

## **BAB II**

### **KAJIAN KASUS DAN TEORI**

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

##### **1. Asuhan Kebidanan Kehamilan Pada Ny.W**

Dalam kasus yang dikaji, seorang ibu bernama Ny.W usia 35 Tahun G<sub>4</sub>P<sub>1</sub>Ab<sub>2</sub>Ah<sub>1</sub> UK 38<sup>+1</sup> Minggu datang ke PMB Murniati tanggal 16 Januari 2022 untuk memeriksakan kehamilannya dengan usia kehamilan 38<sup>+1</sup> minggu, ibu mengatakan rencana akan melahirkan di PMB Murniati dan ingin konsultasi tentang penggunaan BPJS. HPHT 22 April 2021, dan HPL 29 Januari 2022. Ny. W mengatakan menikah pada umur 28 tahun. Ny.W mengatakan kehamilan ini merupakan kehamilan keempat, hamil pertama dan kedua mengalami keguguran, hamil ketiga lahir spontan. Riwayat obstetric Ny. W hamil pertama umur 29 tahun mengalami abortus incomplitus, kemudian hamil ke dua mengalami fetal death, dan hamil ke tiga normal lahir spontan. Hasil pemeriksaan didapatkan TD: 119/82mmHg, N: 79x/m, R: 20x/m, S: 36,3<sup>0</sup>C. Dilakukan pemeriksaan fisik, BB sebelum hamil 48 kg, BB sekarang 62,7 kg, TB: 160cm, LILA 28 cm dan IMT: 24,49, pemeriksaan abdomen dengan palpasi didapatkan TFU 3 jari dibawah px, puki, presentasi kepala, sudah masuk PAP, TFU Mc. Donald 29 cm, DJJ 142x/m teratur reguler. Ny.W diberikan tablet tambah darah sebanyak 1x325mg, lactas calcium 1x500mg, vitamin c 1x50mg untuk 1 minggu. Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 16 Desember 2021 dengan hasil golongan darah O+, HB 11,6 mg/dl, GDS: 98,3, HBSAg Non reaktif, HIV Non Reaktif, Sifilis Non Reaktif, urine normal.

Pada tanggal 23 Januari 2022, Ny. W datang untuk memeriksakan kembali kehamilannya karena ibu mengatakan kadang kenceng-kenceng dan pegel, namun kenceng-kenceng belum teratur. Dilakukan pemeriksaan TD: 116/76mmHg, N: 86x/m, R: 22x/m, SB: 36,4<sup>0</sup>C, SpO<sub>2</sub> 98%, BB sebelum hamil 48 kg, Berat Badan sekarang 63 kg. Dilakukan pemeriksaan abdomen dengan palpasi didapatkan TFU 3 jari dibawah px, punggung sebelah kiri, dan presentasi kepala, sudah masuk PAP, TFU Mc.Donald 30 cm, DJJ 136 x/m

regular. Ny. W diberikan tablet penambah darah sebanyak 1x325mg, lactas calcium 1x500mg, vitamin c 1x50mg untuk 1 minggu. Ny. W minum obat secara teratur. Ny. W dipesan untuk kontrol 1 minggu lagi atau jika ada keluhan.

## 2. Asuhan Kebidanan Persalinan Pada Ny.W

Pada tanggal 25 Januari 2022 Jam 12.00 WIB, Ny. W datang ke PMB Murniati. Ny. W mengatakan kenceng-kenceng dan pegel, serta keluar flek darah sejak jam 06.00 WIB. Dilakukan pemeriksaan TD: 118/74 mmHg, N: 88x/m, R: 22x/m, SB: 36,5<sup>0</sup>C, SpO2 99%, BB sebelum hamil 48 kg, Berat Badan sekarang 63,4 kg. Dilakukan pemeriksaan dalam (VT) didapatkan hasil vulva uretra tenang, dinding vagina licin, portio tipis lunak, pembukaan 8 cm, selaput ketuban (+), presentasi kepala, hodge III, UUK pada jam 11.00 WIB, STLD (+). Dilakukan pemeriksaan abdomen dengan palpasi didapatkan TFU 3 jari dibawah px, punggung sebelah kiri, dan presentasi kepala, sudah masuk PAP, TFU Mc. Donald 30 cm, DJJ 146x/m teratur, HIS: 4x10' 35". Dilakukan pemeriksaan antigen dengan hasil negatif. Ny. W dipindahkan diruang VK, dibimbing untuk relaksasi, dan dianjurkan untuk tidur miring kiri, suami dianjurkan untuk mendampingi idtri dan untuk membantu memberikan minuman saat tidak ada kontraksi dan dilakukan observasi kemajuan persalinan. Pada jam 12.30 WIB Ny.W ingin meneran, dilakukan pemeriksaan dalam (VT) didapatkan hasil vulva uretra tenang, dinding vagina licin, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm, selaput ketuban (-), presentasi kepala, hodge IV, UUK pada jam 12.00 WIB, STLD (+), AK (+) Jernih. DJJ 148 x/m teratur, HIS: 4x10' 40". Kemudian dilakukan persiapan pertolongan persalinan dan dipimpin mengejan.

Ny. W setelah dipimpin meneran selama 15 menit, bayi lahir spontan jam 12.45 WIB langsung menangis kuat, gerakan bayi aktif, kulit kemerahan, dengan jenis kelamin laki – laki. Setelah dilakukan pemotongan tali pusat dan dikeringkan bayi segera dilakukan IMD. Setelah itu Ny. W diberi injeksi oxytocin 10 I, 5 menit kemudian placenta lahir seponatan lengkap. Karena ibu dan suami sudah setuju untuk pemasangan IUD pasca placenta maka langsung dilakukan pemasangan IUD pasca placenta. Kemudian dilakukan pengecekan jalan lahir tidak ada laserasi. Kontraksi uterus keras, TFU 1 jari dibawah pusat,

kandung kemih kosong. Setelah 2 jam post partum dilakukan pemeriksaan TD: 11/80 mmHg, N 86 x/m, R 22 x/m, S 36,6<sup>0</sup>C. Kontraksi keras, kandung kemih kosong, TFU 1 jari dibawah pusat, PPV 50 cc.

### 3. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Pada Ny.W

Tanggal 25 Januari 2022 jam 12.45 WIB. Bayi dalam keadaan sehat. Meconium (+), BAK (-), Berat badan lahir bayi 3080 gram, PB 49 cm, LK 34 cm, LD 34,5 cm, Lila 11 cm, menangis kuat, gerak aktif, warna kulit kemerahan, APGAR Score 9/10. Sudah diberikan injeksi Vitamin K 1 mg/ IM, salep mata tetracilin 1% dan injeksi HB0.

Pada kunjungan neonatal ke-I (KN I) tanggal 26 Januari 2022 jam 15.00 WIB, didapatkan hasil pemeriksaan bayi, menangis kuat, kulit merah, gerak aktif, reflek mencari (+), reflek menghisap (+), BAK (+), BAB (+), HR 128 x/m, RR 46 x/m, S 36,7<sup>0</sup>C, BB 3050 gram, tali pusat segar.

Pada kunjungan rumah neonatal hari ke 6 (KN 2) tanggal 30 Januari 2022, didapatkan hasil pemeriksaan bayi Ny. W BB: 3100 gr, PB 49,5 cm, RR 44 x/m, HR 122 x/m, S 36,6<sup>0</sup>C, NI kuat, kulit agak kuning dimuka, badan merah, gerak aktif, BAK dan BAB lancar, tali pusat sudah puput bersih dan tidak berbau. Dikarenakan anak pertama baru umur 18 bulan, jadi suami sangat ikut berperan untuk asuhan anak pertama dan diusahakan untuk memberikan pengertian bahwa sudah punya adik, serta melibatkan dalam asuhan bayi seperti mengambilkan baju dan popok adik.

Pada kunjungan neonatal hari ke 13 (KN 3) pada tanggal 07 Februari 2022, Ny. W datang ke PMB Murniati ingin imunisasi bayinya. Hasil pemeriksaan bayi kulit kemerahan, gerak aktif HR 100x/m, RR 38x/m BB 3500gr PB 50cm, LK 35 cm, pusar kering, minum ASI saja, dan diberikan imunisasi BCG.

Pada kunjungan neonatal hari ke 38 (KN 4) pada tanggal 02 Maret 2022, Ny. W datang ke PMB Murniati. Keadaan bayi sehat, gerak aktif warna kulit kemerahan, menyusu kuat, BAK dan BAB lancar, kadang gumoh, BB 3950 gram, PB 55 cm, HR 106 x/m, RR 42 x/m, S 36,6<sup>0</sup>C. Bayi Ny. W minum ASI saja, dianjurkan untuk imunisasi pentabio I dan IPV I yang dijadwalkan pada

tanggal 03 April 2022. Ny. W merasa senang merawat bayimya dan akan memberikan ASI Eksklusif serta akan mematuhi jadwal untuk imunisasi.

#### 4. Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Keluarga Berencana Pada Ny.W

Pada nifas hari ke I (KF I) tanggal 26 Januari 2022 jam 15.00 WIB, didapatkan hasil pemeriksaan TD 120/70 mmHg, N 86 x/m, R 22 x/m, S 36,7<sup>0</sup>C, ASI mulai keluar tetapi belum lancar, TFU 2 jari dibawah pusat, kontraksi uterus keras, kandung kemih kosong, lochea rubra, PPV kuang lebih 5cc, perinium tidak bengkak (tidak ada penjahitan). BAK lancar, BAB (-). Sudah BLPL, Obat yang dibawakan pulang Amoxicilin 3x500mg, Sulfat Ferosus 1x325 mg, Asam Mefenamat 3x500 mg, Vitamin A 1x200.000IU.

Pada kunjungan rumah nifas hari ke 6 post partum (KF 2) tanggal 30 Januari 2022, didapatkan hasil pemeriksaan TD 118/76 MmHg, N : 82 x/menit, R : 20 x/menit, S : 36,6<sup>0</sup>C, ASI : lancar (+/+) putting kiri lecet sedikit, tidak ada bendungan ASI, TFU pertengahan antara pusat dan simpisis, kontraksi uterus baik. Pengeluaran pervaginam lochea sanguinolenta (merah kecoklatan), perineum tidak ada tanda tanda infeksi. Ekstremitas tidak ada pembengkakan, obat yang masih diminum sulfat ferosus tinggal 4 tablet. Istirahat bisa walupun sebentar-sebentar bangun untuk menyusui. BAK dan BAB lancar. Tidak ada keluhan dengan KBnya.

Pada kunjungan nifas hari ke 13 (KF 3) pada tanggal 07 Februari 2022, Ny. W datang datang ke PMB Murniati sekalian ingin imunisasi bayinya. Dilakukan pemeriksaan pada Ny. W TD 122/74 mmHg, N 80 x/m, S 36,5<sup>0</sup>C, R 20 x/m. ASI lancar, tidak ada bendungan, lecet sudah sembuh, TFU tidak teraba, lochea serosa, tidak ada keluhan dengan KB, Eksteremitas tidak ada pembengkakan, BAK dan BAB lancar, Ny. W berencana memberikan ASI Eksklusif, aktivitas Ny. W sudah menyapu, mencuci piring, kadang mencuci popok bayi, kegiatan rumah tangga dibantu oleh suami.

Pada kunjungan nifas hari ke 38 (KF 4) pada tanggal 02 Maret 2022, Ny. W datang ke PMB Murniati mengatakan terasa benang IUD yang sedikit menjulur ke vulva, dan sudah dilakukan pemotongan. Hasil pemeriksaan fisik TD 112/72 mmHg, N 86 x/m, R 20 x/m, S 36,4<sup>0</sup>C, ASI lancar tidak ada

pembengkakan/bendungan ASI, TFU tidak teraba, sudah tidak ada pengeluaran dari jalan lahir, eliminasi lancar, obat tablet tambah darah habis. Diberikan obat tambah darah. Aktivitas ibu selain merawat bayi, mengerjakan kegiatan rumah tangga seperti memasak dan menyapu, untuk mencuci sering dibantu suami.

## B. Kajian Teori

### 1. Kehamilan

#### a. Pengertian

Kehamilan adalah mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari: ovulasi (pelepasan ovum), migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.<sup>9</sup> Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT).<sup>1</sup> Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi.<sup>13</sup>

#### b. Perubahan Fisiologi Trimester III

Menurut Vivian (2011) Perubahan fisiologi pada masa kehamilan Trimester III adalah :<sup>14</sup>

##### 1) Minggu ke-28/bulan ke-7

Fundus berada dipertengahan antara pusat dan sifoudeus. Hemoroid mungkin terjadi. Pernapasan dada menggantikan pernapasan perut. Garis bentuk janin dapat dipalpasi. Rasa panas perut mungkin terasa.

##### 2) Minggu ke-32/ bulan ke-8

Fundus mencapai prosesus sifoideus, payudara penuh, dan nyeri tekan. Sering BAK mungkin kembali terjadi. Selain itu, mungkin juga terjadi dispnea.

##### 3) Minggu ke-38/ bulan ke-9

Penurunan bayi ke dalam pelvis/panggul ibu (*lightening*). Plasenta setebal hampir 4 kali waktu usia kehamilan 18 minggu dan beratnya

0,5-0,6 kg. Sakit punggung dan sering BAK meningkat. Braxton Hicks meningkat karena serviks dan segmen bawah rahim disiapkan untuk persalinan.

c. Perubahan Psikologi Trimester III

Menurut Sulistyawati (2013) Perubahan psikologis pada masa kehamilan Trimester III , yaitu:<sup>15</sup>

- 1) Rasa tidak nyaman timbul kembali, merasa dirinya jelek, aneh, dan tidak menarik.
- 2) Merasa tidak menyenangkan ketika bayi tidak lahir tepat waktu
- 3) Takut akan rasa sakit dan bahaya fisik yang timbul pada saat melahirkan, khawatir akan keselamatannya.
- 4) Khawatir bayi akan dilahirkan dalam keadaan tidak normal, bermimpi yang mencerminkan perhatian dan kekhawatirannya.
- 5) Merasa sedih karena akan terpisah dari bayinya.
- 6) Merasa kehilangan perhatian
- 7) Perasaan mudah terluka (sensitif) & Libido menurun

d. Tanda Bahaya Kehamilan

Menurut Prawirohardjo (2016), deteksi dini gejala dan tanda bahaya selama kehamilan merupakan upaya terbaik untuk mencegah terjadinya gangguan yang serius terhadap kehamilan ataupun keselamatan ibu hamil.<sup>5</sup>

1) Perdarahan pervaginam

Perdarahan pada kehamilan muda atau usia kehamilan dibawah 20 minggu, umumnya disebabkan oleh keguguran. Sekitar 10-12% kehamilan akan berakhir dengan keguguran yang pada umumnya (60-80%) disebabkan oleh kelainan kromosom yang ditemui pada spermatozoa ataupun ovum. Perdarahan pada kehamilan lanjut atau diatas 20 minggu pada umumnya disebabkan oleh plasenta previa. Perdarahan yang terjadi sangat terkait dengan luas plasenta dan kondisi segmen bawah rahim yang menjadi tempat implantasi plasenta tersebut. Pada plasenta yang tipis dan menutupi

sebagian jalan lahir, maka umumnya terjadi perdarahan bercak berulang dan apabila segmen bawah rahim mulai terbentuk disertai dengan sedikit penurunan bagian terbawah janin, maka perdarahan mulai meningkat hingga tingkatan yang dapat membahayakan keselamatan ibu.

## 2) Pre-Eklamsia

Pada umumnya ibu hamil dengan usia kehamilan diatas 20 minggu disertai dengan peningkatan tekanan darah diatas normal sering diasosiasikan dengan pre-eklamsia. Data atau informasi awal terkait dengan tekanan darah sebelum hamil akan sangat membantu petugas kesehatan untuk membedakan hipertensi kronis (yang sudah ada sebelumnya) dengan pre-eklamsia. Gejala dan tanda lain dari pre-eklamsia adalah sebagai berikut:

- a. Hiperfleksia
- b. Sakit kepala atau sefalgia yang tidak membaik dengan pengobatan umum.
- c. Gangguan penglihatan seperti pandangan mata kabur, skotomata, silau atau berkunang – kunang.
- d. Nyeri epigastrik.
- e. Oliguria (luaran kurang dari 500 ml/jam).
- f. Tekanan darah sistolik 20 – 30 mmHg dan diastolik 10 – 20 mmHg di atas normal.
- g. Proteinuria (>+1)
- h. Edema menyeluruh.

## 3) Nyeri Hebat di Daerah Abdominopelvikum

Bila hal tersebut di atas terjadi pada kehamilan trimester kedua atau ketiga dan disertai dengan riwayat dan tanda dibawah ini, maka diagnosisnya mengarah pada solusio plasenta, baik dari jenis yang disertai perdarahan (*revealed*) maupun tersembunyi (*concealed*):

- a) Trauma abdomen.
- b) Preeklamsia.
- c) Tinggi fundus uteri lebih besar dari usia kehamilan (UK).
- d) Bagian – bagian janin sulit diraba.
- e) Uterus tegang dan nyeri.
- f) Janin mati dalam rahim.

Beberapa gejala dan tanda lain yang harus diwaspadai terkait dengan gangguan serius selama kehamilan adalah sebagai berikut:

- 1) Muntah berlebihan yang berlangsung selama kehamilan.
- 2) Disuria.
- 3) Menggigil atau demam.
- 4) Ketuban pecah dini atau sebelum waktunya.
- 5) Uterus lebih besar atau lebih kecil dari Usia Kehamilan (UK) yang sesungguhnya.

Menurut buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) (2015), tanda bahaya kehamilan adalah sebagai berikut:<sup>16</sup>

- 1) Perdarahan pervaginam pada hamil mudah dan hamil tua.
- 2) Sakit kepala yang hebat.
- 3) Penglihatan kabur.
- 4) Bengkak kaki, tangan dan wajah, atau sakit kepala disertai kejang.
- 5) Keluar cairan pervaginam (Air ketuban keluar sebelum waktunya).
- 6) Janin dirasakan kurang bergerak dibandingkan sebelumnya.
- 7) Nyeri perut yang hebat
- 8) Demam tinggi.
- 9) Muntah terus dan tidak mau makan

e. *Antenatal Care* Terpadu

Menurut Kemenkes RI (2020), antenatal care merupakan suatu bentuk pengawasan kehamilan untuk mengetahui kesehatan umum ibu, menegakkan secara dini penyakit yang menyertai kehamilan dan



menegakkan secara dini komplikasi kehamilan. Pengawasan wanita hamil secara rutin mampu membantu menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi. Pelayanan antenatal bertujuan untuk memberikan pengalaman hamil dan melahirkan yang positif bagi para ibu (*positive pregnancy experience*) atau *well born baby* dan *well health mother*, mempersiapkan perawatan bayi dan laktasi serta memulihkan kesehatan ibu yang optimal saat akhir kala nifas sehingga menurunkan angka mortalitas dan morbiditas ibu dan anak (WHO, 2016).

f. Tujuan ANC

Tujuan dari pelayanan ANC menurut Kurniasari (2016) diantaranya adalah:

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu dan bayi.
- 3) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal dan pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif.
- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

Selain itu, terdapat beberapa fokus pencapaian yang diungkapkan oleh WHO (2016) mengenai fokus pencapaian dari pelayanan antenatal secara menyeluruh, diantaranya adalah:

- 1) Mengidentifikasi dan melakukan pengawasan pada wanita hamil serta janin yang dikandungnya.
- 2) Mendeteksi dan mengatasi komplikasi dalam kehamilan, terutama preeklamsi.

- 3) Mendeteksi dan mengobati penyakit yang mendasari kemungkinan terjadinya komplikasi pada ibu hamil.
- 4) Mendeteksi adanya gangguan anemia, infeksi HIV, masalah kesehatan mental, dan atau gejala stres serta kekerasan dalam rumah tangga.
- 5) Melakukan upaya pencegahan, meliputi imunisasi tetanus toxoid (TT), pemberian obat cacing, pemberian tablet besi dan asam folat, pencegahan terhadap malaria dalam kehamilan dengan menggunakan profilaksis atau dengan kelambu.
- 6) Menyarankan dan mendukung setiap wanita dan keluarganya untuk membangun kebiasaan sehat dalam rumah tangga

g. Standar ANC yang diprogramkan

Pelayanan antenatal sesuai standar yang termasuk dalam fokus program pemerintah dalam meningkatkan kesehatan ibu maternal adalah melalui ANC terpadu. Antenatal care terpadu merupakan pelayanan antenatal komprehensif dan berkualitas yang diberikan kepada semua ibu hamil. Implementasi pelayanan ANC terpadu telah diperkuat dengan dikeluarkannya kebijakan Menteri Kesehatan yang tertuang dalam pasal 6 ayat 1 huruf b Permenkes No. 25 tahun 2014 tentang upaya kesehatan anak, dimana salah satunya dinyatakan bahwa pelayanan kesehatan janin dalam kandungan dilaksanakan melalui pemeriksaan antenatal pada ibu hamil dan pelayanan terhadap ibu hamil tersebut dilakukan secara berkala sesuai standar. Dalam pemeriksaan antenatal, selain kuantitas (frekuensi kunjungan), perlu diperhatikan pula kualitas pemeriksaannya.

Berdasarkan “Pedoman Pelayanan Antenatal, Persalinan, Nifas, Dan Bayi Baru Lahir Di Era Adaptasi Kebiasaan Baru Revisi 2”, pelayanan antenatal (Antenatal Care/ANC) pada kehamilan normal adalah enam kali dengan rincian dua kali di trimester satu, satu kali di trimester dua, dan tiga kali di trimester tiga. Minimal dua kali diperiksa oleh dokter saat kunjungan pertama di trimester satu dan saat kunjungan kelima di trimester tiga (Kemenkes RI, 2020).

h. Pelayanan sesuai standart, yaitu 10 T

Sesuai dengan kebijakan Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (PPIBI), ada sepuluh standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10 T. Pelayanan atau asuhan standar minimal 10 T adalah sebagai berikut:

1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan (T1)

Penimbangan berat badan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin. Penambahan berat badan yang kurang dari 9 kilogram selama kehamilan atau kurang dari 1 kilogram setiap bulannya menunjukkan adanya gangguan pertumbuhan janin. Pengukuran tinggi badan ibu hamil dilakukan untuk deteksi faktor risiko terhadap kehamilan. Jika kurang dari 145 cm meningkatkan risiko terjadinya *Cephalo Pelvic Disproportion* (CPD) atau panggul sempit

2) Nilai status gizi (Ukur Lingkar Lengan Atas /LILA) (T2)

Pengukuran LILA hanya dilakukan pada kontak pertama oleh tenaga kesehatan di trimester I untuk skrining ibu hamil berisiko Kekurangan Energi Kronik (KEK). KEK disini maksudnya ibu hamil yang mengalami kekurangan gizi dan telah berlangsung lama (beberapa bulan/tahun) dimana LILA kurang dari 23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan bayi Berat Badan Lahir Rendah (BBLR).

3) Ukur tekanan darah (T3)

Tekanan darah yang normal 100/70 – 140/90 mmHg, pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya *hipertensi* (tekanan darah melebihi 140/90 mmHg) perlu diwaspadai pada kehamilan dan terjadinya pre eklampsia (hipertensi disertai odema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria.

4) Ukur tinggi fundus uteri (T4)

Pengukuran tinggi fundus pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Jika tinggi fundus tidak sesuai dengan umur kehamilan, kemungkinan ada gangguan pertumbuhan janin. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur setelah kehamilan 24 minggu.

5) Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ) (T5)

Menentukan presentasi janin dilakukan pada akhir trimester II dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. Pemeriksaan ini dimaksudkan untuk mengetahui letak janin. Jika pada trimester III bagian bawah janin bukan kepala, atau kepala janin belum masuk ke panggul berarti ada kelainan letak, panggul sempit atau ada masalah lain. Penilaian DJJ dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ lambat kurang dari 120/menit atau DJJ cepat lebih dari 160/menit menunjukkan adanya gawat janin.

6) Beri imunisasi Tetanus Toksoid (TT) (T6)

Pada kunjungan pertama ANC, dilakukan skrining status imunisasi TT ibu hamil, apabila diperlukan, diberikan imunisasi pada saat pelayanan antenatal. Tujuan dari imunisasi TT ini yaitu untuk mencegah terjadinya tetanus pada bayi baru lahir serta melengkapi status imunisasi TT.

**Tabel 1. Skrining Imunisasi TT**

<b>Riwayat imunisasi ibu hamil</b>	<b>Imunisasi yang didapat</b>	<b>Status yang diberikan</b>
Imunisasi Dasar Lengkap	DPT-Hb 1 DPT-Hb 2 DPT-Hb 3	T1 dan T2
Anak Sekolah Kelas 1 SD	DT	T3
Kelas 2 SD	Td	T4
Kelas 3 SD	Td	T5

Calon Pengantin, Masa Hamil	TT	1. Jika ada status T diatas yang tidak terpenuhi 2. Lanjutkan urutan T yang belum terpenuhi 3. Perhatikan interval pemberian
--------------------------------	----	--

Sumber: PPIBI, 2016: 60.

**Tabel 2. Interval dalam Perlindungan TT Imunisasi**

Imunisasi	Pemberian Imunisasi	Selang waktu pemberian minimal	Masa Perlindungan
TT WUS	T1	-	-
	T2	4 minggu setelah T1	3 tahun
	T3	6 bulan setelah T2	5 tahun
	T4	1 tahun setelah T3	10 tahun
	T5	3 tahun setelah T4	25 tahun

Sumber: PPIBI, 2016: 60.

7) Beri tablet tambah darah (tablet besi) (T7)

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet tambah darah (tablet zat besi) dan Asam Folat minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

8) Periksa laboratorium (rutin dan khusus) (T8)

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal, pemeriksaan dibagi menjadi pemeriksaan laboratorium wajib dan atas indikasi sebagai berikut:

9) Tatalaksana atau penanganan Kasus (T9)

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang ditemukan pada ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

#### 10) Temu wicara (Konseling) (T10)

Temu wicara dan konseling dilakukan setiap kunjungan antenatal yang meliputi kesehatan ibu, perilaku hidup sehat, peran suami/keluarga dalam kehamilan dan perencanaan persalinan, tanda bahaya pada kehamilan, persalinan dan nifas serta kesiapan menghadapi komplikasi, asupan gizi seimbang, gejala penyakit menular dan tidak menular, penawaran untuk melakukan test dan konseling HIV, Inisiasi Menyusui Dini (IMD) dan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif, KB paska persalinan, imunisasi dan peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan.

##### i. Dukungan Suami

Dukungan adalah menyediakan sesuatu untuk memenuhi kebutuhan orang lain. Dukungan juga dapat diartikan sebagai memberikan dorongan / motivasi atau semangat dan nasihat kepada orang lain dalam situasi pembuat keputusan.<sup>18</sup> Kuntjoro dalam Fithriany 2011 mengatakan bahwa pengertian dari dukungan adalah informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan, yang nyata atau tingkah laku diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek didalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penerimanya atau dukungan adalah keberadaan, kesediaan, kepedulian dari orang-orang yang diandalkan, menghargai dan menyayangi kita.<sup>19</sup>

Suami adalah orang yang paling penting bagi seorang wanita hamil. Banyak bukti yang ditunjukkan bahwa wanita yang diperhatikan dan dikasihi oleh pasangannya selama kehamilan akan menunjukkan lebih sedikit gejala emosi dan fisik, lebih mudah melakukan penyesuaian diri selama kehamilan dan sedikit resiko komplikasi persalinan. Hal ini diyakini karena ada dua kebutuhan utama yang ditunjukkan wanita selama hamil yaitu menerima tanda-tanda bahwa ia dicintai dan dihargai serta kebutuhan akan penerimaan pasangannya terhadap anaknya.<sup>19</sup>

## 2. Persalinan

### a. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke dunia luar. Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam waktu 18 jam, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin.<sup>20</sup> Persalinan adalah bagian dari proses melahirkan sebagai respons terhadap kontraksi uterus, segmen bawah uterus teregang dan menipis, serviks berdilatasi, jalan lahir terbentuk dan bayi bergerak turun ke bawah melalui rongga panggul.<sup>21</sup>

Persalinan adalah suatu proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang dapat hidup ke dunia luar dari dalam rahim melalui jalan lahir dengan LBK atau dengan tenaga ibu sendiri, tanpa bantuan alat-alat, serta tidak melukai ibu dan bayi, yang umumnya berlangsung kurang dari 24 jam.<sup>5</sup>

### b. Tanda-tanda Persalinan

#### 1) Tanda pendahuluan adalah :<sup>5</sup>

- a) *Ligthening* atau *setting* atau *dropping*, yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul.
- b) Perut kelihatan lebih melebar dan fundus uteri turun.
- c) Sering buang air kecil atau sulit berkemih (*polakisuria*) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
- d) Perasaan nyeri di perut dan di pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah uterus, kadang-kadang disebut "*false labor pains*".
- e) Serviks menjadi lembek; mulai mendatar; dan sekresinya bertambah, mungkin bercampur darah (*bloody show*).

#### 2) Tanda Pasti Persalinan meliputi:

- a) Rasa nyeri oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering, dan teratur.

- b) Keluar lendir bercampur darah yang lebih banyak karena robekan- robekan kecil pada serviks.
  - c) Kadang-kadang, ketuban pecah dengan sendirinya.
  - d) Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan telah ada pembukaan.
- C. Faktor-faktor yang mempengaruhi persalinan, yaitu faktor *power*, faktor *passenger*, faktor *passage*, dan faktor *psyche*:<sup>22</sup>
- 1) Faktor *Power* (Kekuatan)

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

Faktor lain yang berpengaruh terhadap persalinan adalah faktor janin, yang meliputi sikap janin, letak janin, presentasi janin, bagian terbawah janin, dan posisi janin.
  - 3) Faktor *Passage* (Jalan Lahir)

*Passage* atau faktor jalan lahir dibagi atas :

    - 1) Bagian keras : tulang-tulang panggul (rangka panggul).
    - 2) Bagian lunak: otot-otot, jaringan-jaringan, dan ligament-ligament.
  - 4) Faktor *psyche* (Psikis)

Psikis ibu bersalin sangat berpengaruh dari dukungan suami dan anggota keluarga yang lain untuk mendampingi ibu selama bersalin dan kelahiran anjurkan merreka berperan aktif dalam mendukung dan mendampingi langkah-langkah yang mungkin akan sangat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi, dapat membantu kenyamanan ibu, hargai keinginan ibu untuk didampingi. <sup>22</sup>



#### 5) Posisi Ibu (*Positioning*)

Posisi ibu dapat memengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Perubahan posisi yang diberikan pada ibu bertujuan untuk menghilangkan rasa letih, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi.<sup>23</sup>

#### D. Tahap Persalinan

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 kala, yaitu:

##### 1) Kala I

Pada kala I persalinan dimulainya proses persalinan yang ditandai dengan adanya kontraksi yang teratur, adekuat, dan menyebabkan perubahan pada serviks hingga mencapai pembukaan lengkap, fase Kala I Persalinan terdiri dari Fase laten yaitu dimulai dari awal kontraksi hingga pembukaan mendekati 4cm, kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik, tidak terlalu mules.

Fase aktif dengan tanda-tanda kontraksi diatas 3 kali dalam 10 menit, lamanya 40 detik atau lebih dan mules, pembukaan 4cm hingga lengkap, penurunan bagian terbawah janin, waktu pembukaan serviks sampai pembukaan lengkap 10 cm, fase pembukaan dibagi menjadi 2 fase, yaitu fase laten : berlangsung selama 8 jam, pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai pembukaan 3 cm. Fase aktif : dibagi dalam 3 fase yaitu fase akselerasi lamanya 2 jam dengan pembukaan 3 menjadi 4 cm, fase dilatasi maksimal lamanya 2 jam dengan pembukaan 4 menjadi 9 cm, fase deselerasi lamanya 2 jam pembukaan dari 9 sampai pembukaan lengkap.

Lama kala I untuk primigravida berlangsung 12 jam dengan pembukaan 1 cm per jam, pada multigravida 8 jam dengan pembukaan 2 cm per jam. Komplikasi yang dapat timbul pada kala I yaitu : ketuban pecah dini, tali pusat menumbung, obstruksi plasenta, gawat janin, inersia uteri.<sup>22</sup>

## 2) Kala II

Gejala dan tanda kala II, telah terjadi pembukaan lengkap tampak bagian kepala janin melalui pembukaan introitus vagina, ada rasa ingin meneran saat kontraksi, ada dorongan pada rectum atau vagina, perineum terlihat menonjol, vulva dan springer ani membuka, peningkatan pengeluaran lendir dan darah. Dimulai dari pembukaan lengkap (10 cm) sampai bayi lahir. Proses ini biasanya berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi.

Pada kala pengeluaran janin telah turun masuk ruang panggul sehingga terjadi tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara *reflektoris* menimbulkan rasa mencedan, karena tekanan pada *rectum* ibu merasa seperti mau buang air besar dengan tanda anus membuka. Pada waktu his kepala janin mulai kelihatan, vulva membuka, perinium membuka, perineum meregang. Dengan adanya his ibu dan dipimpin untuk mencedan, maka lahir kepala diikuti oleh seluruh badan janin.<sup>22</sup>

Komplikasi yang dapat timbul pada kala II yaitu : eklamsi, kegawatdaruratan janin, tali pusat menubung, penurunan kepala terhenti, kelelahan ibu, persalinan lama, *ruptur uteri*, *distocia* karena kelainan letak, infeksi intra partum, *inersia uteri*, tanda-tanda lilitan tali pusat.<sup>22</sup>

## 3) Kala III

Batasan kala III, masa setelah lahirnya bayi dan berlangsungnya proses pengeluaran plasenta. Tanda-tanda pelepasan plasenta : terjadi perubahan bentuk uterus dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang atau menjulur keluar melalui vagina atau vulva, adanya semburan darah secara tiba-tiba kala III, berlangsung tidak lebih dari 30menit. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri setinggi pusat beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari

dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 menit-15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri.

Pengeluaran plasenta, disertai pengeluaran darah. Komplikasi yang dapat timbul pada kala III adalah perdarahan akibat atonia uteri, retensio plasenta, perlukaan jalan lahir, tanda gejala tali pusat.<sup>22</sup>

#### 4) Kala IV

Dimulainya dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Komplikasi yang dapat timbul pada kala IV adalah sub involusi dikarenakan oleh uterus tidak berkontraksi, perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri, laserasi jalan lahir, sisa plasenta.<sup>23</sup>

### 3. Bayi Baru Lahir

#### a. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai dengan 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai APGAR >7 dan tanpa cacat bawaan.<sup>22</sup>

#### b. Perawatan Neonatal Esensial Pada Saat Lahir

Bayi Baru Lahir (BBL) sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan oleh paparan atau kontaminasi mikroorganisme selama proses persalinan berlangsung maupun beberapa saat setelah lahir. Beberapa mikroorganisme harus diwaspadai karena dapat ditularkan lewat percikan darah dan cairan tubuh misalnya virus HIV, Hepatitis B dan Hepatitis C. Sebelum menangani BBL, pastikan penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi berikut:<sup>14</sup>

##### 1) Persiapan Diri

- a) Sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi, cuci tangan dengan sabun kemudian keringkan
- b) Memakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.

## 2) Persiapan Alat

Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, alat-alat resusitasi dan benang tali pusat telah di desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau sterilisasi. Gunakan bola karet pengisap yang baru dan bersih jika akan melakukan pengisapan lendir dengan alat tersebut. Jangan menggunakan bola karet pengisap yang sama untuk lebih dari satu bayi. Bila menggunakan bola karet pengisap yang dapat digunakan kembali, pastikan alat tersebut dalam keadaan bersih dan steril. Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi sudah dalam keadaan bersih dan hangat. Demikian pula halnya timbangan, pita pengukur, termometer, stetoskop dan benda-benda lain yang akan bersentuhan dengan bayi, juga bersih dan hangat. Dekontaminasi dan cuci semua alat setiap kali setelah digunakan.

## 3) Persiapan Tempat

Gunakan ruangan yang hangat dan terang, siapkan tempat resusitasi yang bersih, kering, hangat, datar, rata dan cukup keras, misalnya meja atau dipan. Letakkan tempat resustasi dekat pemancar panas dan tidak berangin, tutup jendela dan pintu. Gunakan lampu pijar 60 watt dengan jarak 60 cm dari bayi sebagai alternatif bila pemancar panas tidak tersedia.

### c. Penilaian Awal

Untuk semua BBL, lakukan penilaian awal dengan menjawab 4 pertanyaan:<sup>14</sup>

#### ***Sebelum bayi lahir:***

- 1) Apakah kehamilan cukup bulan?
- 2) Apakah air ketuban jernih, tidak bercampur mekonium?

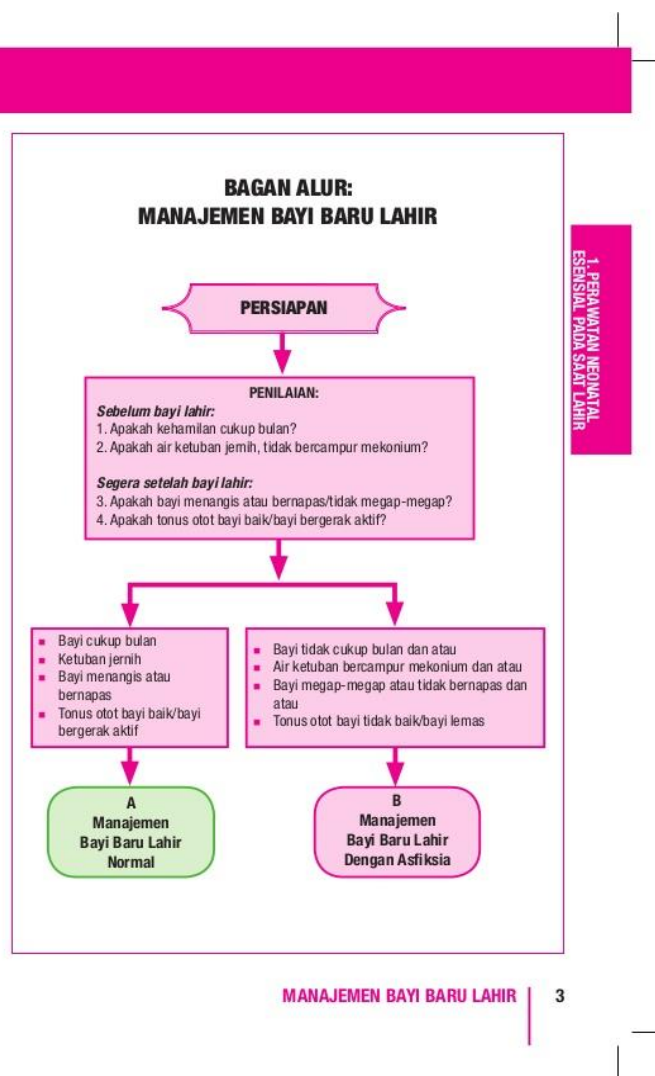
***Segera setelah bayi lahir,*** sambil meletakkan bayi di atas kain bersih dan kering yang telah disiapkan pada perut bawah ibu, segera lakukan penilaian berikut:

- 1) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?

2) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Dalam Bagan Alur Manajemen BBL dapat dilihat alur penatalaksanaan BBL mulai dari persiapan, penilaian dan keputusan serta alternatif tindakan yang sesuai dengan hasil penilaian keadaan BBL. Untuk BBL cukup bulan dengan air ketuban jernih yang langsung menangis atau bernapas spontan dan bergerak aktif cukup dilakukan manajemen BBL normal. Jika bayi kurang bulan (< 37 minggu/259 hari) atau bayi lebih bulan ( $\geq$  42 minggu/283 hari) dan atau air ketuban bercampur mekonium dan atau tidak bernapas atau megap-megap dan atau tonus otot tidak baik lakukan manajemen BBL dengan Asfiksia.

Gambar 1. Alur Manajemen Bayi Baru Lahir<sup>14</sup>



d. Klasifikasi Nilai APGAR

- 1) Nilai 7-10 : bayi normal
- 2) Nilai 4-6 : bayi asfiksia ringan-sedang
- 3) Nilai 0-3 : bayi asfiksia berat

e. Asuhan Bayi Baru Lahir

1) Pencegahan infeksi

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi yang disebabkan mikroorganisme yang terpapar selama proses persalinan berlangsung ataupun beberapa saat setelah bayi lahir.

2) Menilai bayi baru lahir

Penilaian bayi baru lahir dilakukan dalam waktu 30 detik pertama. Keadaan yang harus dinilai pada saat bayi baru lahir sebagai berikut:

- a) Apakah bayi cukup bulan?
- b) Apakah air ketuban jernih, tidak tercampur mekonium?
- c) Apakah bayi menangis atau bernapas?
- d) Apakah tonus otot baik?

3) Menjaga bayi tetap hangat

Mekanisme kehilangan panas tubuh bayi baru lahir adalah sebagai berikut :

- a) Evaporasi adalah kehilangan panas dapat terjadi karena penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi karena setelah lahir tubuh bayi tidak segera dikeringkan, bayi yang terlalu cepat dimandikan, dan tubuhnya tidak segera dikeringkan dan diselimuti.
- b) Konduksi adalah kehilangan panas tubuh bayi melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin
- c) Konveksi adalah kehilangan panas tubuh yang terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin
- d) Radiasi adalah kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan dekat benda-benda yang mempunyai suhu yang lebih rendah dari suhu tubuh bayi

4) Perawatan tali pusat

Lakukan perawatan tali pusat dengan cara mengklem dan memotong tali pusat setelah bayi lahir, kemudian mengikat tali pusat tanpa membubuhi apapun.

5) Inisiasi menyusui dini

Segera setelah bayi lahir dan tali pusat diikat. Kenakan topi pada bayi dan bayi diletakkan secara tengkurap di dada ibu, kontak langsung antara kulit dada bayi dan kulit dada ibu. Bayi akan merangkak mencari puting susu ibu dan menyusui. Suhu ruangan tidak boleh  $< 26^{\circ}\text{C}$ .

6) Pencegahan infeksi mata

Dengan pemberian salep mata antibiotik tetrasiklin 1 % pada kedua mata, setelah satu jam kelahiran bayi.

7) Pemberian suntikan Vitamin K1

Bayi baru lahir harus diberi suntikan vitamin K1 mg intramuskuler, di paha kiri anterolateral segera setelah pemberian salep mata. Suntikan vitamin K1 untuk mencegah perdarahan bayi baru lahir akibat defisiensi vitamin K.

8) Pemberian imunisasi bayi baru lahir

Imunisasi HB-0 diberikan 1 jam setelah pemberian vitamin K1 dengan dosis 0,5 ml intramuskuler di paha kanan anterolateral. Imunisasi HB-0 untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi. Pelayanan kesehatan atau kunjungan ulang bayi baru lahir dilaksanakan minimal 3 kali :<sup>14</sup>

a) Saat bayi usia 6-48 jam

b) Saat bayi usia 3-7 hari

c) Saat bayi usia 8-28 hari

4. Nifas

a. Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum

hamil. masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 3 bulan. Masa nifas atau masa post partum disebut juga *puerperium* yang berasal dari bahasa latin yaitu dari kata “*puer*” yang artinya bayi dan “*parous*” berarti melahirkan. Nifas Yaitu darah yang keluar dari rahim karena sebab melahirkan atau setelah melahirkan. Darah nifas yaitu darah yang tertahan tidak bisa keluar dari rahim dikarenakan hamil. maka ketika melahirkan, dara tersebut keluar sedikit demi sedikit. Darah yang keluar sebelum melahirkan disertai tanda-tanda kelahiran, maka itu termasuk darah nifas.<sup>24</sup>

b. Tujuan Asuhan Masa Nifas

Menurut Prawirohardjo (2016), tujuan asuhan masa nifas antara lain :<sup>5</sup>

- 1) Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologi.
- 2) Melaksanakan skrining secara komprehensif, deteksi dini mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayi.
- 3) Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, KB, cara dan manfaat menyusui, pemberian imunisasi serta perawatan bayi sehat.
- 4) Memberikan pelayanan keluarga berencana.

c. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas menurut Rukiah (2010) terdiri dari:<sup>22</sup>

- 1) Puerperium Dini (*immediate puerperium*) : kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- 2) Puerperium intermedial (*early puerperium*): Kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu
- 3) Remote puerperium (*later puerperium*) : Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil dan waktu persalinan mempunyai komplikasi.



#### d. Perubahan Fisiologi Masa Nifas

Dalam masa nifas, alat-alat genitalia internal maupun externa akan berangsur-angsur pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil. Perubahan alat-alat genital ini kembali ke ukuran sebelum hamil disebut involusi. Perubahan yang terjadi di dalam tubuh seorang wanita diantaranya uterus atau rahim yang berbobot 60 gram sebelum kehamilan secara perlahan-lahan bertambah besarnya hingga 1 kg selama masa kehamilan dan setelah persalinan akan kembali ke keadaan sebelum hamil. Seorang bidan dapat membantu ibu untuk memahami perubahan-perubahan ini.<sup>25</sup>

##### 3) Involusi uterus

Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil dengan bobot hanya 60 gr. Involusi uteri dapat juga dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil. Involusi uterus melibatkan reorganisasi dan penanggalan desidua atau endometrium dan pengelupasan lapisan pada tempat implantasi plasenta sebagai tanda penurunan ukuran dan berat serta perubahan tempat uterus, warna dan jumlah lochea.

Proses involusi uterus adalah sebagai berikut:

##### a) Iskemia Miometrium

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

##### (1) Atrofi jaringan

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

##### (2) Autolysis

Autolysis merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot uterine. Enzim proteolitik akan memendekkan jaringan otot yang telah sempat mengendur

hingga 10 kali panjangnya dari semula dan 5 kali lebar dari semula selama kehamilan atau dapat juga dikatakan sebagai pengerusakan secara langsung jaringan hipertropi yang berlebihan, hal ini disebabkan karena penurunan hormon esterogen dan progesteron.

### (3) Efek oksitosin

Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot uterine sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke uterus. Proses ini membantu untuk mengurangi situs atau tempat implantasi plasenta serta mengurangi pendarahan. Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil.

Perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut: <sup>25</sup>

- a) Plasenta lahir tinggi fundus uteri setinggi pusat, berat uterus 1000 gr, diameter uterus 12,5 cm
- b) 7 hari (1 minggu) tinggi fundus uteri pertengahan pusat dan simpisis berat uterus 500 gr, diameter uterus 7,5 cm.
- c) 14 hari (2 minggu) tinggi fundus uteri tidak teraba berat uterus 350 gr, diameter uterus 5 cm
- d) 6 minggu tinggi fundus uteri normal, berat uterus 60gr, diameter uterus 2,5 cm

### 4) Involusi tempat plasenta

Setelah persalinan tempat plasenta merupakan tempat dengan permukaan kasar, tidak rata dan kira-kira sebesar permukaan tangan. Dengan cepat luka ini mengecil, pada akhir minggu ke 2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Pada permulaan nifas bekas plasenta mengandung banyak pembuluh darah besar yang tersumbat oleh thrombus. Biasanya luka yang demikian sembuh dengan menjadi parut, tetapi luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini

disebabkan karena luka ini sembuh dengan cara dilepaskan dari dasarnya tetapi diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Endometrium ini tumbuh dari pinggir luka dan juga dari sisa-sisa kelenjar pada dasar luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi selama sekitar 6 minggu. Epitelium berproliferasi meluas ke dalam dari sisi tempat ini dan dari lapisan sekitar uterus serta dibawah tempat implantasi plasenta dari sisa-sisa kelenjar basilar endometrial di dalam desidua basalis. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung dalam desidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini pada hakekatnya mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta yang menyebabkan menjadi terkelupas dan tidak dipakai lagi pada pembuangan lochea.<sup>25</sup>

#### 5) Perubahan ligamen

Ligamen-ligmen dan diafragma pelvis serta fascia yang merenggang sewaktu kehamilan dan partus, setelah jalan lahir, berangsur-angsur menciut kembali seperti sedia kala. Tidak jarang ligamentum rotundum menjadi kendur dan mengakibatkan letak uterus menjadi retroflexi. Tidak jarang pula wanita mengeluh “kandungannya turun” setelah melahirkan oleh karena ligament, fascia, jaringan penunjang alat genitalia menjadi agak kendur.<sup>25</sup>

#### 6) Perubahan pada serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. 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 externum dapat dilalui oleh 2 jari, pinggir-pinggirnya tidak rata tetapi retak retak

karena robekan dalam persalinan. Pada akhir minggu pertama hanya dapat dilalui oleh 1 jari saja, dan lingkaran retraksi berhubungan dengan bagian atas dari canalis cervikalis. Pada serviks terbentuk sel-sel otot baru yang mengakibatkan serviks memanjang seperti celah. Karena proses hiperpalpasi ini, arena retraksi dari serviks, robekan serviks menjadi sembuh. Walaupun begitu, setelah involusi selesai, ostium externum tidak serupa dengan keadaan sebelum hamil, pada umumnya ostium externum lebih besar dan tetap ada retak-retak dan robekan-robekan pada pinggirnya, terutama pada pinggir sampingnya. Oleh robekan ke samping ini terbentuk bibir depan dan bibir belakang pada serviks.<sup>25</sup>

#### 7) Lochea

Lochea adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas. Lochea mengandung darah dan sisa jaringan desidua yang nekrotik dari dalam uterus. Lochea mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari kondisi asam yang ada pada vagina normal. Lochea mempunyai bau yang amis (anyir) meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda-beda pada setiap wanita. Lochea yang berbau tidak sedap menandakan adanya infeksi. Lochea mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya, seperti berikut:<sup>24</sup>

- a) Lochea Rubra, waktu 1-3 hari warna merah kehitaman, ciri-cirinya terdiri dari darah segar, jaringan sisa-sisa plasenta, dinding rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan sisa mekoneum.
- b) Sanguinolenta, waktu 4-7 hari warna merah kecoklatandan berlendir, ciri-cirinya sisa darah bercampur lendir.
- c) Serosa, waktu 7-14 hari warna kuning kecoklatan, ciri-cirinya lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan/ laserasi plasenta

- d) Alba, waktu >14 hari berlangsung 2–6 minggu postpartum warna putih, ciri-cirinya mengandung leukosit, sel desidua dan sel epitel, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.
  - e) Lochea purulenta, ciri-cirinya terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
  - f) Lochiastasis, yaitu lochea yang tidak lancar keluaranya.
- 8) Perubahan pada 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 kembali sementara labia menjadi lebih menjol. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi kurunkulae motiformis yang khas bagi wanita multipara. Segera setelah melahirkan, perinium menjadi kendur karena sebelumnya tegang oleh tekanan kepala bayi yang bergerak maju. Perubahan pada perinium pasca melahirkan terjadi pada saat perinium mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan atau dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Pada post natal hari ke-5, perinium sudah mendapatkan kembali sebageian besar tonusnya sekalipun tetap lebih kendur dari pada keadaan sebelum melahirkan. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama. Meskipun demikian latihan otot perinium dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada akhir puerperium dengan latihan harian.<sup>22</sup>

f. Peran dan Tanggung jawab Bidan Pada Masa Nifas

Menurut Marni (2012), peran dan tanggung jawab bidan pada masa nifas antara lain :<sup>25</sup>

- 1) Mendukung dan memantau kesehatan fisik ibu dan bayi.
- 2) Mendukung dan memantau kesehatan psikologis, emosi, sosial, serta memberikan semangat pada ibu.
- 3) Membantu ibu dalam menyusui bayinya.
- 4) Membangun kepercayaan diri ibu dalam perannya sebagai ibu.
- 5) Mendukung pendidikan kesehatan termasuk pendidikan dalam perannya sebagai orangtua.
- 6) Sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
- 7) Mendorong ibu untuk menyusui bayinya dengan meningkatkan rasa nyaman.
- 8) Membuat kebijakan, rencana program kesehatan yang berkaitan dengan ibu dan anak serta mampu melakukan kegiatan administrasi.
- 9) Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan.
- 10) Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan kebersihan yang aman.
- 11) Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data, menetapkan diagnosa dan rencana tindakan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan.
- 12) Memberikan asuhan secara professional.

g. Kunjungan Masa Nifas

Menurut PPIBI (2016), kunjungan masa nifas antara lain:<sup>22</sup>

- 1) Kunjungan ke-1 (6-8 jam setelah persalinan): mencegah adanya perdarahan masa nifas karena antonia uteri; mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan: rujuk bila perdarahan berlanjut; memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena antonia uteri; pemberian ASI awal; melakukan hubungan antara ibu dan bayinya; menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi; jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayinya untuk 2

jam pertama setelah lahir, atau sampai ibu dan bayi dalam keadaan sehat.

- 2) Kunjungan ke-2 (6 hari setelah persalinan): memastikan involusi uteri berjalan dengan normal; uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau; menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi atau perdarahan abnormal; memastikan ibu cukup makanan, cairan, dan istirahat; memastikan ibu menyusui dengan baik dan memperhatikan tanda-tanda penyulit, meberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tai pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
- 3) Kunjungan ke-3 (2 minggu setelah persalinan): sama seperti diatas
- 4) Kunjungan k-4 (6 minggu setelah persalinan): menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ibu tau atau yang bayi alami; memberikan konseling KB secara dini.

#### h. Komplikasi Masa Nifas <sup>24</sup>

##### 1) Perdarahan masa nifas

Perdarahan ini bisa terjadi segera begitu ibu melahirkan. Terutama di dua jam pertama yang kemungkinannya sangat tinggi. Itulah sebabnya, selama 2 jam setelah bersalin ibu belum boleh keluar dari kamar bersalin dan masih dalam pengawasan. “yang diperhatikan adalah tinggi rahim, ada perdarahan atau tidak, lalu tekanan darah dan nadinya. Bila terjadi perdarahan, maka tinggi rahim akan bertambah naik, tekanan darah menurun, dan denyut nadi ibu menjadi cepat. Normalnya tinggi rahim setelah melahirkan adalah sama dengan pusar atau 1 cm diatas pusar.<sup>24</sup>

- 2) Infeksi masa nifas, adalah infeksi peradangan pada semua alat genitalia pada masa nifas oleh sebab apapun dengan ketentuan meningkatnya suhu badan melebihi 38°C tanpa menghitung hari pertama dan berturut-turut selama 2 hari
- 3) Keadaan abnormal pada payudara yaitu seperti bendungan asi, mastitis dan abses payudara

4) Demam, pada masa nifas mungkin terjadi peningkatan suhu badan atau keluhan nyeri. Demam pada masa nifas menunjukkan adanya infeksi, yang tersering infeksi kandung dan saluran kemih. ASI yang tidak keluar terutama pada hari ke 3-4, terkadang menyebabkan demam disertai payudara membengkak dan nyeri. Demam ASI ini umumnya berakhir setelah 24 jam.

5) Pre Eklampsia dan Eklampsia

Biasanya orang menyebutnya keracunan kehamilan. Ini ditandai dengan munculnya tekanan darah tinggi, oedema atau pembengkakan pada tungkai, dan bila diperiksa laboratorium urinya terlihat mengandung protein. Dikatakan eklampsia bila sudah terjadi kejang, bila hanya gejalanya saja maka dikatakan preeklampsia. Selama masa nifas dihari ke-1 sampai ke 28, ibu harus mewaspadaai munculnya gejala preeklampsia. Jika keadaannya bertambah berat bisa terjadi eklampsia, dimana kesadaran hilang dan tekanan darah meningkat tinggi sekali. Akibatnya, pembuluh darah otak bisa pecah, terjadi oedema pada paru-paru yang memicu batuk berdarah. Semua ini bisa menyebabkan kematian

6) Infeksi dari vagina ke Rahim

Adanya lochea atau darah dan kotoran pada masa nifas inilah yang mengharuskan ibumembersihkan daerah vaginanya dengan benar, seksama setelah BAK atau BAB, bila tidak dikhawatirkan vagina akan mengalami infeksi.

7) Payudara berubah merah panas dan nyeri.

i. Posisi yang Benar dalam menyusui

Dalam menyusui yang benar ada beberapa macam posisi menyusui, antara lain :<sup>26</sup>

1) Posisi berbaring miring

Posisi ini amat baik untuk pemberian ASI yang pertama kali atau bila ibu merasakan lelah atau nyeri. Ini biasanya dilakukan pada ibu menyusui yang melahirkan melalui operasi sesar. Yang harus



diwaspadai dari teknik ini adalah pertahankan jalan nafas bayi agar tidak tertutupi oleh payudara ibu. Oleh karena itu, ibu harus selalu didampingi oleh orang lain ketika menyusui.

2) Posisi duduk

Penting untuk memberikan topangan atau sandaran pada punggung ibu, dalam posisinya agak tegak lurus ( $90^0$ ) terhadap pangkuannya. Ini mungkin dapat dilakukan dengan duduk bersila diatas tempat tidur atau dilantai, atau duduk dikursi.

j. Langkah-langkah menyusui yang benar

Berberapa langkah yang benar dalam menyusui bayi antara lain :<sup>27</sup>

- 1) Sebelum menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Cara ini mempunyai manfaat sebagai desinfektan dan menjaga kelembaban puting susu.
- 2) Bayi diletakkan menghadap perut ibu/payudara.
- 3) Ibu duduk atau berbaring santai. Bila duduk lebih baik menggunakan kursi yang rendah agar kaki ibu tidak tergantung dan punggung ibu bersandar pada sandaran kursi.
- 4) Bayi dipegang dengan satu lengan, kepala bayi terletak pada lengkung siku ibu dan bokong bayi terletak pada lengan. Kepala bayi tidak boleh tertengadah dan bokong bayi ditahan dengan telapak tangan ibu.
- 5) Satu tangan bayi diletakkan dibelakang badan ibu, dan yang satu di depan.
- 6) Perut bayi menempel badan ibu, kepala bayi menghadap payudara (tidak hanya membelokkan kepala bayi).
- 7) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
- 8) Ibu menatap bayi dengan kasih sayang.
- 9) Payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah. Jangan menekan puting susu atau areolanya saja.

10) Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut (*rooting reflek*) dengan cara:

- a) Menyentuh pipi dengan puting susu, atau
- b) Menyentuh sisi mulut bayi.
- c) Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dengan puting serta areola dimasukkan ke mulut bayi.
- d) Usahakan sebagian besar areola dimasukkan ke mulut bayi, susu berada dibawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak dibawah areola.
- e) Setelah bayi mulai menghisap, payudara tak perlu dipegang atau disangga lagi.

11) Melepas isapan bayi

Setelah menyusui pada satu payudara sampai terasa kosong, sebaiknya ganti menyusui pada payudara yang lain. Cara melepas isapan bayi :

- a) Jari kelingking ibu dimasukkan ke mulut bayi melalui sudut mulut atau,
- b) Dagubayi ditekan kebawah.

12) Menyusui berikutnya mulai dari payudara yang belum terkosongkan (yang dihisap terakhir).

13) Setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Biarkan kering dengan sendirinya.

14) Menyendawakan bayi

Tujuan menyendawakan bayi adalah mengeluarkan udara dari lambung supaya bayi tidak muntah (gumoh-jawa) setelah menyusui. Cara menyendawakan bayi :

- a) Bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan atau,

b) Bayi tidur tengkurap dipangkuan ibu, kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan.

k. Lama dan frekuensi menyusui

Sebaiknya bayi disusui secara *on demand* karena bayi akan menentukan sendiri kebutuhannya. Ibu harus menyusui bayinya bila bayi menangis bukan karena sebab lain (kencing, kepanasan/ kedinginan, atau sekedar ingin didekap) atau ibu sudah merasa perlu menyusui bayinya. Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam. Pada awalnya bayi akan menyusui dengan jadwal yang tak teratur, dan akan mempunyai pola tertentu setelah 1-2 minggu kemudian.<sup>27</sup>

l. Masalah - masalah dalam pemberian ASI

Kegagalan dalam proses menyusui sering disebabkan karena timbulnya beberapa masalah, antara lain :<sup>24</sup>

1) Puting susu lecet

(a) Penyebab

- (1) Kesalahan dalam teknik menyusui yang benar
- (2) Akibat dari pemakaian sabun, alcohol, krim,dll untuk mencuci puting susu
- (3) Mungkin saja terjadi pada bayi yang *frenulum linguae* (tali lidah yang pendek), sehingga menyebabkan bayi sulit menghisap sehingga hisapannya hanya pada puting susu
- (4) Rasa nyeri dapat timbul jika ibu menghentikan menyusui kurang hati-hati.

Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (2013) Masalah yang paling sering terjadi pada ibu yang menyusui adalah puting susu nyeri/lecet. Keadaan seperti ini biasanya terjadi karena posisi bayi sewaktu menyusui salah. Bayi hanya menghisap pada puting karena aerola sebagian besar tidak masuk ke dalam mulut bayi. Hal ini juga dapat terjadi pada akhir menyusui bila melepaskan hisapan bayi tidak benar. Juga dapat terjadi bila sering membersihkan puting

dengan alkohol atau sabun. Puting lecet ini dapat menggagalkan upaya menyusui oleh karena ibu akan segan menyusui karena terasa sakit dan tidak terjadi pengosongan payudara sehingga produksi ASI berkurang.

Pencegahan puting susu lecet diantaranya :<sup>28</sup>

- (1) Ibu perlu mengetahui posisi menyusui yang benar.
- (2) Ibu perlu tahu cara melepaskan bayi dari payudara.
- (3) Jangan membersihkan puting dengan sabun atau alkohol

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk puting susu lecet yaitu:

- (1) Perbaiki posisi menyusui.
- (2) Mulai menyusui dari payudara yang tidak sakit.
- (3) Tetap mengeluarkan ASI dari payudara yang putingnya lecet
- (4) Keluarkan sedikit ASI dan oleskan ke puting yang lecet dan biarkan kering
- (5) Pergunakan BH yang menyangga
- (6) Bila terasa sangat sakit boleh minum obat pengurang rasa sakit.

## 2) Payudara bengkak

### (a) Penyebab

Pembengkakan ini terjadi karena ASI tidak disusui secara adekuat, sehingga sisa ASI terkumpul pada system duktus yang mengakibatkan terjadinya pembengkakan. Pembengkakan bisa terjadi pada hari ketiga dan keempat sesudah melahirkan.

### (b) Pencegahan

- (1) Apabila memungkinkan, susukan bayi segera setelah lahir
- (2) Susukan bayi tanpa dijadwal
- (3) Keluarkan ASI dengan tangan atau pompa bila produksi ASI melebihi kebutuhan bayi.
- (4) Melakukan perawatan payudara

3) Saluran susu tersumbat (*obstruvtive duct*)

Suatu keadaan dimana terdapat sumbatan pada *duktus laktiferus*, dengan penyebabnya adalah:

- (a) Tekanan jari ibu pada waktu menyusui
- (b) Pemakaian BH yang terlalu ketat
- (c) Komplikasi payudara bengkak, yaitu susu yang terkumpul tidak segera dikeluarkan sehingga menimbulkan sumbatan.

4) Mastitis

Hal ini merupakan radang pada payudara, yang disebabkan oleh:

- (a) Payudara bengkak yang tidak disusui secara adekuat
- (b) Puting lecet yang memudahkan masuknya kuman dan terjadi payudara bengkak
- (c) BH yang terlalu ketat
- (d) Ibu yang diit jelek, kurang istirahat, anemi akan mudah terinfeksi.

5) Abses payudara

Abses payudara merupakan kelanjutan dari mastitis, hal ini dikarenakan meluasnya peradangan payudara. Payudara tampak merah mengkilap dan terdapat nanah sehingga perlu insisi untuk mengeluarkannya.

6) Kelainan anatomis pada puting susu (puting tenggelam/datar)

Pada puting tenggelam kelainan dapat diatasi dengan perawatan payudara dan perasat *Hoffman* secara teratur. Jika puting masih tidak bisa diatasi maka untuk mengeluarkan ASI dapat dilakukan dengan tangan/pompa kemudian dapat diberikan dengan sendok/pipet.

5. Keluarga Berencana (KB)

a. Definisi KB

Keluarga berencana (*family planning/ planned parenthood*) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan kontrasepsi. Kontrasepsi merupakan usaha untuk mencegah kehamilan. Usaha-usaha tersebut dapat bersifat sementara atau permanen.

Undang-undang menyebutkan bahwa KB merupakan 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. Pengaturan kehamilan membantu pasangan suami istri untuk melahirkan pada usia yang ideal, memiliki jumlah anak dan mengatur jarak kelahiran anak yang ideal dengan menggunakan cara, alat dan obat kontrasepsi.<sup>16</sup>

b. Tujuan Program KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.<sup>26</sup>

Program KB nasional ditujukan untuk memenuhi permintaan pemerintah dan masyarakat akan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas serta menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Tujuan pelaksanaan KB adalah meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengaturan kelahiran anak.<sup>23</sup>

Tujuan program KB lainnya yaitu untuk menurunkan angka kelahiran yang bermakna, untuk mencapai tujuan tersebut maka diadakan kebijakan yang dikategorikan dalam tiga fase (menunda, menjarangkan 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.<sup>29</sup>

1) Fase Menunda

Fase Menunda Kehamilan Pasangan Usia Subur ( PUS ) dengan usia kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya karena :

- a) Usia dibawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya tidak mempunyai anak dulu karena berbagai alasan

- b) Prioritas penggunaan kontrasepsi pil oral, karena peserta masih muda
- c) Penggunaan kondom kurang menguntungkan, karena pada pasangan muda frekuensi bersenggamanya relatif tinggi, sehingga kegagalannya juga tinggi.
- d) Penggunaan IUD mini bagi yang belum mempunyai anak pada masa ini dapat dianjurkan, terlebih bagi calon peserta dengan kontra indikasi terhadap pil.

Ciri kontrasepsi yang diperlukan Pada PUS dengan usia istri kurang dari 20 tahun ciri kontrasepsi yang sesuai adalah :

- a) Reversibilitas tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjadi 100 % karena pasangan belum mempunyai anak (KB yang disarankan adalah penggunaan pil)
- b) Efektifitas tinggi, karena kegagalan akan menyebabkan kehamilan dengan risiko tinggi dan kegagalan ini merupakan kegagalan program.

## 2) Fase Menjarangkan

Fase Menjarangkan Kehamilan Pada fase ini usia istri antara 20 – 30 / 35 tahun, merupakan periode usia yang paling baik untuk hamil dan melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antar kelahiran 2-4 tahun yang dikenal sebagai catur warga. Alasan menjarangkan kehamilan adalah :

- a) Usia antara 20 – 30 tahun merupakan usia yang terbaik untuk hamil dan melahirkan
- b) Segera setelah anak pertama lahir, maka dianjurkan untuk memakai IUD sebagai pilihan utama.

Ciri – ciri Kontrasepsi yang Sesuai

- a) Reversibilitas cukup tinggi karena peserta masih mengharapkan punya anak lagi
- b) Efektifitas cukup tinggi (KB yang disarankan adalah IUD)

- c) Dapat dipakai 2 sampai 4 tahun yaitu sesuai dengan jarak kehamilan anak yang direncanakan
- d) Tidak menghambat air susu ibu (ASI), karena ASI adalah makanan terbaik sampai anak usia 2 tahun dan akan mempengaruhi angka kesakitan dan kematian anak.

### 3) Fase Menghentikan

Fase Menghentikan Usia istri di atas 30 tahun, terutama di atas 35 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah memiliki 2 orang anak. Alasan mengakhiri kesuburan adalah : Karena alasan medis dan alasan lainnya, ibu – ibu dengan usia di atas kesuburan setelah memiliki 2 orang anak.

Alasan mengakhiri kesuburan adalah :

- a) ibu – ibu dengan usia di atas 30 tahun dianjurkan untuk tidak hamil/tidak punya anak lagi
- b) Pilihan utama adalah kontrasepsi mantap
- c) Pil oral kurang dianjurkan karena usia ibu relatif tua dan mempunyai risiko kemungkinan timbulnya efek samping dan komplikasi.

Ciri – ciri kontrasepsi yang diperlukan:

- a) Efektifitas sangat tinggi. Kegagalan menyebabkan terjadinya kehamilan risiko tinggi bagi ibu dan bayi. Selain itu akseptor memang tidak mengharapkan punya anak lagi.
- b) Dapat dipakai dalam jangka panjang
- c) Tidak menambah kelainan yang sudah ada. Pada usia tua, kelainan seperti penyakit jantung, darah tinggi, keganasan dan metabolik biasanya meningkat. Oleh karena itu sebaiknya tidak diberikan cara kontrasepsi yang menambah kelainan jantung.<sup>29</sup>

### c. Sasaran Program KB

Sasaran program KB terbagi menjadi 2 yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung. Sasaran langsung program KB adalah PUS untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan



kontrasepsi berkelanjutan. Sasaran tidak langsung merupakan pelaksana dan pengelola KB untuk menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang sejahtera.<sup>23</sup>

#### d. Ruang Lingkup KB

Ruang lingkup program KB adalah Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE), konseling, pelayanan kontrasepsi, pelayanan infertilitas, pendidikan seks, konsultasi pra-perkawinan dan perkawinan serta konsultasi genetik.<sup>23</sup>

#### e. Manfaat KB terhadap Pencegahan Kelahiran

Pelaksanaan KB melalui pengaturan kehamilan dapat melindungi keluarga terhadap kehamilan risiko tinggi. Kehamilan berisiko dapat timbul pada keadaan 4 terlalu (4T). Penggunaan kontrasepsi memberikan manfaat kepada berbagai pihak.<sup>16</sup>

##### 1) Ibu

- a) Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek.
- b) Peningkatkan kesehatan mental dan sosial yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang serta kegiatan lainnya.

##### 2) Anak-anak yang dilahirkan

- a) Anak dapat bertumbuh baik karena ibu yang mengandung dalam keadaan sehat.
- b) Anak mendapat perhatian, pemeliharaan dan makanan yang cukup karena kehadiran anak diinginkan dan direncanakan.
- c) Perkembangan mental dan sosial anak baik karena pemeliharaan yang baik.
- d) Perencanaan kesempatan pendidikan yang lebih baik karena sumber-sumber pendapatan keluarga tidak habis untuk mempertahankan hidup semata.

3) Ayah

Memberikan kesempatan untuk memperbaiki kesehatan fisik, mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta lebih banyak waktu luang untuk keluarganya.

4) Seluruh keluarga

Kesehatan fisik, mental dan sosial setiap anggota keluarga tergantung dari kesehatan anggota keluarga seluruhnya.

f. Metode Kontrasepsi

1) Definisi Kontrasepsi

Kontrasepsi merupakan usaha-usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan. Usaha-usaha itu dapat bersifat sementara dan permanen.<sup>20</sup> Kontrasepsi yaitu pencegahan terbuahnya sel telur oleh sel sperma (konsepsi) atau pencegahan menempelnya sel telur yang telah dibuahi ke dinding rahim.<sup>30</sup>

2) Macam-macam Kontrasepsi

a) Metode Sederhana/ Tradisional

(1) Tanpa alat

Metode kontrasepsi sederhana tanpa alat meliputi KB Alamiah dan senggama terputus. KB Alamiah terdiri dari metode kalender, metode suhu basal, metode lendir serviks dan metode simptotermal. Metode kontrasepsi sementara pada masa antara yaitu Metode Amenore Laktasi (MAL) termasuk dalam jenis KB alamiah.<sup>16</sup>

(2) Dengan alat

Metode kontrasepsi dengan alat adalah metode mekanis (barier) dan kimiawi. Metode mekanis meliputi kondom pria dan barier intra vaginal untuk wanita seperti diafragma, kap serviks dan spons. Penggunaan spermisida merupakan metode kimiawi kontrasepsi dengan alat.<sup>16</sup>

b) Metode Modern

(1) Kontrasepsi hormonal

Kontrasepsi hormonal terbagi menjadi kontrasepsi oral, suntikan dan sub-kutis. Kontrasepsi oral merupakan kontrasepsi yang digunakan dengan cara diminum meliputi pil oral progestin (mini pil) dan pil kombinasi. Suntikan terdiri dari suntikan progestin yaitu DMPA dan suntikan kombinasi. Alat kontrasepsi hormonal progestin sub-kutis yaitu implan atau disebut juga dengan Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK).<sup>16</sup>

(2) Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)

Jenis kontrasepsi non-hormonal yang sering disebut juga dengan *Intra Uterine Device* (IUD). AKDR dipasang ke dalam rongga rahim untuk menghasilkan efek kontrasepsi.<sup>16</sup>

(3) Kontrasepsi mantap

Kontrasepsi mantap adalah jenis kontrasepsi non-hormonal permanen yang dapat dilakukan oleh wanita maupun pria. Kontrasepsi mantap pada wanita dilakukan dengan tubektomi atau penyumbatan tuba falopii. Tubektomi sering disebut juga Metode Operatif Wanita (MOW). Pada pria, kontrasepsi mantap dilakukan dengan tindakan operatif vasektomi. Vasektomi dikenal pula dengan Metode Operatif Pria (MOP).<sup>16</sup>

3) Pelayanan Kontrasepsi

Pelayanan kontrasepsi meliputi pergerakan pelayanan kontrasepsi, pemberian atau pemasangan kontrasepsi dan penanganan terhadap efek samping, komplikasi dan kegagalan kontrasepsi. Pemberian dan pemasangan kontrasepsi berdasar metode kontrasepsi terpilih oleh PUS meliputi metode kontrasepsi jangka pendek dan metode kontrasepsi jangka panjang. Metode kontrasepsi jangka pendek yaitu kondom, pil dan suntik. Metode kontrasepsi jangka panjang adalah implan, IUD, MOW dan MOP.<sup>24</sup>

Perempuan menjadi subur dan dapat melahirkan segera setelah ia mendapatkan haid yang pertama (menarche). Kesuburan seorang perempuan akan terus berlangsung sampai haid terhenti (menopause). Kehamilan dan kelahiran yang terbaik dengan risiko paling rendah untuk ibu dan anak adalah antara usia 20-35 tahun. Jarak antar dua kelahiran terbaik adalah 2-4 tahun.<sup>16</sup>

Hal yang penting dalam pelayanan kontrasepsi pula salah satunya adalah pelayanan kontrasepsi pasca persalinan. Kekhawatiran ibu tentang penggunaan kontrasepsi pasca persalinan seperti gangguan produksi ASI dan belum mendapat haid pasca persalinan dapat ditepis oleh tenaga kesehatan pada saat pelayanan antenatal.<sup>24</sup> Konseling KB pasca persalinan dilaksanakan sejak masa kehamilan hingga pelayanan masa nifas yang dapat diberikan dengan pedoman informasi pada Buku KIA.<sup>25</sup>

#### 4) Kontrasepsi Pasca Persalinan

##### a) Pengertian

Kontrasepsi pasca persalinan berfokus pada pencegahan kehamilan tidak diinginkan dan kehamilan jarak dekat. Kontrasepsi pasca persalinan menurut WHO didefinisikan sebagai penggunaan kontrasepsi dalam waktu 1 tahun pertama setelah melahirkan. Inisiasi penggunaan kontrasepsi pasca persalinan dilakukan dalam kurun waktu  $\leq 6$  minggu pasca persalinan.<sup>10</sup>

Kontrasepsi pasca persalinan sesuai standar diberikan segera setelah persalinan sampai 6 minggu atau 42 hari pasca persalinan. Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) menyebutkan bahwa kontrasepsi pasca persalinan yaitu penggunaan metode kontrasepsi pada masa nifas sampai dengan 42 hari setelah melahirkan.<sup>24</sup> Pemanfaatan kontrasepsi setelah melahirkan dibedakan dalam 3 tahap yaitu *Immediate Post Partum* (segera setelah melahirkan-48 jam), *Early Post Partum* (sesudah 48 jam-6 minggu setelah melahirkan) dan *Extended Post Partum* (sejak 6 minggu sampai tahun pertama setelah melahirkan).<sup>26</sup>

b) Tujuan

- (1) Menurunkan *missed-opportunity* karena klien sudah kontak dengan tenaga kesehatan sejak ANC, bersalin dan masa nifas.
- (2) Membantu menciptakan jarak ideal antar kehamilan.
- (3) Menghindari kehamilan tidak direncanakan.
- (4) Meningkatkan cakupan peserta KB (CPR).
- (5) Meningkatkan kesehatan ibu, anak dan keluarga.<sup>25</sup>

c) Metode Kontrasepsi Pasca Persalinan

Pemilihan metode dan waktu penggunaan kontrasepsi pada ibu pasca persalinan sangat dipengaruhi oleh status menyusui. Penapisan klien terhadap pilihan metode kontrasepsi tetap dilakukan dengan tujuan menentukan adanya keadaan atau masalah kesehatan yang memerlukan perhatian khusus. Pada klien pasca persalinan yang menyusui, masa infertilitas akan lebih lama. Walaupun demikian, kembalinya kesuburan tidak dapat diperkirakan. Ovulasi dapat terjadi sebelum menstruasi pada 21 hari pasca persalinan. Oleh karena itu, kontrasepsi segera pasca persalinan dianjurkan.<sup>11</sup>

Pada klien pasca persalinan, penggunaan metode kontrasepsi efektif sebaiknya dilakukan. Kontrasepsi pasca persalinan efektif terpilih antara lain IUD dan tubektomi. IUD dapat dipasang segera pasca plasenta pada persalinan pervaginam dan *Sectio Caesaria* (SC). Selain itu, IUD dapat dipasang dalam 48 jam pasca salin atau tunda hingga 4-6 minggu pasca persalinan. Kontrasepsi mantap MOW dapat dilakukan dalam 48 jam pasca salin atau tunda hingga 6 minggu pasca persalinan. Apabila tidak menggunakan jenis kontrasepsi tersebut, pilihan kontrasepsi hormonal *Progestin Only* dapat menjadi alternatif yaitu minipil, suntikan progestin dan implan.<sup>11</sup> Prinsip pemilihan metode kontrasepsi pasca persalinan adalah dengan mengutamakan metode kontrasepsi yang tidak mempengaruhi produksi ASI bagi klien menyusui. Pada ibu pasca persalinan yang tidak menyusui, pemilihan metode kontrasepsi relatif lebih leluasa sesuai dengan pilihan metode yang tersedia. Akseptor KB

pasca salin tercatat merupakan pengguna kontrasepsi modern pasca persalinan meliputi pil, suntik, implan, IUD dan MOW.<sup>25</sup>

#### 6. Tugas dan Kewenangan Bidan

Tugas dan Wewenang Bidan menurut UU Kebidanan No 4 Tahun 2019, Pasal 46 ayat 1 yaitu dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi:

- a. pelayanan kesehatan ibu;
- b. pelayanan kesehatan anak;
- c. pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana;
- d. pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang; dan/atau
- e. pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

Pada pasal 46 ayat 2, Tugas Bidan sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dapat dilaksanakan secara bersama atau sendiri. Dalam pasal 46 ayat 3, Pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dilaksanakan secara bertanggung jawab dan akuntabel.