan atau meneran.

3) *Passenger*

Passenger meliputi janin dan plasenta. Yang perlu diperhatikan mengenai janin adalah ukuran kepala, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin, sedangkan yang perlu diperhatikan pada plasenta adalah letak, besar, dan luas.

4) *Positioning*

Posisi ibu dapat mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi.

5) *Psikologi*

Psikologi ibu dapat dipengaruhi oleh dukungan ayah bayi atau suami, dukungan saudara dekat, dan dukungan saudara kandung bayi selama persalinan Menurut Walyani dan Purwoastuti (2016:35-36), perubahan psikologi ibu bersalin, yaitu:¹⁵

- a) Adanya perasaan tidak enak.
- b) Takut dan ragu akan persalinan yang akan dihadapi.
- c) Sering memikirkan apakah persalinan berjalan dengan normal.
- d) Menganggap persalinan sebagai percobaan.

e) Ibu berpikir apakah penolong persalinan dapat sabar dan bijaksana dalam menolongnya.

f) Apakah bayinya normal atau tidak.

Apakah ibu sanggup merawat bayinya

e. Tanda dan Gejala

Tanda-tanda permulaan persalinan adalah *Lightening* atau *settling* atau *dropping* yang merupakan kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun. Perasaan sering-sering atau susah buang air kecil karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin. Perasaan sakit diperut dan dipinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah diuterus (*fase labor pains*). Servik menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah bisa bercampur darah (*bloody show*) (Hafifah, 2011).¹⁸

Tanda-Tanda In Partu :

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

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2016:16), tanda-tanda persalinan yaitu:¹⁵

- 1) Kekuatan His makin sering terjadi dan teratur dengan jarak kontraksi yang semakin pendek.
- 2) Dapat terjadi pengeluaran lender dan lender bercampur darah.
- 3) Dapat disertai dengan ketuban pecah dini.
- 4) Pada pemeriksaan dalam, dijumpai perubahan serviks, yaitu adanya perlunakan, perdarahan, dan pembukaan serviks.

f. Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin

Menurut Walyani dan Purwoastuti (2016:25-30), kebutuhan dasar ibu bersalin, yaitu:¹⁵

1) Dukungan fisik dan psikologi

Dalam memberikan dukungan fisik dan psikologi bidan menerapkan sifat sayang ibu yang meliputi:

- a) Aman, sesuai *evidendebased*, dari memberi sumbangan pada keselamatan jiwa ibu.
- b) Memungkinkan ibu merasa nyaman, aman, secara emosional serta merasa didukung dan didengarkan.
- c) Menghormati praktek-praktek budaya, keyakinan agama, dan ibu/keluarganya sebagai pengambil keputusan.
- d) Menggunakan cara pengobatan yang sederhana sebelum memakai teknologi canggih.

Memastikan bahwa informasi yang diberikan akurat serta dapat dipahami ibu

2) Kebutuhan makan dan cairan

Makanan padat tidak boleh diberikan selama persalinan aktif, karena makanan padat kan lama berada di lambung dari pada makan cair, sehingga proses pencernaan lebih lambat selama persalinan.

3) Kebutuhan Eliminasi

Kandung kencing harus dikosongkan setiap 2 jam selama proses persalinan, bila ibu bersalin tidak dapat berkemih sendiri maka dilakukan *keterisasi*. Hal ini dilakukan agar tidak menghambat penurunan bagian bawah janin dan untuk mencegah ketidaknyamanan saat bersalin.

4) Posisi dan aktifitas

Dalam bersalin ibu tidak diperbolehkan dipaksa dalam pemilihan posisi persalinannya, selama posisi itu dalam persalinan tidak membahayakan bagi ibu atau bayinya.

5) Pengurangan rasa nyeri

Cara-cara mengurangi rasa sakit ini adalah mengurangi sakit yang berasal dari sumbernya, memberikan rangsangan alternatif yang kuat, dan mengurangi reaksi mental yang negatif, emosional, dan reaksi fisik ibu terhadap rasa sakit.

g. Tahapan persalinan

Persalinan dibagi dalam empat kala menurut Prawirohardjo (2010) yaitu¹⁴:

1) Kala I

Inpartu (partus mulai) ditandai dengan keluarnya lender bercampur dengan darah karena serviks mulai membuka dan melebar. Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, sehingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Fase kala I terdiri atas :

- a) Fase laten, dimana pembukaan serviks berlangsung lambat secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung 7-8 jam.
- b) Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan terbagi dalam 3 fase.
 - i. Fase *akselerasi*: pembukaan yang terjadi sekitar 2 jam, dari mulai pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.
 - ii. Fase *dilatasi maksimal*: pembukaan berlangsung 2 jam, terjadi sangat cepat dari 4 cm menjadi 9 cm.
 - iii. Fase *deselerasi*: pembukaan terjadi sekitar 2 jam dari pembukaan 9 cm sampai 10 cm (pembukaan lengkap). Fase tersebut pada primigravida berlangsung sekitar 1 cm/jam, sedangkan pada multigravida sekitar 2 cm/jam.¹⁹

2) Kala II

Dimulai dari pembukaan lengkap dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua juga disebut sebagai kala pengeluaran bayi. Tanda gejala kala dua yaitu:

- a) His terkoordinir, kuat, cepat, lebih lama kira-kira 2-3 menit sekali. Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rectum atau vagina.
- b) Kepala janin telah turun masuk ruang panggul dan secara reflektoris menimbulkan rasa ingin mengejan.
- c) Tekanan pada rektum, ibu merasa ingin BAB.
- d) Anus membuka.

Pada waktu His kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, dan perineum merenggang, dengan his dan mengejan yang dipimpin kepala akan lahir dan diikuti seluruh badan bayi. Lama pada kala dua pada primipara berlangsung 1,5 jam-2 jam, sedangkan pada multipara berlangsung 0,5 jam-1 jam.¹⁵

3) Kala III

Menurut Oktariana (2016:15) setelah kala II kontraksi berlangsung selama 5 sampai 10 menit. Dengan lahirnya bayi, sudah mulai pelepasan plasentanya pada lapisan *nitabusch*, karena sifat retraksi otot rahim. Lepasnya plasenta sudah dapat diperkirakan dengan memperhatikan tanda- tanda:

- a) Uterus menjadi bundar.
- b) Uterus terdorong keatas karena plasenta lepas ke sigmen bawah rahim.
- c) Tali pusat bertambah panjang dan terjadi pendarahan

4) Kala IV

Kala IV dimaksudkan untuk melakukan observasi karena pendarahan postpartum paling sering terjadi 2 jam pertama. Observasi yang dilakukan adalah tingkat kesadaran, pemeriksaan tanda-tanda vital, berupa tekanan darah, suhu, nadi, dan pernafasan, kontraksi uterus, dan pendarahan.²⁰

h. Penatalaksanaan

Melakukan asuhan persalinan normal dengan menggunakan 60 langkah menurut Maryunani (2016: 269) sebagai salah satu upaya menolong persalinan secara fisiologis.²¹ Mengenali Tanda Gejala Kala Dua:

- 1) Mendengar, melihat dan memeriksa gejala dan tanda kala dua
 - a) Ibu merasa ada dorongan kuat menekan.
 - b) Ibu merasa regangan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina.
 - c) Perineum tampak menonjol.
 - d) Vulva dan sfingter ani membuka.

Menyiapkan Pertolongan Persalinan

- 2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi ibu dan bayi baru lahir. Untuk asfiksia tempat datar dan keras, 2 kain dan 1 handuk bersih dan kering, lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi. Menggelar kain di atas perut ibu,
- 3) Tempat resusitasi dan ganjal bahu bayi. Menyiapkan oksitosin 10 unit dan alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
- 4) Pakai celemek plastik.
- 5) Lepaskan dan simpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan tisu atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
- 6) Pakai sarung tangan DTT untuk melakukan periksa dalam.
- 7) Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT dan steril (pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik).

- 8) Memastikan Pembukaan Lengkap dan keadaan Janin Bayi.
Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasah air DTT.
 - a) Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang.
 - b) Buang kapas atau kasa pembersih (terkonrasminasi) dalam wadah yang tersedia.
 - c) Ganti sarung tangan jika terkontaminasi (dekontaminasi, lepaskan dan rendam dalam larutan klorin 0,5% langkah #9)
 - 9) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap
 - a) Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.
 - 10) Dekontaminasi sarung tangan (celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik, dan rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit). Cuci kedua tangan setelah sarung tangan dilepaskan.
 - 11) Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120-160x/menit).
 - a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - b) Mendokumentasikan hasil-hasil periksa dalam DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf.
- Menyiapkan Ibu dan Keluarga Untuk Memantu Proses Melahirkan

- 12) Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik, kemudian bantu ibu menemukan posisi yang nyaman dan sesuai dengan keinginannya.
 - a) Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.
 - b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar.
- 13) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
- 14) Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat:
 - a) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif.
 - b) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.
 - c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).
 - d) Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
 - e) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.
 - f) Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum).
 - g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai.
- 15) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan pimpin meneran >120 menit (2 jam) pada primigravida atau >60 menit (1 jam) pada multigravida.

- 16) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.

Persiapan Untuk Melahirkan

- 17) Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- 18) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu.
- 19) Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.
- 20) Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan.

Pertolongan Untuk Melahirkan

Lahirnya kepala

- 21) Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernapas cepat dan dangkal.
- 22) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi.
 - a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi.
 - b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut.
- 23) Tunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.

Lahirnya bahu

24) Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara *biparietal*. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala kearah bawah dan distal hinggal bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas dan distal utuk melahirkan bahu belakang.

Lahirnya badan dan tungkai

25) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah untuk menopang kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan siku sebelah atas.

26) Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki masukkan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk.

Asuhan bayi baru lahir

27) Lakukan penilaian (selintas) :

- a) Apakah bayi cukup bulan ?
- b) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernafas tanpa kesulitan?
- c) Apakah bayi bergerak dengan aktif ?

Bila salah satu jawaban adalah “TIDAK” lanjutkan ke langkah resusitasi pada bayi dengan asfiksia (Lihat Penuntun Belajar Resusitasi Bayi Asfiksia).

Bila semua jwaban adalah “YA”, lanjut ke-26

28) Keringkan tubuh bayi dan posisikan di atas perut ibu. Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering.

- 29) Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemelli). Beritahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
- 30) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikan oksitosin 10 unit (IM) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikan oksitosin).
- 31) Setelah 2 menit sejak bayi (cukup bulan) lahir, pegang tali pusat dengan satu tangan pada sekitar 5 cm dari pusar dan geser hingga 3 cm proksimal dari pusar bayi. Klem tali pusat pada titik tersebut.
- 32) Kemudian tahan klem ini pada posisinya, gunakan jari telunjuk dan tengah tangan lain untuk mendorong isi tali pusat kearah ibu (sekitar 5 cm) dan klem tali pusat pada sekitar 2 cm distal dari klem pertama.
- 33) Pemotongan dan pengikatan tali pusat
 - a) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.
 - b) Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril ada pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.
 - c) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.
- 34) Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau aerola mammae ibu.
- 35) Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.

Penatalaksanaan Aktif Kala Tiga

- 36) Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
- 37) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu, di tepi atas simfisis, untuk mendeteksi. Tangan lain menegangkan tali pusat.
- 38) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (*dorso-kranial*) secara hati-hati (untuk mencegah *inversio uteri*). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya dan ulangi prosedur di atas.
 - a) Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu, suami atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
- 39) Lakukan penegangan dan dorongan dorso-kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas, mengikuti poros jalan lahir (tetap lakukan tekanan *dorso-kranial*).
 - a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.
 - b) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:
 - i. Beri dosis ulangan oksitosin 10 unit IM.
 - ii. Lakukan *kateterisasi* (aseptik) jika kandung kemih penuh.
 - iii. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.
 - iv. Ulangi penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.
 - c) Segera rujuk jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir.

- d) Bila terjadi perdarahan, lakukan plasenta manual.
- 40) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban
 - 41) Terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan
 - 42) Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari tangan atau klem DTT atau steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar secara lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras).
 - a) Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak berkontraksi setelah 15 detik melakukan rangsangan taktil/ *massase*.

Penilaian Pendarahan

- 43) Periksa kedua sisi plasenta baik bagian ibu maupun bayi dan pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastik atau tempat khusus.
- 44) Evaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila laserasi menyebabkan perdarahan.

Asuhan pasca persalinan

- 45) Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
- 46) Beri cukup waktu untuk melakukan kontak kulit ibu-bayi (di dada ibu paling sedikit 1 jam)
 - a) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu

pertama biasanya berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.

- b) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.
- 47) Lakukan penimbangan/ pengukuran bayi, beri tetes mata antibiotik profilaksis, dan vitamin K1 1mg intramuskular di paha kiri anterolateral setelah satu jam kontak kulit ibu-bayi.
- 48) Berikan suntikan imunisasi Hepatitis B (setelah satu jam pemberian Vitamin K1) di paha kanan *anterolateral*.
- a) Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan. Letakkan kembali bayi pada dada ibu bila bayi belum berhasil menyusu di dalam satu jam pertama dan biarkan sampai bayi berhasil menyusu.
- 49) Lanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan per vaginam.
- a) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan.
 - b) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan.
 - c) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan.
 - d) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melakukan asuhan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri.
- 50) Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
- Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
- 51) Periksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama 2 jam pertama persalinan.
- a) Periksa temperatur ibu sekali setiap jam selama 2 jam pertama pasca persalinan.
 - b) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

- 52) Periksa kembali kondisi bayi untuk memastikan bahwa bayi bernapas dengan baik (40-60 kali/ menit) serta suhu tubuh normal (36,5 – 37,5).
- 53) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
- 54) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
- 55) Bersihkan badan ibu menggunakan air DTT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir dan darah, bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
- 56) Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memerikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- 57) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%.
- 58) Celupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- 59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk yang kering dan bersih.
- 60) Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang), periksa tanda vital dan asuhan kala IV.

i. Kewenangan Bidan

Peran bidan dalam penanganan persalinan, telah tercantum dalam Permenkes RI No. 28 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, pada pasal 18 huruf a yang berbunyi “dalam penyelenggaraan praktik kebidanan, bidan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu”, pada pasal 19 ayat 3 yang berbunyi “Dalam memberikan pelayanan kesehatan pada ibu, Bidan berwenang untuk melakukan pertolongan persalinan normal”.²²

Kewenangan ini juga dijelaskan lebih lanjut dalam standar profesi bidan area kompetensi 5 bidan pada masa persalinan, yaitu dengan melakukan pemantauan dan asuhan kala I, pemantauan dan asuhan kala II, pemantauan dan asuhan kala III, pemantauan dan asuhan kala IV, deteksi dini, komplikasi dan penyulit persalinan, partograf, tatalaksana awal kegawatdaruratan pada masa persalinan dan rujukan.²³

3. Bayi Baru Lahir

a. Definisi Neonatus

Neonatus merupakan individu yang sedang bertumbuh dan baru saja mengalami trauma kelahiran serta harus dapat melakukan penyesuaian diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin.²⁴ Neonatus adalah bayi berumur 0 (baru lahir) sampai dengan usia 28 hari. Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 8- 28 hari.²⁵

b. Klasifikasi Neonatus

- 1) Klasifikasi menurut masa gestasi, yaitu periode sejak konsepsi sampai bayi dilahirkan. Menurut Rochmah (2011), bayi baru lahir menurut masa gestasinya dibagi menjadi:²⁶
 - a) Bayi kurang bulan (*preterm infant*), masa gestasinya kurang dari 259 hari (kurang dari 37 minggu)
 - b) Bayi cukup bulan (*term infant*), masa gestasinya 259-293 hari (37-42 minggu)
 - c) Bayi lebih bulan (*postterm infant*), masa gestasinya 293 hari (lebih dari 42 minggu)
- 2) Neonatus menurut berat badan lahir :
 - a) Berat lahir rendah : < 2500 gram
 - b) Berat lahir cukup : 2500-4000 gram
 - c) Berat lahir lebih : > 4000 gram
- 3) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa

kehamilan):

- a) Neonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
- b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

Berdasarkan berbagai pendapat dapat disimpulkan neonatus adalah bayi usia 0 – 28 hari, selama periode ini bayi harus menyesuaikan diri dengan lingkungan ekstra uteri, bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dengan berat lahir antara 2500 sampai 4000 gram.

c. Ciri-Ciri Neonatus Normal

Ciri-ciri neonatus menurut Sondakh (2013), antara lain:¹⁷

- 1) Berat badan lahir bayi antara 2500-4000 gram
- 2) Panjang badan bayi 48-50 cm
- 3) Lingkar dada bayi 32-34 cm
- 4) Lingkar kepala bayi 33-35 cm
- 5) Bunyi jantung dalam menit pertama \pm 180 kali/menit, kemudian turun sampai 140-120 kali/menit pada saat bayi berumur 30 menit.
- 6) Pernapasan cepat pada menit-menit pertama kira-kira 80 kali/menit disertai pernapasan cuping hidung, retraksi suprasternal dan interkostal, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
- 7) Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi verniks kaseosa.
- 8) Rambut lanugo telah hilang, rambut kepala tumbuh baik
- 9) Kuku telah agak panjang dan lemas
- 10) Genetalia: testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan)
- 11) Refleks isap, menelan, dan morro telah terbentuk

12) Eliminasi, urin, dan mekonium normalnya keluar pada 24 jam pertama.

13) Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket.

d. Adaptasi Fisiologis Neonatus

Adaptasi fisiologis bayi baru lahir di kehidupan ektrauterin antara lain sebagai berikut:

1) Adaptasi Pernapasan

Saat kepala bayi melewati jalan lahir, ia akan mengalami penekanan yang tinggi pada toraksnya, dan tekanan ini akan hilang dengan tiba-tiba setelah bayi lahir. Proses mekanis ini menyebabkan cairan yang ada di dalam paru-paru hilang karena terdorong ke bagian perifer paru untuk kemudian diabsorpsi. Karena terstimulus oleh sensor kimia, suhu, serta mekanis akhirnya bayi memulai aktivasi napas untuk yang pertama kali.²⁵

Tekanan intratoraks yang negatif disertai dengan aktivitas napas yang pertama memungkinkan adanya udara masuk ke dalam paru-paru. Setelah beberapa kali napas pertama, udara dari luar mulai mengisi jalan napas pada trakea dan bronkus, akhirnya semua alveolus mengembang karena terisi udara. Fungsi alveolus dapat maksimal jika dalam paru-paru bayi terdapat surfaktan yang adekuat. Surfaktan membantu menstabilkan dinding alveolus sehingga alveolus tidak kolaps saat akhir napas.²⁷

2) Adaptasi Sistem Kardiovaskular

Menurut Rochmah (2012), setelah lahir, darah bayi baru lahir harus melewati paru untuk mengambil oksigen dan bersirkulasi ke seluruh tubuh guna menghantarkan oksigen ke jaringan.²⁶ Agar terbentuk sirkulasi yang baik guna mendukung kehidupan luar rahim, terjadi dua perubahan besar, yaitu:

- a) Penutupan foramen ovale pada atrium paru dan aorta
- b) Penutupan duktus arteriosus antara arteri paru dan aorta

Perubahan sirkulasi ini terjadi akibat perubahan tekanan pada seluruh sistem pembuluh darah tubuh. Jadi, perubahan tekanan tersebut langsung berpengaruh pada aliran darah. Oksigen menyebabkan sistem pembuluh mengubah tekanan dengan cara mengurangi atau meningkatkan resistensinya sehingga mengubah aliran darah.

Dua peristiwa yang mengubah tekanan dalam pembuluh darah:

- a) Pada saat tali pusat dipotong, resistensi pembuluh darah sistemik meningkat dan tekanan atrium kanan menurun. Aliran darah menuju atrium kanan berkurang sehingga menyebabkan penurunan volume dan tekanan pada atrium tersebut. Kedua kejadian ini membantu darah yang miskin oksigen mengalir ke paru untuk menjalani proses oksigenasi ulang.
- b) Pernapasan pertama menurunkan resistensi pembuluh darah paru dan meningkatkan tekanan atrium kanan. Oksigen pada pernapasan pertama ini menimbulkan relaksasi sistem pembuluh darah paru. Peningkatan sirkulasi ke paru mengakibatkan peningkatan pembuluh darah dan tekanan pada atrium kanan. Dengan peningkatan tekanan atrium kanan dan penurunan tekanan atrium kiri, foramen ovale secara fungsional akan menutup.

Menurut Marmi (2015), penutupan foramen ovale secara anatomis berlangsung lama sekitar 2-3 bulan. Dengan berkembangnya paru-paru, pada alveoli akan terjadi peningkatan tekanan oksigen. Sebaliknya, tekanan karbon dioksida akan mengalami penurunan. Hal ini mengakibatkan terjadinya penurunan resistensi pembuluh darah dari arteri

pulmonalis mengalir ke paru-paru dan ductus arteriosus tertutup. Setelah tali pusat dipotong, aliran darah dari plasenta terhenti dan foramen ovale tertutup.²⁵

3) Perubahan Termoregulasi

Bayi baru lahir/neonatus dapat menghasilkan panas dengan tiga cara, yaitu menggigil, aktivitas volunter otot, dan termogenesis yang bukan melalui mekanisme menggigil. Mekanisme menggigil saja tidak efisien dan bayi cukup-bulan tidak mampu menghasilkan panas dengan cara ini. Aktivitas otot dapat menghasilkan panas, tetapi manfaatnya terbatas. Termogenesis non-menggigil mengacu pada penggunaan lemak coklat untuk produksi panas. Timbunan lemak coklat terletak pada dan di sekitar tulang belakang, klavikula, dan sternum, ginjal, serta pembuluh darah utama. Jumlah lemak coklat bergantung pada usia kehamilan dan menurun pada bayi baru lahir yang mengalami hambatan pertumbuhan. Produksi panas melalui penggunaan cadangan lemak coklat dimulai saat rangsangan dingin memicu aktivitas hipotalamus.²⁶

4) Adaptasi Gastrointestinal

Menurut Marmi (2015) pada masa neonatus, traktus digestivus mengandung zat-zat yang berwarna hitam kehijauan yang terdiri dari mukopolosakarida dan disebut mekonium, yaitu tinja pertama yang biasanya keluar dalam dua puluh empat jam pertama setelah kelahiran. Dengan adanya pemberian susu, mekonium mulai digantikan oleh tinja tradisional pada hari ke tiga sampai empat yang berwarna coklat kehijauan. Pada saat lahir aktivitas mulut sudah berfungsi yaitu menghisap dan menelan. Saat lahir volume lambung 25-50 ml. Refleks muntah dan refleks batuk yang matang sudah terbentuk dengan baik pada saat lahir. Hubungan

antara esofagus bawah dan lambung masih belum sempurna mengakibatkan "gumoh" pada bayi baru lahir dan neonatus. Adapun adaptasi pada saluran pencernaan menurut Marmi (2015), antara lain:

- a) Pada hari ke-10 kapasitas lambung menjadi 100 cc.
- b) Enzim tersedia untuk mengkatalisis protein dan karbohidrat sederhana yaitu monosacarida dan disacarida.
- c) Defisiensi lipase pada pancreas menyebabkan terbatasnya absorpsi lemak sehingga kemampuan bayi untuk mencerna lemak belum matang, maka susu formula sebaiknya tidak diberikan pada bayi baru lahir.
- d) Kelenjar ludah berfungsi saat lahir tetapi kebanyakan tidak mengeluarkan ludah sampai usia bayi \pm 2-3 bulan.²⁵

5) Adaptasi Ginjal

Adaptasi ginjal pada bayi baru lahir menurut Sondakh (2014), yaitu laju filtrasi glomerulus relatif rendah pada saat lahir disebabkan oleh tidak adekuatnya area permukaan kapiler glomerulus, meskipun keterbatasan ini tidak mengancam bayi baru lahir yang normal, tetapi menghambat kapasitas bayi untuk berespons terhadap stresor.¹⁷ Penurunan kemampuan untuk mengekskresikan obat-obatan dan kehilangan cairan yang berlebihan mengakibatkan asidosis dan ketidakseimbangan cairan. Sebagian besar bayi baru lahir berkemih dalam 24 jam pertama setelah lahir dan 2-6 kali sehari pada 1-2 hari pertama; setelah itu, mereka berkemih 5-20 kali dalam 24 jam. Urin dapat keruh karena lendir dan garam asam urat; noda kemerahan (debu batu bata) dapat diamati pada popok karena kristal asam urat

6) Adaptasi Imun

Sistem imunitas bayi baru lahir masih belum matang, sehingga menyebabkan neonatus rentan terhadap berbagai

infeksi dan alergi. Sistem imunitas yang matang akan memberikan kekebalan alami maupun yang didapat. Kekebalan alami terdiri dari struktur pertahanan tubuh yang berfungsi mencegah atau meminimalkan infeksi. Berikut beberapa contoh kekebalan alami menurut Marmi (2015):

- a) Perlindungan dari membran mukosa.
- b) Fungsi saringan saluran napas.
- c) Pembentukan koloni mikroba di kulit dan usus.
- d) Perlindungan kimia oleh lingkungan asam lambung.

Pada bayi baru lahir hanya terdapat gamaglobulin G, sehingga imunologi dari ibu dapat berpindah melalui plasenta karena berat molekulnya kecil. Akan tetapi, bila ada infeksi yang dapat melalui plasenta (lues, toksoplasma, herpes simpleks, dan lain-lain) reaksi imunologis dapat terjadi dengan pembentukan sel plasma serta antibodi gama A, G, dan M.²⁴

- a) Imunoglobulin C (IgC)

IgC didapat bayi sejak dalam kandungan melalui plasenta dari ibunya. Bayi kurang bulan mendapatkan IgC lebih sedikit dibandingkan bayi cukup bulan sehingga bayi kurang bulan lebih rentan terhadap infeksi. Bayi mendapatkan imunitas dari ibunya (imunitas pasif) dalam jumlah yang bervariasi dan akan hilang sampai usia 4 bulan sesuai dengan kuantitas IgC yang diterimanya. Setelah lahir, bayi akan membentuk sendiri immunoglobulin C. antibodi IgC melawan virus (rubella, campak, *mumps*, varicella, poliomyelitis) dan bakteri (difteria, tetanus, dan antibodi stafilokokus).

- b) Imunoglobulin M (IgM)

IgM tidak mampu melewati plasenta karena memiliki berat molekul yang lebih besar dibandingkan IgC. bayi akan membentuk sendiri IgM segera setelah

lahir (imunitas aktif). IgM dapat ditemukan pada tali pusat jika ibu mengalami infeksi selama kehamilannya. IgM kemudian dibentuk oleh sistem imun janin sehingga jika pada tali pusat terdapat IgM menandakan bahwa janin mendapatkan infeksi selama berada dalam uterus, seperti *Toxoplasmosis*, *Other infection* (sifilis), *Rubella*, *Cytomegalovirus infection*, dan *Herpes simplex* (TORCH).

c) Imunoglobulin A (IgA)

Dalam beberapa minggu setelah lahir, bayi akan memproduksi IgA (imunitas aktif). IgA tidak dapat ditransfer dari ibu ke janin. IgA terbentuk pada rangsangan terhadap selaput lendir dan berperan dalam kekebalan terhadap infeksi dalam aliran darah, sekresi saluran pernapasan dan pencernaan akibat melawan beberapa virus yang menyerang daerah tersebut seperti poliomyelitis dan *E. coli*.²⁸

7) Adaptasi Neurologis

Setelah bayi lahir, pertumbuhan otak memerlukan persediaan oksigen dan glukosa yang tetap dan memadai. Otak yang masih muda rentan terhadap hipoksia, ketidakseimbangan biokimia, infeksi, dan perdarahan.²⁶

Sistem neurologis bayi secara anatomik atau fisiologis belum berkembang sempurna. Bayi baru lahir menunjukkan gerakan-gerakan tidak terkoordinasi, pengaturan suhu yang labil, kontrol otot yang buruk, mudah terkejut, dan tremor pada ekstremitas. Perkembangan neonatus terjadi cepat. Saat bayi tumbuh, perilaku yang lebih kompleks (misalnya: kontrol kepala, tersenyum, dan meraih dengan tujuan) akan berkembang. Adapun beberapa refleks pada bayi baru lahir antara lain:

Refleks Pada Neonatus

Refleks	Respons Normal	Respons Abnormal
Rooting dan mengisap	Bayi baru lahir menolehkan kepala ke arah stimulus, membuka mulut, dan mulai mengisap 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 neurologis, atau depresi sistem saraf pusat (SSP).
Menelan	Bayi baru lahir menelan berkoordinasi dengan mengisap bila cairan ditaruh di belakang lidah.	Muntah, batuk, atau regurgitasi cairan dapat terjadi; kemungkinan berhubungan dengan sianosis sekunder karena prematuritas, defisit neurologis, atau cedera; terutama terlihat setelah laringoskopi.

Ekstruksi	Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau puting.	Ekstruksi lidah secara kontinu atau menjulurkan lidah yang berulang-ulang terjadi pada kelainan SSP dan kejang.
Moro	Ekstensi simetris bilateral dan abduksi seluruh ekstremitas, dengan ibu jari dan jari telunjuk membentuk huruf 'c', diikuti dengan adduksi ekstremitas dan kembali ke fleksi relaks jika posisi bayi berubah tiba-tiba atau jika bayi diletakkan telentang pada permukaan yang datar.	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur klavikula atau fraktur tulang panjang lengan atau kaki.

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 SSP atau perifer atau fraktur tulang panjang kaki
Merangkak	Bayi akan berusaha untuk merangkak ke depan dengan kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar.	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf SSP dan gangguan neurologis.
Tonik leher atau fencing	Ekstremitas pada satu sisi di mana saat kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi beristirahat.	Respons persisten setelah bulan keempat dapat menandakan cedera neurologis. Respons menetap tampak paada cedera SSP dan gangguan neurologis.

Terkejut	Bayi melakukan abduksi dan fleksi seluruh ekstremitas dan dapat mulai menangis bila mendapat gerakan mendadak atau suara keras.	Tidak adanya respons dapat menandakan defisit neurologis atau cedera. Tidak adanya respons terhadap bunyi keras dapat menandakan ketulian. Respons dapat menjadi tidak ada atau berkurang selama tidur malam.
Ekstensi silang	Kaki bayi yang berlawanan akan fleksi dan kemudian ekstensi dengan cepat seolah-olah berusaha untuk memindahkan stimulus ke kaki yang lain bila diletakkan telentang; bayi akan mengektensikan satu kaki sebagai respons terhadap stimulus pada telapak kaki.	Respons yang lemah atau tidak ada respons yang terlihat pada cedera saraf perifer atau fraktur tulang panjang.

Glabellar "blink"	Bayi akan berkedip bila dilakukan 4 atau 5 ketuk pertama pada batang hidung saat mata terbuka	Terus berkedip dan gagal untuk berkedip menandakan kemungkinan gangguan neurologis
Palmar grasp	Jari bayi akan melekuk di sekeliling benda dan menggenggamnya seketika bila jari diletakkan di tangan bayi.	Respons ini berkurang pada prematuritas. Asimetris terjadi pada kerusakan saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur humerus. Tidak ada respons yang terjadi pada defisit neurologis yang berat.
Plantar grasp	Jari bayi akan melekuk di sekeliling benda seketika bila jari diletakkan di telapak kaki bayi.	Respons yang berkurang pada prematuritas. Tidak ada respons yang terjadi pada defisit neurologis yang

berat

Tanda Babinski	Jari-jari kaki bayi akan hiperekstensi dan terpisah seperti kipas dari dorsofleksi ibu jari kaki bila satu sisi kaki digosok dari tumit ke atas melintasi bantalan kaki.	Tidak ada respons yang terjadi pada defisit SSP
----------------	--	---

Sumber: Sondakh. 2013. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Jakarta. Halaman 154-155.

e. Kebutuhan Dasar Neonatus

1) Nutrisi

ASI merupakan makanan yang terbaik bagi bayi dan diketahui mengandung zat gizi paling banyak sesuai kualitas dan kuantitasnya untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi. Untuk itu perlu diketahui prinsip umum dalam menyusui secara dini dan eksklusif sebagai berikut

- a) Bayi harus disusui sesegera mungkin setelah lahir (terutama dalam 1 jam pertama) dan dilanjutkan selama 6 bulan pertama kehidupan
- b) Kolostrum harus diberikan, tidak boleh dibuang
- c) Bayi harus diberikan ASI secara eksklusif selama 6 bulan pertama. Hal ini berarti tidak boleh memberikan makanan apapun pada bayi selain ASI pada masa tersebut.
- d) Bayi harus disusui kapan saja ia mau (on demand), siang atau malam

Jumlah rata-rata makanan seorang bayi cukup bulan selama dua minggu pertama sebanyak 30-60 ml setiap 2-3 jam. Selama 2

minggu pertama, bayi baru lahir hendaknya dibangunkan untuk makan paling tidak setiap 4 jam. Sesudah itu jika bayi bertambah berat badannya, maka bayi boleh tidur dalam periode yang lama (terutama malam hari).²⁶

2) Eliminasi

Bayi miksi sebanyak minimal 6 kali sehari. Defekasi pertama berwarna hijau kehitaman. Bayi defekasi 4-6 kali sehari dan urine dibuang dengan cara mengosongkan kandung kemih secara refleks. Semakin banyak cairan masuk, semakin sering bayi miksi. Pada hari ke 3-5, kotoran berubah warna kuning kecoklatan. Bayi defekasi 4-6 kali sehari. Kotoran bayi yang hanya minum susu biasanya cair. Bayi yang mendapat ASI kotorannya berwarna kuning agak cair, dan berbiji. Bayi yang minum susu botol, kotorannya berwarna coklat muda, lebih padat dan berbau.

- a) Monitor defekasi dan berkemih bayi dalam 24 jam, seberapa bayi berkemih atau defekasi dan bagaimana karakteristik kotoran bayi.
- b) Amati adanya kelainan yang muncul. Pengamatan terhadap tahap-tahap perubahan kotoran membantu mengenali adanya kelainan pada saluran pencernaan.
- c) Feses dapat menyebabkan infeksi, sehingga harus segera dibersihkan dan dibuang. Bokong bayi harus dicuci dan dikeringkan dengan hati-hati setiap sehabis defekasi atau berkemih
(Rochmah, 2012).

f. Imunisasi

Imunisasi adalah cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang terhadap suatu penyakit, sehingga bila kelak tertular penyakit tersebut ia tidak menjadi sakit (Gde Ranuh, 2011). Sedangkan menurut Marmi (2015), imunisasi adalah suatu

proses untuk membuat sistem pertahanan tubuh kebal terhadap invasi mikroorganisme (bakteri dan virus) yang dapat menyebabkan infeksi sebelum mikroorganisme tersebut memiliki kesempatan untuk menyerang tubuh kita. Dengan imunisasi, tubuh kita akan terlindung dari infeksi begitu pula orang lain karena tidak tertular dari kita.

Ada dua jenis imunisasi pada bayi dan balita, yaitu imunisasi aktif dan imunisasi pasif. Imunisasi aktif yaitu tubuh membuat sendiri zat anti setelah adanya rangsangan antigen dari luar tubuh, rangsangan virus yang telah dilemahkan seperti pada imunisasi polio atau imunisasi campak. Sedangkan imunisasi pasif yaitu tubuh anak tidak membuat zat antibodi sendiri, tetapi kekebalan tersebut diperoleh dari luar dengan cara penyuntikan bahan/serum yang telah mengandung zat anti, atau anak tersebut mendapat zat anti dari ibunya semasa dalam kandungan, setelah memperoleh zat penolak, prosesnya cepat, tetapi tidak bertahan lama (Markum (2002) dalam Rochmah (2012)).

Jadwal Pemberian Imunisasi

Penyakit	Waktu	Reaksi	Perlindungan
Imunisasi DPT, difteri, batuk rejan (pertusis), tetanus	Suntikan pada umur 2, 4, 6, 18 bulan. Dan diulang pada 4-5 tahun.	Anak bisa demam, tempat suntikan terasa sakit.	Tetanus harus diulang setiap 5 tahun supaya terhindar dari tetanus
Polio	Vaksin diminum pada usia 0, 2, 3, 4, 6, 18 bulan dan ulangi pada umur 5 tahun	Tidak ada	Harus diulang agar selalu terlindung

Campak	Suntikan pada usia 9 bulan dan diulang pada usia 6 tahun	Demam dan timbul bercak-bercak	Tidak diketahui berapa lama sejak vaksinasi terakhir
Tuberkulosa (BCG)	Suntikan pada usia 0-3 bulan dan diulang pada usia 10-13 tahun, kalau dianggap perlu	Sakit dan kaku di tempat suntikan	Seumur hidup
Rubella	Suntikan untuk anak perempuan usia 10-14 tahun	Mungkin nyeri sendi	Tidak diketahui berapa lama sejak vaksinasi terakhir

Sumber: Marmi, 2015. Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, Dan Anak Prasekolah. Yogyakarta. Halaman 420.

g. Pelayanan Kesehatan Neonatus

Pelayanan kesehatan neonates menurut Kemenkes RI (2015) adalah pelayanan kesehatan sesuai standar yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada neonates sedikitnya 3 kali, selama periode 0 sampai dengan 28 hari setelah lahir.

- 1) Kunjungan neonates ke-1 (KN 1) dilakukan 0-6 jam setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pernapasan, warna kulit gerakan aktif atau tidak, ditimbang, ukur panjang badan, lingkaran lengan, lingkaran dada, pemberian salep mata, vitamin K1, Hepatitis B, perawatan tali pusat dan pencegahan kehilangan panas bayi.
- 2) Kunjungan neonates ke-2 (KN 2) dilakukan 6-48 jam setelah

lahir, dilakukan pemeriksaan pernapasan, warna kulit gerakan aktif atau tidak, perawatan tali pusat dan pencegahan kehilangan panas bayi.

- 3) Kunjungan neonates ke-3 (KN 3) dilakukan pada hari ke-3 sampai hari ke-7 setelah lahir, pemeriksaan fisik, melakukan perawatan tali pusat, pemberian ASI eksklusif, personal hygiene, pola istirahat, keamanan dan tanda-tanda bahaya.
- 4) Kunjungan neonates ke-4 (KN 4) dilakukan pada hari ke-8 sampai hari ke-28 setelah lahir, dilakukan pemeriksaan pertumbuhan dengan berat badan, tinggi badan dan nutrisinya. Fokus asuhan pada setiap kunjungan neonatus adalah sebagai berikut.

h. Kewenangan Bidan

Berdasarkan Pasal 18 dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin Penyelenggaraan Praktik Bidan Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, diketahui bahwa bidan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kesehatan anak.²² Pelayanan ini dijelaskan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 320 tahun 2020 pada area kompetensi 5 bahwa Pelayanan Kesehatan Anak khususnya keterampilan Bayi Baru Lahir (Neonatus) meliputi: 1) Adaptasi fisiologis bayi baru lahir; 2) Asuhan esensial bayi baru lahir; 3) Inisiasi Menyusui Dini (IMD); 4) Asuhan bayi baru lahir usia 0-28 hari; 5) Masalah dan penyulit bayi baru lahir; 6). Tatalaksana awal kegawatdaruratan neonatal dan rujukan Selain itu bidan juga dapat melakukan kolaborasi dengan sesama bidan maupun tenaga kesehatan lain untuk mendapatkan pelayanan terbaik pada klien.²³

4. Nifas

a. Definisi Masa Nifas

Nifas dimulai setelah proses kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandung kembali seperti semula sebelum hamil. Masa nifas atau puerperium merupakan proses pemulihan kembali rahim, mulai dari persalinan selesai sampai alat – alat kandung kembali seperti pra hamil. Lamanya masa nifas ini yaitu 6 – 8 minggu^{29,30} Berdasarkan pengertian tersebut maka dapat disimpulkan bahwa masa nifas dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan pulihnya alat-alat reproduksi seperti sebelum hamil (6 minggu).

b. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas terbagi dalam beberapa tahapan, antara lain sebagai berikut:³⁰

- 1) Puerperium dini Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- 2) Puerperium intermedial Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia, yang lamanya sekitar 6-8 minggu
- 3) Remote puerperium Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung selama berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

c. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

1) Perubahan Sistem Reproduksi

a) Involusi Uterus

Involusi atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan berat hanya 60 gram. Proses involusi uterus antara lain sebagai berikut:³¹

i. Iskemia miometrium

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

ii. Atrofi jaringan

Atrofi jaringan terjadi sebagai reaksi penghentian hormon esterogen saat pelepasan plasenta.

iii. Autolisis

Autolisis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterus. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur hingga panjangnya 10 kali dari semula dan lebar lima kali dari semula selama kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai perusakan secara langsung jaringan hipertrofi yang berlebihan. Hal ini disebabkan karena penurunan hormon esterogen dan progesteron.

iv. Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterus sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi perdarahan. Penurunan ukuran uterus yang cepat itu dicerminkan oleh perubahan lokasi uterus ketika turun keluar dari abdomen dan kembali menjadi organ pelvis.

b) Perubahan Serviks³²

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Perubahan-perubahan yang terdapat pada serviks postpartum adalah bentuk serviks yang akan menganga seperti corong. Bentuk ini disebabkan oleh korpus uteri yang dapat mengadakan kontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi sehingga seolah-olah pada perbatasan antara

korpus dan serviks uteri terbentuk semacam cincin. Warna serviks sendiri merah kehitam-hitaman karena penuh pembuluh darah. Beberapa hari setelah persalinan, ostium 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 satu jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari kranialis servikalis.

Pada serviks terbentuk sel-sel otot baru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah. Walaupun begitu, setelah involusi selesai, ostium eksternum tidak serupa dengan keadaannya sebelum hamil. Pada umumnya ostium eksternum lebih besar dan tetap terdapat retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya. Oleh karena robekan ke samping ini terbentuklah bibir depan dan bibir belakang pada serviks

c) Lockhea³⁰

Lokhea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lokhea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lokhea yang berbau tak sedap menandakan adanya infeksi

- i. Rubra (1-4 hari) : warna merah, Terisi darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan meconium
- ii. Sanguinolenta (4-7 hari) : merah kecoklatan, ciri-ciri berlendir
- iii. Serosa (7-14 hari) : kuning kecoklatan, Mengandung serum, leukosit dan robekan atau laserasi plasenta

d) Perubahan Vulva, Vagina, dan Perinium

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan yang sangat besar selama proses melahirkan

bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses tersebut. Kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae dalam vagina secara berangsur-angsur akan muncul kembali sementara labia menjadi lebih menonjol. Hymen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi kurunkulae motiformis yang khas bagi wanita multipara. Pada post natal hari kelima, perineum sudah mendapatkan kembali sebagian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendor daripada keadaan sebelum hamil.³¹

2) Perubahan Payudara³²

Perubahan pada payudara dapat meliputi hal-hal sebagai berikut :

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

3) Perubahan Sistem Perkemihan⁶

Hendaknya buang air kecil dapat dilakukan sendiri secepatnya. Namun kadang-kadang ibu nifas mengalami sulit buang air kecil karena sfingter uretra ditekan oleh kepala janin dan adanya edema kandung kemih selama persalinan. Kandung kemih pada puerperium sangat kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kemih penuh atau sesudah buang air kecil masih tertinggal urin residu. Sisa urin dan trauma kandung kemih waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi.

4) Perubahan Sistem Endoktrin³⁰

Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin. Hormon-hormon yang berperan pada proses tersebut, antara lain:

a) Hormon Plasenta

Hormon plasenta menurun dengan cepat setelah persalinan. HCG (Human Chorionic Gonadotropin) menurun dengan cepat dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke-7 postpartum dan sebagai onset pemenuhan *mamae* pada hari ke-3 postpartum.

b) Hormon Pituitari

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 pada (minggu ke-3) dan LH tetap rendah hingga ovulasi terjadi.

c) Hipotalamik Pituitari

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

d) Kadar Esterogen

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

d. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Perubahan psikologis masa nifas beberapa tahap, antara lain:³³

1) Masa Taking In

- a) Dimulai sejak dilahirkan sampai 2 – 3 hari.
- b) Ibu bersifat pasif dan berorientasi pada diri sendiri.
- c) Tingkat ketergantungan tinggi.

- d) Kebutuhan nutrisi dan istirahat tinggi.
- 2) Masa Taking Hold
 - a) Berlangsung sampai 2 minggu.
 - b) Klien mulai tertarik pada bayi.
 - c) Ibu berupaya melakukan perawatan mandiri.
- 3) Masa taking Go
 - a) Berlangsung pada minggu ke III – IV.
 - b) Perhatian pada bayi sebagai individu terpisah.
- e. Tanda Bahaya Masa Nifas

Tanda-tanda bahaya masa nifas adalah suatu tanda yang abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya atau komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas, apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bias menyebabkan kematian ibu.³⁴

Tanda-tanda bahaya masa nifas, sebagai berikut:³⁴

- a) Pendarahan post partum Pendarahan post partum adalah pendarahan yang lebih dari 500-600 ml dalam masa 24 jam setelah anak lahir Menurut waktu terjadinya dibagi menjadi 2 bagian:
- b) Pendarahan post partum primer (*Late Post Partum Homorrhage*) yang terjadi dalam 24 jam setelah anak lahir. Penyebab utama adalah atonia uteri, retencio placenta, sisa placenta dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama.
- c) Pendarahan post partum sekunder (*Late Post Partum Homorrhage*) yang terjadi setelah 24 jam, biasanya terjadi antara hari ke 5-15 post partum. Penyebab utamanya adalah robekan jalan lahir atau selaput placenta.

Menurut Manuaba (2014), faktor-faktor penyebab pendarahan post partum adalah:³⁵

- a) Grandemultipara yaitu penyebab penting kematian maternal khususnya di masyarakat yaitu ibu dengan jumlah anak lebih dari 4 anak
- b) Jarak persalinan pendek kurang dari 2 tahun.
- c) Persalinan yang dilakukan dengan tindakan : pertolongan kala I sebelum waktunya, pertolongan persalinan oleh dukun, persalinan dengan tindakan paksa.
- d) Lochea yang berbau busuk (bau dari vagina)
Lochea adalah cairan yang dikeluarkan uterus melalui vagina dalam masa nifas sifat locheas alkalis, jumlah lebih banyak dari pengeluaran darah dan lendir waktu menstruasi dan berbau anyir (cairan ini berasal dari melekatnya placenta) lochea dibagi dari beberapa jenis.³⁶
- e) Sub-involusi uterus (Pengecilan Rahim Yang Terganggu)
Involusi adalah uterus mengecil oleh kontraksi rahim dimana berat rahim dari 1.000 gram saat setelah bersalin, menjadi 40-60 mg 6 minggu kemudian. Bila pengecilan ini kurang baik atau terganggu disebut sub-involusi.³⁷ Faktor penyebab sub-involusi, antara lain: sisa placenta dalam uterus, endometritis, adanya mioma uteri.
- f) Tromboflebitis (pembekakan pada vena)
Merupakan inflamasi pembuluh darah disertai pembentukan pembekuan darah. Bekuan darah dapat terjadi di permukaan atau di dalam vena. Tromboflebitis cenderung terjadi pada periode pasca partum pada saat kemampuan pengumpulan darah mengikat akibat peningkatan fibrinogen. Faktor penyebab terjadinya infeksi tromboflebitis antara lain: Pasca Bedah, perluasan infeksi endometrium, Mempunyai varises pada vena
- g) Nyeri pada perut dan pelvis

Tanda-tanda nyeri perut dan pelvis dapat menyebabkan komplikasi nifas seperti: peritonitis, peritonitis adalah peradangan pada peritoneum, peritonitis umum dapat menyebabkan kematian 33% dari seluruh kematian karena infeksi

h) Depresi setelah persalinan

Depresi setelah melahirkan merupakan kejadian yang sering terjadi akan tetapi ibu tidak menyadarinya. Penyebab utama depresi setelah melahirkan tidak diketahui, diduga karena ibu belum siap beradaptasi dengan kondisi setelah melahirkan atau kebingungan merawat bayi. Ada juga yang menduga bahwa depresi setelah melahirkan dipicu karena perubahan fisik dan hormonal setelah melahirkan. Yang mengalami depresi sebelum kehamilan maka beresiko lebih tinggi terjadi depresi setelah melahirkan.

f. Perawatan Masa Nifas

Perawatan diri ibu nifas terdiri dari berbagai macam, meliputi.³⁸

1) Memelihara Kebersihan Perseorangan (*Personal Hygiene*)

Kebersihan diri ibu membantu mengurangi sumber infeksi dan meningkatkan perasaan kesejahteraan ibu. *Personal Hygiene* yang bisa dilakukan ibu nifas untuk memelihara kebersihan diri tidak hanya mandi, tetapi juga menggosok gigi dan menjaga kebersihan mulut, menjaga kebersihan rambut dengan keramas, menjaga kebersihan pakaian, dan menjaga kebersihan kaki, kuku, telinga, mata dan hidung. Selain itu juga mencuci tangan sebelum memegang payudara, setelah mengganti popok bayi, setelah buang air besar dan kecil dan sebelum memegang atau menggendong bayi. Perawatan Perineum Perawatan khusus perineum bagi wanita setelah melahirkan bayi bertujuan untuk pencegahan terjadinya infeksi, mengurangi rasa tidak nyaman dan meningkatkan penyembuhan. Perawatan

perineum yang dianjurkan untuk ibu postpartum adalah membasuh perineum dengan air bersih dan sabun setelah berkemih dan buang air besar. Perineum harus dalam keadaan kering dan dibersihkan dari depan ke belakang. Ibu dianjurkan untuk mengganti pembalut setiap kali mandi, setelah buang air besar atau kecil atau setiap tiga sampai empat jam sekali. Munculnya infeksi perineum dapat merambat pada saluran kandung kemih ataupun pada jalan lahir, infeksi tidak hanya menghambat proses penyembuhan luka tetapi dapat juga menyebabkan kerusakan sel penunjang, sehingga akan menambah ukuran dari luka itu sendiri baik panjang maupun kedalaman dari luka.

2) Perawatan Payudara

Perawatan payudara adalah suatu tindakan untuk merawat payudara terutama pada masa nifas (masa menyusui) untuk melancarkan pengeluaran ASI. Perawatan payudara pasca persalinan merupakan kelanjutan perawatan payudara semasa hamil. Bagi ibu yang menyusui bayinya, perawatan puting susu merupakan suatu hal amat penting. Payudara harus dibersihkan dengan teliti setiap hari selama mandi dan sekali lagi ketika hendak menyusui. Hal ini akan mengangkat kolostrum yang kering atau sisa susu dan membantu mencegah akumulasi dan masuknya bakteri baik ke puting maupun ke mulut bayi. Adapun langkah-langkah dalam melakukan perawatan payudara yang baik, yaitu : mengompres kedua puting dengan baby oil selama 2-3 menit, membersihkan puting susu, melakukan pegurutan dari pangkal ke puting susu sebanyak 20-30 kali pada tiap payudara, pegurutan dengan menggunakan sisi kelingking, pegurutan dengan posisi tangan mengepal sebanyak 20-30 kali pada tiap payudara dan kompres dengan air kemudian keringkan dengan handuk

kering.

3) Mobilisasi Dini dan Senam Nifas

Mobilisasi Dini adalah secepat mungkin membimbing ibu keluar dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin segera berjalan. Jika tidak ada kelainan, mobilisasi dapat dilakukan sedini mungkin, yaitu dua jam setelah persalinan normal. Mobilisasi dini sangat bermanfaat untuk mempertahankan fungsi tubuh, memperlancar peredaran darah sehingga mencegah terjadinya tromboemboli, membantu pernafasan menjadi lebih baik, mempertahankan tonus otot, memperlancar eliminasi, dan mengembalikan aktivitas sehingga dapat memenuhi kebutuhan gerak harian. Senam nifas dilakukan sejak hari pertama setelah melahirkan hingga hari kesepuluh, terdiri atas beberapa gerakan tubuh yang dilakukan untuk mempercepat pemulihan keadaan ibu. Senam nifas dilakukan pada saat kondisi ibu benar-benar pulih dan tidak ada hambatan atau komplikasi pada masa nifas.

4) Defekasi buang air besar

Defekasi BAB harus dilakukan 3-4 hari setelah melahirkan. Namun buang air besar secara spontan biasanya tertunda selama 2-3 hari setelah ibu melahirkan. Keadaan ini disebabkan karena tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan pada masa pascapartum, dehidrasi, kurang makan dan efek anestesi. Fungsi defekasi dapat diatasi dengan mengembalikan fungsi usus besar dengan diet teratur, pemberian cairan yang banyak, makanan cukup serat dan olahraga atau ambulasi dini. Jika pada hari ketiga ibu juga tidak buang air besar maka dapat diberikan laksatif per oral atau per rectal.

5) Diet

Diet harus mendapat perhatian dalam nifas karena makanan

yang baik mempercepat penyembuhan ibu, makanan ibu juga sangat mempengaruhi air susu ibu. Makanan harus bermutu dan bergizi, cukup kalori, serta banyak mengandung protein, banyak cairan, sayur-sayuran dan buah-buahan karena ibu nifas mengalami hemokonsentrasi. Kebutuhan gizi pada masa nifas meningkat 25 % dari kebutuhan biasa karena berguna untuk proses kesembuhan sehabis melahirkan dan untuk memproduksi air susu yang cukup.

6) Nutrisi

Ibu yang menyusui perlu mengkonsumsi protein, mineral dan cairan ekstra. Makanan ini juga bisa diperoleh dengan susu rendah lemak dalam dietnya setiap hari. Ibu juga dianjurkan untuk mengkonsumsi multivitamin dan suplemen zat besi. Setelah melahirkan tidak ada kontraindikasi makanan. Asupan kalori perhari perlu di tingkatkan sampai 2700 kalori, asupan cairan di tingkatkan sebanyak 3000 ml perhari. Suplemen zat besi di berikan kepada ibu nifas selama 4 minggu pertama setelah melahirkan.¹⁷ Faktor-faktor yang mempengaruhi nutrisi ibu menyusui diantaranya: aktivitas, pengaruh makanan erat kaitanya dengan volume produksi ASI, protein dianjurkan menambah porsi protein 15-20 gram protein sehari, suplementasi jika kekurangan atau kelebihan nutrisi.³⁹

7) Eliminasi

Miksi atau eliminasi urin sebaiknya dilakukan sendiri secepatnya. Kadang-kadang wanita mengalami sulit buang air kecil selama 24 jam pertama setelah melahirkan. Hal ini terjadi karena kandung kemih mengalami trauma atau lebam selama melahirkan akibat tertekan oleh janin sehingga ketika sudah penuh tidak mampu untuk mengirim pesan agar mengosongkan isinya, dan juga karena sfingter utertra yang

tertekan oleh kepala janin. Bila kandung kemih penuh ibu sulit kencing sebaiknya lakukan kateterisasi, sebab hal ini dapat mengandung terjadinya infeksi. Bila infeksi terjadi maka pemberian antibiotik sudah pada tempatnya. Istirahat Setelah persalinan, ibu mengalami kelelahan dan butuh istirahat atau tidur telentang selama 8 jam kemudian miring kiri dan kanan. Ibu harus bisa mengatur istirahatnya.

g. Periode Pemeriksaan Masa Nifas

Kunjungan masa nifas merupakan proses mengobsevasi keadaan ibu nifas untuk mencegah serta mendeteksi masalah-masalah yang terjadi selama masa nifas. Menurut Kemenkes kunjungan nifas terbagi menjadi 4 periode:⁴⁰

1) KF 1 : pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 2 (dua) hari pasca persalinan:¹²

- a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, merujuk bila perdarahan berlanjut.
- c) emberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
- d) Pemberian ASI awal.
- e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi.

Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi.

2) KF 2 : pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari pasca persalinan:⁴¹

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau.
- b) Menilai adanya tanda-tanda demam infeksi atau perdarahan abnormal.

- c) Memastikan ibu mendapat cukup makanan, minuman dan istirahat.
 - d) Memastikan ibu menyusui dengan dan memperhatikan tanda – tanda penyakit.
 - e) Memberikan konseling kepada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari– hari.
- 3) KF 3 : pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari pasca persalinan. Tujuan yang diharapkan pada 2 minggu setelah persalinan sama dengan waktu 6 hari setelah persalinan.⁴¹
- 4) KF 4 : pada periode 29 (dua puluh sembilan) sampai dengan 42 (empat puluh dua) hari pasca persalinan:⁴¹
- a) Menanyakan ibu tentang penyakit – penyakit yang dialami.
 - b) Memberikan konseling untuk KB secara dini.
- h. Kewenangan Bidan

Berdasarkan Pasal 19 dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin Penyelenggaraan Praktik Bidan Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, diketahui bahwa bidan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu nifas normal.²² Pelayanan ini dijelaskan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 320 tahun 2020 pada area kompetensi 5 bahwa Pelayanan Kesehatan Masa Nifas meliputi: 1) Perubahan fisik dan psikologis pada ibu nifas; 2) Masa laktas; 3) Asuha kebidanan pada masa nifas; 4) Deteksi dini, komplikasi dan penyulit masa nifas; 5) Tatalaksana kegawatdarurtan pada masa nifas dan rujukan.²³

Pengukuran kompetensi bidan mengacu pada Permenkes No 97 tahun 2014 bahwa kegiatan pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi :⁴²

- 1) Pemeriksaan tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu;

- 2) Pemeriksaan tinggi fundus uteri;
- 3) Pemeriksaan lochia dan perdarahan;
- 4) Pemeriksaan jalan lahir;
- 5) Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif;
- 6) Pemberian kapsul vitamin A;
- 7) Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan;
- 8) Konseling;
- 9) Penanganan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas

Asuhan kebidanan pada masa nifas seyogyanya diberikan secara komprehensif sesuai dengan filosofi kebidanan yaitu *continuity of care*, jadi bidan bertanggung jawab memberikan asuhan selama siklus reproduksi klien nya. Asuhan ini juga harus sesuai dengan standar dan berkualitas. Peran dan tanggung jawab bidan pada masa nifas antara lain (Saifudin, 2011):⁴³

- 1) Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas
- 2) Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga
- 3) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
- 4) Membuat kebijakan perencanaan program kesehatan yang berkaitan ibu dan anak dan mampu melakukan kegiatan
- 5) Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
- 6) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan mengenali tanda-tanda bahaya menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman.
- 7) Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan,

mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.

8) Memberikan asuhan secara professional.

5. Keluarga Berencana

a. Definisi Keluarga Berencana

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

Keluarga berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.⁴⁵

Keluarga berencana merupakan usaha suami-istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Usaha yang dimaksud termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (*fertilisasi*) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang di dalam Rahim.⁴⁶

Program keluarga berencana adalah bagian yang terpadu (integral) dalam program pembangunan nasional dan bertujuan untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi, spritual dan sosial budaya penduduk Indonesia agar dapat dicapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional.⁴⁷

b. Tujuan Keluarga Berencana

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.⁴⁸

Tujuan program KB lainnya yaitu untuk menurunkan angka kelahiran yang bermakna, untuk mencapai tujuan tersebut maka diadakan kebijakan yang dikategorikan dalam tiga fase (menjarangkan, menunda, dan menghentikan) maksud dari kebijakan tersebut yaitu untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua.

Pelayanan kontrasepsi mempunyai dua tujuan, yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum yaitu meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk. Tujuan khusus yaitu meningkatkan penggunaan alat kontrasepsi dan kesehatan keluarga berencana dengan cara pengaturan jarak kehamilan.⁴⁶

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Kontrasepsi pasca persalinan merupakan inisiasi pemakaian metode kontrasepsi dalam waktu 6 minggu pertama pasca persalinan untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan, khususnya pada 1–2 tahun pertama pasca persalinan. Adapun konseling yang dianjurkan pada pasien pasca persalinan yaitu:⁴⁶

- 1) Memberi ASI eksklusif kepada bayi sejak lahir sampai berusia 6 bulan. Sesudah bayi berusia 6 bulan diberikan makanan pendamping ASI, dengan pemberian ASI diteruskan sampai anak berusia 2 tahun.
- 2) Tidak menghentikan ASI untuk memulai suatu metode kontrasepsi.
- 3) Metode kontrasepsi pada pasien menyusui dipilih agar tidak mempengaruhi ASI atau kesehatan bayi.⁴⁶

c. Ruang Lingkup Program Keluarga Berencana

Ruang lingkup program KB secara umum adalah sebagai berikut :

- 1) Keluarga berencana.
- 2) Kesehatan reproduksi remaja.
- 3) Ketahanan dan pemberdayaan keluarga.
- 4) Penguatan kelembagaan keluarga kecil berkualitas.
- 5) Keserasian kebijakan kependudukan.
- 6) Pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM).
- 7) Penyelenggaraan pimpinan kenegaraan dan pemerintahan.

d. Panduan Pemilihan Kontrasepsi

Prinsip pelayanan kontrasepsi adalah memberikan kemandirian pada ibu dan pasangan untuk memilih metode yang diinginkan.

Pemberi pelayanan sebagai konselor dan fasilitator, sesuai langkah-langkah dibawah ini:⁴⁹

2) Jalin komunikasi yang baik dengan ibu

Beri salam kepada ibu, tersenyum dan perkenalkan diri.

Gunakan komunikasi verbal dan non-verbal sebagai awal interaksi dua arah, tanya ibu tentang identitas dan keinginannya pada kunjungan.

3) Nilai kebutuhan dan kondisi ibu

Tanyakan tujuan ibu berkontrasepsi dan jelaskan pilihan metode yang dapat digunakan untuk tujuan tersebut.

4) Berikan informasi mengenai pilihan metode kontrasepsi yang dapat digunakan ibu

5) Berikan informasi yang objektif dan lengkap berbagai metode kontrasepsi, efektifitas, cara kerja, efek samping, dan komplikasi yang dapat terjadi serta upaya untuk menghilangkan atau mengurangi berbagai efek yang merugikan tersebut.

e. Jenis Kontrasepsi

Berdasarkan Peraturan Kepala BKKBN Nomor 24 Tahun 2017 tentang pelayanan keluarga berencana pasca persalinan dan pasca keguguran, jenis kontrasepsi dibagi menjadi dua kategori yaitu, berdasarkan jangka waktu pemakaian atau efektivitas dan berdasarkan komposisinya.⁵⁰

- 1) Jenis Kontrasepsi Berdasarkan Jangka Waktu Pemakaian
 - a) Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) Metode kontrasepsi yang tergolong kontrasepsi jangka panjang adalah IUD, Implan, Medis Operasi Wanita (MOW), dan Medis Operasi Pria (MOP).
 - b) Metode Kontrasepsi Jangka Pendek (non MKJP) Metode kontrasepsi yang tergolong kontrasepsi jangka pendek adalah pil, suntik, kondom, dan metode kontrasepsi lain yang tidak disebutkan dalam MKJP.
- 2) Jenis kontrasepsi berdasarkan komposisi
 - a. Metode kontrasepsi hormonal Metode kontrasepsi yang termasuk ke dalam jenis hormonal adalah pil, implant, dan suntikan.
 - b. Metode kontrasepsi non hormonal Metode kontrasepsi yang termasuk ke dalam jenis non hormonal adalah kondom, IUD, MOW, dan MOP.

f. Metode Kontrasepsi

Menurut Atikah Proverawati (2010) metode kontrasepsi terbagi menjadi beberapa macam, yaitu:⁵¹

1) Kontrasepsi sederhana

a) Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet tipis yang dipasang pada penis sebagai tempat penampungan sperma yang dikeluarkan pria pada saat senggama sehingga tidak tercurah pada vagina. Cara kerja kondom yaitu mencegah pertemuan ovum dan sperma atau mencegah spermatozoa

mencapai saluran genital wanita. Sekarang sudah ada jenis kondom untuk wanita, angka kegagalan dari penggunaan kondom ini 5-21%.

b) Coitus Interruptus

Coitus interruptus atau senggama terputus adalah menghentikan senggama dengan mencabut penis dari vagina pada saat suami menjelang ejakulasi. Kelebihan dari cara ini adalah tidak memerlukan alat/obat sehingga relatif sehat untuk digunakan wanita dibandingkan dengan metode kontrasepsi lain, risiko kegagalan dari metode ini cukup tinggi.

c) KB Alami

KB alami berdasarkan pada siklus masa subur dan tidak masa subur, dasar utamanya yaitu saat terjadinya ovulasi. Untuk menentukan saat ovulasi ada 3 cara, yaitu : metode kalender, suhu basal, dan metode lendir serviks.

2) Kontrasepsi Hormonal

a) KB PIL

i. KB suatu cara kontrasepsi untuk wanita yang berbentuk pil atau tablet yang berisi gabungan hormon estrogen dan progesteron (Pil Kombinasi) atau hanya terdiri dari hormon progesteron saja (Mini Pil). Cara kerja pil KB menekan ovulasi untuk mencegah lepasnya sel telur wanita dari indung telur, mengentalkan lendir mulut rahim sehingga sperma sukar untuk masuk kedalam rahim, dan menipiskan lapisan endometrium. Mini pil dapat dikonsumsi saat menyusui. Efektifitas pil sangat tinggi, angka kegagalannya berkisar 1-8% untuk pil kombinasi, dan 3-10% untuk mini pil.

ii. Manfaat Pil KB

1. Memiliki efektifitas yang tinggi (hampir mempunyai efektifitas tubektomi), bila digunakan tiap hari.
2. Risiko terhadap kesehatan sangat kecil. Tidak mengganggu hubungan seksual.
3. Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia), tidak terjadi nyeri haid.
4. Dapat digunakan jangka panjang selama masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan.
5. Dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause.
6. Mudah dihentikan setiap saat.
7. Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan.
8. Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat.
9. Membantu mencegah: kehamilan ektopik, kanker ovarium dan endometrium, kista ovarium, penyakit radang panggul, efek Samping.

iii. Efek Samping

1. Gangguan siklus haid
2. Tekanan darah tinggi
3. Kenaikan berat badan
4. Jerawat
5. Bercak bercak coklat pada wajah

b) KB Suntik

Suntik KB Suntik KB ada dua jenis yaitu, suntik KB 1 bulan (cyclofem) dan suntik KB 3 bulan (DMPA). Cara kerjanya sama dengan pil KB. Efek sampingnya dapat terjadi gangguan haid, depresi, keputihan, jerawat,

perubahan berat badan, pemakaian jangka panjang bisa terjadi penurunan libido, dan densitas tulang.

c) KB Implant/AKBK

Implant Implant adalah alat kontrasepsi yang disusupkan dibawah kulit, biasanya dilengan atas. Cara kerjanya sama dengan pil, implant mengandung levonogestrel. Keuntungan dari metode implant ini antara lain tahan sampai 5 tahun, kesuburan akan kembali segera setelah pengangkatan. Efektifitasnya sangat tinggi, angka kegagalannya 1-3%.

d) KB IUD/AKDR

i. Profil

1. Sangat efektif, reversibel dan berjangka panjang (dapat sampai 10 tahun: CuT-380A).
2. Haid menjadi lebih lama dan lebih banyak.
3. Pemasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan.
4. Dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi.
5. Tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar pada Infeksi Menular Seksual (IMS).

ii. Jenis

1. AKDR CuT-380A

Kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu). Tersedia di Indonesia dan terdapat di mana-mana.

2. AKDR lain yang beredar di Indonesia ialah NOVA T (Schering).

iii. Cara Kerja

1. Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii.
2. Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri.
3. AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, walaupun AKDR membuat sperma sulit masuk ke dalam alat reproduksi perempuan dan mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.
4. Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

iv. Keuntungan

1. Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi yaitu 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).
2. AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
3. Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380A dan tidak perlu diganti).
4. Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat.
5. Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
6. Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil.
7. Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu AKDR (CuT-380A).
8. Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI.
9. Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
10. Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).

11. Tidak ada interaksi dengan obat-obat.
12. Membantu mencegah kehamilan ektopik.

v. Kerugian

1. Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan).
2. Haid lebih lama dan banyak.
3. Perdarahan (*spotting*) antarmenstruasi.
4. Saat haid lebih sakit.
5. Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan.
6. Perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia.
7. Perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangannya benar).
8. Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS.
9. Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan.
10. Penyakit Radang Panggul (PRP) terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR. PRP dapat memicu infertilitas.
11. Prosedur medis, termasuk pemeriksaan pelvik diperlukan dalam pemasangan AKDR. Seringkali perempuan takut selama pemasangan.
12. Sedikit nyeri dan perdarahan (*spotting*) terjadi segera setelah pemasangan AKDR. Biasanya menghilang dalam 1-2 hari.
13. Klien tidak dapat melepas AKDR oleh dirinya sendiri. Petugas kesehatan terlatih yang harus melepaskan AKDR.

14. Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera sesudah melahirkan).
15. Tidak mencegah terjadinya kehamilan ektopik karena fungsi AKDR untuk mencegah kehamilan normal.
16. Perempuan harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukkan jarinya ke dalam vagina, sebagian perempuan tidak mau melakukan ini.

vi. Persyaratan Pemakai

1. Yang dapat menggunakan
Usia reproduktif, Keadaan nulipara, Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang, Menyusui yang menginginkan menggunakan kontrasepsi, Setelah melahirkan dan tidak menyusui bayinya, Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi, Risiko rendah dari IMS, Tidak menghendaki metode hormonal, untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari, Tidak menghendaki kehamilan setelah 1-5 hari sanggama.
2. Yang tidak dapat menggunakan
Sedang hamil (diketahui hamil atau kemungkinan hamil), Perdarahan vagina yang tidak diketahui (sampai dapat dievaluasi), Sedang menderita infeksi alat genital (vaginitis, servisitis), Tiga bulan terakhir sedang mengalami atau sering menderita PRP atau abortus septic, Kelainan bawaan uterus yang

abnormal atau tumor jinak rahim yang dapat mempengaruhi kavum uteri, Penyakit trofoblas yang ganas, Diketahui menderita TBC pelvic, Kanker alat genital, Ukuran rongga rahim kurang dari 5 cm, Tidak ada efek samping hormonal, Tidak mahal jika ditinjau dari rasio biaya dan waktu penggunaan kontrasepsi. Metode yang nyaman, tidak perlu disediakan setiap bulan dan pemeriksaan berulang.

vii. **Klasifikasi WHO tentang IUD**

a) **Klasifikasi I**

- 1) Pascakeguguran tanpa infeksi.
- 2) Pascaplasenta (dalam 10 menit pertama).
- 3) Pascapersalinan (4 minggu atau lebih).
- 4) Riwayat kehamilan ektopik.
- 5) Riwayat kista atau mioma yang tidak mengubah kondisi kavum uteri.
- 6) Riwayat infeksi vagina yang bukan IMS.
- 7) Riwayat karsinoma payudara.
- 8) Riwayat penyakit radang panggul (PID).
- 9) Diabetes dan penyakit katup jantung.
- 10) Perokok dan obesitas.

2. **Klasifikasi 2**

- 1) Berusia di bawah 20 tahun atau nulipara muda.
- 2) Disminore, menoragia, endometritis.
- 3) Pascakeguguran trimester kedua.
- 4) Pascapersalinan dibawah 48 jam (tanpa infeksi).
- 5) Kelainan anatomik uterus yang tidak mengganggu bentuk kavum uteri.

- 6) Sedang mengalami infeksi vagina (diterap dulu dan bukan IMS).
- 7) Penderita HIV dengan kondisi klinik memadai.
- 8) Anemia.
- 9) Sedang mengalami gangguan katup jantung (perlu profilaksis antibiotika).

3. Klasifikasi 3

- 1) Pascapersalinan setelah 48 jam atau dibawah 4 minggu.
- 2) Penyakit trofoblas jinak.
- 3) Sedang mengalami karsinoma ovarium.
- 4) Penderita HIV dengan ARV yang teratur.

4. Klasifikasi 4

- 1) Hamil
- 2) Infeksi dalam 6 minggu pascapersalinan.
- 3) Koriokarsinoma.
- 4) Karsinoma serviks atau endometrium.
- 5) Mioma uteri yang mengubah bentuk kavum uteri.
- 6) Tuberkolosis pelvik.
- 7) Perdarahan pervaginam yang belum jelas diketahui asalnya.
- 8) Sedang mengalami penyakit radang panggul (PID), servisititis purulenta, gonorea.⁷

viii. IUD post plasenta

1. Definisi

- 1) Kita pernah mengenal program insersi AKDR (IUD) postpartum di mana pasien mendapatkan insersi AKDR

pascapersalinan. Program tersebut tidak pernah dikembangkan lagi.

- 2) Dengan adanya cara yang relatif baru yaitu insersi AKDR postplasenta mungkin mempunyai harapan dan kesempatan bagi banyak ibu yang tidak ingin hamil lagi. Teknik ini cukup aman. Hanya sebagian kecil (3-8%) ibu yang menginginkan anak lagi. Bagi Indonesia dengan kesulitan hidup yang cukup tinggi (30% miskin), dan banyaknya *unmet need* (8,6%) maka teknologi ini perlu ditawarkan. Pasien hendaknya mendapat konseling sebelum persalinan.
- 3) Pemasangan AKDR dapat dilakukan juga pada saat seksio saesarea. Peningkatan penggunaan AKDR akan mengurangi kehamilan yang tidak diinginkan di masa depan, sehingga akan mengurangi angka kematian ibu di Indonesia.

2. Efektivitas

- 1) AKDR post-plasenta telah dibuktikan tidak menambah risiko infeksi, perforasi dan perdarahan.
- 2) Diketahui bahwa ekspulsi lebih tinggi (6-10%) dan ini harus disadari oleh pasien, bila mau akan dapat dipasang lagi.
- 3) Kemampuan penolong meletakkan di fundus amat memperkecil risiko eks[ulsi. Oleh karena itu diperlukan pelatihan.

- 4) Kontraindikasi pemasangan post-plasenta ialah ketuban pecah lama, infeksi intrapartum, perdarahan postpartum.

3. Teknologi

- 1) AKDR umumnya jenis Cu-T dimasukkan ke dalam fundus uteri dalam 10 menit setelah plasenta lahir. Penolong telah menjepit AKDR di ujung jari tengah dan telunjuk yang selanjutnya menyusuri sampai fundus.
- 2) Pastikan bahwa AKDR diletakkan dengan benar di fundus. Tangan kiri penolong memegang fundus dan menekan ke bawah. Jangan lupa memotong benang AKDR sepanjang 6 cm sebelum insersi.⁷

4. Waktu penggunaan

- 1) Setiap waktu dalam siklus haid, yang dapat dipastikan klien tidak hamil.
- 2) Hari pertama sampai ke-7 siklus haid.
- 3) Segera setelah melahirkan, selama 48 jam pertama atau setelah 4 minggu persalinan, setelah 6 bulan apabila menggunakan metode amenorea laktasi (MAL). Perlu diingat, angka ekspulsi tinggi pada pemasangan segera atau selama 48 jam pascapersalinan.
- 4) Setelah menderita abortus (segera atau dalam waktu 7 hari) apabila tidak ada gejala infeksi. Selama 1 sampai 5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi.²²

5. Petunjuk bagi klien

- 1) Kembali memeriksakan diri setelah 4 sampai 6 minggu pemasangan AKDR.

- 2) Selama bulan pertama mempergunakan AKDR, periksalah benang AKDR secara rutin terutama setelah haid.
- 3) Setelah bulan pertama pemasangan, hanya perlu memeriksa keberadaan benang setelah haid apabila mengalami:
 - a) Kram/kejang di perut bawah.
 - b) Perdarahan (*spotting*) di antara haid atau setelah senggama.
 - c) Nyeri setelah senggama atau apabila pasangan mengalami tidak nyaman selama melakukan hubungan seksual.
- 4) Copper T-380A perlu dilepas setelah 10 tahun pemasangan tetapi dapat dilakukan lebih awal apabila diinginkan.
- 5) Kembali ke klinik apabila:
 - a) Tidak dapat meraba benang AKDR.
 - b) Merasakan bagian yang keras dari AKDR.
 - c) AKDR terlepas.
 - d) Siklus terganggu/ meleset.
 - e) Terjadi pengeluaran cairan dari vagina yang mencurigakan.
 - f) Adanya infeksi.⁷

6. Jenis-jenis IUD

Menurut Arum (2011) jenis-jenis *Intra Uterine Device* (IUD) adalah sebagai berikut¹⁰:

- 1) IUD CuT-380 A
Bentuknya kecil, kerangka dari plastik yang fleksibel, berbentuk huruf T diselubungi

oleh kawat halus yang terbuat dari tembaga (Cu).

2) IUD lain yang beredar di Indonesia ialah NOVA T (*Schering*) IUD yang banyak dipakai di Indonesia dewasa ini dari jenis *unmedicated* adalah Lippes Loop dan dari jenis *medicated* adalah Cu-T 380 A, Multiload 375 dan Nova-T.

a) Lippes Loop IUD

Lippes Loop terbuat dari bahan polietilen, berbentuk spiral, pada bagian tubuhnya mengandung barium sulfat yang menjadikannya radio opaque pada pemeriksaan dengan sinar-X. IUD Lippes Loop bentuknya seperti spiral atau huruf S bersambung. Untuk memudahkan kontrol dan dipasang benang pada ekornya. Lippes Loop terdiri dari 4 jenis yang berbeda ukuran panjang bagian atasnya. IUD jenis Lippes Loops mempunyai angka kegagalan yang rendah. Keuntungan lain dari jenis ini ialah bila terjadi perforasi jarang menyebabkan luka atau penyumbatan usus, sebab terbuat dari bahan plastik.⁵²

b) Cu T 380 A IUD

Cu T 380 A terbuat dari bahan polietilen berbentuk huruf T dengan tambahan bahan Barium Sulfat. Pada bagian tubuh yang tegak, dibalut tembaga sebanyak

176 mg tembaga dan pada bagian tengahnya masing-masing mengandung 68,7 mg tembaga, dengan luas permukaan $380 \pm 23\text{m}^2$. Ukuran bagian tegak 36 mm dan bagian melintang 32 mm, dengan diameter 3 mm. pada bagian ujung bawah dikaitkan benang monofilamen polietilen sebagai kontrol dan untuk mengeluarkan IUD.

c) Multiload 375

IUD Multiload 375 (ML 375) terbuat dari polipropilen dan mempunyai luas permukaan 250 mm^2 atau panjang 375 mm^2 kawat halus tembaga yang membalut batang vertikalnya untuk menambah efektifitas. Ada tiga jenis ukuran multi load yaitu standar, small, dan mini. Bagian lengannya didesain sedemikian rupa sehingga lebih fleksibel dan meminimalkan terjadinya ekspulsi.

d) Nova - T IUD

Nova-T mempunyai 200 mm^2 kawat halus tembaga dengan bagian lengan fleksibel dan ujung tumpul sehingga tidak menimbulkan luka pada jaringan setempat pada saat dipasang.

e) Cooper-7

IUD ini berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan. Jenis ini mempunyai ukuran diameter batang vertikal 32 mm

dan ditambahkan gulungan kawat tembaga (Cu) yang mempunyai luas permukaan 200 mm² fungsinya sama seperti halnya lilitan tembaga halus pada jenis Copper-T.⁵²

3) Kontrasepsi Mantap (Kontap)

- a) Tubektomi Suatu kontrasepsi permanen untuk mencegah keluarnya ovum dengan cara mengikat atau memotong pada kedua saluran tuba fallopi (pembawa sel telur ke rahim), efektivitasnya mencapai 99 %.
- b) Vasektomi Vasektomi merupakan operasi kecil yang dilakukan untuk menghalangi keluarnya sperma dengan cara mengikat dan memotong saluran mani (vas deferent) sehingga sel sperma tidak keluar pada saat senggama, efektivitasnya 99%.

g. Kewenangan Bidan

Berdasarkan Pasal 18c dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin Penyelenggaraan Praktik Bidan Dalam penyelenggaraan Praktik Kebidanan, diketahui bahwa bidan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana. Pasal ini dijelaskan lebih rinci dalam pasal 21 yang menerangkan bahwa wewenang bidan yaitu berupa penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga serta pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan.²²

Pelayanan ini dijelaskan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 320 tahun 2020 pada area kompetensi 5 bahwa Pelayanan Keluarga Berencana meliputi: 1) Pelayanan KB masa sebelum hamil; 2) Pelayanan KB pasca persalinan; 3) Pelayanan KB pasca keguguran; 4) Pelayanan KB masa nifas; 5) Pelayanan KB masa antara.²³