

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Kajian Kasus

Seorang perempuan datang ke PMB Y. Sri Suyantiningsih pada tanggal 10 Januari 2022, jam 08.00 Wib. Mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya, saat ini ibu mengatakan tidak ada keluhan. HPM: 08-04-2021 HPL: 15-01-2022 Usia Kehamilan 39 minggu 2 hari. Dilakukan pemeriksaan kehamilan TD 120/80, N 80x/m, P 20x/m, S 36.6°C. pemeriksaan fisik dalam batas normal TFU 30 cm, sudah masuk panggul, DJJ 145 x/m, diberikan asuhan KIE tanda persalinan dan KIE nutrisi.

Pada tanggal 14 Januari 2022, jam 08.00 Wib. Ibu datang kembali bersama suaminya mengatakan belum merasakan kenceng-kenceng, Usia kehamilan 39 minggu 6 hari, dilakukan pemeriksaan TD 120x/m, N 80x/m, P 20x/m, S 36.6°C. Pemeriksaan fisik dalam batas normal, memberikan KIE pada ibu agar tidak khawatir, dan menjelaskan biasanya dalam persalinan bias mundur 1 minggu atau maju 1 minggu. KIE untuk melanjutkan obat

Pada tanggal 17 Januari 2022, Jam 09.00 Wib. Ibu datang bersama suaminya mengatakan sudah merasakan kenceng-kenceng dan keluar lendir darah, dilakukan pemeriksaan TD 120x/m, N 80x/m, P 20x/m, S 36.6°C, Leopold 1 teraba bulat, lunak, tidak melenting, leopold II Puki, leopold 3 bulat, keras, melenting, kepala sudah tidak bias digoyangkan, leopold 4 konvergen 3/5. Pemeriksaan dalam Vulva tenang, dinding vagina licin, pembukaan 6 cm, selket +, POD jam 12, tidak ada penumbungan, penitisan 60%, STLD (+), memberitahu hasil pemeriksaan bahwa sekarang ibu sudah dalam proses persalinan Kala I fase aktif, pembukaan 4, bidan menganjurkan ibu untuk jalan-jalan dan ketika lelah ibu dapat berbaring miring ke kiri. Berikan motivasi pada ibu untuk tetap makan dan minum. Dan memberikan asuhan komplementer untuk mengosok pinggang ibu ketika kontraksi. Evaluasi pada lembar patograf

Pada jam 11.00 Wib, ibu mengatakan ingin mengajan dan sudah ingin BAB, sudah terdapat doran, teknus, perjol, vulka, dilakukan pemeriksaan dalam Vulva tenang, dinding vagina licin, pembukaan 10 cm, selket +, POD jam 12, tidak ada penumbungan, penitisan 100%, STLD (+), memberitahu ibu dan keluarga bahwa Ny. D sudah akan melahirkan dan pembukaan sudah lengkap, bidan menyiapkan alat dan memposisikan ibu senyaman mungkin, pimpin persalinan dan bayi lahir jam 11.20 Wib.

Dilakukan asuhan bayi baru lahir usia 1 jam yaitu melakukan pengukuran antropometri, timbang berat badan, lingkaran kepala, lingkaran dada, bidan menyuntikan Vitamin K dikaki kiri dan memberikan Salep mata.

Asuhan kebidanan neonatus dilakukan sebanyak 3 kali, dari hasil pemeriksaan By. Ny. D sehat, tidak ada permasalahan selama kunjungan di PMB maupun kunjungan rumah.

Asuhan kebidanan pada Ny. D pada masa nifas dilakukan sebanyak 4 kali dimulai dari KF I (6 jam), KF II 7 hari, KF III, dan KF IV. Pada masa nifas keluhan ibu yaitu masih merasakan nyeri perineum dan bidan memberikan KIE dan cara melakukan perawatan perineum. Selama Masa nifas berjalan dengan baik, namun ibu merasa khawatir akan mengurus anak karena usia anak pertama masih 3 tahun.

Asuhan kebidanan keluarga berencana dilakukan pada saat setelah melahirkan plasenta, bidan sebelumnya memberikan informasi dan informasi tentang pemasangan kb IUD Pasca Plasenta. Bidan telah memasang KB pada Ny. D.

B. Kajian Teori

1. Asuhan Berkesinambungan (*Continuity of Care*)

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 97 Tahun 2014 Pasal 4 menyebutkan bahwa pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, masa hamil, persalinan, dan masa sesudah melahirkan, penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi, serta pelayanan kesehatan seksual

diselenggarakan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara menyeluruh terpadu dan berkesinambungan.

Continuity of care merupakan hal yang mendasar dalam model praktik kebidanan untuk memberikan asuhan yang holistic, membangun kemitraan yang berkelanjutan untuk memberikan dukungan, dan membina hubungan saling percaya antara bidan dengan klien (Astuti, Susanti, Nurparidah, & Mandiri, 2017)

2. Konsep Dasar Kehamilan

a. Pengertian Kehamilan

Menurut WHO dalam (Astuti, Susanti, Nurparidah, & Mandiri, 2017), dimensi pertama dari continuity of care yaitu dimulai saat, pra kehamilan, selama kehamilan, persalinan, serta hari-hari awal dan tahun kehidupan. Dimensi kedua dari continuity of care yaitu tempat pelayanan yang menghubungkan berbagai tingkat pelayanan mulai dari rumah, masyarakat, dan sarana kesehatan. Dengan demikian bidan dapat memberikan asuhan secara berkesinambungan.

Menurut WHO dalam (Astuti, Susanti, Nurparidah, & Mandiri, 2017), dimensi pertama dari continuity of care yaitu dimulai saat kehamilan, pra kehamilan, selama kehamilan, persalinan, serta hari-hari awal dan tahun kehidupan. Dimensi kedua dari continuity of care yaitu tempat pelayanan yang menghubungkan berbagai tingkat pelayanan mulai dari rumah, masyarakat, dan sarana kesehatan. Dengan demikian bidan dapat memberikan asuhan secara berkesinambungan.

b. Fisiologi Kehamilan Trimester III

1) Uterus

Pada perempuan tidak hamil uterus mempunyai berat 70 gram dan kapasitas 10 ml atau kurang. Pada akhir kehamilan volume

totalnya mencapai 5 liter hingga 20 liter atau lebih dengan berat rata-rata 1100 gram (Prawirohardjo, 2014).

Tabel 1. Hubungan TFU dengan usia Kehamilan

Usia Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus Uteri (TFU)
16	Pertengahan pusat-sym
20	2 jari di bawah pusat
24	Setinggi pusat
28	3 jari di atas pusat
32	Pertengahan pusat-px
36	1 jari di bawah px
40	3 jari di bawah px

Sumber: (Manuaba, 2012)

Tabel 2. TFU Menurut Mc. Donald

22-28 mg	24-25 cm di atas sym
28 mg	25,7 cm di atas sym
30 mg	29,5-30 cm di atas sym
32 mg	29,5-30 cm di atas sym
34 mg	31 cm di atas sym
36 mg	32 cm di atas sym
38 mg	33 cm di atas sym
40 mg	37,7 cm di atas sym

Sumber: (Sari & Anggrita, 2015)

2) Payudara

Payudara mengalami pertumbuhan dan perkembangan sebagai persiapan memberikan ASI pada saat laktasi. Hormon untuk mempersiapkan payudara yaitu estrogen yang berfungsi menimbulkan hipertrofi sistem saluran payudara, penimbunan lemak dan air serta garam sehingga payudara tampak makin

membesar. Payudara ibu hamil menjadi lebih besar, areola hiperpigmentasi, puting susu makin menonjol, pengeluaran ASI belum berlangsung dan prolaktin belum berfungsi karena hambatan dari PIH (*Prolactine Inhibiting Hormone*). Setelah persalinan hambatan prolaktin tidak ada sehingga pembuatan ASI dapat berlangsung (Manuaba, 2012).

3) Ovarium

Pada permulaan kehamilan masih terdapat corpus luteum gravidatum sampai terbentuknya plasenta pada kira-kira kehamilan 16 minggu. Corpus luteum gravidatum berdiameter kira-kira 3 cm. Corpus luteum mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron. Lambat-laun fungsi ini diambil oleh plasenta. Diperkirakan corpus luteum adalah tempat sintesis dari relaksin dalam awal kehamilan. Hormon relaksin meningkat pada trimester ketiga, hormon ini menyebabkan relaksasi ligamen pelvik ibu sehingga menjadi lebih lentur dan elastis untuk jalan keluar janin (Ebeigbe, Ebeigbe & Ighoroje, 2011).

c. Keluhan yang sering muncul pada Ibu Hamil Trimester III

1) Nafas Sesak

Terjadi karena pembesaran uterus akan semakin mempengaruhi keadaan diafragma ibu hamil, di mana diafragma terdorong ke atas sekitar 4 cm disertai pergeseran ke atas tulang iga. Penanganan sesak dapat dilakukan dengan cara mengurangi aktivitas yang berlebihan, memposisikan senyaman ibu saat duduk atau berbaring jika perlu disangga dengan bantal (Irianti, et al., 2014).

2) Kontraksi Braxton Hicks

Kontraksi dapat sering terjadi 10-20 menit dan juga sedikit banyak, dan berirama. Pada akhir kehamilan, kontraksi-kontraksi

ini dapat menyebabkan rasa tidak nyaman dan menjadi penyebab persalinan palsu (*false labour*) (Irianti, et al., 2014).

3) Sulit Tidur

Wanita hamil yang mengalami insomnia (susah tidur) disebabkan ketidaknyamanan akibat uterus yang membesar, ketidaknyamanan lain selama kehamilan dan pergerakan janin, terutama jika janin aktif. Susah tidur bisa diatasi dengan mandi air hangat, minum air hangat, contoh susu sebelum tidur, dan lakukan aktivitas yang tidak menimbulkan stimulus sebelum tidur (Irianti, et al., 2014)

4) Nyeri Punggung

Terjadi karena kurvaktur lumbosakral meningkat di saat uterus membesar, sehingga struktur ligamentum dan otot tulang belakang bagian tengah dan bawah mendapat tekanan berat, serta peningkatan hormone yang menyebabkan kartilago di dalam sendi-sendi besar menjadi lembek. Nyeri punggung dapat diatasi dengan cara menggunakan bantal saat tidur untuk meluruskan punggung dan menggunakan kasur yang tidak terlalu empuk untuk tidur (Irianti, et al., 2014).

d. Pelayanan Antenatal

1) Pengertian

Asuhan kebidanan pada kehamilan adalah pelayanan yang diberikan kepada ibu hamil selama periode antepartum dengan memperhatikan standar asuhan pada kehamilan. Dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, yang perlu dipahami adalah konsep *antenatal care*. *Antenatal Care* adalah pengawasan sebelum persalinan terutama ditujukan pada pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim (Manuaba, 2012).

2) Tujuan

Menurut Manuaba (2012) tujuan ANC di antaranya:

- a) Mengenal dan menangani sedini mungkin penyulit yang terdapat saat kehamilan, persalinan, dan nifas.
- b) Mengenal dan menangani penyakit yang menyertai pada masa kehamilan, persalinan, dan nifas.
- c) Memberikan nasihat dan petunjuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, nifas, laktasi, dan aspek keluarga berencana.
- d) Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal.

3) Indikator kunjungan ibu hamil menurut (Kementerian Kesehatan RI, 2020) adalah sebagai berikut:

a) Kunjungan pertama (K1)

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

b) Kunjungan ke-4 (K4)

K4 adalah ibu hamil dengan kontak 4 kali atau lebih dengan tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi, untuk mendapatkan pelayanan terpadu dan komprehensif sesuai standar. Kontak 4 kali dilakukan sekali pada trimester I (kehamilan hingga 12 minggu) dan trimester II (13-24 minggu), minimal 2 kali kontak pada trimester III dilakukan setelah minggu ke-24 hingga minggu ke-36. Kunjungan antenatal bisa lebih dari 4 kali sesuai kebutuhan dan jika ada keluhan, penyakit, atau gangguan kehamilan. Kunjungan tersebut termasuk dalam K4.

c) Penanganan Komplikasi (PK)

PK adalah penanganan komplikasi kebidanan, penyakit menular maupun tidak menular serta masalah gizi yang terjadi pada waktu hamil, bersalin, dan nifas. Pelayanan diberikan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi. Komplikasi kebidanan penyakit dan masalah gizi yang sering terjadi seperti perdarahan, preeklampsia/eklampsia, persalinan macet, infeksi, abortus, malaria, HIV/AIDS, sifilis, TB, hipertensi, diabetes mellitus, Anemia Gizi Besi (AGB), dan Kurang Energi Kronis (KEK).

d) Jenis Pelayanan Antenatal Terpadu

Tabel 3. Jenis Pemeriksaan ANC setiap trimester menurut Kemenkes RI, 2015.

No	Jenis pemeriksaan	Trimester I	Trimester II	Trimester III	Keterangan
1	Keadaan umum	√	√	√	Rutin
2	Suhu tubuh	√	√	√	Rutin
3	Tekanan darah	√	√	√	Rutin
4	Berat badan	√	√	√	Rutin
5	LILA	√			Rutin
6	TFU		√	√	Rutin
7	Presentasi Janin		√	√	Rutin
8	DJJ		√	√	Rutin
9	Pemeriksaan Hb	√		√	Rutin
10	Golongan darah	√			Rutin
11	Protein Urin	*	*	*	Atas indikasi
12	Gula darah/reduksi	*	*	*	Atas indikasi
13	Malaria	*	*	*	Atas indikasi
14	BTA	*	*	*	Atas indikasi
15	Darah sifilis	*	*	*	Atas indikasi
16	Serologi HIV	*	*	*	Atas indikasi
17	USG	*	*	*	Atas indikasi

Menurut Depkes RI (2012) dalam memberikan asuhan kehamilan standar minimal yang harus dilaksanakan adalah 10T, yaitu :

(1) Timbang berat badan.

Dilakukan setiap kali kunjungan antenatal, dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan pertumbuhan janin.

(2) Ukur LILA

Dilakukan untuk menilai status gizi ibu hamil. Pengukuran hanya dilakukan pada kontak pertama untuk skrining ibu hamil berisiko kurang energi kronis (KEK) dimana LiLA <23,5 cm. Ibu hamil dengan KEK akan dapat melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).

(3) Ukur tekanan darah.

Dilakukan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah 140/90 mmHg) pada kehamilan dan preeklampsia (hipertensi disertai edema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria)

(4) Ukur tinggi fundus uteri.

Dilakukan pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi pertumbuhan janin sesuai atau tidak dengan umur kehamilan. Standar pengukuran menggunakan pita pengukur (setelah kehamilan 24 minggu).

(5) Hitung DJJ.

Dilakukan pada akhir trimester I dan selanjutnya setiap kali kunjungan antenatal. DJJ normal yaitu 120-160 kali/menit. Pemeriksaan DJJ dapat menggunakan linex atau Doppler.

(6) Tentukan presentasi janin.

Dilakukan dengan pemeriksaan palpasi Leopold untuk menentukan letak janin, presentasi, posisi, dan jumlah janin.

(7) Periksa laboratorium (rutin dan khusus).

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada saat antenatal yaitu pemeriksaan golongan darah, kadar

hemoglobin darah (Hb), protein dalam urin, kadar gula darah, darah Malaria, tes Sifilis, HIV dan BTA.

(8) Pemberian tablet Fe.

Untuk mencegah anemia gizi besi, setiap ibu hamil harus mendapat tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan diberikan sejak kontak pertama.

(9) Pemberian imunisasi TT.

Untuk mencegah terjadinya tetanus neonatorum, ibu hamil harus mendapat imunisasi TT. Pada saat kontak pertama, ibu hamil diskriminasi status imunisasi TT-nya. Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil, disesuaikan dengan status imunisasi ibu saat ini.

Tabel 4. Pemberian imunisasi TT

Antigen	Selang waktu minimal	Lama perlindungan
TT 1		Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
TT 2	1 bulan setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	12 bulan setelah TT 3	10 tahun
TT 5	12 bulan setelah TT 4	>25 tahun

Sumber : Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan, 2013.

(10) Tatalaksana/penanganan Kasus.

Berdasarkan hasil pemeriksaan antenatal di atas dan hasil pemeriksaan laboratorium, setiap kelainan yang

ditemukan pada Poltekkes Kemenkes Yogyakarta ibu hamil harus ditangani sesuai dengan standar dan kewenangan tenaga kesehatan. Kasus-kasus yang tidak dapat ditangani dirujuk sesuai dengan sistem rujukan.

e) Standar Minimal Kunjungan

Sesuai dengan Permenkes RI No. 97 tahun 2014 bagian kedua pasal 13 ayat 1 mengatakan bahwa pelayanan kesehatan masa hamil dilakukan sekurang-kurangnya 4 (empat) kali selama masa kehamilan yang dilakukan 1 (satu) kali pada trimester pertama, 1 (satu) kali pada trimester kedua, 2 (dua) kali pada trimester ketiga.

3. Konsep Dasar Persalinan

a. Pengertian Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus ke luar. persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi dalam kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung selama 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu dan janin (Jannah, 2015).

b. Tanda dan Gejala Menjelang Persalinan

1) Persalinan palsu

Persalinan palsu terdiri dari kontraksi uterus yang sangat nyeri, yang memberi pengaruh signifikan terhadap serviks. Kontraksi pada persalinan palsu sebenarnya timbul akibat kontraksi *Braxton Hicks* yang tidak nyeri, yang telah terjadi sejak sekitar usia kehamilan 6 minggu.

2) *Bloody Show*

Plak lendir disekresi serviks sebagai hasil proliferasi kelenjar lendir serviks pada awal kehamilan, plak ini menjadi sawar pelindung dan menutup jalan lahir selama kehamilan.

Pengeluaran plak lendir inilah yang dimaksud dengan *bloody show*. *Bloody show* paling sering terlihat sebagai rabas lendir bercampur darah yang lengket dan harus dibedakan dengan cermat dari perdarahan murni.

c. Proses Persalinan

1) Kala I (Pembukaan)

Menurut Jannah (2017) kala I persalinan dimulai dari awal munculnya kontraksi persalinan yang ditandai dengan perubahan serviks secara progresif dan diakhiri dengan pembukaan serviks lengkap. Kala pembukaan dibagi atas 2 fase:

a) Fase laten: pembukaan serviks yang berlangsung lambat sampai pembukaan 3 cm, lamanya 7-8 jam.

b) Fase aktif: Menurut (Mutoharoh, Kusumastuti, & Eni Indrayani, 2019), fase aktif dibagi menjadi:

(1) Fase Akselerasi, yaitu pembukaan 3 cm menjadi 4 cm dalam waktu 2 jam pada primipara dan jika multipara 1 jam.

(2) Fase Dilatasi maksimal, yaitu pembukaan berlangsung cepat dari 4 cm menjadi 9 cm dalam waktu 6 jam pada primipara dan 4 jam pada multipara.

(3) Fase Deselerasi, yaitu pembukaan 9 cm menjadi 10 cm (lengkap) dalam waktu 2 jam pada primi dan 1 jam pada multipara.

(4) Fase dikategorikan menjadi 2, yaitu:

Lambat, pada multi lamanya kala 1 > 10 jam dan multi > 5 jam.

Cepat, pada primi lamanya kala 1 <10 jam dan pada primipara < 5 jam.

Fase-fase tersebut di jumpai pada primipara. Pada multigravida pun terjadi demikian, tetapi fase laten, fase

aktif, dan fase deselerasi terjadi lebih pendek.
(Mutoharoh, Kusumastuti, & Eni Indrayani, 2019)

2) Kala II (Pengeluaran Bayi)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir ketika bayi lahir. Primipara berlangsung salam 2 jam dan multipara 1 jam. Diagnosis kala II ditegakkan atas dasar pemeriksaan dalam yang menunjukkan pembukaan serviks lengkap dan terlihat bagian kepala bayi pada introitus vagina (Ai Nurasih, 2012). Berikut adalah mekanisme persalinan:

- a) Turunnya kepala
- b) Fleksi
- c) Putaran paksi dalam
- d) Ekstensi
- e) Putaran paksi luar
- f) Ekspulsi

3) Kala III (Pelepasan Plasenta)

Kala III persalinan dimulai saat setelah bayi lahir dan berakhir dengan lahirnya plasenta (Sari & Rimandini, 2014). Proses ini dikenal sebagai kala persalinan plasenta. Proses ini dikenal sebagai kala persalinan plasenta. Kala III persalinan berlangsung rata-rata antara 5-10 menit. Akan tetapi, kisaran normal kala III sampai 30 menit. Risiko perdarahan meningkat apabila kala III lebih lama dari 30 menit, terutama antara 30 sampai 60 menit.

Kala III terdiri dari dua fase berurutan yaitu pelepasan plasenta dan pengeluaran plasenta. Pelepasan dan pengeluaran plasenta terjadi karena kontraksi uterus yang mulai terjadi lagi setelah bayi lahir. Setelah kelahiran bayi, kontraksi berikutnya mungkin tidak terjadi selama 3 sampai 5 menit. Kemudian kontraksi berlanjut setiap 4 sampai 5 menit sampai plasenta telah

lepas dan keluar. Setelah itu, uterus kosong berkontraksi dengan sendirinya dan tetap berkontraksi jika tonus otot baik.

Segera setelah kelahiran plasenta, sejumlah perubahan maternal terjadi pada saat stres fisik dan emosional akibat persalinan dan ibu memasuki masa penyembuhan postpartum. Pada saat yang sama, bidan memiliki serangkaian evaluasi dan tugas untuk diselesaikan terkait periode intrapartum.

4) Kala IV

Menurut Sari dan Rimandini (2014) persalinan kala IV dimulai dengan kelahiran plasenta dan berakhir 2 jam kemudian. Bidan memiliki tanggung jawab selama kondisi ini untuk mengevaluasi kontraktibilitas uterus dan perdarahan, inspeksi dan evaluasi serviks, vagina, dan perineum, inspeksi dan evaluasi plasenta, membran, dan tali pusat, pengkajian dan penjahitan setiap laserasi dan atau episiotomi, dan evaluasi tanda-tanda vital dan perubahan fisiologis yang mengindikasikan pemulihan.

Setelah kelahiran plasenta, uterus dapat ditemukan sekitar 2 jari di bawah pusat. Serviks, vagina, dan perineum diinspeksi apakah ada laserasi, memar, dan pembentukan awal hematoma. Inspeksi unit plasenta membutuhkan kemampuan bidan untuk mengidentifikasi tipe-tipe plasenta dan insersi tali pusat. Penjahitan laserasi dan episiotomi memerlukan pengetahuan anatomi perineum, tipe penjahitan, hemostasis, pembedahan aseptis, dan penyembuhan luka (Varney, Kriebs & Geger, 2011).

d. Pemenuhan kebutuhan psikologi Kala I, II, dan III

1) Sugesti

Sugesti adalah memberi pengaruh pada ibu dengan pemikiran yang diterima secara logis. Menurut psikologis social individu yang keadaan psikisnya labil akan mudah dipengaruhi dan mudah mendapat sugesti. Misalnya ketika hamil, pada waktu memeriksa

dikatakan bahwa kehamilan normal, persalinan nanti akan normal pula (Marmi, 2012).

2) Mengalihkan perhatian

Perasaan sakit akan bertambah bila perhatian di khususkan pada rasa sakit itu. Misalnya ibu merasa sakit, penolong memperhatikan terus-menerus, menaruh belas kasih yang spontan akan menambah rasa sakit. Perasaan sakit itu bisa dikurangi dengan mengurangi perhatian terhadap ibu (Marmi, 2012).

3) Kepercayaan

Dusahakan agar ibu memiliki kepercayaan pada dirinya sendiri bahwa ia mampu melahirkan anak normal seperti wanita-wanita lainnya, percaya bahwa persalinan yang dihadapi akan lancar pula seperti wanita lainnya (Marmi, 2012).

e. Komplementer (Pijat Punggung untuk mengurangi nyeri Kala I persalinan)

1) Pengertian

Menurut (Asrinah, 2015), yang di kutip dari jurnal (Tehnik Massage Punggung Untuk Mengurangi Nyeri Persalinan Kala I, 2017) pijatan digunakan untuk membantu relaksasi dan menurunkan nyeri melalui peningkatan aliran darah pada daerah-daerah yang terpengaruh, merangsang reseptor-reseptor raba kulit sehingga merilekskan otot-otot, mengubah suhu kulit dan secara umum memberikan perasaan yang nyaman yang berhubungan dengan keekatan hubungan manusia, massage, merupakan metode non-farmalogik yaitu tanpa menggunakan obat-obatan, lebih aman, sederhana dan tidak menimbulkan efek merugikan serta mengacu kepada asuhan sayang ibu.

Cara melakukan teknik pemijatan yang dilakukan yaitu effluerage menurut jurnal, (Tehnik Massage Punggung Untuk Mengurangi Nyeri Persalinan Kala I, 2017), antara lain:

Effluerage adalah teknik pemijatan berupa usapan lembut, lambat, dan panjang atau tidak putus-putus. Teknik ini menimbulkan efek relaksasi. Dalam persalinan, effluerage dilakukan dengan menggunakan ujung jari yang ditekan lembut dan ringan. Lakukan usapan dengan ringan dan tanpa tekanan kuat dengan cara menggosokan lembut dengan kedua telapak tangan dan jari pada punggung ibu bersalin setinggi servikal 7 kearah luar menuju sisi tulang rusuk selama 30 menit dengan frekuensi 40 kali gosokan permenit, tetapi usahakan ujung jari tidak lepas dari permukaan kulit (Aryani, 2015).

Masase pada punggung merangsang titik tertentu disepanjang meridian medulla spinalis yang ditransmisikan melalui serabut saraf besar ke formatio retikularis, thalamus dan sistem limbic tubuh akan melepaskan endorfin. Endorfin adalah neurotransmitter atau neuromodulator yang menghambat pengiriman rangsang nyeri dengan menempel kebagian reseptor opiat pada saraf dan sumsum tulang belakang sehingga dapat memblokir pesan nyeri ke pusat yang lebih tinggi dan dapat menurunkan sensasi nyeri (Aryani, 2015) Mekanisme pemijatan menggunakan teori pengendalian gerbang informasi nyeri yang bergantung pada keseimbangan aktifitas diserat saraf berdiameter besar dan kecil disepanjang spinal column yang dapat menghambat hantaran nyeri ke otak (Aryani, 2015).

f. Asuhan Persalinan Normal

Menurut Nurjasmi (2016) tatalaksana asuhan persalinan normal tergabung dalam 60 langkah APN, yaitu:

Tabel 5. 60 Langkah APN

NO	KEGIATAN
(1)	(2)
1.	Mengenal gejala dan tanda kala II a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran. b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina. c) Perineum menonjol.
(1)	(2)
	d) Vulva-vagina dan sfingter ani membuka
2.	Menyiapkan pertolongan persalinan Memastikan perlengkapan, bahan, dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3.	Memakai alat perlindungan diri seperti memakai celemek plastik, topi, masker, kaca mata, sepatu tertutup.
4.	Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5.	Memakai sarung tangan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6.	Memasukkan oksitosin kedalam tabung suntik (dengan menggunakan sarung tangan DTT atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah DTT atau atau steril tanpa mengontaminasi tabung suntik.
7.	Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin baik Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi cairan DTT a. Jika mulut vagina, perineum, atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. b. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar-benar c. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan

	dekontaminasi.
8.	Dengan menggunakan tehnik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. (Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, maka lakukan amniotomi).
9.	Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan
(1)	(2)
10.	Memeriksa DJJ setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100-160 kali/menit). a. Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. b. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf
11.	Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses bimbingan meneran Memberitahu ibu bahwa pembukaan lengkap dan keadaan janin baik. Membawa ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai dengan keinginannya.
12.	Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman)
13.	Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran: a. Bimbing, dukung dan beri semangat b. Anjurkan ibu untuk istirahat diantara kontraksi c. Berikan cukup asupan cairan per oral (minum) d. Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai Rujuk jika belum lahir atau tidak segera lahir setelah 120 menit (2 jam) meneran pada primigravida dan 60 menit (1 jam) pada multigravida
14.	Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.
15.	Persiapan pertolongan kelahiran bayi Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, letakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi
16.	Meletakkan kain yang bersih dilipat sepertiga bagian di bawah bokong ibu.
17.	Membuka partus set, perhatikan kembali kelengkapan alat dan bahan

18.	Pakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
19.	Menolong kelahiran bayi Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan yang lain menahan kepala bayi untuk menahan posisi defleksi dan membantu lahirnya kepala. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernafas cepat saat kepala lahir
20.	Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan meneruskan segera proses kelahiran bayi. a. Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi. b. Jika tali pusat melilit leher janin dengan kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong diantara kedua klem tersebut.
(1)	(2)
21.	Menunggu kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22.	Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, pegang secara biparietal. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan ke arah luar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior
23.	Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan.
24.	Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
25.	Penanganan bayi baru lahir Menilai bayi dengan cepat (dalam 30 detik), kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan)
26.	Mengeringkan tubuh bayi, mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering. Letakkan bayi di atas perut ibu.
27.	Periksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus (hamil tunggal).
28.	Beritahu ibu bahwa ia akan di suntik oksitosin agar uterus dapat berkontraksi dengan baik.
29.	Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit IM (Intra Muskular) dipaha atas bagian distal lateral (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).

30.	Menjepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulah dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama(ke arah ibu).
31.	Melakukan pemotongan dan pengikatan tali pusat, yaitu: a. Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut. Lakukan pemotongan tali pusat dalam waktu 2 menit, karena pada waktu itu masih ada proses auto tranfusi. b. Mengikat tali pusat dengan klem plastik/benang DTT. c. Melepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang disediakan
32.	Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendaknya.
(1)	(2)
33.	Penatalaksanaan aktif kala III Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva.
34.	Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu di tepi atas simfisis untuk mendeteksi perlekatan plasenta pada dinding uterus, sementara tangan yang lain menegangkan tali pusat.
35.	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang-atas (dorsokranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya, kemudian ulangi prosedur diatas. Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik; minta ibu , suami, atau anggota keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
36.	Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang atas (dorso kranial) secara hati-hati. Melakukan penegangan dan dorongan dorso kranial hingga plasenta terlepas, minta ibu meneran sambil menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian ke arah atas mengikuti poros jalan lahir (sambil tetap melakukan tekanan dorso kranial).
37.	Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin, kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. Jika terdapat selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput, kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem steril untuk mengeluarkan bagian selaput yang tertinggal.
38.	Segera setelah plasenta dan selaput kertuban lahir, lakukan masase uterus. Meletakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras). Lakukan tindakan yang diperlukan jika uterus tidak

	berkontraksi setelah 15 detik tindakan masase.
39.	Memeriksa kedua sisi plasenta, baik bagian ibu maupun bayi, pastikan selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta kedalam tempat khusus.
40.	Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami persarahan aktif.
41.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan per vaginam.
42.	Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%. Membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air DTT dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
43.	Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan kandung kemih kosong.
(1)	(2)
44.	Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan <i>massase</i> uterus dan menilai kontraksi.
45.	Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
46.	Memeriksa tekanan darah, nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama 1 jam pertama pascapersalinan
47.	Pantau keadaan bayi dan pastikan bayi bernafas dengan baik (40-60 x/menit).
48.	Menempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5 % untuk dekontaminasi (selama 10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi
49.	Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
50.	Bersihkan ibu dengan menggunakan air DDT. Bersihkan sisa cairan ketuban, lendir, dan darah. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
51.	Pastikan ibu merasa nyaman, bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkan
52.	Dekontaminasi tempat persalinan dengan larutan klorin 0,5%
53.	Celupkan sarung tangan kotor kedalam larutan klorin 0,5%, balikkan bagian dalam keluar, rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit.
54.	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir
55.	Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik pada bayi.
56.	Dalam 1 jam pertama, beri salep mata/tetes mata profilaksis infeksi, vitamin K 1 mg IM dipaha kiri bawah lateral, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, pernapasan bayi, nadi dan temperatur.
57.	Setelah 1 jam pemberian vitamin K, berikan suntikan imunisasi hepatitis B dipaha kanan bawah lateral.

58.	Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam didalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59.	Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan handuk.
60.	Dokumentasi (Lengkapi partograf)

Sumber: Kemenkes RI (2015).

4. Konsep dasar Bayi Baru Lahir

a. Pengertian BBL

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus yaitu bayi yang baru saja mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL merupakan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi, dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik (Marmi, 2012).

b. Kebutuhan kesehatan pada BBL menurut Kemenkes RI (2020).

Kebutuhan BBL 0-6 jam adalah:

- 1) Jaga bayi tetap hangat
- 2) Isap lendir dari mulut dan hidung
- 3) Keringkan
- 4) Lakukan penilaian bayi dengan metode APGAR

Tabel 6. Penilaian Bayi dengan metode APGAR

Aspek pengamatan BBL	Skor		
	0	1	2
Appearance (Warna kulit)	Seluruh tubuh bayi berwarna kebiruan	Warna kulit tubuh normal, tangan kaki kebiruan	Warna kulit normal kemerahan
Pulse (Denyut jantung)	Denyut nadi tidak ada	Denyut nadi 100 kali/menit	Denyut nadi >100 kali/menit
Grimace (Respon reflek)	Tidak ada respon terhadap stimulasi	Wajah menangis saat di stimulasi	Meringis, menarik, batuk atau bersin

Aspek pengamatan BBL	Skor		
	0	1	2
			saat di stimulasi
Activity (Tonus otot)	Lemah atau tidak ada	Sedikit gerakan	Bergerak aktif
Respiration (Pernapasan)	Tidak ada	Lemah atau tidak teratur	Menangis kuat, pernapasan baik dan teratur

Sumber: (Tandon, 2016).

- 5) Klem, potong dan ikat tali pusat tanpa membubuhi apapun, sekitar 2 menit setelah lahir
- 6) Lakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD)
- 7) Memberikan suntikan vitamin K 1 mg intramuskular di paha kiri anterolateral
- 8) Memberikan salep mata antibiotika pada kedua mata
- 9) Pemeriksaan fisik
- 10) Memberikan imunisasi Hepatitis B 0,5 ml intramuskular, di paha kanan anterolateral, sekitar 1-2 jam setelah pemberian vitamin K (Kemenkes RI, 2015).
- 11) Buang air besar
Bayi yang pencernaannya normal akan BAB pada 24 jam pertama setelah lahir. BAB pertama ini disebut mekonium. Biasanya berwarna hitam kehijauan dan lengket.
- 12) Buang air kecil
Bayi baru lahir BAK pada 24 jam pertama setelah lahir
- 13) Tidur
Dalam 2 minggu pertama setelah lahir, bayi normalnya akan sering tidur, bayi baru lahir sampai usia 3 bulan rata-rata tidur

selama 16 jam sehari. Pada umumnya bayi terbangun sampai malam hari pada usia 3 bulan.

14) Kebersihan kulit

Bokong bayi perlu dibersihkan secara teratur, lap wajah terutama area mata dan sekujur tubuh dengan lembut. Pakaikan baju bayi yang berbahan katun agar mudah menyerap keringat.

c. Tanda-tanda bahaya menurut Kemenkes RI (2020):

- 1) Pernapasan sulit atau lebih dari 60 kali permenit
- 2) Demam $>38^{\circ}\text{C}$ atau hipotermia $<36^{\circ}\text{C}$
- 3) Warna kulit kuning, biru, atau pucat
- 4) Hisapan bayi lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah
- 5) Tali pusat merah, bengkak, keluar cairan, berbau busuk
- 6) Tidak BAK dalam 24 jam, BAB lembek, ada lendir atau darah pada BAB
- 7) Menggigil atau tangis tidak biasa seperti merintih, lemas, lunglai, kejang.

d. Penyuluhan sebelum bayi pulang menurut Marmi (2012):

- 1) Perawatan tali pusat
- 2) Pemberian ASI
- 3) Menjaga kehangatan bayi
- 4) Tanda-tanda bahaya
- 5) Imunisasi
- 6) Perawatan harian atau rutin
- 7) Pencegahan infeksi dan kecelakaan

5. Konsep Dasar Nifas

a. Pengertian Nifas

Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah plasenta keluar dan berakhir ketika kandungan kembali seperti keadaan semula (sebelum hamil) (Kemenkes RI, 2020). Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu.

b. Tahapan Masa Nifas

Masa nifas dibagi menjadi 3 tahap, yaitu sebagai berikut (Kemenkes RI, 2020):

1) Puerperium Dini

Puerperium dini merupakan masa kepulihan, yang dalam hal ini ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan. Dalam agama islam, dianggap bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.

2) Puerperium intermedial

Puerperium intermedial merupakan masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang berlangsung sekitar 6-8 minggu.

3) Remote puerperium

Remote puerperium merupakan masa yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna dapat berlangsung berminggu-minggu, bulanan, bahkan tahunan.

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

1) Uterus

Pada uterus terjadi proses involusi yaitu proses kembalinya uterus ke dalam keadaan sebelum hamil. Proses ini dimulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus.

Tabel 7. Tinggi Fundus Uteri Masa Nifas

Involusi Uteri	TFU	Berat Uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gram
Plasenta lahir	2 jari bawah pusat	750 gram
1 minggu	Pertengahan pusat dan simpisis	500 gram
2 minggu	Tidak teraba	350 gram
6 minggu	Normal	500 gram
8 minggu	Normal	30 gram

Sumber : (Sari & Khotimah, 2018)

2) Lochea

Menurut Dewi (2011) dengan adanya involusi uterus, maka lapisan luar dari desidua yang mengelilingi situs plasenta akan menjadi nekrotik. Desidua yang mati akan keluar bersama dengan sisa cairan. Campuran antara darah dan desidua tersebut dinamakan lochea, biasanya berwarna merah muda atau putih pucat. Pengeluaran lochea dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya (Kemenkes, 2015), yaitu:

Menurut (Astuti, Dewi Judistiani, Rahmiati, & Susanti, 2015), lochea dibedakan berdasarkan warna dan waktu keluarnya, diantaranya:

- a) Lokhea rubra atau merah, keluar pada hari ke-1 sampai hari ke-3 masa postpartum cairan yang keluar berwarna merah karena terisi darah yang segar, jaringan sisa plasenta, dinding Rahim, lemak bayi, lanugo (rambut bayi), dan meconium.
- b) Lokhea sanguinolenta, berwarna merah kecoklatan dan juga berlendir. Lokhea ini berlangsung dari hari ke-4 sampai hari ke-7 postpartum.
- c) Lokhea serosa, berwarna kuning kecoklatan karena mengandung serum, leukosit, dan robekan laserasi plasenta. Lokhea ini keluar pada hari ke 8 sampai hari ke-14.
- d) Lokhea alba atau putih, mengandung leukosit, sel desidua, sel epitel, selaput lender serviks, dan serabut jaringan yang mati. Lokhea alba ini dapat berlangsung selama 2- 6 minggu postpartum.
- e) Lochea purulenta, terjadi infeksi keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- f) Lochea stasis, lochea tidak lancar keluarnya

3) Sistem pencernaan

Ibu sering kali cepat lapar setelah melahirkan dan siap makan pada 1-2 jam postpartum. Seringkali pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3-4 hari sebelum faal usus kembali normal.

d. Perubahan Psikologis

Menurut Astuti dkk (2015) dalam menjalani adaptasi setelah melahirkan, ibu akan mengalami fase-fase berikut:

1) Fase *Taking In*

Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan yang berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada saat itu, fokus perhatian ibu terutama pada dirinya sendiri. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya.

2) Fase *Taking Hold*

Fase *taking hold* adalah fase yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan marah.

3) Fase *Letting Go*

Fase *letting go* merupakan fase dimana ibu menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya sudah meningkat.

e. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

Berikut kebutuhan dasar masa nifas menurut Sulistyawati (2015):

1) Nutrisi dan Cairan

Kebutuhan gizi pada masa nifas sebaiknya mengandung tinggi kalori. Kecukupan gizi selama 6 bulan pertama masa laktasi 330 kalori lebih tinggi daripada saat tidak hamil. Pantangan makanan pada masa nifas dapat menurunkan asupan gizi ibu yang akan berpengaruh terhadap kesehatan ibu dan produksi ASI. Ibu nifas membutuhkan nutrisi yang cukup dengan gizi seimbang terutama kebutuhan protein dan karbohidrat. Ibu memerlukan 20 gram protein di atas kebutuhan normal ketika menyusui untuk pertumbuhan dan pengganti sel-sel yang rusak atau mati.

2) Ambulasi atau mobilisasi

Perawatan masa nifas kini lebih aktif dengan dianjurkan untuk mobilisasi dini setelah 2 jam (ibu boleh miring ke kanan atau ke kiri). Mobilisasi meningkatkan kontraksi dan retraksi otot-otot uterus setelah bayi lahir.

3) Eliminasi

Ibu dianjurkan untuk buang air kecil dalam 2 jam pertama. Semakin lama urin tertahan dalam kandung kemih maka dapat menyebabkan infeksi. Dengan melakukan mobilisasi dini secepatnya, tidak jarang kesulitan untuk BAK dapat diatasi.

4) Personal *Hygiene*

Menurut Varney (2011) wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan. Cara menguranginya sangat sederhana yaitu dengan membuat kulit tetap bersih dan kering dengan cara mandi minimal 2 kali sehari.

5) Istirahat

Pada masa postpartum, ibu membutuhkan istirahat dan tidur yang cukup. Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal, di antaranya mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus, memperbanyak

perdarahan, menyebabkan depresi, dan ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

f. Asuhan Nifas Normal

Asuhan nifas sesuai standar menurut Kementerian Kesehatan RI (2020) adalah sebagai berikut:

1) Asuhan nifas 6 jam sampai 2 hari setelah persalinan

Fokus asuhan yang dilakukan pada kunjungan nifas ini adalah mencegah perdarahan hebat, membantu agar uterus berkontraksi dengan baik, merawat kebersihan jalan lahir, mengosongkan kandung kemih, memberi minum atau makan, mengenali tanda-tanda bahaya.

2) Asuhan nifas 3-7 hari setelah persalinan

Fokus pemeriksaan yang dilakukan pada kunjungan nifas ini adalah tanda-tanda vital, payudara, uterus, lochea, perineum, pemeriksaan kaki. Sedangkan fokus asuhan yang dilakukan adalah personal hygiene, istirahat, latihan fisik/olahraga/senam, gizi, asupan air.

3) Asuhan nifas 8-28 hari setelah persalinan

Asuhan nifas pada kunjungan ini yaitu melanjutkan pemantauan keadaan ibu dan bayi dari kunjungan sebelumnya. Asuhan yang diberikan pun hampir sama dengan asuhan nifas hari ke 3-7.

4) Asuhan nifas 29-42 hari setelah persalinan

Asuhan nifas pada kunjungan ini juga melanjutkan pemantauan ibu dan bayinya dari kunjungan sebelumnya. Selain itu, untuk menanyakan kepada ibu tentang penyulit yang dialami ibu atau bayinya dan memberikan konseling tentang KB.

6. Konsep Dasar Keluarga Berencana

a. Pengertian

Kontrasepsi adalah upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan. Upaya ini dapat bersifat sementara maupun bersifat permanen dan dapat dilakukan dengan menggunakan cara, alat, atau obat-obatan. Keluarga berencana adalah usaha untuk mengukur jumlah dan jarak yang diinginkan. Untuk mencapai hal-hal tersebut maka dibuatlah beberapa cara atau alternatif untuk mencegah ataupun menunda kehamilan. Cara-cara tersebut termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga (Sulistiyawati, 2015).

b. Macam-Macam Metode KB Ibu Menyusui (BKKBN, 2015)

1) Metode Amenore Laktasi (MAL)

Kontrasepsi yang mengendalikan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan ataupun lainnya.

2) Kondom

Selubung/sarung karet yang dapat terbuat dari berbagai bahan di antaranya lateks (karet, plastik (vinili) atau bahkan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual.

3) Suntik Progestin

Sangat efektif dan aman dapat dipakai oleh semua perempuan dalam usia reproduksi. Kembalinya kesuburan lebih lambat, rata-rata 4 bulan. Suntikan ini cocok untuk ibu menyusui karena tidak mengganggu produksi ASI. Cara kerja suntikan progestin ini adalah mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis atau atrofi dan menghambat transportasi gamet oleh tuba.

4) Pil progestin

Alat kontrasepsi ini cocok untuk ibu menyusui yang ingin memakai pil KB karena kandungannya tidak mengganggu produksi ASI. Sangat efektif apabila diminum secara benar dan tepat waktu.

5) Implan

Alat kontrasepsi ini cocok untuk ibu menyusui karena tidak mengganggu produksi ASI dan efektif digunakan selama 3-5 tahun tergantung jenis implan yang digunakan.

6) AKDR

Merupakan alat kontrasepsi yang dipasang dalam Rahim. Jenis AKDR yang sering dipakai yaitu AKDR CuT-380a. Cara kerjanya menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke dalam tuba falopii, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu (Prawirohardjo, 2014)

Keuntungan AKDR:

- (a) Sebagai kontrasepsi efektifitasnya tinggi.
- (b) AKDR dapat efektif segera setelah pemasangan.
- (c) Metode jangka panjang
- (d) Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
- (e) Tidak ada efek samping hormonal.
- (f) Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI (Prawirohardjo, 2014).

Keterbatasan AKDR

- (a) Perubahan siklus menstruasi, haid lebih lama dan banyak, perdarahan *spotting*, dan saat haid lebih sakit.
- (b) Tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS
- (c) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan.

(d) Penyakit radang panggul terjadi sesudah perempuan dengan IMS memakai AKDR. RPP dapat memicu infertilitas (Prawirohardjo, 2014).