

BAB II

TINJAUAN KASUS DAN TINJAUAN TEORI

A. Tinjauan Kasus

1. Kasus Kehamilan

Ny. DA usia 28 tahun G2P1A0 datang ke PMB Kuswatiningsih tanggal 2 Maret 2022 mengatakan ingin kontrol kehamilan karena sudah hamil tua disarankan untuk kontrol tiap satu minggu, keluhan saat ini merasa sering pegal pegal di pinggang dan nyeri pada perut bagian bawah, namun hilang untuk istirahat. Saat ini Ny DA hamil kedua dengan jarak persalinan 4 tahun, HPHT: 02-06-2021, HPL: 09-03-2022, umur kehamilan saat ini sudah 39 minggu. TB:161cm,lila:28 cm, BB:61 kenaikan BBselama hamil 10 kg.Ny DA rutin periksa di Bidan Kuswatiningsih sejak awal kehamilan, sampai dengan saat ini sudah ANC 11 kali,dan USG 4 kali. Hasil usg terakhir tanggal 23-2-2022 kehamilan dinyatakan baik, janin tunggal, preskep, aterm, placenta di corpus, jk laki laki,TBJ:2900 gram. Status imunisasi TT Ny. DA yaitu T5. Hasil pemeriksaan HB tanggal 11-2-2022 yaitu 12 mgdl. Kehamilan ini merupakan kehamilan yang di rencanakan dan mendapat dukungan dari suami maupun keluarga lainnya. Riwayat persalinan yang dahulu normal,di bidan,tidak ada komplikasi.Ibu mengatakan tidak ada riwayat penyakit berat,tidak ada alergi obat maupun alergi makanan pola makan sehari-hari yaitu 3 kali sehari dengan porsi sedang, jenis makanan yang dikonsumsi yaitu nasi, sayur dan lauk. Ibu mengatakan rutin minum tablet Fe 1x sehari dengan air putih sebelum tidur.Pada kunjungan sebelumnya telah dilakukan edukasi tentang KB dan ibu mengatakan berencana menggunakan alat kontrasepsi KB IUD pada saat persalinan.

Hasil pemeriksaan yang didapat yaitu KU baik, CM, TD 105/64 mmHg, N 80 x/menit, R 19 x/menit, S 36,2° C, BB 61 Kg, TFU 31 cm,

puka, preskep, divergen, DJJ 150 x/menit. Diberikan obat Fe dan Kalk ,edukasi tanda tanda persalinan,kontrol kembali 1 minggu dan ibu di berikan surat rujukan ke Puskesmas Prambanan untuk melakukan Rapid Antigen.

Tanggal 7 Maret 2022 melakukan kunjungan ke rumah Ny DA,Ny DA tinggal serumah dengan mertua, rumahnya cukup luas, bersih, dinding permanen, penerangan cukup,mempunyai MCK yang baik ,suami Ny DA mempunyai toko kelontong di rumah depan dan juga bekerja sebagai petani. Mertua Ny DA menyambut dengan baik, membantu pekerjaan sehari hari serta mengharapkan cucunya lahir dengan sehat dan selamat.Pada waktu kunjungan dilakukan pengukuran tanda vital :TD: 110/70 mmHg, N 81 x/menit, R 20 x/menit, S 36,6°C.Palpasi Leopold dan DJJ :TFU 32 cm, puka, preskep, divergen,DJJ 147 x/menit kuat teratur.Keluhan yang dirasakan masih dengan pinggang yang pegel serta BAB keras dan jarang,ibu mengatakan sudah 3 hari ini belum BAB. Usia kehamilan saat ini yaitu 39 minggu 5 hari. Gerakan janin masih terasa aktif an ibu masih mampu mengerjakan pekerjaan sehari hari dan sesekali melayani pembeli di tokonya. Edukasi yang di berikan yaitu tanda tanda persalinan, membantu menyiapkan perlengkapan untuk persalinan, mengajarkan pemantauan gerakan janin, memperbanyak minum air putih sampai dengan 2 liter per hari,makan makanan yang banyak mengandung serat seperti sayuran hijau, buah buahan, gandum serta yogurt, melakukan olah raga ringan tiap pagi.Selain itu mengingatkan kontrol 1 minggu lagi apabila belum ada tanda tanda persalinan.

2. Kasus Persalinan

Tanggal 08-03-2022 pukul 06.00 WIB Ny. DA menelpon mengatakan bahwa merasa kenceng kenceng yang teratur keluar lendir darah sejak jam 04.00.Kemudian menyarankan Ny DA untuk datang segera ke Bidan Kuswatiningsih .Sekitar pukul 06.30 Ny DA sampai di Bidan Kuswatiningsih, kemudian dilakukan pemeriksaan: usia kehamilan

saat ini 39+6 minggu, gerakan janin masih terasa aktif. KU ibu baik, CM, TD: 110/88 mmHg, N 80 x/menit, R 19 x/menit, S 36,7°C, TFU 32 cm, punggung kanan, presentasi kepala, divergen 3/5, DJJ 149 x/menit, TBJ 2900 gram, his 3x/10 menit lamanya 40 detik, intensitas sedang. Pemeriksaan dalam: (pukul 06.350 WIB) vagina tenang, dinding vagina licin, portio lunak tipis, Ø 4 cm, selaput ketuban (+), presentasi kepala, penurunan kepala HII, UUK jam 11, moulase (0), STLD (+), AK(-). teraba faces yang keras pada dinding rectum.

Dilakukan pemantauan kemajuan persalinan menggunakan patograf, melakukan observasi DJJ, his dan nadi setiap 30 menit, serta observasi tekanan darah, suhu, pembukaan dan penurunan kepala setiap 4 jam atau bila ada tanda-tanda kala II.

Pukul 10.00 WIB Ibu mengeluh mulas semakin kuat. Dilakukan pemeriksaan KU baik, CM, His 3 x/menit 40 detik, kuat, DJJ 145 x/menit, dinding vagina licin, portio tidak teraba Ø 6 cm, selaput ketuban (+), presentasi kepala, penurunan kepala H III, UUK jam 12, moulase (0), STDL (+), AK (-).

Pukul 12.30 WIB Ibu mengeluh mulas semakin kuat dan sering, ketuban pecah serta ada dorongan untuk meneran, KU baik, CM, His 5 x/menit 45 detik, kuat, DJJ 143 x/menit, vagina terbuka, dinding vagina licin, portio tidak teraba, Ø lengkap, selaput ketuban (-), presentasi kepala, penurunan H III-IV, UUK jam 12, moulase (0), STLD (+), AK (+). Ibu dipimpin untuk meneran. Bayi lahir pukul 12.55 WIB segera menangis spontan, JK laki-laki. Kemudian dilakukan manajemen aktif kala III, plasenta lahir pukul 13.00 WIB. Plasenta lahir lengkap, selaput ketuban utuh, insersi tali pusat sentralis. Dilakukan insersi IUD post placenta Perineum ruptur derajat 2 dilakukan hecting perineum jelujur terkunci dilanjutkan intracutan dengan satu simpul. Kemudian dilakukan pemantauan kala IV dengan memeriksa nadi ibu, keadaan kandung kemih, tekanan darah, TFU, kontraksi uterus, temperatur setiap 15 menit selama

1 jam pertama pasca salin dan setiap 30 menit selama 1 jam kedua pasca persalinan. Hasil pemantauan ibu dalam keadaan baik.

3. Kasus BBL dan Neonatus

Pukul 12.55 WIB bayi lahir spontan segera menangis, jenis kelamin laki-laki. Bayi dilakukan HAIKAP, potong tali pusat kemudian IMD diatas dada ibu selama satu jam. Selama 1 jam bayi mampu mengangkat kepala dan mencoba mencari puting namun belum sampe menghisap puting, bayi menghisap jari jempolnya. Pukul 14.00 WIB dilakukan pengukuran antropometri dan dilakukan pemeriksaan fisik, hasilnya yaitu BB:3450gr, PB:50cm, LK:35cm, LD:34cm, Lila;12cm dan hasil pemeriksaan fisik bayi dalam keadaan normal, tidak terdapat kelainan maupun cedera persalinan. Bayi diberikan salep mata oxytetracycline 1% untuk mencegah infeksi pada mata bayi dan disuntikan vitamin K 1 mg untuk mencegah perdarahan pada kepala bayi. Kemudian menyuntikan Hb 0 pada pukul 15.00 WIB pada 1/3 paha atas bagian luar sebelah kanan untuk mencegah penyakit hepatitis pada bayi. Setelah itu bayi dirawat gabung dengan ibu, dilatih netek bayi menghisap dengan kuat, asi sudah keluar sedikit sedikit warna bening. Pukul 17.20 mengganti popok karena bayi telah BAK dan BAB mekonium. Pada hari berikutnya tanggal 9 Maret 2022 pk 09.00 Ny DA dan bayinya di perbolehkan pulang, kondisi ibu dan bayi baik.

Tanggal 13 Maret 2022 pukul 10.00 melakukan kunjungan kerumah Ny DA. Ibu mengatakan tidak ada keluhan dengan bayinya, neteknya kuat dan sering, asinya sudah lancar, bayi tampak sehat, bayinya sudah BAK 4-5x/hari, BAB 3-4x/hari, tali pusat belum puput namun sudah mengering, tidak tampak adanya tanda infeksi. Nadi:112x/mnt, suhu 36,1°C, ikterik grade 1, kuning terlihat hanya area muka bayi. Memberitahu ibu dan keluarga untuk memberi bayi hanya ASI saja sampai usianya 6 bulan, tanpa minuman dan makanan tambahan, susui bayi sesering mungkin atau minimal 2 jam

sekali,menjemur bayi tiap pagi bila cuaca cerah , memberitahu ibu dan keluarga agar segera atau mengganti kain bayi bila basah, sesudah BAK dan BAB, memberitahu ibu dan keluarga untuk tidak menggunakan bedak pada bayi serta menjelaskan tanda bahaya pada bayi maka segera ke fasilitas kesehatan terdekat, menjelaskan untuk kontrol berikutnya satu minggu lagi, imunisasi selanjutnya adalah BCG yaitu tanggal 27 Maret 2022.

Kunjungan ulang selanjutnya pada tanggal 27 Maret 2022,Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada bayinya,hari ini umur 19 hari,bayi tampak sehat,tidak ada icterik,berat badan naik, tali pusat sudah puput pada hari ke enam,sekarang sudah bersih dan kering BB: 4050gram PB:51 cm, R:48x/mnt, N:96x/mnt, S:36,2C dilakukan imunisasi BCG di lengan kanan atas secara intacutan.Menjelaskan kepada ibu manfaat imunisasi BCG, tidak ada efek samping demam,akan muncul endorasi pada bekas suntikan dalam waktu kurang lebih 1 bulan.

Kemudian menganjurkan ibu untuk menyusui sesering mungkin minimal setiap 2 jam sekali, menjelaskan kepada ibu untuk menjaga kebersihan bayi dan menjaga kulit bayi agar tidak lembab, memberitahu ibu tentang manfaat imunisasi bagi bayi. Mengingatkan jadwal imunisasi selanjutnya umur 2 bulan yaitu imunisasi Pentavalen dan IPV.

4. Pengkajian Nifas

Tanggal 9 Maret 2022 atau 24 jam post partum,KU ibu baik,CM,ibu sudah lancar BAK,mobilisasi jalan lancar,makan minum banyak,TFU;2jari bawah pusat,keras. T;110/70, N;82, S:36,4C, R:20 lochea rubra dalam batas normal,puting menonjol ,asi keluar mulai kekuningan keluhan nyeri luka jahitan namun masih ringan.Ibu sudah bisa menyusui dengan benar perlekatan baik,ibu dan bayi boleh pulang.Edukasi yang diberikan yaitu ibu dianjurkan makan minum yang cukup,tidak ada pantangan makan,perawatan luka perineum dengan salf gentamicin ,tanda bahaya pada ibu nifas.

Tanggal 13 Maret 2022 atau 5 hari post partum dilakukan kunjungan rumah,ibu mengatakan sudah tidak ada keluhan BAK lancar,BAB sudah rutin tiap hari, hanya saja ASI nya belum banyak.darah nifas warna merah kecoklatan bercampur lendir ,ganti pembalut 3 kali sehari,Hasil pemeriksaan didapatkan KU Baik, CM, TD 112/70 mmHg, N 79 x/menit , R 19 x/menit, S 36,5°C. TFU 3 jari bawah pusat, kontraksi keras, perdarahan \pm 30 cc, lokea sanguolenta, luka perineum sudah mengering, tidak ada tanda infeksi. Selanjutnya memberitahu ibu untuk makan dengan pola gizi seimbang dengan porsi makan lebih banyak dari sebelum hamil dengan menu lengkap nasi, lauk pauk, sayuran dan buah-buahan serta minum minimal 3 liter perhari untuk meningkatkan produksi ASI. Memberitahu ibu teknik menyusui yang benar, menjelaskan tentang personal hygiene, mobilisasi pada ibu nifas dan tanda bahaya pada ibu nifas,serta memberikan suplemen pelancar asi.

Tanggal 15 Maret 2022 Ny DA kontrol ulang ke Bidan Kuswatiningsih, ibu mengatakan tidak ada keluhan,asi sudah lancar sudah merasa dapat mengasuh anaknya secara mandiri.Hasil pemeriksaan TD: 112/68 mmHg, N:82 x/menit, R: 20x/menit, S: 36,5° C. TFU tidak teraba,lokhea alba dalam batas normal, luka jahitan kerin. Ibu dijelaskan tentang perawatan bayi, memberitahu ibu untuk menjaga kebersihan ibu, memberitahu ibu segera menuju ke fasilitas kesehatan bila ada tanda bahaya selama nifas.

5. Pengkajian KB

Di Bidan Kuswatiningsih sudah merupakan SOP bahwa edukasi KB dilakukan sejak ANC trimester kedua.Pasien di lakukan konseling tentang KB pasca salin baik IUD maupun inplant.Sehingga pada saat persalinan hampir semua pasien telah berkeputusan untuk ber KB. Termasuk Ny DA telah memutuskan untuk menggunakan KB IUD post placenta.

Ny DA telah dilakukan pemasangan IUD post placenta pada tanggal 8 Maret 2022, setelah placenta lahir dan tidak ada perdarahan segera dipasang IUD CoperT CU 380A untuk 8 tahun.

B. Tinjauan Teori

1. Konsep Dasar Teori Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Hamil adalah suatu masa dari mulai terjadinya pembuahan dalam rahim seorang wanita terhitung sejak hari pertama haid terakhir sampai bayinya dilahirkan. Kehamilan terjadi ketika seorang wanita melakukan hubungan seksual pada masa ovulasi atau masa subur (keadaan ketika rahim melepaskan sel telur matang), dan sperma (air mani) pria pasangannya akan membuahi sel telur matang wanita tersebut. Telur yang telah dibuahi sperma kemudian akan menempel pada dinding rahim, lalu tumbuh dan berkembang selama kira-kira 40 minggu (280 hari) dalam rahim dalam kehamilan normal (Sari, 2013).

b. Fsiologis Kehamilan

1) Tanda-Tanda Kehamilan

Terlambat menstruasi, mual-mual, perubahan selera makan dan lebih menyukai makanan-makanan tertentu, perubahan-perubahan pada payudara, sering kencing, kelelahan, bertambahnya discharge (lendir) di vagina.

2) Lama Kehamilan

Jika siklus menstruasi anda rata-rata 28 hari, maka masa pembuahan terjadi sekitar hari ke-14 dan bukan merupakan hari pertama kehamilan anda. Skala waktu ini menunjukkan bahwa kehamilan, yang sebenarnya berlangsung sekitar 266 hari sejak pembuahan, terjadi selama 40 minggu atau 280 hari (Stoppart, 2011). Berikut ini adalah perubahan-perubahan yang dialami oleh ibu dan janin di dalam kandungan mulai dari Trimester III (TM-III) (Stoppart, 2011):

a) Minggu ke-28

Kulit pada perut anda menjadi sangat tegang dan tipis, serta terlihat amat kencang. Kepala janin anda kini menjadi lebih kecil dibandingkan dengan tubuhnya. Lemak mulai menumpuk dan sebuah zat lemak, yakni vernix, menutupi kulit janin anda, sehingga ia tidak lembab di dalam cairan amnionnya. Panjang janin 37 cm (14 in), dan beratnya 900 gram.

b) Minggu ke-32

Anda akan merasa sangat lelah dan sulit bernafas. Gerakan-gerakan janin dapat dirasakan dan dilihat dengan jelas dengan USG. Ketika rahim naik, anda mungkin akan merasakan sakit di tulang rusuk bagian bawah karena janin dan rahim menekan ke atas di bawah diafragma. Pusar anda akan terlihat rata dengan permukaan perut dan linea nigra akan tampak jelas menggurat ke bawah pada perut anda. Janin telah terbentuk sempurna dan dalam kebanyakan kasus, posisi kepala berada di bawah. Plasenta mencapai kematangannya. Panjang janin 40,5 cm (16 in), dan beratnya 1,6 kg.

c) Minggu ke-36

Kepala janin akan menekan-nekan. Tekanan-tekanan ini akan meredakan masalah pernafasan, tetapi mungkin anda akan merasakan sakit di sekitar panggul. Urin kembali bertambah banyak. Naluri keibuan menjadi sangat kuat. kontraksi braxton hicks (gerakan-gerakan lemah yang tidak menyakitkan selama kehamilan). Payudara anda tidak akan membesar sampai ASI keluar setelah anda melahirkan. Janin sudah turun ke bawah. Selaput pelangi mata janin kini

berwarna biru. Kuku-kuku jari sudah tumbuh sampai di ujung jari. Panjang janin 46 cm (18 in), dan beratnya 2,6 kg.

d) Minggu ke-40

Kepala janin sudah di dalam posisi sangat ke bawah. Gerakan-gerakan janin menurun karena ruangan rahim menjadi sempit, tetapi pukulan tangan dan tendangan kaki yang kuat masih dapat dirasakan. Panjang janin sekitar 51 cm (20 in), dan beratnya rata-rata 3,4 kg. Pada janin laki-laki, nuah pelir sudah turun.

Berikut adalah tabel yang menunjukkan perubahan fisiologis tinggi fundus uteri (TFU) dengan menggunakan pita sentimeter Mc. Donalds dan dengan menggunakan palpasi leopard:

Tabel 2. 1
Perubahan TFU dalam Kehamilan

No.	Tinggi Fundus Uteri (cm)	Tinggi Fundus Uteri (<i>Leopold</i>)	Umur Kehamilan (minggu)
1	12	3 jari atas simfisis	12
2	16	Pertengahan pusat dan simfisis	16
3	20	3 jari bawah pusat	20
4	24	Sepusat	24
5	28	3 jari atas pusat	28
6	32	Pertengahan pusat dan <i>processus xifoideus</i> (px)	32
7	36	1-2 jari bawah px	36
8	40	2-3 jari bawah px	40

Sumber: Sarwono, 2010; Walyani, 2015

c. Kebutuhan Ibu Hamil

Berikut adalah kebutuhan-kebutuhan yang diperlukan ibu semasa hamil TM-III (Hani, 2011) :

1) Oksigen

Seorang ibu hamil sering mengeluh tentang rasa sesak dan pendek nafas. Hal ini disebabkan karena diafragma tertekan akibat membesarnya rahim. Kebutuhan oksigen meningkat 20%. Ibu

hamil sebaiknya tidak berada ditempat-tempat yang terlalu ramai dan penuh sesak, karena akan mengurangi masukan oksigen.

2) Nutrisi

Kebutuhan energi pada kehamilan trimester 1 memerlukan tambahan 100 kkal/hari (menjadi 1900-2000 kkal/hari). Selanjutnya pada trimester II dan III, tambahan energi yang dibutuhkan meningkat menjadi 300 kkal/hari, atau sama dengan mengkonsumsi tambahan 100gr daging ayam atau minum 2 gelas susu sapi cair. Idealnya kenaikan berat badan sekitar 500gr/minggu. Kebutuhan makan ibu hamil dengan berat badan normal per hari.

3) Personal Hygiene

Sebaiknya ibu hamil mandi, gosok gigi dan ganti pakaian minimal 2 x sehari, menjaga kebersihan alat genetalia dan pakaian dalam, menjaga kebersihan payudara.

4) Pakaian

Longgar, nyaman, dan mudah di pergunakan, gunakan kutang/ BH dengan ukuran sesuai ukuran payudara dan mampu menyangga seluruh payudara, Tidak memakai sepatu tumit tinggi, sepatu berhak rendah, baik untuk punggung dan postur tubuh dan dapat mengurangi tekanan pada kaki.

5) Eliminasi

Ibu hamil akan sering ke kamar mandi terutama saat malam hingga mengganggu tidur, sebaiknya intake cairan sebelum tidur di kurangi, gunakan pembalut untuk mencegah pakaian dalam yang basah dan lembab sehingga memudahkan masuk kuman, setiap habis BAB dan BAK cebok dengan baik.

6) Seksual

Pilih posisi yang nyaman dan tidak menyebabkan nyeri bagi wanita hamil, sebaiknya menggunakan kondom karena

prostatglandin yang terdapat dalam semen bisa menyebabkan kontraksi, lakukanlah dalam frekuensi yang wajar 2 sampai 3 kali seminggu.

7) Mobilisasi dan Body Mekanik

Melakukan latihan/ senam hamil agar otot-otot tidak kaku, jangan melakukan gerakan tiba-tiba atau spontan, jangan mengangkat secara langsung benda-benda yang cukup berat, jongkok lah terlebih dahulu lalu kemudian mengangkat benda, apabila bangun tidur miring dulu baru kemudian bangkit dari tempat tidur.

8) Istirahat atau Tidur

Ibu hamil sebaiknya memiliki jam istirahat/ tidur yang cukup. Kurang istirahat/ tidur, ibu hamil akan terlihat pucat, lesu dan kurang gairah. Usahakan tidur malam lebih kurang 8 jam dan tidur siang lebih kurang 1 jam. Umumnya ibu mengeluh susah tidur karena rongga dadanya terdesak perut yang membesar atau posisi tidurnya jadi tidak nyaman. Tidur yang cukup dapat membuat ibu menjadi relaks, bugar dan sehat. Solusinya saat hamil tua, tidurlah dengan menganjal kaki (dari tumit hingga betis) menggunakan bantal. Kemudian lutut hingga pangkal paha diganjal dengan satu bantal. Bagian punggung hingga pinggang juga perlu diganjal bantal. Letak bantal bisa di sesuaikan, jika ingin tidur miring ke kiri, bantal diletakkan demikian rupa sehingga ibu nyaman tidur dengan posisi miring ke kiri. Begitu juga bila ibu ingin tidur posisi ke kanan.

d. Asuhan Yang Diberikan Saat Kehamilan

Asuhan kehamilan yang dilakukan yakni melakukan dokumentasi asuhan kebidanan kehamilan secara sistematis, yaitu melakukan anamnesis, melakukan pemeriksaan fisik dengan prinsip head to toe, melakukan pemeriksaan vital signs, pemeriksaan leopold, mendengarkan denyut jantung janin (DJJ), pemeriksaan laboratorium

sebagai pemeriksaan penunjang, melakukan konseling, memberikan pendidikan kesehatan tentang senam hamil, dan pemberian imunisasi tetanus toxoid (TT) (Kusmiyati, 2010).

Asuhan ibu hamil berbeda setiap kali kunjungan. Pada trimester I asuhan yang diberikan kepada ibu hamil adalah pemeriksaan kehamilan meliputi pemberian TT, tablet tambah darah, vitamin dan mineral, serta pemberian nasehat dan penyuluhan terarah seperti perawatan diri, gizi, perawatan payudara, pola istirahat, senam hamil, tanda-tanda bahaya kehamilan, keluhan yang dirasakan. Pada trimester II asuhan yang diberikan sama dengan asuhan yang diberikan pada trimester I ditambah dengan penyuluhan tentang keuntungan pemberian ASI, persiapan diri untuk memberikan ASI eksklusif, persiapan persalinan, dan KB. Pada trimester III asuhan yang diberikan sama dengan asuhan pada trimester II ditambah dengan penyuluhan mengenai persiapan menghadapi persalinan, perawatan bayi baru lahir (BBL), persiapan keluarga dalam menghadapi persalinan (Pinem, 2009).

Masalah yang Lazim Timbul pada Trisemester III:

Selama trimester ketiga, rahim akan membesar sampai ketinggian tepat di bawah tulang payudara. Kadar progesteron yang tinggi dan rahim yang naik membuat sesak dapat menimbulkan gangguan pencernaan dan nyeri ulu hati. Sesak napas atau nyeri di iga bagian bawah terjadi karena rahim menekan diafragma dan iga. Varises di kaki, wasir, dan pergelangan kaki yang bengkak kadang-kadang terjadi karena meningkatnya tekanan di dalam perut. Menurunnya aliran darah dari anggota gerak bawah, dan efek progesteron yang membuat dinding-dinding pembuluh darah menjadi relaks. Meningkatnya berat rahim serta berubahnya pusat gravitasi yang disebabkan oleh janin, sakit punggung menjadi sesuatu yang sering terjadi. Diakhir kehamilan sering kali timbul kecemasan, tidur

yang tidak nyaman, kelelahan dan ketidaknyamanan biasa yang muncul karena harapan akan segera menghadapi persalinan dan mengakhiri kehamilan

e. Konsep Dasar Teori Antenatal Care (ANC)

1) Pengertian ANC

Antenatal Care adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan selama kehamilan.

2) Tujuan ANC

- a) Mempromosikan dan menjaga kesehatan fisik maupun mental ibu dan bayi dengan pendidikan, nutrisi, kebersihan diri, serta proses kelahiran bayi.
- b) Mendeteksi dan menatalaksanakan komplikasi medis, bedah, atau obstetri selama kehamilan.
- c) Memantau kemajuan kehamilan, memastikan kesejahteraan ibu dan tumbuh kembang janin.
- d) Mengembangkan persiapan persalinan serta kesiapan menghadapi komplikasi.
- e) Membantu menyiapkan ibu untuk menyusui dengan sukses menjalankan nifas normal, serta merawat anak secara fisik, psikologis dan sosial.
- f) Mempersiapkan ibu dan keluarga dapat berperan dengan baik dalam memelihara bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara normal.

3) Frekuensi Kunjungan ANC

- a) Minimal 2 kali pada trimester I
- b) Minimal 1 kali pada trimester II
- c) Minimal 3 kali pada trimester III

4) Tempat Pelayanan ANC

Ibu hamil dapat melaksanakan pemeriksaan kehamilan di sarana kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, posyandu, Praktek Mandiri Bidan dan dokter praktik.

5) Standar ANC yang diprogramkan

Standar pelayanan ANC meliputi standar 10T, sehingga ibu hamil yang datang memperoleh pelayanan komprehensif dengan harapan antenatal care dengan standar 10T dapat sebagai daya ungkit pelayanan kehamilan dan diharapkan ikut andil dalam menurunkan angka kematian ibu.

6) Pelayanan sesuai standar, yaitu 10T

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:

a) 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.

b) 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).

c) 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).

d) 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.

e) 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.

f) 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.

g) 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.

h) Periksa Laboratorium (rutin dan khusus) (T8)

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

1) Pemeriksaan Rutin

a) Pemeriksaan Golongan Darah

Pemeriksaan golongan darah pada ibu hamil tidak hanya untuk mengetahui jenis golongan darah ibu melainkan juga untuk mempersiapkan calon pendonor darah yang sewaktu-waktu diperlukan apabila terjadi situasi kegawatdaruratan.

b) Pemeriksaan kadar hemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar haemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan.

c) Pemeriksaan *Human Immunodeficiency Virus* (HIV)

Pemeriksaan HIV terutama untuk daerah dengan risiko tinggi kasus HIV dan ibu hamil yang dicurigai menderita HIV. Ibu hamil setelah menjalani konseling kemudian diberi kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV. Pemeriksaan protein dalam urine pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsia pada ibu hamil.

d) Pemeriksaan Hbsag

Semua Ibu hamil secara rutin harus menjalani pemeriksaan HBsAg pada kunjungan awal / trimester I dalam setiap kehamilan,. ibu hamil yang berstatus HBsAg positif, bayinya harus dijamin mendapatkan vaksinasi atau imonoglobulin sesuai kebutuhan.

e) Pemeriksaan Rapid Test

Semua ibu hamil pada kehamilan dimulai 36 minggu wajib menjalani pemeriksaan Rapid Test untuk mendeteksi pemaparan virus covid-19, yang jika terpapar dapat dilakukan isolasi bahkan rujukan untuk menjalani perawatan.

2) Pemeriksaan dengan indikasi

a) Pemeriksaan kadar gula darah (bila ada indikasi)

b) Pemeriksas darah malaria (untuk daerah endemis malaria)

c) Pemeriksaan tes Sifilis (bila ada indikasi)

d) Pemeriksaan BTA

Pemeriksaan BTA dilakukan pada ibu hamil yang dicurigai menderita penyakit tuberculosis sebagai pencegahan agar infeksi tuberculosis tidak mempengaruhi kesehatan janin.

e) Pemeriksaan protein dalam urine (bila ada indikasi)

Pemeriksaan protein dalam urine pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsia pada ibu hamil.

i) 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.

j) 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 testind dan konseling HIV, Inisiasi

Menyusui Dini (IMD) dan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif, KB paska persalinan, imunisasi dan peningkatan kesehatan intelegensia pada kehamilan.

f. Terapi Yang Diberikan Pada Ibu Hamil Selama Masa Kehamilan

1) Kalk (*Calcium Lactate*)

Calcium lactate atau kalsium laktat adalah obat untuk mencegah atau mengobati rendahnya kadar kalsium dalam darah pada orang-orang yang tidak mendapatkan cukup kalsium dalam makanannya. Calcium lactate biasanya digunakan oleh ibu hamil dan menyusui, serta penderita penyakit yang diakibatkan tingkat kalsium rendah seperti osteoporosis, hipoparatiroidisme, dan penyakit otot tertentu. Kalk ini diberikan untuk memenuhi kebutuhan kalsium terutama bagi ibu hamil. Kalk diberikan dengan dosis 1x1. Perlu diperhatikan bahwa penggunaan yang berlebihan akan mengganggu metabolisme.

2) Tablet Besi (Fe)

Zat besi adalah mineral yang dibutuhkan untuk membentuk sel darah merah (haemoglobin). Penyerapan besi dipengaruhi oleh banyak faktor. Protein hewani dan vitamin C meningkatkan penyerapan, sedangkan kopi, teh, susu, coklat, minuman bersoda dapat menghambat penyerapan zat besi di dalam tubuh, jadi waktu dan tepatnya untuk minum Fe yaitu pada malam hari menjelang tidur hal ini untuk mengurangi rasa mual dan timbul setelah ibu meminumnya.

3) Asam Folat

2. Konsep Dasar Teori Persalihan

a. Pengertian Persalihan

Persalinan merupakan proses pergerakan janin, plasenta, dan membran dari dalam rahim melalui jalan lahir. Proses ini berawal dari pembukaan dan dilatasi serviks sebagai akibat kontraksi uterus dengan frekuensi, durasi, dan kekuatan yang teratur. Mula-mula kekuatan yang muncul kecil, kemudian terus meningkat sampai pada puncaknya pembukaan serviks lengkap sehingga siap untuk pengeluaran janin dari rahim ibu. Persalinan adalah saat yang menegangkan, menggugah emosi, menyakitkan, dan meakutkan bagi ibu maupun keluarga (Rohani, 2014).

Pada kehamilan akhir, perubahan produksi hormon menyebabkan relaksasi ligamen dan tulang rawan pada sendi panggul, memungkinkan mobilitas yang lebih tinggi pada sendi sakro ilika dan simfisis pubis. Mobilitas panggul memungkinkan perubahan bentuk dan ukuran panggul yang tidak kentara, sehingga dapat memfasilitasi posisi optimal kepala janin pada kala I, yaitu gerakan-gerakan utama fleksi, rotasi interna dan penurunan janin pada kala II (Simkin, 2005).

b. Fisiologi Persalinan

Perubahan-perubahan fisiologi yang dialami ibu selama persalian dibagi dalam 4 kala, adalah (Rohani, 2014) :

1) Perubahan Fisiologi Pada Ibu Bersalin Kala I

a) Sistem Reproduksi

Kala I dimulai dari munculnya kontraksi persalinan yang ditantai dengan perubahan serviks secara progressif dan diakhiri dengan pembukaan serviks lengkap. Pada kala I terjadi berbagai perubahan pada sistem reproduksi wanita, diantaranya adlah sebagai berikut:

a. Segmen atas rahim (SAR) dan SBR

Saat SAR berkontraksi, ia akan menjadi tebal dan mendorong janin keluar, sedangkan SBR serviks mengadakan relaksasi

dan dilatasi menjadi saluran yang tipis dan teregang yang akan dilalui oleh bayi.

b. Uterus

Kontraksi uterus bertanggung jawab terhadap penipisan dan pembukaan serviks, serta pengeluaran bayi dalam persalinan. Kontraksi uterus saat persalinan sangat unik karena kontraksi ini merupakan kontraksi otot yang menimbulkan rasa yang sangat sakit.

c. Perubahan pada Serviks, Terdiri :

Pendataran. Pendataran adalah pemendekan dari kanalis servikalis, yang semula berupa saluran yang panjangnya beberapa milimeter sampai 3 cm, menjadi satu lubang dengan pinggir yang tipis dan Pembukaan, Dibagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif. Fase laten yang dimulai pada pembukaan serviks 0 dan berakhir sampai pembukaan serviks mencapai 3 cm. Pada fase ini kontraksi uterus meningkat. Frekuensi, durasi, dan intensitasnya setiap 10-20 menit, lama 15-20 detik dengan intensitas cukup menjadi 5-7 menit, lama 30-40 detik dan dengan intensitas yang kuat. Fase aktif fase yang dimulai pada pembukaan serviks 4 cm dan berakhir sampai pembukaan serviks mencapai 10 cm. Pada fase ini kontraksi uterus menjadi efektif ditandai dengan meningkatnya frekuensi, durasi, dan kekuatan kontraksi. Tekanan puncak kontraksi yang dihasilkan mencapai 40-50 mmHg. Di akhir fase aktif, kontraksi berlangsung antara 2-3 menit sekali selama 60 detik, dengan kekuatan lebih dari 40 mmHg. Dibagi menjadi 3 fase: Fase akselerasi: dari pembukaan 3 menjadi 4 cm. Fase dilatasi maksimal: dari pembukaan 4 cm menjadi 9 cm selama 2 jam. Fase deselerasi: dilatasi serviks dari 9 cm menuju pembukaan lengkap (10 cm).

d. Perubahan pada Vagina dan Dasar Panggul

Setelah ketuban pecah, segala perubahan terutama pada dasar panggul ditimbulkan oleh bagian depan janin. Oleh bagian depan yang maju itu, dasar panggul teregang menjadi saluran dengan dinding-dinding yang tipis.

b) Sistem Kardiovaskuler

i. Tekanan darah (TD): TD meningkat selama kontraksi uterus, sistol meningkat 10-20 mmHg dan diastol meningkat 5-10 mmHg. Antara kontraksi, tekanan darah kembali normal seperti sebelum persalinan.

ii. Detak jantung: berhubungan dengan peningkatan metabolisme, detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Antara kontraksi, detak jantung meningkat dibandingkan sebelum persalinan.

iii. Jantung: pada setiap kontraksi, 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk ke dalam sistem vaskular ibu. Hal ini menyebabkan peningkatan curah jantung sebesar 10-15 %.

iv. Hematologi: hemoglobin akan meningkat 1,2 mg/100 ml selama persalinan dan kembali seperti sebelum persalinan pada hari pertama postpartum, asalkan tidak ada kehilangan darah yang abnormal; waktu koagulasi darah akan berkurang dan terjadi peningkatan plasma; gula darah akan berkurang.

c) Sistem Pencernaan

Metabolisme karbohidrat aerob maupun anaerob akan meningkat secara terus-menerus, motilitas lambung dan penyerapan makanan padat secara substansi berkurang sangat banyak selama persalinan, rasa mual dan muntah biasa terjadi sampai berakhirnya kala I persalinan, persalinan mempengaruhi sistem saluran cerna wanita, bibir dan mulut menjadi kering akibat wanita bernafas melalui mulut, dehidrasi, dan sebagai respon emosi terhadap persalinan.

d) Suhu tubuh

Suhu tubuh selama persalinan akan meningkat, hal ini terjadi karena terjadinya peningkatan metabolisme. Peningkatan suhu tubuh tidak boleh melebihi 1-2 oF (0,5-1 oC).

e) Sistem pernafasan

Peningkatan laju pernafasan selama persalinan adalah normal, hal ini mencerminkan adanya kenaikan metabolisme.

f) Sistem perkemihan

Proteinuri yang sedikit (+1) dianggap normal dalam persalinan. Pada trimester kedua, kandung kemih menjadi organ abdomen. Selama persalinan, wanita dapat mengalami kesulitan untuk berkemih secara spontan akibat berbagai alasan: edema jaringan akibat tekanan bagian presentasi, rasa tidak nyaman, sedasi, dan rasa malu. Poliuria sering terjadi selama persalinan, mungkin disebabkan oleh peningkatan curah jantung, peningkatan filtrasi dalam glomerulus, dan peningkatan aliran plasma darah.

g) Perubahan endokrin

Sistem endokrin akan diaktifkan selama persalinan di mana terjadi penurunan kadar progesteron dan peningkatan kadar estrogen, prostaglandin, dan oksitosin.

h) Perubahan integumen

Adaptasi integuman khususnya distensibilitas yang besar pada introitus vagina yang terbuka.

i) Perubahan maskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal mengalami stres selama persalinan. Diaforesis, kelelahan, proteiuria (+1), dan kemungkinan peningkatan suhu menyertai peningkatan aktivitas otot yang menyolok.

2) Perubahan Psikologi Pada Ibu Bersalin Kala I

Oleh karena rasa nyeri dalam persalinan sudah menjadi pokok pembicaraan di antara wanita sejak zaman dahulu, banyak calon ibu menghadapi kehamilan dan kelahiran anaknya dengan perasaan takut dan cemas. Ketakutan dapat berpengaruh pada his dan lancarnya pembukaan (Rohani, 2014).

3) Perubahan Fisiologis Kala II Persalinan

a) Kontraksi Dorongan Otot-Otot Persalinan

Pada waktu kontraksi, otot-otot rahim menguncup sehingga menjadi tebal dan menjadi lebih pendek. Kavum uteri menjadi lebih kecil serta mendorong janin dan kantong ke arah segmen bawah rahim dan serviks. Sifat-sifat lain dari his adalah involunter, intermiten, terasa sakit, terkoordinasi dan simetris, terkadang dapat dipengaruhi dari luar secara fisik, kimia, dan psikis.

b) Pergeseran organ dasar panggul

Saat persalinan segmen atas berkontraksi, menjadi tebal, dan mendorong anak keluar. Sementara itu, segmen bawah dan serviks mengadakan relaksasi, dilatasi, serta menjadi yang tipis dan teregang yang nantinya akan dilalui bayi. Tanda fisik dini pada persalinan kala II adalah ketuban pecah spontan, tekanan rektum, sensasi ingin defekasi, muntah, bercak atau keluar cairan merah terang dari vagina. Tanda lanjut kala II

adalah perineum mengembung, vagina melebar, dan anus mendatar, bagian presentasi tampak dan uterus berlanjut selama kontraksi.

4) Asuhan Pada Ibu Bersalin Kala III

a) Fisiologi kala III

Kala III merupakan periode di mana penyusutan volume rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlengketan plasenta. Oleh karena tempat perlengketan menjadi kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta menjadi berlipat, menebal, dan kemudian lepas dari dinding uterus. Setelah lepas, plasenta akan turun ke bagian bawah uterus atau ke dalam vagina.

Fase pengeluaran plasenta terbagi tiga fase, Kustner: dengan meletakkan tangan disertai tekanan pada /di atas simfisis, tapi pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti plasenta belum lepas, tetapi bila diam atau maju berarti plasenta sudah lepas. Klein: sewaktu his, rahim didorong sedikit, bila tali pusat kembali berarti plasenta belum lepas, tetapi bila diam atau turun berarti plasenta sudah lepas. Strassman: tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti plasenta belum lepas, tetapi bila tidak bergetar plasenta sudah lepas.

b) Manajemen aktif kala III

Memberikan suntukan oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan penegangan tali pusat terkendali, masase fundus uteri.

c) Asuhan Pada Ibu Bersalin Kala IV

Selama 10-45 menit berikutnya setelah kelahiran bayi, uterus berkontraksi menjadi ukuran sangat kecil yang mengakibatkan pemisahan antara dinding uterus dan plasenta, di mana nantinya akan memisahkan plasenta dari tempat lekatnya. Pelepasan plasenta membuka sinus-sinus plasenta dan menyebabkan perdarahan. Akan tetapi, dibatasi sampai rata-rata 350 ml oleh mekanisme sebagai berikut: serabut otot polos uterus tersusun terbentuk angka delapan mengelilingi pembuluh-pembuluh darah ketika pembuluh darah tersebut melalui dinding uterus. Oleh karena itu, kontraksi uterus setelah persalinan bayi menyempitkan pembuluh darah yang sebelumnya menyuplai darah ke plasenta.

i. Evaluasi uterus, konsistensi, dan atonia

Setelah kelahiran plasenta, uterus dapat ditemukan di tengah-tengah abdomen kurang lebih dua per tiga sampai tiga per empat antara simfisis pubis dan umbilikal. Uterus yang berkontraksi normal harus keras ketika disentuh. Jiga segmen atas uterus keras, tetapi perdarahan uterus tetap, pengkajian segmen bawah perlu dilakukan. Uterus yang lunak, hipotonik, longgar, tiak berkontraksi dengan baik disebut sebagai keadaan atonia uterus.

ii. Pemeriksaan serviks, vagina, dan perineum

Setelah memastikan uterus berkontraksi secara efektif dan perdarahan berasal dari sumber lain, bidan hendaknya menginspeksi perineum, vagina bawah, dan area periuretra untuk mengetahui adanya memar, pembentukan hematoma, laserasi pada pembuluh darah, atau mengalami perdarahan.

d) **Kebutuhan Ibu Masa Persalinan**

Asuhan sayang ibu adalah pendamping persalinan, KIE, membantu ibu memilih posisi, mengajari cara meneran, dukungan psikologi dan pemberian nutrisi. Kebutuhan fisiologis adalah makan dan minum, oksigen, istirahat selama tidak ada his, BAB dan BAK, pertolongan persalinan yang berstandar. Kebutuhan rasa aman adalah memilih tempat dan penolong persalinan, informasi tentang proses persalinan, posisi yang dikehendaki ibu, pemantauan selama persalinan, intervensi yang diperlukan. Kebutuhan harga diri adalah merawat bayi sendiri dan menenangkan, asuhan kebidanan dengan memperhatikan privasi ibu, pelayanan yang bersifat simpati dan empati, informasi bila akan melakukan tindakan, memberikan pujian pada ibu terhadap tindakan positif yang ibu lakukan. Kebutuhan aktualisasi diri adalah Memilih tempat dan penolong persalinan yang diinginkan, memilih pendamping selama persalinan, bounding attachment, ucapan selamat atas kelahiran bayinya (Sumarah, dkk, 2009).

c. **Pengisian pada Patograf**

Observasi yang ketat harus dilakukan selama kala satu persalinan untuk keselamatan ibu, hasil observasi dicatat didalam partograf. Partograf membantu bidan mengenali apakah ibu masih dalam kondisi normal atau mulai ada penyulit. Partograf membantu penolong persalinan dalam memantau, mengevaluasi dan membuat keputusan klinik baik persalinan normal maupun yang disertai dengan penyulit. Pencatatan pada partograf dimulai pada saat proses persalinan masuk dalam “fase aktif”. Untuk menyatakan ibu sudah masuk dalam fase aktif harus ditandai dengan:

- 1) Kontraksi yang teratur minimal 3 x selama 10 menit.

- 2) Lama kontraksi minimal 40 detik.
- 3) Pembukaan 4 cm disertai penipisan.
- 4) Bagian terendah sudah masuk pintu atas panggul.

Bila pembukaan sudah mencapai > 4 cm tetapi kualitas kontraksi masih kurang 3 x dalam 10 menit atau lamanya kurang dari 40 detik, pikirkan diagnosa inertia uteri. Komponen yang harus diobservasi:

- 1) Denyut jantung janin setiap ½ jam.
- 2) Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus setiap ½ jam.
- 3) Nadi setiap ½ jam.
- 4) Pembukaan serviks setiap 4 jam.
- 5) Penurunan setiap 4 jam.
- 6) Tekanan darah dan temperatur tubuh setiap 4 jam.
- 7) Produksi urin, aseton aseton dan protein setiap 2 sampai 4 jam.

Lembar partograf halaman depan menyediakan lajur dan kolom untuk mencatat hasil-hasil pemeriksaan selama fase aktif persalinan.

3. Konsep Dasar Teori Nifas

- a. Tahapan Masa Nifas Tahapan masa nifas dibagi menjadi 3 periode, yaitu:
 - 1) Puerperium Dini Puerperium dini merupakan masa pulihnya ibu di perbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
 - 2) Puerperium Intermedial Adalah pulihnya secara menyeluruh alat-alat genetalia yang lamanya 6-8 minggu.
 - 3) Remote Puerperium Merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.
- b. Perubahan Fisiologis Pada Masa Nifas Perubahan fisiologis masa nifas yaitu sebagai berikut:
 - 1) Involusi alat-alat kandungan

a) Perubahan Sistem Reproduksi

Uterus secara berangsur-angsur menjadi kecil (berinvolusi) hingga akhirnya kembali seperti sebelum hamil.

b) Bekas Implantasi Uri

Bekas implantasi uri atau placentar bed mengecil karena kontraksi dan menonjol ke kavum uteri dengan diameter 7,5 cm. sesudah 2 minggu menjadi 3,5 cm, pada minggu keenam 2,4 cm, dan akhirnya pulih.

c) Luka jalan lahir

Luka-luka pada jalan lahir jika tidak disertai infeksi akan sembuh dalam 6-7 hari.

d) Rasa Nyeri

Rasa nyeri yang disebut after pains, (merasa mulas-mulas) disebabkan kontraksi rahim, biasanya berlangsung 2-4 hari pasca persalinan. Perlu diberikan pengertian pada ibu mengenai hal tersebut dan jika terlalu mengganggu, dapat diberikan obat-obatan anti nyeri dan anti mulas.

e) Lochea

Lochea adalah cairan secret yang berasal dari kavum uteri dan vagina dalam masa nifas:

1. *Lochea rubra (cruenta)* berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks caseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari pasca persalinan.
2. *Lochea sanguinolenta* berwarna merah kuning, berisi darah dan lendir pada hari ke 3-7 pasca persalinan.
3. *Lochea serosa* berwarna kuning, cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7-14 pasca persalinan

4. *Lochea alba* cairan putih, setelah 2 minggu v. *Lochea purulenta* terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.

5. *Lochea stasis*, lochea tidak lancar keluaranya.

f) Serviks

Setelah persalinan, bentuk serviks agak menganga seperti corong, berwarna merah kehitaman. Konsistensinya lunak, kadang-kadang terdapat perlukaan-perlukaan kecil. Setelah bayi lahir, tangan masih

g) Diastasis *Rescti* (otot perut)

Diastasis recti adalah pemisahan otot rectus abdominalis lebih dari 2,5 cm pada tepat setinggi umbilikus sebagai akibat pengaruh hormon terhadap linea alba serta akibat perenggangan mekanis dinding abdomen, kasus ini sering terjadi pada multi paritas bayi besar poli hidramin selain itu juga disebabkan gangguan kolagen yang lebih ke arah keturunan sehingga ibu dan anak mengalami diastasis penangannya yaitu melakukan pemeriksaan rektus untuk mengkaji lebar celah antara otot rectus.

2) Perubahan Psikologi Masa Nifas

Perubahan psikologis pada masa nifas dibagi menjadi tiga periode antara lain:

a) Taking In

1. Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya.
2. Ibu mungkin akan mengulang-ulang, menceritakan pengalamannya waktu melahirkan.
3. Tidur tanpa gangguan sangat penting untuk mengurangi gangguan kesehatan akibat kurang istirahat.

4. Peningkatan nutrisi dibutuhkan untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi.
5. Dalam memberikan asuhan, bidan harus dapat memfasilitasi kebutuhan psikologis ibu. Pada tahap ini, bidan dapat menjadi pendengar yang baik ketika ibu menceritakan pengalamannya.

b) Taking Hold

1. Periode ini berlangsung pada hari ke 2-4 post partum.
2. Ibu menjadi perhatian pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab terhadap bayi.
3. Ibu berkonsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, BAB, BAK, serta kekuatan dan ketahanan tubuhnya. iv. Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya. v. Pada masa ini, ibu biasanya agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut. vi. Pada tahap ini, bidan harus tanggap terhadap kemungkinan perubahan yang terjadi. vii. Tahap ini merupakan waktu yang tepat bagi bidan untuk memberikan bimbingan cara perawatan bayi, namun harus selalu diperhatikan teknik bimbingan, jangan sampai menyinggung perasaan atau membuat perasaan tidak nyaman karena ia sangat sensitif.

c) Letting Go

1. Periode ini biasanya terjadi setelah ibu pulang ke rumah. Periode ini pun sangat berpengaruh terhadap waktu dan perhatian yang diberikan oleh keluarga.
2. Ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan ia harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi yang sangat tergantung padanya. Hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan dan hubungan sosial.
3. Depresi post partum umumnya terjadi pada periode ini. Faktor yang mempengaruhi suksesnya masa transisi ke masa menjadi orang tua pada masa postpartum adalah:
 - a) Respon dari dukungan keluarga dan teman.
 - b) Hubungan dari pengalaman melahirkan terhadap harapan dan aspirasi.
 - c) Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu.
 - d) Pengaruh budaya

3) Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas/Kunjungan Nifas

Tujuan asuhan nifas adalah melakukan pencegahan, diagnosa dini dan pengobatan komplikasi pada ibu, merujuk ibu bila ada komplikasi, memberikan dukungan emosional kepada ibu, mengajari ibu bagaimana perawatan bayi yang benar, memonitor keadaan ibu baik psikologis maupun fisiologis, dan memberi peluang kepada ibu untuk merawat bayinya untuk meningkatkan hubungan ibu dan bayi (Maryunani, 2009).

Asuhan nifas dilakukan dalam 3 kali kunjungan (K3). Kunjungan pertama (K1) dilakukan pada 6-8 jam setelah persalinan, bertujuan untuk mencegah perdarahan, mendeteksi dan merawat penyebab perdarahan, mengajari dan memberikan

konseling kepada keluarga cara mencegah perdarahan, pemberian air susu ibu (ASI) awal, bounding attachment, mencegah hipotermia pada bayi. K2 dilakukan pada 2-6 hari setelah persalinan, bertujuan untuk memeriksa involusio uteri, pemberian ASI, pendidikan kesehatan tentang keluarga berencana (KB), pengeluaran lokia, keluha yang dirasakan ibu. K3 dilakukan pada 2-6 minggu setelah persalinan, bertujuan untuk memeriksa involusio uteri, tanda bahaya masa nifas (seperti demam, infeksi, perdarahan abnormal), nutrisi ibu, pemberian ASI, nutrisi dan perawatan bayi, penyulit-penyulit yang dirasakan ibu, dan memberikan konseling KB (Maryunani, 2009).

Kunjungan	Waktu	Tujuan
1	Kunjungan I (pertama) 6-8 jam setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 2. Mendeteksi penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut 3. Melakukan konseling pada ibu dan keluarga jika terjadi masalah 4. Memfasilitasi ibu untuk pemberian ASI awal. 5. Memfasilitasi, mengajarkan cara hubungan ibu dan bayi (Bouding Attachmant). 6. Menjaga bayi tetap sehat dan hangat dengan cara mencegah hipotermia 7. Memastikan ibu merawat bayi dengan baik (perawatan tali pusat, memandikan bayi).
2	Kunjungan II (kedua) 6 hari setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi baik, tinggi fundus uteri dibawah pusat (<i>umbilicus</i>), tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau. 2. Mendeteksi tanda-tanda: demam, perdarahan abnormal seperti sakit kepala hebat dll. 3. Memastikan ibu mendapatkan asupan nutrisi, hidrasi dan istirahat yang cukup. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari. 6. Melakukang konseling KB secara mandiri. 7. Memastikan ibu untuk melakukan pemeriksaan bayi ke pelayanan kesehatan terdekat.
3	Kunjungan III (ketiga) 2 minggu setelah persalinan	Sama dengan kinjungan ke dua
4	Kunjungan IV (keempat) 6 minggu setelah persalinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan kepada ibu adakah masalah atau penyulit yang dialami baik bagian ibu maupun bayi 2. Memastikan ibu untuk memilih kontrasepsi efektif atau sesuai kebutuhan.

4. Konsep Dasar Bayi Baru Lahir (BBL)

a. Pengertian Bayi Baru Lahir

Neonatus normal adalah neonatus yang lahir dari kehamilan 37-40 minggu dan BB lahir 2500-4000 gram (Maryanti, 2011).

Bayi adalah hasil konsepsi yang telah berhasil melewati proses persalinan baik normal atau buatan. Bayi lahir normal adalah bayi yang lahir dalam presentasi belakang kepala melalui vagina tanpa memakai alat, pada usia kehamilan genap 37 minggu sampai 42 minggu, dengan berat badan 2500-4000 gram, nilai Apgar >7 dan tanpa cacat bawaan (Jasiun, 2006).

Tanda-Tanda Bayi Baru Lahir Normal

Tanda-tanda BBL normal yaitu:

- 1) Berat badan Lahir bayi antara 2500-4000.
- 2) Panjang badan 48-50 cm
- 3) Lingkar dada 32-34 cm
- 4) Lingkar kepala 33-35 cm
- 5) Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180x/menit, kemudian menurun sampai 120-140x/menit.
- 6) Pernapasan pada menit-menit pertama cepat kira-kira 80x/menit disertai pernapasan cuping hidung, serta rintihan hanya berlangsung 10-15 menit.
- 7) Kulit kemerah-kemerahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan dilapisi vernix caseosa
- 8) Rambut lanugo telah tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna.
- 9) Kuku telah agak panjang dan lemas.
- 10)Gentalia: testis sudah turun (pada bayi laki-laki) dan labia mayora telah menutupi labia minora (pada bayi perempuan)
- 11)Reflek hisap dan menelan sudah terbentuk.

12) Eliminasi baik urin dan mekonium akan keluar pada 24 jam pertama. Mekonium memiliki karakteristik hitam kehijauan dan lengket

b. Fisiologi Bayi Baru Lahir

Perubahan-perubahan fisiologi yang dialami oleh bayi baru lahir adalah (Maryanti, 2011) :

1) Perubahan Sistem Respirasi

Awal adanya pernapasan disebabkan oleh empat faktor, menurunnya O₂ sedangkan CO₂ menaik, tekanan terhadap rongga dada ketika melewati jalan lahir, rangsangan dingin di daerah muka, dan refleks hering breur (refleks inflasi dan refleks deflasi). Refleks inflasi untuk menghambat overekspansi paru-paru saat pernapasan kuat. Refleks deflasi untuk menghambat pusat ekspirasi dan menstimulasi pusat inspirasi saat paru-paru mengalami deflasi.

Mekanisme terjadinya pernapasan untuk pertama kalinya terjadi dalam 2 proses, yakni mekanisme rangsangan mekanis dan mekanisme rangsangan kimiawi, termal, mekanikal, dan sensori. Mekanisme rangsangan mekanis, terjadi saat bayi melewati vagina yang menyebabkan terjadinya penekanan pada rongga thorak janin, sehingga udara masuk ke dalam alveolus dan cairan amnion keluar. Mekanisme rangsangan kimiawi, termal, mekanikal, dan sensori, menimbulkan peningkatan O₂ pada alveolus, maka terjadilah pembukaan pembuluh darah paru. Dengan demikian terjadilah peningkatan aliran darah paru. Sehingga paru berisi udara dan cairan dari alveolus keluar.

2) Perubahan sistem kardiovaskuler

Perubahan sistem kardiovaskuler yang terjadi yaitu: penutupan foramen ovale, penutupan duktus arteriosus botali, vena dan arteri umbilikalis, perubahan sistem termogenik.

Foramen ovale menutup, karena adanya perubahan tekanan pada atrium. Berawal ketika tali pusat di potong, merangsang timbulnya pernapasan. Saat paru berkembang terjadi penurunan tekanan terhadap atrium kanan karena kurangnya aliran darah. Sehingga kini atrium kiri mempunyai tekanan yang lebih besar dari atrium kanan. Maka foramen ovale menutup akan menjadi fosa ovalis.

Penutupan duktus arteriosus botali, setelah foramen ovale menutup dimana darah yang berada pada atrium kanan akan dialirkan melalui arteri pulmonalis menuju paru. Sehingga darah yang menuju ke duktus arteriosus botali akan berkurang dan secara fungsional terjadi penutupan duktus arteriosus botali, dalam 10-15 jam akan berubah menjadi ligamentum arteriosus dan menutup permanen dalam 2-3 minggu.

Vena dan arteri umbilikalis, duktus venosus dan arteri hipogastrika dari tali pusat menutup secara fungsional dalam beberapa menit setelah lahir dan setelah tali pusat diklem. Setelah duktus venosus menutup akan menjadi ligamentum venosum, vena dan arteri umbilikalis akan menjadi ligamentum teres dan ligamentum medial umbilikalis. Denyut jantung neonatus berkisar 140 x/i dan volume darah berkisar 80-110 ml/kg.

Perubahan sistem termogenik, setelah bayi keluar dari rahim, kini bayi berada dalam lingkungan kamar bersalin, dan

adanya perubahan suhu. Suhu dingin ini menyebabkan air ketuban menguap lewat kulit, sehingga mendinginkan darah bayi. Suhu normal pada neonatus adalah 36,5-37,0 oC. Penggunaan lemak coklat (yang diyakini banyak terdapat pada midskapula, leher posterior, di bawah clavikula sampai aksila dan sekitar trakea, esofagus, interskapula dan arteri mamaria, aorta abdominal, ginjal dan kelenjar adrenal) sebagai usaha menghasilkan suhu meningkatkan panas tubuh. Jaringan lemak coklat kaya vaskularisasi yang bermanfaat membawa nutrient seluler dan sampah metabolis pada tempatnya dan menyebarkan panas.

3) Perubahan sistem urinaris

Neonatus harus miksi dalam waktu 24 jam setelah lahir, urine encer, warna kekuning-kuningan dan tidak berbau. Fungsi ginjal belum sempurna karena jumlah nefron belum sebanyak orang dewasa.

4) Perubahan sistem gastrointestinal

Kapasitas lambung neonatus berkisar 30-90 ml. Pengosongan lambung terjadi 2-4 jam setelah makan. Neonatus memiliki enzim lipase dan amilase dalam jumlah sedikit. Feses bayi keluar dalam 48-72 jam setelah lahir, berwarna hijau kehitam-hitaman, keras, dan mengandung empedu, berubah warna menjadi kuning kecoklatan setelah 3-5 hari. Bayi BAB 4-6 x sehari. Hubungan antara esophagus bawah dan lambung belum sempurna sehingga menyebabkan gumoh. Untuk memfungsikan otak memerlukan glukosa dalam jumlah tertentu. Untuk mengoreksi penurunan kadar glukosa dapat dilakukan dengan penggunaan ASI, menggunakan cadangan glikogen, dan dari lemak.

5) Perubahan sistem hepar

Segera setelah lahir hati menunjukkan perubahan biokimia dan morfologis berupa kenaikan kadar protein dan penurunan kadar lemak dan glikogen. Enzim hepar belum aktif benar, sehingga neonatus memperlihatkan gejala ikterus fisiologis. Daya detoksifikasi hepar juga belum sempurna.

6) Perubahan sistem imunitas

Sistem imunitas neonatus belum matang, sehingga rentan terhadap berbagai alergi dan infeksi. Kekebalan alami disediakan pada tingkat sel yaitu oleh sel darah yang membantu BBL membunuh mikroorganisme asing, tetapi pada neonatus sel-sel ini belum matang. ASI memberikan kekebalan pasif pada bayi, terutama kolostrum dalam bentuk laktoferrin, lisosom, faktor antitripsin, faktor bifidus.

7) Perubahan-perubahan sistem reproduksi

Pada neonatus perempuan labia mayora dan labia minora mengaburkan vestibulum dan menutupi klitoris. Pada laki-laki testis sudah turun. Pada laki-laki dan perempuan penarikan estrogen maternal menghasilkan kongesti di dada dan kadang mensekresi susu pada hari ke 4/5. Untuk alasan yang sama gejala haid dapat berkembang pada bayi perempuan.

8) Perubahan sistem skletal

Tubuh neonatus kelihatan sedikit tidak proporsional, tangan sedikit lebih panjang dari kaki, punggung kelihatan lurus dan dapat ditekuk dengan mudah, neonatus dapat mengangkat dan memutar kepala ketika menelungkup.

9) Perubahan sistem neuromuskular

Sistem saraf neonatus baik secara anatomi dan fisiologi. Ini menyebabkan kegiatan refleks spina dan batang otak dengan kontrol minimal oleh lapisan luar serebrum. Beberapa aktifitas

refleks yang terdapat pada neonatus antara lain: refleks moro/peluk, refleks rooting, refleks mengisap dan menelan, refleks batuk dan bersin, refleks genggam, refleks melangkah dan berjalan, refleks otot leher, refleks babinsky.

c. Kebutuhan bayi baru lahir

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi. Pencegahan infeksi saat melakukan penanganan sangat diperlukan. Bentuk pencegahan infeksi pada masa janin dan neonatus antara lain: imunisasi maternal (tetanus, rubella, varicela, hepatitis B), dan penggunaan saleb mata untuk mencegah infeksi mata karena klamidia, gonore dan jamur. Rawat gabung, bertujuan untuk bantuan emosional, penggunaan ASI, pencegahan infeksi, dan pendidikan kesehatan (Maryanti, 2011).

Bantuan emosional, hubungan ibu dan bayinya sangat penting ditumbuhkan pada saat-saat awal dan bayi akan memperoleh kehangatan, kelembutan dan kasih sayang ibu. Penggunaan ASI, ASI adalah makanan terbaik bagi bayi, dan produksi ASI akan lebih lancar jika bayi semakin sering menyusui. Pencegahan infeksi, kolostrum yang mengandung antibodi dalam jumlah tinggi, akan melapisi seluruh permukaan mukosa dari saluran cerna bayi sehingga akan mempunyai kekebalan yang tinggi dan akan mencegah infeksi terutama diare. Pendidikan kesehatan, dengan rawat gabung petugas akan lebih mudah dalam memberikan penkes, keinginan ibu untuk bangun, menggendong bayi, dan merawat bayi akan mempercepat pemulihan ibu (Maryanti, 2011).

d. Asuhan Bayi Baru Lahir

Asuhan bayi baru lahir adalah melakukan pemeriksaan fisik pada bayi, memandikan bayi, perawatan tali pusat, perawatan bayi dalam inkubator, penanganan kegawatdaruratan pada bayi, kegawatdaruratan seperti resusitasi, dan pemberian imunisasi dasar pada bayi (hepatitis B dan vit. K), mencegah infeksi mata dengan pemberian saleb mata 1 jam setelah bayi lahir (Hidayat, 2009).

5. Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

a. Pengertian KB

Perencanaan keluarga, seorang perempuan telah dapat melahirkan, segera setelah ia mendapat haid yang pertama. Kesuburan seorang perempuan akan terus berlangsung sampai mati haid. Kehamilan dan kelahiran terbaik, artinya risiko paling rendah untuk ibu dan anak, adalah 20-35 tahun. Persalinan pertama dan kedua paling rendah risikonya. Jarak antara dua kelahiran sebaiknya 2-4 tahun (Abdul, 2010).

b. Fisiologis Keluarga Berencana

Pelayanan kontrasepsi mempunyai 2 tujuan, yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum yaitu pemberian dukungan dan pemantapan penerimaan gagasan KB. Tujuan khusus yaitu penurunan angka kelahiran yang bermakna. Untuk mencapai tujuan tersebut, pelayanan KB digolongkan ke dalam 3 fase yaitu fase menunda kehamilan, fase menjarangkan kehamilan, fase menghentikan kehamilan (Pinem, 2009).

Fase menunda kehamilan ditujukan untuk Pasangan Usia Subur (PUS) dengan usia kurang dari 20 tahun, dengan ciri kontrasepsi reversibilitas tinggi dan efektifitas tinggi. Fase menjarangkan kehamilan ditujukan pada perempuan usia 20-30/35 tahun dan jarak antar kelahiran diharapkan 2-4 tahun, dengan ciri

kontrasepsi reversibilitas cukup tinggi, efektifitas cukup tinggi, tidak menghambat ASI. Fase menghentikan kehamilan ditujukan kepada perempuan usia di atas 30 tahun, dengan ciri kontrasepsi efektifitas sangat tinggi, dapat dipakai untuk jangka panjang (Pinem, 2009).

c. Kebutuhan Klien Keluarga Berencana

Klien berhak untuk memperoleh informasi dan mempunyai akses terhadap berbagai metode KB yang mereka pilih, efektif, aman, terjangkau dan juga metode-metode pengendalian kehamilan lainnya yang tidak bertentangan dengan hukum dan perundang-undangan yang berlaku. Sehingga klien KB membutuhkan KIE, konseling serta pelayanan kontrasepsi.

d. Asuhan Keluarga Berencana

Asuhan keluarga berencana (KB) yang dimaksud adalah konseling, informed choice, persetujuan tindakan medis (informed consent), serta pencegahan infeksi dalam pelaksanaan pelayanan KB baik pada klien dan petugas pemberi layanan KB. Konseling harus dilakukan dengan baik dengan memperhatikan beberapa aspek seperti memperlakukan klien dengan baik, petugas menjadi pendengar yang baik, memberikan informasi yang baik dan benar kepada klien, menghindari pemberian informasi yang berlebihan, membahas metode yang diinginkan klien, membantu klien untuk mengerti dan mengingat. Informed choice adalah suatu kondisi peserta/calon KB yang memilih kontrasepsi didasari oleh pengetahuan yang cukup setelah mendapat informasi (Saifuddin, 2006).

6. Konsep IUD Post Plasenta

a. Defisini IUD

IUD (Intra Uterine Device) atau Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) merupakan alat kontrasepsi terbuat dari plastik yang

fleksibel dipasang dalam rahim dan merupakan kontrasepsi yang paling ideal untuk ibu pasca persalinan dan menyusui karena tidak menekan produksi ASI. Kontrasepsi IUD merupakan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP), dan dapat segera digunakan segera setelah persalinan sehingga ibu tidak cepat hamil lagi (minimal 3-5 tahun) dan memiliki waktu merawat kesehatan diri sendiri, anak dan keluarga. Penyuluhan pemilihan metode kontrasepsi ini dapat dilakukan sejak kunjungan kehamilan sampai dengan persalinan, sehingga ibu setelah bersalin atau keguguran, pulang ke rumah sudah menggunakan salah satu kontrasepsi (BKKBN, 2014).

IUD merupakan pilihan kontrasepsi pascasalin yang aman dan efektif untuk ibu yang ingin menjarangkan atau membatasi kehamilan. Kontrasepsi IUD yang dipasang segera setelah persalinan disebut dengan IUD Post Plasenta. IUD Post plasenta adalah pemasangan IUD yang dilakukan 10 menit setelah plasenta lahir pada persalinan normal atau sebelum penjahitan uterus pada tindakan Seksio Sesaria (BKKBN, 2012).

b. Jenis-Jenis IUD di Indonesia

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

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) NOVA T (Schering)

Menurut Hartanto (2008), IUD yang banyak dipakai di Indonesia dari jenis unmedicated adalah Lippes Loop dan dari jenis Medicated adalah Cu-T 380 A, Multiload 375 dan Nova-T.

3) .Lippes Loop

IUD Lippes Loop terbuat dari bahan polietilen, berbentuk spiral, pada bagian tubuhnya mengandung barium sulfat yang menjadikannya radio opaque pada pemeriksaan dengan sinarX.

Menurut Proverawati (2010) 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 (Proverawati, 2010).

Jenis kontrasepsi IUD pasca salin aman dengan menggunakan IUD Cu T (*Copper T*), sedangkan jenis *non copper* memerlukan penundaan sampai 6 minggu sehingga tidak cocok untuk pasca salin (BKKBN, 2014). Pada penelitian tahun 2015 oleh dr. Risanto S, Sp. OG Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada, disebutkan ada 3 macam IUD yang biasanya digunakan yaitu Copper T 380A, Multiload Copper 375, dan IUD dengan levonorgestrel. IUD jenis Copper T 380A sangat banyak tersedia dan pada program pilihan KB Pasca persalinan, jenis IUD Copper T 380A ini paling banyak digunakan karena selain karakteristiknya yang baik, mudah pemasangannya, efektif, harga IUD jenis ini juga lebih terjangkau dibanding dengan jenis IUD yang lain dan ketersediannya melimpah. IUD dengan levonorgestrel (misal Mirena) belum terlalu banyak tersedia dan jika tersedia harganya mahal.

c. Keuntungan IUD

Keuntungan menggunakan IUD adalah (Buku Saku WHO, 2013):

- 1) Langsung bisa diakses oleh ibu yang melahirkan di pelayanan kesehatan
- 2) Tidak memengaruhi kualitas dan volume ASI
- 3) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi)
- 4) Pemasangan ada pascapersalinan, kasus perdarahan lebih sedikit dibandingkan dengan pemasangan setelah beberapa hari atau minggu

- 5) Mengurangi angka ketidakpatuhan pasien
- 6) Sebagai kontrasepsi, mempunyai efektivitas yang tinggi
- 7) Sangat efektif 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan)
- 8) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan
- 9) Metode jangka panjang (10 tahun proteksi dari CuT-380 A dan tidak perlu diganti)
- 10) Sangat efektif karena tidak perlu mengingat-ingat
- 11) Tidak memengaruhi hubungan seksual
- 12) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut hamil
- 13) Tidak ada efek samping hormonal dengan Cu IUD (CuT-380 A)
- 14) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun lebih atau setelah haid terakhir)
- 15) Tidak ada interaksi dengan obat-obatan
- 16) Mencegah kehamilan ektopik.

d. Kerugian IUD

Kerugian penggunaan alat kontrasepsi IUD adalah sebagai berikut (Proverawati, 2010):

- 1) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
- 2) Haid lebih lama dan banyak
- 3) Perdarahan (spotting antar menstruasi)
- 4) Saat haid lebih sakit.

e. Indikasi atau Persyaratan Pemakaian IUD

Menurut Arum (2011), yang dapat menggunakan IUD adalah sebagai berikut :

- 1) Usia reproduktif dan keadaan multipara
- 2) Menginginkan penggunaan kontrasepsi jangka panjang

- 3) Menyusui dan menginginkan menggunakan kontrasepsi
- 4) Tidak menyusui bayinya
- 5) Setelah mengalami abortus dan tidak terlihat adanya infeksi
- 6) Risiko rendah dari IMS
- 7) Tidak menghendaki metode hormonal
- 8) Tidak menyukai untuk mengingat-ingat minum pil setiap hari

Sedangkan persyaratan untuk penggunaan IUD pasca plasenta adalah :

1. Tidak mengalami ketuban pecah dini
2. Tidak infeksi intrapartum
3. Tidak perdarahan post partum

f. Waktu Pemasangan IUD

IUD pasca plasenta aman dan efektif, tetapi tingkat ekspulsinya lebih tinggi dibandingkan ekspulsi ≥ 4 minggu pasca persalinan. Ekspulsi dapat diturunkan dengan cara melakukan insersi IUD dalam 10 menit setelah pengeluaran plasenta, memastikan insersi mencapai fundus uteri, dan dikerjakan oleh tenaga medis dan paramedis yang terlatih dan berpengalaman. Jika 48 jam pasca persalinan telah lewat, insersi IUD ditunda sampai 4 minggu atau lebih pasca persalinan. IUD 4 minggu pasca persalinan aman dengan menggunakan IUD copper T, sedangkan jenis noncopper memerlukan penundaan sampai 6 minggu pasca persalinan.

Tabel 2.2. Angka Ekspulsi KDR berdasarkan waktu pemasangan

Waktu Pemasangan AKDR	Definisi	Angka Ekspulsi	Keterangan
Pasca Plasenta	Dalam 10 menit setelah melahirkan plasenta	9,5 – 12,5	Ideal, angka ekspulsi rendah
Immediet Post Partum	Setelah 10 menit hingga 48 jam pasca salin	25 – 37 %	Masih aman
Pasca Salin Tertunda (Late Post Partum)	Setelah 48 jam – 4 minggu pasca salin	TIDAK DIANJURKAN	Resiko perforasi dan ekspulsi meningkat
Interval – Pasca Salin lanjutan	Setelah 4 minggu pasca salin	3-13 %	Aman

Sumber : (WHO, 2013)

Meskipun angka ekspulsi pada pemasangan AKDR segera pasca slain lebih tinggi dibandingkan tehknik pemasangan masa interval (lebih dari 4 minggu setelah persalinan), angka ekspulsi dapat diminimalisasi bila:

- a) Pemasangan dilakukan dalam waktu 10 menit setelah melahirkan plasenta
- b) AKDR ditempatkan cukup tinggi pada fundus uteri
- c) Pemasangan dilakukan oleh tenaga terlatih

(Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan dasar dan Rujukan, WHO, 2013).

g. Cara Kerja IUD

Mekanisme kerja yang pasti dari kontrasepsi IUD belum diketahui. Ada beberapa mekanisme kerja kontrasepsi IUD yang telah diajukan:

- 1) Timbulnya reaksi radang (munculnya leukosit PMN, makrofag, foreign body giant cells, sel mononuklear dan sel plasma di dalam cavum uteri sehingga implantasi sel telur yang telah dibuahi terganggu karena lisis dari spermatozoa atau ovum dan blastokista.
- 2) Produksi lokal prostaglandin yang meninggi yang menyebabkan terhambatnya implantasi.
- 3) Gangguan atau terlepasnya blastokista yang telah berimplantasi di dalam endometrium.
- 4) Pergerakan ovum yang bertambah cepat di dalam tuba fallopi
- 5) Immobilisasi spermatozoa saat melewati cavum uteri (Hartanto, 2008).

Menurut Saifuddin, dkk (2006) cara kerja pemasangan IUD adalah sebagai berikut:

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

h. Pemasangan IUD

IUD dapat dipasang dalam keadaan berikut :

1) Pasca Salin

Bila pemasangan IUD tidak dilakukan segera dalam waktu 48 jam setelah bersalin, sebaiknya IUD ditangguhkan sampai 6 - 8 minggu 24 postpartum oleh karena jika pemasangan IUD dilakukan antara minggu kedua dan minggu keenam setelah partus, bahaya perforasi atau ekspulsi lebih besar. Pemasangan IUD dalam 10 menit setelah plasenta lahir dapat dilakukan dengan 2 cara, yaitu

:

a) Dipasang dengan tangan secara langsung

Setelah plasenta dilahirkan dan sebelum perineorafi, pemasang melakukan kembali toilet vulva dan mengganti sarung tangan dengan yang baru. Pemasang memegang AKDR dengan jari telunjuk dan jari tengah kemudian dipasang secara perlahan-lahan melalui vagina dan servik sementara itu tangan yang lain melakukan penekanan pada abdomen bagian bawah dan mencengkeram uterus untuk memastikan AKDR dipasang di tengah-tengah yaitu di fundus uterus. Tangan pemasang dikeluarkan perlahan-lahan dari vagina. Jika AKDR ikut tertarik keluar saat tangan pemasang dikeluarkan dari vagina atau AKDR belum terpasang di tempat yang seharusnya, segera dilakukan perbaikan posisi AKDR.

b) Dipasang dengan ring forceps

Prosedur pemasangan dengan AKDR menggunakan ring forceps hampir sama dengan pemasangan dengan menggunakan tangan secara

langsung akan tetapi AKDR diposisikan dengan menggunakan ring forceps, bukan dengan tangan.

c) Post Abortus

Sebaiknya IUD dipasang segera setelah abortus oleh karena dari segi fisiologi dan psikologi waktu itu adalah paling ideal. Septic Abortion merupakan kontraindikasi.

d) Saat menstruasi

Dilakukan pada hari-hari pertama atau pada hari-hari terakhir haid. Keuntungan IUD pada waktu ini antara lain ialah:

1. Pemasangan lebih mudah oleh karena serviks pada waktu itu agak terbuka dan lembek.
2. Rasa nyeri tidak seberapa keras.
3. Perdarahan yang timbul sebagai akibat pemasangan tidak seberapa dirasakan.
4. Kemungkinan pemasangan IUD pada uterus yang sedang hamil tidak ada.

Sedangkan Kerugian pemasangan IUD pada waktu haid sedang berlangsung adalah Infeksi dan ekspulsi lebih tinggi bila pemasangan dilakukan saat haid. Dilatasi canalis cervical adalah sama pada saat haid maupun pada saat mid - siklus (Hartanto, 2008). Dalam hal yang terakhir ini wanita yang bersangkutan dilarang untuk bersenggama sebelum IUD dipasang. Sebelum pemasangan IUD dilakukan, sebaiknya diperlihatkan kepada akseptor bentuk IUD yang

dipasang, dan bagaimana IUD tersebut terletak dalam uterus setelah terpasang. Dijelaskan bahwa kemungkinan terjadinya efek samping seperti perdarahan, rasa sakit, IUD keluar sendiri (Sarwono, 2014).

i. Pencabutan IUD

Menurut Saifuddin (2006) langkah-langkah pencabutan IUD sebagai berikut:

- 1) Menjelaskan kepada klien apa yang akan dilakukan dan mempersilahkan klien untuk bertanya
- 2) Memasukkan spekulum untuk melihat serviks dan benang IUD
- 3) Mengusap serviks dan vagina dengan larutan antiseptik 2 sampai 3 kali
- 4) Mengatakan pada klien bahwa sekarang akan dilakukan pencabutan.
- 5) Meminta klien untuk tenang dan menarik nafas panjang, dan memberitahu mungkin timbul rasa sakit.

a) Pencabutan normal

Jepit benang di dekat serviks dengan menggunakan klem lurus atau lengkung yang sudah didesinfeksi tingkat tinggi atau steril dan tarik benang pelan-pelan, tidak boleh menarik dengan kuat IUD biasanya dapat dicabut dengan mudah. Untuk mencegah benangnya putus, tarik dengan kekuatan tetap dan cabut IUD dengan pelan-pelan. Bila benang putus saat ditarik, maka jepit ujung IUD tersebut dan tarik keluar.

b) Pencabutan sulit

Bila benang IUD tidak tampak, periksa pada kanalis servikalis dengan menggunakan klem lurus atau lengkung. Bila tidak

ditemukan pada kanalis servikalis, masukkan klem atau alat pencabut IUD ke dalam kavum uteri untuk menjepit benang IUD itu sendiri. Bila sebagian IUD sudah ditarik keluar tetapi kemudian mengalami kesulitan menarik seluruhnya dari kanalis servikalis, putar klem pelan-pelan sambil tetap menarik selama klien tidak mengeluh sakit. Bila dari pemeriksaan bimanual didapatkan sudut antara uterus dengan kanalis servikal sangat tajam, gunakan tenakulum untuk menjepit serviks dan lakukan tarikan ke bawah dan ke atas dengan pelan-pelan dan hati-hati, sambil memutar klem dan jangan menggunakan tenaga yang besar.

j. Landasan Hukum Pelayanan IUD Pascasalin

Pelayanan KB pasca persalinan yang dilakukan oleh bidan, mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1464/MENKES/Per/IX/2010, Pasal 9 dan pasal 10 menjelaskan bahwa bidan dalam menjalankan praktik, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi:

- 1) Pelayanan kesehatan ibu
- 2) Pelayanan kesehatan anak
- 3) Pelayanan kesehatan reproduksi perempuan. Dengan memberikan pelayanan berupa konseling tentang kesehatan pada masa pra hamil,

kehamilan, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui dan masa diantara dua kehamilan.

Pasal 12 tentang izin dan penyelenggaraan praktik bidan, dimana dinyatakan bahwa bidan dapat:

- 1) Memberikan penyuluhan dan konseling kesehatan reproduksi perempuan dan keluarga berencana.

Memberikan alat kontrasepsi oral dan kondom.

Sedangkan dalam Pasal 13 dinyatakan bahwa bidan berwenang memberikan pelayanan:

- 1) Pemberian alat kontrasepsi suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim dan memberikan alat kontrasepsi bawah kulit.
- 2) Pelayanan tersebut hanya dapat diberikan oleh bidan yang terlatih (Kemenkes RI, 2014b).