

BAB II

KAJIAN TEORI DAN KASUS

A. Kajian Teori

1. Asuhan Berkelanjutan (*Continuity Of Care*)

Continuity of care merupakan hal yang mendasar dalam model praktik kebidanan untuk memberikan asuhan yang holistik, membangun kemitraan yang berkelanjutan untuk memberikan dukungan, dan membina hubungan saling percaya antara bidan dengan klien.¹² Kemenkes RI menyatakan bahwa Asuhan Kebidanan Berkelanjutan terdiri dari 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* yang dilakukan oleh bidan pada umumnya berorientasi untuk meningkatkan kesinambungan pelayanan dalam suatu periode.

Continuity of Care memiliki 3 jenis pelayanan yaitu manajemen, informasi dan hubungan. Kesinambungan manajemen melibatkan komunikasi antar perempuan dan bidan. Kesinambungan informasi menyangkut ketersediaan waktu yang relevan. Kedua hal tersebut penting untuk mengatur dan memberikan pelayanan kebidanan.¹² Manfaat *Continuity of care* dapat diberikan melalui tim bidan yang berbagi beban kasus, yang bertujuan untuk memastikan bahwa ibu menerima semua asuhannya dari satu bidan atau tim praktiknya. Bidan dapat bekerja sama secara multi disiplin dalam melakukan konsultasi dan rujukan dengan tenaga kesehatan lainnya.¹² Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan dari bidan hampir delapan kali lipat lebih besar untuk melakukan persalinan di bidan yang sama. Perempuan yang mendapat pelayanan berkesinambungan oleh bidan melaporkan kepuasan lebih tinggi terkait informasi, saran, penjelasan, tempat persalinan, persiapan persalinan, pilihan untuk menghilangkan rasa sakit, dan pengawasan oleh

bidan. Penelitian di Denmark memiliki kesamaan hasil penelitian bahwa dengan *Continuity of Care* mendapatkan pengalaman yang membaik, mengurangi morbiditas maternal, mengurangi penggunaan intervensi pada saat persalinan termasuk operasi *Caesar*, meningkatkan jumlah persalinan normal dibandingkan dengan perempuan yang merencanakan persalinan dengan tindakan. Hasil yang signifikan secara *continuity of care* secara *women center* meliputi dukungan, partisipasi dalam pengambilan keputusan, perhatian terhadap psikologis, kebutuhan dan harapan pada saat akan melahirkan, informasi dan menghargai perempuan.¹³

2. Kehamilan

a. Definisi

Proses Kehamilan merupakan mata rantai yang berkesinambungan dan terdiri dari ovulasi, migrasi spermatozoa dan ovum, konsepsi dan pertumbuhan zigot, nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta dan tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm.¹⁰ Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal adalah 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi menjadi 3 triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga dari bulan ketujuh sampai 9 bulan. Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional (2018), kehamilan adalah fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Jika dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27) dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40).¹¹

b. Perubahan anatomi dan fisiologis

1) Perubahan pada Sistem Reproduksi

a) Uterus

Ukuran uterus pada kehamilan cukup bulan: 30 x 25 x 20 cm dengan kapasitas lebih dari 4000 cc, berat uterus naik secara luar biasa, dari 30 gram menjadi 1000 gram pada akhir kehamilan (40 minggu). Bentuk dan konsistensi uterus pada bulan-bulan pertama kehamilan, bentuk rahim seperti buah alpukat, pada kehamilan 4 bulan. Rahim berbentuk bulat, dan pada akhir kehamilan seperti bujur telur. Pada minggu pertama, *isthmus* rahim mengadakan *hipertrofi* dan bertambah panjang sehingga jika di raba terasa lebih lunak disebut *Tanda Hegar*. Pada kehamilan 5 bulan, rahim teraba seperti berisi cairan ketuban, dinding rahim terasa tipis, karena itu, bagian-bagian janin dapat diraba melalui dinding perut dan dinding rahim.¹⁴

Tabel 1. Tinggi Fundus Uteri Sesuai Usia Kehamilan

Tinggi Fundus Uteri	Usia Kehamilan
1- 2 jari di atas symphysis	12 minggu
Pertengahan antara simfisis – pusat	16 minggu
3 jari dibawah pusat	20 minggu
Setinggi pusat	24 minggu
3 jari diatas pusat	28 minggu
Pertengahan Px dan pusat	32 minggu
3 jari dibawah Px	36 minggu
Pertengahan antara Px dan pusat	40 minggu

Dalam memantau tumbuh kembang janin dengan mengukur Tinggi Fundus Uteri (TFU) dalam satuan sentimeter (cm) dengan alat pengukur metlin bahwa TFU sama dengan ± 2 cm dari usia kehamilan saat itu.¹⁵

b) Vagina dan Vulva

Karena pengaruh *estrogen*, terjadi perubahan pada vagina dan vulva. Akibat *hipervaskularisasi*, vagina dan vulva terlihat lebih

merah atau kebiruan. Warna livid pada vagina dan *porsio serviks* disebut *Tanda Chadwick*.¹⁵

2) Mammae

Mammae akan membesar, tegang, berat, memiliki unsur laktogenik, dan memengaruhi sejumlah perubahan metabolik akibat adanya hormon somatomotropin korionik (*human placental lactogen* atau HPL). Dapat teraba *nodule-nodule*, akibat *hipertrofi* kelenjar alveoli, bayangan vena-vena lebih membiru. Hiperpigmentasi terjadi pada puting susu dan *areola* payudara. Kalau diperas, keluar air susu jolong*kolostrum* yang berwarna kuning. Progesteron dan estrogen juga menstimulasi melanosit sehingga puting dan areola mammae primer menjadi gelap. Pada kehamilan 12 minggu ke atas keluar cairan berwarna putih agak jernih dari puting yang disebut kolostrum.¹⁴

3) Sistem Muskuloskeletal

Ligamen pelvis mengalami relaksasi dalam pengaruh relaksin dan estrogen, yang memungkinkan pelvis meningkat kemampuan mengakomodasi bagian presentasi selama kala akhir kehamilan dan persalinan. Simfisis pubis akan melebar dan sendi sakro-koksigeal menjadi longgar, memungkinkan koksigidis tergeser. Perubahan ini menyebabkan rasa tidak nyaman di punggung bawah seperti nyeri punggung bawah dan nyeri ligamen.¹⁶

4) Traktus Urinaria

Pada akhir kehamilan, akan terjadi poliuria akibat kepala janin sudah mulai turun ke pintu atas panggul menekan kandung kemih dan disebabkan oleh adanya peningkatan sirkulasi darah di ginjal pada kehamilan, sehingga filtrasi di glomerulus juga meningkat.¹⁷

5) Sistem Metabolisme

Umumnya, kehamilan mempunyai efek pada metabolisme, karena itu wanita hamil perlu mendapat makanan yang bergizi dalam kondisi sehat. Pada ibu hamil, tingkat *Basal Metabolic Rate* (BMR) meninggi hingga 15-25% terutama pada trimester akhir dan

membutuhkan banyak kalori untuk dipenuhi sesuai kebutuhannya. Dibutuhkan protein yang banyak untuk pertumbuhan fetus, alat kandungan, payudara, dan badan ibu, serta untuk persiapan laktasi.¹⁷ Pada trimester ke-2 dan ke-3 pada perempuan dengan gizi baik dianjurkan menambah berat badan per minggu sebesar 0,4 kg, sedangkan pada perempuan dengan gizi kurang atau berlebih dianjurkan menambah berat badan per minggu masing-masing 0,5 kg dan 0,3 kg.¹¹

Tabel 2. Rekomendasi Penambahan Berat Badan

Kategori	IMT (Kg/m ²)	Rekomendasi (Kg)
Rendah	< 19,8	12,5 – 18
Normal	19,8 – 26	11,5 – 16
Tinggi	26–29	7 – 11,5
Obesitas	>29	≥ 7
Gemelli		16 – 20,5

6) Sistem Integumen

Pigmentasi kulit dipengaruhi oleh meningkatnya *melanophore stimulating hormone* (MSH) yang dikeluarkan oleh hipofisis anterior. Deposit pigmen ini dapat terjadi pada muka yang disebut kloasma gravidarum, areola mammae, linea alba, linea nigra dan pada perut seperti retak-retak yang disebut striae livide, dan vulva.¹⁷

c. Faktor Risiko

Faktor risiko adalah kondisi pada ibu hamil yang dapat menyebabkan kemungkinan risiko/ bahaya terjadinya komplikasi pada persalinan yang dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas pada ibu dan/ atau bayinya.¹⁸

1) Kelompok I

Ada Potensi Gawat Obstetrik/ APGO, terdapat 10 faktor risiko yaitu 7 Terlalu dan 3 Pernah. Kelompok ini pada kehamilan yang mempunyai

masalah yang perlu diwaspadai. Selama kehamilan, Ibu hamil sehat tanpa ada keluhan yang membahayakan tetapi harus waspada karena ada kemungkinan dapat terjadi penyulit atau komplikasi dalam persalinan.

2) Kelompok II

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

3) Kelompok III

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

d. *Antenatal Care*

Berdasarkan (Kemenkes RI, 2016) *Antenatal care* adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional untuk ibu hamil selama masa kehamilan yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang ditetapkan. *Antenatal care* (ANC) merupakan pelayanan yang diberikan pada ibu hamil untuk memonitor, mendukung kesehatan ibu, dan mendeteksi ibu apakah ibu hamil normal atau bermasalah. ANC merupakan perawatan kesehatan yang diajukan kepada ibu hamil sebelum dan selama hamil dengan tujuan mendeteksi secara dini masalah kesehatan ibu dan janin, memberikan penyuluhan atau pendidikan kesehatan dan perencanaan persalinan (Madriwati, 2013).¹⁹

Tujuan dilakukannya pemeriksaan ANC adalah:

1. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
2. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, maternal, dan sosial ibu dan bayi.
3. Mengenali secara dini ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
4. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat ibu dan bayinya dengan trauma seminimal mungkin.

5. Mempersiapkan ibu agar nifas berjalan normal dan pemberian ASI eksklusif.
6. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dapat menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.¹⁹

Pemeriksaan *Antenatal Care* terbaru sesuai dengan standar pelayanan yaitu minimal 6 kali pemeriksaan selama kehamilan, dan minimal 2 kali pemeriksaan oleh dokter pada trimester I dan III. 2 kali pada trimester pertama (kehamilan hingga 12 minggu), 1 kali pada trimester kedua (kehamilan di atas 12 minggu sampai 26 minggu), 3 kali pada trimester ketiga (kehamilan di atas 24 minggu sampai 40 minggu) (Buku KIA Terbaru Revisi tahun 2020). Standar pelayanan *antenatal care* adalah pelayanan yang dilakukan kepada ibu hamil dengan memenuhi kriteria 10 T yaitu :

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- 2) Ukur tekanan darah
- 3) Nilai status gizi (ukur lingkar lengan atas/LILA)
- 4) Pemeriksaan puncak rahim (tinggi fundus uteri)
- 5) Tentukan presentasi janin dan denyut janin (DJJ)
- 6) Skrining status imunisasi tetanus dan berikan imunisasi tetanus toksoid (TT) bila diperlukan.
- 7) Pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan.
- 8) Tes laboratorium, tes kehamilan, pemeriksaan hemoglobin darah (hb), pemeriksaan golongan darah (bila belum pernah dilakukan sebelumnya), pemeriksaan protein urin (bila ada indikasi) yang pemberian pelayanan disesuaikan dengan trimester kehamilan.
- 9) Tatalaksana/ penanganan kasus sesuai kewenangan.
- 10) Temu wicara (konseling) (Permenkes, 2016).

3. Infeksi Saluran Kemih (ISK) pada Ibu Hamil

a. Definisi Infeksi Saluran Kemih

Infeksi Saluran Kemih (ISK) adalah infeksi akibat berkembangbiaknya mikroorganisme di dalam saluran kemih, yang dalam keadaan normal air kemih tidak mengandung bakteri, virus atau mikroorganisme lain. Infeksi saluran kemih dapat terjadibaik di pria maupun wanita dari semua umur, dan dari kedua jenis kelamin ternyata wanita lebih sering menderita daripada pria (Sudoyo Aru,dkk 2013).²⁰ Berdasarkan (IDI, 2011) ISK adalah istilah umum untuk menyatakan adanya pertumbuhan bakteri di dalam saluran kemih, meliputi infeksi di parenkim ginjal sampai infeksi di kandung kemih. Pertumbuhan bakteri yang mencapai >100.000 unit koloni per ml urin segar pancar tengah (*midstream urine*) pagi hari, digunakan sebagai batasan diagnosa ISK.²¹

b. Etiologi Infeksi Saluran Kemih (ISK) pada ibu hamil

Selama kehamilan terdapat perubahan morfologi saluran kemih yang menyebabkan wanita hamil lebih rentan terkena ISK.²² Infeksi saluran kemih merupakan reaksi inflamasi sel – sel urotelium yang melapisi saluran kemih.²³ Berdasarkan Morgan, etiologi infeksi saluran kemih pada ibu hamil salah satunya adalah kebiasaan *hygiene* yang buruk seperti tidak cukup bersih membilas atau mengganti pakaian dalam atau pembalut sehingga menyebabkan bakteri menghampiri uretra untuk memperbanyak diri, dan mengusap dari belakang ke depan sehingga bakteri masuk dari rektum ke uretra.²³ Beberapa kondisi yang dapat mempengaruhi patogenisitas ISK meliputi jenis kelamin dan aktivitas seksual, obstruksi, disfungsi kandung kemih neurogenik, refluks vesikoureteral, dan kehamilan. Infeksi pada berbagai lokasi dapat terjadi bersama atau sendiri dan dapat asimtomatik atau dengan gejala klinis.²³

Peningkatan kadar hormon progesteron dan obstruksi akibat pembesaran uterus pada masa kehamilan menyebabkan terjadinya perubahan anatomi maupun fisiologi saluran kemih.²³ Obstruksi di sebelah

distal kandung kemih maupun di sepanjang traktus urinarius menyebabkan penumpukan urin, yang merupakan media bagi pertumbuhan bakteri. Obstruksi yang tidak diatasi dapat menimbulkan infeksi atau bahkan menyebabkan gagal ginjal.²⁴ Pada kehamilan tua dan penurunan peristaltik ureter, terjadi dilatasi ureter terutama pada sisi kanan.²⁴ ISK pada masa kehamilan memiliki komplikasi meliputi pielonefritis, bakteriuria asimtomatik, dan sistisis. Pielonefritis menyebabkan morbiditas dan mortalitas ibu dan janin, sedangkan bakteriuria asimtomatik menyebabkan komplikasi abortus, bayi lahir prematur dan bayi lahir dengan berat badan rendah.²⁴

Diagnosa pasti ISK pada ibu hamil ditandai dengan adanya bakteriuri yang bermakna, walaupun tidak selalu disertai dengan gejala klinis, dan merupakan *Gold Standard* untuk menetapkan proses infeksi saluran kemih. Berdasarkan Cunningham, suatu kondisi dengan bakteriuria yang signifikan tetapi tidak ada gejala ISK disebut bakteriuria asimtomatik.²⁴ Namun, terdapat beberapa faktor yang juga mempengaruhi terjadinya ISK pada masa kehamilan, antara lain usia muda (24-34 tahun), usia kehamilan (insiden tertinggi pada 30-32 minggu), tingkat pendidikan yang rendah, aktivitas seksual, multiparitas, dan kondisi sosio-ekonomi yang kurang.²⁶ *Staphylococcus aureus* merupakan agen penyebab yang mencakup >70% dari ISK. Di laboratorium klinik Mikrobiologi Universitas Indonesia pada tahun 2015 jenis kuman yang terbanyak ialah *Staphylococcus aureus* (55%) di urutan kedua *Eschericia coli* (32%) dan yang ketiga ialah *Klebsiella pneumonia* (13%).²⁵ Berdasarkan penelitian (Derese et al., 2016) di Ethiopia menyatakan kelompok usia 25-34 tahun berisiko 3 kali lipat menderita ISK. ISK lebih sering terjadi pada usia muda, kemungkinan disebabkan pada usia tersebut penderita masih aktif secara seksual sehingga semakin sering terpapar dengan bakteri penyebab ISK.²⁶

c. Patofisiologi Infeksi saluran kemih pada ibu hamil

Pada awal kehamilan sekitar tujuh minggu usia kehamilan, ureter mulai berdilatasi karena relaksasi otot polos yang disebabkan oleh hormon progesteron. Kemudian, puncaknya pada 22-26 minggu usia kehamilan, kompresi mekanis dari rahim yang semakin membesar memperburuk keadaan hidronefrosis kehamilan. Selain itu, peningkatan volume plasma selama kehamilan menyebabkan penurunan konsentrasi urin dan peningkatan volume kandung kemih. Semua faktor ini meningkatkan stasis urin dan refluks uretero-vesika. Selain itu, perbedaan pH urin dan osmolalitas, serta glikosuria yang diinduksi kehamilan dan aminoaciduria lebih lanjut memfasilitasi pertumbuhan bakteri dan ISK.²⁶

Beberapa perubahan fisiologis pada saluran kemih disebabkan karena kehamilan. Perubahan tersebut di antaranya terjadi pada :

1) Ginjal

Ukuran ginjal akan membesar lebih kurang 1,5 cm dibandingkan saat tidak hamil. Laju filtrasi glomerular (GFR/ *Glomerular Filtration Rate*) dan aliran plasma ginjal (*renal plasma flow*) juga akan meningkat. Peningkatan GFR sebesar 25% terjadi 2 minggu setelah konsepsi dan sebesar 50% pada awal trimester II. Peningkatan GFR ini akan menyebabkan frekuensi berkemih yang lebih sering.²²

2) Ureter

Ukuran uterus yang semakin membesar dan keluar dari rongga pelvis akan menyebabkan tekanan di dalam ureter semakin meningkat sehingga ureter akan berdilatasi. Dilatasi ureter ini dapat terjadi sebelum usia kehamilan 14 minggu, dan lebih sering terjadi pada bagian kanan (86%) dibandingkan bagian kiri.²² Hormon progesteron yang meningkat selama kehamilan akan menyebabkan relaksasi otot polos ureter sehingga peristaltik ureter akan berkurang (Dielubanza and Schaeffer, 2011, Cunningham, 2014, Schnarr and Smaill, 2008).²²

3) Kandung kemih

Perubahan yang terjadi pada kandung kemih lebih sering terjadi setelah kehamilan 12 minggu. Tekanan oleh kepala janin yang semakin membesar akan menghambat aliran darah dan limfe dari kandung kemih, sehingga menjadi edem dan rentan terhadap trauma.⁹ Penekanan ini juga dapat menyebabkan terjadinya refluks vesikoureteral.²⁷ Hormon progesteron menyebabkan relaksasi otot polos kandung kemih sehingga kontraksi melemah. Melemahnya kontraksi kandung kemih ini akan menyebabkan retensi urin yang memudahkan pertumbuhan bakteri.²⁷

Mikroorganisme memasuki saluran kemih tersebut melalui empat cara, yaitu:

- 1) *Ascending*, kuman penyebab ISK pada umumnya adalah kuman yang berasal dari flora normal usus dan hidup secara komensal introitus vagina, preposium penis, kulit perineum, dan sekitar anus
- 2) Hematogen (*descending*) disebut demikian bila sebelumnya terjadi infeksi pada ginjal yang akhirnya menyebar sampai ke dalam saluran kemih melalui peredaran darah.
- 3) Limfogen (jalur limfatik) jika masuknya mikroorganisme melalui sistem limfatik yang menghubungkan kandung kemih dengan ginjal namun ini jarang terjadi.
- 4) Langsung dari organ sekitar yang sebelumnya sudah terinfeksi atau eksogen sebagai akibat dari pemakaian kateter.²⁷

Penyebaran infeksi terjadi secara *ascending* akibat berpindahannya flora dubur menuju vagina dan mengganggu flora normal di vagina, kemudian masuk ke kandung kemih melalui uretra. Bakteri yang telah berkolonisasi di kandung kemih dapat bermultiplikasi, kemudian naik menuju ureter, dan apabila terjadi refluks vesikoureteral, bakteri dapat naik (*ascending*) menuju parenkim ginjal.²²

d. Tanda dan Gejala

Berdasarkan Permenkes RI (2014) ISK dapat diketahui dengan beberapa gejala seperti demam, susah buang air kecil, nyeri setelah buang

air besar (disuria terminal), sering buang air kecil, kadang-kadang merasa panas ketika berkemih, nyeri pinggang dan nyeri suprapubik.²¹ Sedangkan tanda dan gejala wanita hamil yang mengalami ISK berdasarkan *American College of Obstetricians and Gynecologists*, yaitu:

- i. Nyeri atau perih ketika buang air kecil
- ii. Urine berwarna keruh dan bau urin yang menyengat
- iii. Nyeri pada area panggul atau punggung bagian bawah
- iv. Sering buang air kecil

e. Diagnosis

Diagnosis dari ISK dapat diketahui dengan adanya keluhan (simptomatik) yang didapat dari anamnesis, dalam hal ini sistisis berupa disuria, polakisuria, konturia, strangiuria, dan pada pemeriksaan laboratorium ditemukan bakteriuria, pyuria, uji nitrit pada urin positif, leukosit esterase urin positif, serta *antibody coated bacteria* pada infeksi saluran kemih bagian atas. Dikatakan bakteriuria asimtomatik apabila ditemukan bakteriuria signifikan namun tanpa gejala ISK.²²

Diagnosa ISK dapat ditegakkan dengan pemeriksaan mikrobiologi dengan kultur urin, yaitu adanya >100.000 cfu/ml koloni bakteri pada media pertumbuhan dan ditemukan jumlah leukosit >10 /lpb pada pemeriksaan mikroskopis urin.²¹ ISK juga sering disertai dengan gejala terdesak berkemih, sering berkemih, dan/ atau nyeri di saluran kemih bagian bawah.²¹

f. Tata Laksana Infeksi Saluran Kemih (ISK) pada Ibu Hamil

Semua wanita hamil dengan ISK harus diterapi. Pemberian terapi pada wanita hamil dengan ISK dapat menurunkan insiden bakteriuria dari 86% menjadi 11%, dan menurunkan angka komplikasi hingga 80%. Pemberian terapi perlu diperhatikan efek samping berbagai antibiotik tersebut pada kehamilan. Efek samping yang dapat terjadi antara lain reaksi anafilaktik oleh penisilin dan sefalosporin, *fetal hyperbilirunemia* oleh *sulfonamide*, defisiensi *glucose-6-phosphate dehydrogenase* oleh nitrofurantoin, dan *trimethoprim* bersifat teratogenik.²⁷ Antibiotik oral

yang boleh diberikan pada ibu hamil dengan ISK yaitu: Amoksisilin 3 x 500 mg, Sefadroksil 2 x 500 mg, Sefaleksin 3 x 250 mg, Fosfomisin 3 gr dosis tunggal, Nitrofurantoin 3 x 100 mg (tidak digunakan pada trimester ketiga), Kotrimoksazol 2 x 960 mg (hanya boleh digunakan pada trimester kedua).²¹

Berdasarkan Permenkes RI (2014) penatalaksanaan non-farmakologi ISK adalah minum air putih minimal 2 liter/ hari bila fungsi ginjal normal serta menjaga higienitas genitalian eksterna, tidak menahan buang air kecil jika sudah merasakan sensasi untuk BAK, menghindari penggunaan sabun kewanitaan, menjaga daerah genital agar tetap kering dan bersih, membersihkan area kewanitaan dari arah depan ke belakang, mengeringkan alat kelamin setelah BAK dan BAB untuk meminimalisir pertumbuhan bakteri, menggunakan celana yang tidak ketat dan menyerap keringat. Sedangkan terapi farmakologi yaitu dengan pemberian terapi obat antibiotik.²⁰

4. Persalinan

a. Definisi

Persalinan adalah proses di mana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan di mulai sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap.¹⁰ Persalinan dan kelahiran normal merupakan proses pengeluaran janin yang terjadi saat usia kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala dan berlangsung kurang lebih 18 jam, tanpa adanya komplikasi baik pada ibu maupun pada janin.¹¹ persalinan dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu:

1) Persalinan spontan

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

2) Persalinan buatan

Persalinan yang dibantu dengan tenaga dari luar, misalnya dengan ekstraksi vakum, forsep, ataupun *sectio caecarea*.

3) Persalinan anjuran

Persalinan yang berlangsung dengan pemberian obat untuk merangsang timbulnya kontraksi, misalnya dengan pemecahan ketuban, pemberian pitocin, atau prostaglandin.

b. Teori Persalinan

1) Teori Keregangan Otot Rahim

Selama kehamilan, di dalam tubuh perempuan terdapat dua hormon yang dominan yaitu estrogen dan progesteron. Hormon estrogen berfungsi untuk meningkatkan sensitivitas otot rahim serta memudahkan penerimaan rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin, dan mekanis. Sedangkan, hormon progesteron berfungsi untuk menurunkan sensitivitas otot rahim, menghambat rangsangan dari luar seperti rangsangan oksitosin, prostaglandin dan mekanis serta menyebabkan otot rahim dan otot polos relaksasi.²⁸ Otot rahim mempunyai kemampuan meregang dalam batas tertentu. Apabila batas tersebut telah terlewati maka akan terjadi kontraksi, sehingga persalinan dapat dimulai.²⁹

2) Teori Penurunan progesterone

Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur 28 minggu, di mana terjadi penimbunan jaringan ikat, pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibat otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone tertentu.¹⁰ Villi korionik mengalami perubahan-perubahan dan produksi progesterone mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya, otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesterone.²⁸

3) Teori Oksitosin Internal

Oksitosin dikeluarkan oleh kelenjar hipofisis posterior. Perubahan keseimbangan estrogen dan progesteron dapat mengubah sensitivitas otot rahim sehingga sering terjadi kontraksi Braxton Hicks. Menurunnya konsentrasi progesteron akibat tuanya usia kehamilan menyebabkan oksitosin meningkatkan aktifitas sehingga persalinan dimulai.

4) Teori Janin

Terdapat hubungan hipofisis dan kelenjar suprarenal yang menghasilkan sinyal kemudian diarahkan kepada maternal sebagai tanda bahwa janin telah siap lahir. Namun mekanisme ini belum diketahui secara pasti.³¹

5) Teori Prostaglandin

Prostaglandin sangat meningkat pada cairan amnion dan desidua dari minggu ke-15 hingga aterm, dan kadarnya meningkat hingga ke waktu partus. Diperkirakan terjadinya penurunan progesteron dapat memicu *interleukin-1* untuk dapat melakukan "*hidrolisis gliserofosfolipid*", sehingga terjadi pelepasan dari asam arakidonat menjadi prostaglandin, PGE2 dan PGF2 alfa. Terbukti pula bahwa saat mulainya persalinan, terdapat penimbunan dalam jumlah besar asam arakidonat dan prostaglandin dalam cairan amnion. Di samping itu, terjadi pembentukan prostasiklin dalam miometrium, desidua, dan *korion leave*. Prostaglandin dapat melunakkan serviks dan merangsang kontraksi, bila diberikan dalam bentuk infus, per os, atau secara intravaginal.²⁹

6) Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang semakin tua seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga timbul kontraksi rahim.³⁰

c. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Berdasarkan Sulistyawati (2013) terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi kemajuan persalinan yaitu:

- 1) *Power* (kekuatan ibu), kekuatan yang mendorong janin dalam persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma, dan aksi dari ligamen. Kekuatan primer yang diperlukan dalam persalinan adalah his, sedangkan sebagai kekuatan sekundernya adalah tenaga meneran ibu. Meliputi frekuensi, durasi, dan intensitas kontraksi uterus, tekanan abdomen yang terjadi akibat mengejan pada kala II persalinan.
- 2) *Passage* (jalan lahir), jalan lahir terdiri dari panggul ibu yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang vagina). Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya dengan jalan lahir yang relatif kaku. Oleh karena itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai. Tulang panggul dibentuk oleh gabungan tulang ilium, tulang iskiium, tulang pubis, dan tulang-tulang sacrum. Meliputi ukuran panggul, bentuk panggul dan kemampuan serviks untuk membuka dan kemampuan vagina untuk meregang.
- 3) *Passanger* (janin dan plasenta), meliputi ukuran janin, terutama kepala janin, sikap janin, yang mendeskripsikan hubungan antara kepala, bahu, dan tungkai janin terhadap satu sama lain, letak janin, yang menunjukkan hubungan antara aksis panjang janin dengan aksis panjang ibu, presentasi janin, yang mendeskripsikan bagian janin yang masuk panggul pertama kali, posisi janin, yang menunjukkan arah bagian presentasi menghadap yaitu depan, samping, atau belakang panggul ibu.
- 4) *Penolong*

Peran dari penolong persalinan adalah mengantisipasi dan menangani komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin, dalam hal ini tergantung dari kemampuan dan kesiapan penolong dalam menghadapi proses persalinan.
- 5) *Psyche* (kondisi psikis) yang meliputi persiapan fisik, emosi, dan intelektual ibu, pengalaman melahirkan ibu sebelumnya, sikap budaya ibu, dukungan dari orang yang penting bagi ibu.

d. Tanda Persalinan

1) Terjadinya His Persalinan

His persalinan memiliki sifat: pinggang terasa sakit, yang menjalar ke depan, sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar, dan kontraksi uterus mengakibatkan perubahan uterus.

2) *Bloody Show*

Pengeluaran lendir disertai darah melalui vagina. Dengan his permulaan, terjadi perubahan pada serviks yang menimbulkan pendataran dan pembukaan, lendir yang terdapat di kanalis servikalis lepas, kapiler pembuluh darah pecah, yang menjadikan perdarahan sedikit.

3) Pengeluaran Cairan

Terjadi akibat pecahnya ketuban atau selaput ketuban robek. Sebagian besar ketuban baru pecah menjelang pembukaan lengkap tetapi kadang pecah pada pembukaan kecil.¹⁰

e. Tahapan Persalinan

1) Kala I (kala pembukaan)

Inpartu ditandai dengan keluarnya lendir bercampur darah karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pecahnya pembuluh darah kapiler sekitar kanalis servikalis karena pergeseran-pergeseran, ketika serviks mendatar dan membuka.¹⁰ Multigravida dilatasi akan lebih cepat karena mulai usia kehamilan 38 minggu serviks mungkin sudah mengalami pembukaan sehingga saat memasuki inpartu perlunakan dan dilatasi terjadi bersama-sama. Sedangkan pada primigravida saat hamil tidak ada pembukaan sehingga saat inpartu serviks akan melunak diikuti dengan pembukaan.¹⁰

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan serviks, hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm).

Persalinan kala I dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif:

- a) Fase laten, di mana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung selama 7-8 jam.³² Yang perlu dicatat di lembar observasi pada kala I fase laten, yaitu : denyut jantung janin (DJJ) diperiksa setiap 1 jam, frekuensi dan lamanya kontraksi uterus diperiksa setiap 1 jam, nadi diperiksa setiap 30-60 menit, suhu tubuh diperiksa setiap 4 jam, tekanan darah diperiksa setiap 4 jam, pembukaan serviks dan penurunan kepala diperiksa setiap 4 jam sekali.
- b) Fase aktif (pembukaan serviks 4-10 cm), berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase.
 - a) Periode akselerasi: berlangsung selama 2 jam, pembukaan menjadi 4cm.
 - b) Periode dilatasi maksimal: berlangsung selama 2 jam, pembukaan berlangsung cepat menjadi 9cm.
 - c) Periode deselerasi: berlangsung lambat, dalam 2 jam pembukaan menjadi 10 cm atau lengkap.³²

Pada fase persalinan, frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selama 40 detik atau lebih) dan terjadi penurunan bagian terbawah janin. Berdasarkan *kurve Friedman*, diperhitungkan pembukaan pada primigravida 1 cm/jam dan pembukaan multigravida 2 cm/jam.³²

2) Kala II (Kala Pengeluaran)

Kala II persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala II pada primigravida berlangsung selama 2 jam dan multigravida 1 jam. Tanda dan gejala kala II yaitu: his semakin kuat, dengan interval 2 sampai 3 menit dengan durasi 50-100 detik, menjelang akhir kala I ketuban

pecah dan ditandai dengan pengeluaran cairan secara mendadak.¹⁰ Pembukaan lengkap, ibu ingin meneran, perineum menonjol, vulva vagina dan sfingter ani membuka.¹⁷

Penatalaksanaan Kala II, yaitu memberikan dukungan terus menerus kepada ibu dengan: menjaga kebersihan ibu, mengipasi dan massase untuk menambah kenyamanan ibu, memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan ibu, mengatur posisi sesuai kenyamanan ibu, menjaga kandung kemih tetap kosong, memberikan minum yang cukup, memimpin persalinan, memantau DJJ, melahirkan bayi, merangsang bayi.

3) Kala III (Kala Uri)

Kala III adalah periode persalinan yang dimulai dari lahirnya bayi sampai dengan lahirnya plasenta. Kala III persalinan terdiri atas dua fase, yaitu pelepasan plasenta dan ekspulsi (pengeluaran) plasenta. Segera setelah bayi dan air ketuban sudah tidak lagi berada di dalam uterus, kontraksi akan terus berlangsung dan ukuran rongga uterus akan mengecil. Pengurangan dalam ukuran uterus ini akan menyebabkan pengurangan dalam ukuran tempat melekatnya plasenta. Oleh karena tempat melekatnya plasenta tersebut menjadi lebih kecil, maka plasenta akan menjadi tebal atau mengkerut dan memisahkan diri dari dinding uterus. Sebagian dari pembuluh-pembuluh darah yang kecil akan robek saat plasenta lepas. Tempat melekatnya plasenta akan berdarah terus hingga uterus seluruhnya berkontraksi. Setelah plasenta lahir, dinding uterus akan berkontraksi dan menekan semua pembuluh-pembuluh darah ini yang akan menghentikan perdarahan dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Sebelum uterus berkontraksi, wanita tersebut bisa kehilangan darah 350-360 cc/menit dari tempat melekatnya plasenta tersebut. Uterus tidak bisa sepenuhnya berkontraksi hingga plasenta lahir dahulu seluruhnya. Oleh sebab itu, kelahiran yang cepat dari plasenta segera setelah ia melepaskan dari dinding uterus merupakan tujuan dari manajemen kebidanan dari kala III yang kompeten.

Manajemen aktif kala III berupa jepit potong tali pusat, sedini mungkin, pemberian oksitosin 10 IU sesegera mungkin dengan mengecek janin tunggal, melakukan penegangan tali pusat terkendali (PTT) dan masase fundus setelah plasenta lahir. Tanda-tanda pelepasan plasenta: ¹⁷

- a) Perubahan ukuran dan bentuk uterus
- b) Uterus menjadi bundar dan uterus terdorong ke atas karena plasenta sudah terlepas dari segmen bawah rahim
- c) Tali pusat memanjang
- d) Semburan darah tiba tiba

4) Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhirnya dua jam setelah proses tersebut. Setelah plasenta lahir, tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari di bawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada diantara anyaman-anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan. Pada fase ini perlu pemantauan intensif yaitu pemantauan 15 menit pada jam pertama setelah kelahiran plasenta, 30 menit pada jam kedua setelah persalinan, jika kondisi ibu tidak stabil, perlu dipantau lebih sering.¹⁷ Asuhan dan pemantauan pada kala IV:

- a) Kesadaran pasien, mencerminkan kebahagiaan karena tugasnya untuk mengeluarkan bayi telah selesai.
- b) Pemeriksaan yang dilakukan: tekanan darah, nadi, dan pernapasan dan suhu; kontraksi rahim yang keras; perdarahan yang mungkin terjadi dari plasenta rest, luka episiotomi, perlukaan pada serviks; kandung kemih dikosongkan karena dapat mengganggu kontraksi rahim.
- c) Bayi yang telah dibersihkan diletakkan disamping ibunya agar dapat memulai pemberian ASI.
- d) Observasi dilakukan selama 2 jam dengan interval pemeriksaan setiap jam.¹⁰

f. Langkah-langkah Asuhan Persalinan Normal

1) Melihat Tanda dan Gejala Kala Dua

- a) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran.
- b) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya.
- c) Perineum menonjol.
- d) Vulva-vagina dan sfingter anal membuka.

2) Menyiapkan Pertolongan Persalinan

- a) 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.
- b) Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
- c) 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.
- d) Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
- e) Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik)..

3) Memastikan pembukaan lengkap dengan janin Baik

- a) Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi

- b) Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. • Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
 - c) 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 (seperti di atas).
 - d) Memeriksa DJJ setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100 – 180 kali / menit).
 - e) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.
 - f) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.
- 4) Menyiapkan Ibu & Keluarga untuk membantu proses pimpinan meneran.
- a) Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.
 - b) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan.
 - c) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran.
 - d) Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman).
 - e) Melakukan pimpinan meneran saat Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran

- f) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran
 - g) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran.
 - h) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya
 - i) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.
 - j) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu.
 - k) Menganjurkan asupan cairan per oral.
 - l) Menilai DJJ setiap lima menit.
 - m) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60/menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera.
- 5) Persiapan Pertolongan Kelahiran Bayi.
- a) Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.
 - b) Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.
 - c) Membuka partus set.
 - d) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.
- 6) Menolong Kelahiran Bayi
- a) Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kelapa bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir. Jika ada mekonium dalam cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung setelah kepala lahir menggunakan penghisap lendir DeLee disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau bola karet penghisap yang baru dan bersih.

- b) Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
- c) Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi
- d) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
- e) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklemnya di dua tempat dan memotongnya.
- f) Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
- g) Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
- h) Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
- i) Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat panggul dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.

7) Penanganan Bayi Baru Lahir

- a) Menilai bayi dengan cepat, 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).
 - b) Segera mengeringkan bayi, membungkus kepala dan badan bayi kecuali bagian pusat.
 - c) Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
 - d) Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
 - e) Mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka.
 - f) Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.
- 8) Penanganan Bayi Baru Lahir
- a) Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.
 - b) Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.
 - c) Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu.
 - d) Penegangan tali pusat terkendali
 - e) Memindahkan klem pada tali pusat
 - f) Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.

- g) Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, menghentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai.
 - h) Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus. Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5 – 10 cm dari vulva.
 - i) Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpilin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.
 - j) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).
- 9) Menilai Perdarahan
- a) Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantong plastik atau tempat khusus.
 - b) Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.
- 10) Melakukan Prosedur Pasca Persalinan
- a) Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.

- b) Mencilupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.
- c) Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.
- d) Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.
- e) Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5 %.
- f) Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering.
- g) Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.
- h) Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam.
- i) Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.
- j) Mengevaluasi kehilangan darah.
- k) Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.
- l) Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi
- m) Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
- n) Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.

- o) Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
- p) Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5%
- q) Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
- r) Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.
- s) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang)

5. Masa Nifas

a. Definisi

Masa nifas berasal dari bahasa latin, yaitu *puer* artinya bayi dan *parous* artinya melahirkan atau masa sesudah melahirkan. Asuhan kebidanan masa nifas adalah penatalaksanaan asuhan yang diberikan pada pasien mulai dari saat setelah lahirnya bayi sampai dengan kembalinya tubuh dalam keadaan seperti sebelum hamil atau mendekati keadaan sebelum hamil. Masa nifas dimulai setelah 2 jam *post partum* dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologi maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan.³³

b. Tahapan Masa Nifas

Tahapan masa nifas terdiri dari:³³

- 1) Puerperium dini (*immediate puerperium*): kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan
- 2) Puerperium intermedial (*early puerperium*): kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu

- 3) Remote puerperium (*later puerperium*): waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila selama hamil dan waktu persalinan mempunyai komplikasi

c. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Sistem tubuh ibu akan kembali beradaptasi untuk menyesuaikan dengan kondisi post partum. Organ-organ tubuh ibu yang mengalami perubahan setelah melahirkan antara lain:³³

1) Sistem Reproduksi

a) Uterus

Involusi uteri dapat dikatakan sebagai proses kembalinya uterus pada keadaan semula atau keadaan sebelum hamil setelah melahirkan.³³ Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah seperti berikut ini ³² :

Tabel 3. Perubahan Uterus Masa Nifas

Involusi	TFU	Berat Uterus (gr)
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000
Uri lahir	2 jari dibawah pusat	750
1 minggu	Pertengahan simfisis	500
2 minggu	Tidak teraba di simfisis	350
6 minggu	Normal	50
8 minggu	Normal tapi sebelum hamil	30

Selama masa nifas, ibu akan mengeluarkan lochea, Lokia adalah ekskresi cairan rahim selama masa nifas yang berasal dari campuran antara darah dan decidua, biasanya berwarna merah muda atau putih pucat, memiliki bau amis meskipun tidak terlalu menyengat dan volumenya berbeda – beda pada setiap wanita. Lochea mengalami perubahan warna karena proses involusi.³³

Tabel 4. Perubahan Warna Lochea

Lochea	Waktu (hari)	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1 – 3	Merah kehitaman	Terdiri dari desidua
Sanguinolenta	3 – 7	Putih bercampur merah	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7 – 14	Kekuningan atau kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri leukosit dan robekan laserasi plasenta.
Alba	> 14	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut jaringan yang mati

b) Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Proses menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu produksi susu dan sekresi susu (*let down*). Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambat kelenjar *pituitary* akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Ketika bayi menghisap puting, reflek saraf merangsang *lobus posterior pituitary* untuk menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek *let down* (mengalirkan), sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui *sinus aktiferus* payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI dialirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak.³⁴

2) Tanda-tanda Vital

a) Suhu Badan

Pasca melahirkan dapat naik 0,5°C dari keadaan normal. Kenaikan suhu badan diakibatkan karena kerja keras sewaktu persalinaan, kehilangan cairan, maupun kelelahan³³

b) Nadi

Denyut nadi normal pada orang dewasa 60 – 80 kali per menit. Pasca melahirkan, denyut nadi dapat menjadi lebih cepat. Namun, jika denyut nadi lebih dari 100 kali per menit, harus waspada kemungkinan infeksi atau perdarahan post partum.³³

c) Tekanan darah

Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik, yang kembali secara spontan ke tekanan darah sebelum hamil selama beberapa hari.¹⁴

d) Pernafasan

Frekuensi pernafasan normal pada orang dewasa adalah 16-24 kali per menit. Pada ibu post partum umumnya pernafasan lambat atau normal karena dalam masa pemulihan atau kondisi istirahat.³³

3) Penurunan Berat Badan

Wanita mengalami penurunan berat badan rata-rata 12 pon (4,5 kg) pada waktu melahirkan. Penurunan ini mewakili gabungan berat bayi, plasenta dan cairan amnion. Wanita dapat kembali mengalami penurunan berat badan sebanyak 5 pon selama minggu pertama pascapartum karena kehilangan cairan (Varney, 2008).

4) Sistem kardiovaskuler

Pada persalinaan pervaginam hilang darah sekitar 300-400 cc. Perubahan terdiri dari volume darah dan hemokonsentrasi. Apabila pada persalinaan pervaginam, hemokonsentrasi akan naik dan pada SC hemokonsentrasi cenderung stabil dan kembali normal setelah 4- 6 minggu.³⁵

5) Sistem muskuloskeletal

Sistem muskuloskeletal pada ibu selama masa pemulihan/postpartum termasuk penyebab relaksasi dan kemudian hipermobilitas sendi serta perubahan pada pusat gravitasi. Stabilisasi sendi lengkap akan terjadi pada minggu ke-6 sampai ke-8 setelah wanita melahirkan. Dinding abdominal lembek setelah proses persalinan karena peregangan selama kehamilan.³⁶

6) Perubahan Sistem Pencernaan

Setelah kelahiran plasenta, maka terjadi pula penurunan produksi progesteron. Sehingga hal ini dapat menyebabkan heartburn dan konstipasi terutama dalam beberapa hari pertama. Kemungkinan terjadi hal ini karena kurangnya keseimbangan cairan selama persalinan dan adanya reflek hambatan defekasi dikarenakan adanya rasa nyeri pada perineum karena adanya luka episiotomy.³⁷

7) Perubahan Sistem Perkemihan

Diuresis dapat terjadi setelah 2-3 hari postpartum. Dieresis terjadi karena saluran urinaria mengalami dilatasi. Kondisi ini akan kembali normal setelah 4 minggu postpartum. Pada awal postpartum, kandung kemih mengalami edema, kongesti, dan hipotonik. Hal ini disebabkan oleh adanya overdistensi pada saat kala dua persalinan dan pengeluaran urine yang tertahan selama proses persalinan. Sumbatan pada uretra disebabkan oleh adanya trauma saat persalinan berlangsung dan trauma ini dapat berkurang setelah 24 jam postpartum.³⁴

8) Perubahan Psikologis Ibu Nifas

Periode Postpartum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Dalam menjalani adaptasi psikososial menurut Rubin setelah melahirkan, ibu akan melalui fase-fase sebagai berikut:³⁸

a) Masa *Taking In* (Fokus pada Diri Sendiri)

Masa ini terjadi 1-3 hari pasca-persalinan, ibu yang baru melahirkan akan bersikap pasif dan sangat tergantung pada dirinya (trauma), segala energinya difokuskan pada kekhawatiran tentang

badannya. Dia akan bercerita tentang persalinannya secara berulang-ulang.

b) Masa *Taking On* (Fokus pada Bayi)

Masa ini terjadi 3-10 hari pasca-persalinan, ibu menjadi khawatir tentang kemampuannya merawat bayi dan menerima tanggung jawabnya sebagai ibu dalam merawat bayi semakin besar. Perasaan yang sangat sensitive sehingga mudah tersinggung jika komunikasinya kurang hati-hati.

c) Masa *Letting Go*

Fase ini merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung 10 hari setelah melahirkan. Ibu mengambil langsung tanggung jawab dalam merawat bayinya, dia harus menyesuaikan diri dengan tuntutan ketergantungan bayinya dan terhadap interaksi social. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

d. Kebutuhan Dasar Ibu Nifas

1) Kebersihan diri

a) Perawatan 3-4 hari di rumah sakit cukup untuk mengembalikan fisik ibu yang baru bersalin dengan operasi. Sebelum pulang, sebaiknya ibu menguasai bagaimana cara merawat luka operasi. Biasanya, pasien diminta datang kembali ke dokter untuk pemantauan perawatan luka tujuh hari setelah pulang. Pasien boleh mandi seperti biasanya, setelah hari ke-5 operasi. Setelah itu keringkan dan rawat luka seperti biasa.

b) Jahitan bekas luka di perut ibu akan ditutupi kain kasa lembut. Kasa perut harus di lihat satu hari pascabedah. Apabila basah dan berdarah arus dibuka dan diganti. Umumnya, kasa perut dapat diganti pada hari ke 3-4 sebelum pulang dan seterusnya pasien menggantinya setiap hari. Luka dapat diberi salep Betadin sedikit.

- c) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Memastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah di sekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, baru kemudian membersihkan daerah sekitar anus. Memberikan nasehat ibu untuk membersihkan diri setiap kali selesai buang air kecil atau besar.
- d) Memberikan saran kepada ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya dua kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik, dan dikeringkan di bawah matahari atau disterika.
- e) Memberikan saran kepada ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.³⁵

2) Nutrisi dan Cairan

Ibu yang melahirkan secara normal, tidak ada pantangan diet. Dua jam setelah melahirkan ibu boleh minum dan makan seperti biasa bila ingin. Namun perlu diperhatikan jumlah kalori dan protein ibu menyusui harus lebih besar daripada ibu hamil, kecuali apabila ibu tidak menyusui bayinya. Kebutuhan pada masa menyusui meningkat hingga 25% yaitu untuk produksi ASI dan memenuhi kebutuhan cairan yang meningkat tiga kali dari biasanya. Penambahan kalori pada ibu menyusui sebanyak 500 kkal tiap hari.³⁹ Makanan yang dikonsumsi ibu berguna untuk melaksanakan aktivitas, metabolisme, cadangan dalam tubuh, proses produksi ASI serta sebagai ASI itu sendiri yang akan dikonsumsi bayi untuk pertumbuhan dan perkembangannya. Makanan yang dikonsumsi juga perlu memenuhi syarat, seperti susunanya harus seimbang, porsiya cukup dan teratur, tidak terlalu asin, pedas atau berlemak, tidak mengandung alcohol, nikotin serta bahan pengawet dan pewarna. Menu makanan yang seimbang mengandung unsur-unsur, seperti sumber tenaga, pembangunan, pengatur dan perlindungan.⁴⁰

3) Ambulasi

Pada masa nifas, perempuan sebaiknya melakukan ambulasi dini. Ambulasi dini adalah beberapa jam setelah melahirkan, segera bangun dari tempat tidur dan segera bergerak, agar lebih kuat dan lebih baik. Gangguan kemih dan buang air besar juga dapat teratasi. Mobilisasi sangat bervariasi, tergantung pada komplikasi persalinan, nifas, atau sembuhnya luka (jika ada luka). Jika tidak ada kelainan, lakukan mobilisasi sedini mungkin, yaitu dua jam setelah persalihan normal. Ini berguna untuk mempercepat sirkulasi darah dan mengeluarkan cairan vagina (lochea).

Tahapan mobilisasi dini dilakukan setelah kala IV. Setelah kala IV ibu bisa turun dari tempat tidurnya dan beraktivitas seperti biasa, hal ini dikarenakan pada masa persalinan kala IV ibu memerlukan istirahat yang cukup untuk memulihkan tenaga pada proses penyembuhan.⁴¹ Dalam persalinan normal, setelah 1 atau 2 jam persalinan ibu harus melakukan rentang gerak dalam tahapan mobilisasi dini, jika ibu belum melakukannya dalam rentang waktu tersebut maka ibu belum melakukan mobilisasi secara dini (late ambulation). Dalam waktu sekitar 2-6 jam bidan akan membantu ibu untuk melakukan mobilisasi dini, misalnya duduk di tempat tidur, duduk di bagian samping tempat tidur, serta mulai jalan dengan jarak yang dekat. Jika semakin cepat ibu dapat bergerak kembali maka proses menyusui dan merawat anak akan semakin cepat dan mudah dilakukan oleh ibu. Mobilisasi dini yang baik dapat mengurangi terjadinya perdarahan abnormal karena dengan melakukan mobilisasi dini maka kontraksi uterus akan baik, sehingga fundus uteri akan keras. Mobilisasi yang tidak baik dapat menyebabkan involusi uteri yang tidak baik sehingga darah-darah yang tersisa tidak dapat dikeluarkan dan menyebabkan infeksi.

4) Eliminasi

Rasa nyeri kadangkala menyebabkan keengganan untuk berkemih, tetapi ibu harus tetap berkemih secara teratur, karena kantung kemih yang penuh dapat menyebabkan gangguan kontraksi

rahim, yang dapat menyebabkan timbulnya perdarahan dari rahim. Seperti halnya dengan berkemih, perempuan pascapersalinan sering tidak merasakan sensasi ingin buang air besar, yang dapat disebabkan pengosongan usus besar (klisma) sebelum melahirkan atau ketakutan menimbulkan robekan pada jahitan dikemaluan. Sebenarnya kotoran yang dalam beberapa hari tidak dikeluarkan akan mengeras dan dapat menyulitkan dikemudian hari.

Pengeluaran air seni akan meningkat 24-48 jam pertama sampai hari ke-5 setelah melahirkan. Hal ini terjadi karena volume darah meningkat pada saat hamil tidak diperlukan lagi setelah persalinan. Oleh karena itu, ibu perlu belajar berkemih secara spontan dan tidak menahan buang air kecil ketika ada rasa sakit pada jahitan. Menahan buang air kecil akan menyebabkan terjadinya bendungan air seni dan gangguan kontraksi rahim sehingga pengeluaran cairan vagina tidak lancar. Sedangkan buang air besar akan sulit karena ketakutan akan rasa sakit, takut jahitan terbuka atau karena adanya haemoroid (wasir). Kesulitan ini dapat dibantu dengan mobilisasi dini, mengonsumsi makanantinggi serat dan cukup minum.

5) Istirahat

Wanita pasca persalinan harus cukup istirahat. Delapan jam pasca persalinan, ibu harus tidur terlentang untuk mencegah perdarahan. Sesudah 8 jam, ibu boleh miring kekiri atau kekanan untuk mencegah trombosis. Ibu dan bayi ditempatkan pada satu kamar. Pada hari kedua, bila perlu dilakukan latihan senam. Pada hari ketiga umumnya sudah dapat duduk, hari keempat berjalan dan hari kelima sudah dapat dipulangkan. Makanan yang diberikan harus bermutu tinggi dan cukup kalori, cukup protein dan banyak buah.

Anjurkan untuk mencegah kelelahan yang berlebihan, usahakan untuk rileks dan istirahat yang cukup, terutama saat bayi sedang tidur. Memintah bantuan suami atau keluarga ketika ibu merasa lelah.

Putarkan dan dengarkan lagu-lagu klasik disaat ibbu dan bayi sedang istirahat untuk menghilangkan rasa tegang dan lelah.

6) Seksualitas

Setelah persalinan pada masa ini ibu menghadapi peran baru sebagai orang tua sehingga sering melupakan perannya sebagai pasangan. Namun segera setelah ibu merasa percaya diri dengan peran barunya dia akan menemukan waktu dan melihat sekelilingnya serta menyadari bahwa dia telah kehilangan aspek lain dalam kehidupannya yang juga penting. Oleh karena itu perlu memahami perubahan yang terjadi pada istri sehingga tidak punya perasaan diabaikan. Anjuran:

- a) Secara fisik, aman untuk melakukan hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu atau dua jarinya kedalam vagina tanpa rasa nyeri. Begitu ibu merasakan aman untuk melakukan hubungan suami istri kapan saja ibu siap.
- b) Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai waktu tertentu setelah 40 hari atau 6 minggu pasca persalinan. Keputusan tergantung pada pasangan yang bersangkutan.
- c) Kerjasama dengan pasangan dalam merawat dan memberikan kasih sayang kepada bayinya sangat dianjurkan.

e. Tanda Bahaya Ibu Nifas

Tanda-tanda bahaya masa nifas adalah sebagai berikut:

- 1) Perdarahan pervaginam yang luar biasa atau tiba-tiba bertambah banyak (lebih dari perdarahan haid biasa atau bila memerlukan pergantian pembalut-pembalut 2 kali dalam setengah jam).
- 2) Pengeluaran cairan vagina yang berbau busuk.
- 3) Rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung.
- 4) Sakit kepala yang terus menerus, nyeri ulu hati, atau masalah penglihatan.
- 5) Pembengkakan diwajah atau ditangan.

- 6) Demam, muntah, rasa sakit sewaktu BAK atau jika merasa tidak enak badan.
- 7) Payudara yang bertambah atau berubah menjadi merah panas dan atau terasa sakit.
- 8) Kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama.
- 9) Rasa sakit merah, lunak dan atau pembengkakan dikaki.
- 10) Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengasuh sendiri bayinya atau dirinya sendiri.
- 11) Merasa sangat letih dan nafas terengah-engah.

f. Kunjungan Ulang Masa Nifas (KF)

Waktu kunjungan nifas KF1-KF3 menurut Panduan pelayanan operasional persalinan dan nifas normal bagi tenaga kesehatan (2015) menganjurkan ibu untuk melakukan kontrol/ kunjungan masa nifas setidaknya 3 kali :

- 1) Kunjungan Nifas Pertama (KF1) Adalah kunjungan nifas pada masa mulai dari 6 jam setelah persalinannya. Asuhan yang diberikan meliputi mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri, mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, memberikan konseling bagaimana cara mencegah atonia uteri, pemberian ASI awal, melakukan hubungan antara ibu dan bayi, menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermia.
- 2) Kunjungan Nifas Kedua (KF2) Adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-4 sampai hari ke-28 setelah persalinan. Asuhan yang diberikan pada KF2 yaitu memastikan involunsi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilikus dan tidak ada tanda-tanda perdarahan abnormal; menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, dan perdarahan abnormal; memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup; memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi; memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit; memberikan konseling kepada ibu mengenai

asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.

- 3) Kunjungan Nifas Ketiga (KF3) Adalah kunjungan nifas dalam kurun waktu hari ke-29 sampai dengan hari ke-42 setelah persalinan. Asuhan pada KF3 yaitu menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami dan memberikan konseling untuk KB secara dini, imunisasi, dan tanda- tanda bahaya yang dialami oleh ibu dan bayi.

6. Bayi Baru Lahir

a. Definisi

Bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang berusia 0-28 hari. Bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram.¹¹ Neonatus dini adalah bayi berusia 0-7 hari. Neonatus lanjut adalah bayi berusia 8-28 hari.⁴² Pengkajian kondisi umum bayi pada menit pertama dan kelima dengan menggunakan nilai apgar.

Tabel 5. Nilai APGAR Bayi Baru Lahir

Tanda	Nilai 0	Nilai 1	Nilai 2
<i>Appearance</i> (warna kulit)	Biru, pucat	Tubuh merah muda, ekstremitas biru	Seluruh tubuh merah muda
<i>Pulse</i> (frekuensi jantung)	Tidak ada	Kurang dari 100 kali per menit	Lebih dari 100 kali per menit
<i>Grimace</i> (Respon terhadap rangsang)	Tidak ada	Meringis minimal	Batuk atau bersin
<i>Active</i> (Tonus otot)	Lunglai	Fleksi ekstremitas	Aktif
<i>Respiration</i> (Pernapasan)	Tidak ada	Lambat, tidak teratur	Baik atau menangis

b. Penanganan bayi baru lahir

1) Perawatan Tali Pusat

Perawatan tali pusat yang benar dapat mengurangi insiden infeksi pada neonatus. Yang terpenting dalam perawatan tali pusat adalah menjaga agar tali pusat tetap kering dan bersih.

2) Inisiasi Menyusui Dini dan Pemberian Nutrisi

Segera setelah dilahirkan bayi diletakkan di dada atau perut atas ibu selama paling sedikit satu jam untuk memberi kesempatan pada bayi untuk mencari dan menemukan puting ibunya. Manfaat IMD adalah membantu stabilisasi pernafasan, mengendalikan suhu tubuh, menjaga kolonisasi kuman yang aman, dan mencegah infeksi nosokomial.¹¹

3) Pencegahan hipotermi

Pada waktu bayi baru lahir, bayi belum mampu mengatur tetap suhu badannya, dan membutuhkan pengaturan dari luar untuk membuatnya tetap hangat. Bayi baru lahir harus dibungkus hangat.¹¹

4) Pemberian Injeksi Vitamin K

Pemberian vitamin K dapat menurunkan insiden kejadian perdarahan akibat defisiensi vitamin K1 (PDVK) yang dapat menyebabkan kematian neonatus. Dosis pemberian vit 0,5-1 mg secara IM.

5) Pemberian Salep Mata

Pemberian antibiotik profilaksis pada mata dapat mencegah terjadinya konjungtivitis. Konjungtivitis pada bayi baru lahir sering terjadi terutama pada bayi dengan ibu yang menderita penyakit menular seksual. Konjungtivitis ini muncul pada 2 minggu pertama setelah kelahiran. Profilaksis mata yang sering digunakan yaitu tetes mata silver nitrat 1%, salep mata eritromisin, dan salep mata tetrasiklin.

6) Injeksi Hepatitis B

Imunisasi Hepatitis B pertama diberikan 1-2 jam setelah pemberian Vitamin K1 secara intramuskular. Imunisasi Hepatitis B bermanfaat

untuk mencegah infeksi Hepatitis B terhadap bayi, terutama jalur penularan ibu-bayi

c. Keadaan Bayi Baru Lahir Normal

Bayi baru lahir dikatakan normal apabila;

- 1) Frekuensi napas 40-60 kali per menit
- 2) Frekuensi denyut jantung 120-160 kali per menit
- 3) Suhu badan bayi 36,5 – 37,5⁰C
- 4) Berat badan bayi 2500-4000 gram
- 5) Umur kehamilan 37 – 40 mg
- 6) Gerakan aktif dan warna kulit kemerahan
- 7) Panjang lahir 48-52 cm
- 8) Kepala normal 33-37 cm.

d. Klasifikasi Neonatus

Bayi baru lahir atau neonatus di bagi dalam beberapa kasifikasi, yaitu:

- 1) Neonatus menurut masa gestasinya:
 - a) Kurang bulan (*preterm infant*): < 259 hari (37 minggu)
 - b) Cukup bulan (*term infant*): 259-294 hari (37-42 minggu)
 - c) Lebih bulan (*postterm infant*): > 294 hari (42 minggu atau lebih)
- 2) Neonatus menurut berat badan lahir :
 - a) Berat lahir rendah: <2500 gram
 - b) Berat lahir cukup: 2500-4000 gram
 - c) Berat lahir lebih: >4000 gram
- 3) Neonatus menurut berat lahir terhadap masa gestasi (masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilan):
 - a) Nenonatus cukup/kurang/lebih bulan (NCB/NKB/NLB)
 - b) Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

e. Kunjungan Neonatal

Kunjungan neonatal dalah pelayanan kesehatan kepada neonatus sedikitnya 3 kali yaitu Kunjungan neonatal I (KN1) pada 6 jam sampai dengan 48 jam setelah lahir, Kunjungan neonatal II (KN2) pada hari ke 3

s/d 7 hari, dan Kunjungan neonatal III (KN3) pada hari ke 8 – 28 hari. Asuhan bayi baru lahir pada 0 – 6 jam yaitu asuhan bayi baru lahir normal, dilaksanakan segera setelah lahir, dan diletakkan di dekat ibunya dalam ruangan yang sama.⁴³

Asuhan bayi baru lahir dengan komplikasi dilaksanakan satu ruangan dengan ibunya atau di ruangan khusus. Pemeriksaan neonatus pada 6 jam sampai 28 hari pada periode ini dapat dilaksanakan di puskesmas/ pustu/ polindes/ poskesdes dan/atau melalui kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan.

Pemeriksaan neonatus dilaksanakan di dekat ibu, bayi didampingi ibu atau keluarga pada saat diperiksa atau saat diberikan pelayanan kesehatan. Pada setiap kunjungan neonatus dilakukan pemeriksaan antropometri seperti berat badan, panjang badan, lingkar kepala, dan suhu bayi. Bayi yang disusui dapat meningkat berat badannya sedikit kurang 1 ons (100 gram) per hari.¹⁴

f. Kebutuhan Dasar Neonatus

1. Nutrisi

Pada jam-jam pertama energi didapatkan dari perubahan karbohidrat. Pada hari kedua energy berasal dari pembakaran lemak setelah mendapat susu kurang lebih hari ke-6. Kebutuhan energy bayi pada tahun pertama sangat bervariasi menurut usia dan berat badan. Taksiran kebutuhan selama dua bulan adalah sekitar 120 kkal/kgBB/hari. Secara umum, selama 6 bulan pertama bayi membutuhkan energy sebesar 115-120 kkal/kgBB/hari.⁴²

2. Eliminasi

Pengeluaran mekonium biasanya dalam 10 jam pertama dan dalam 4 hari biasanya tinja sudah berbentuk dan berwarna biasa.⁴² Feses pertama ini berwarna hijau kehitaman, lengket serta mengandung empedu, asam lemak, lendir dan sel epitel. Sejak hari ketiga hingga ke lima kelahiran, feses mengalami tahap transisi dan menjadi berwarna kuning kecoklatan. Urin pertama dikeluarkan dalam 24 jam pertama dan

setelahnya dengan frekuensi yang semakin sering seiring meningkatnya asupan cairan. Urin encer, berwarna kuning dan tidak berbau.¹¹

3. Istirahat dan Tidur

Bayi baru lahir tidur 16-18 jam sehari, paling sering blog waktu 45 menit sampai 2 jam. Bayi dapat menangis setidaknya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari (Walsh, 2007:103).

4. *Personal Hygiene*

Bayi dimandikan ditunda sampai sedikitnya 4-6 jam setelah kelahiran, setelah suhu bayi stabil. Mandi selanjutnya 2-3 kali seminggu. Mandi menggunakan sabun dapat menghilangkan minyak dari kulit bayi, yang sangat rentan untuk mongering. Pencucian rambut hanya perlu dilakukan sekali atau dua kali dalam seminggu. Pemakaian popok harus dilipat sehingga putung tali pusat terbuka ke udara, yang mencegah urin dan feses membasahi tali pusat. Popok harus diganti beberapa kali sehari ketika basah.

5. Aktivitas

Bayi normal melakukan gerakan-gerakan tangan dan kaki yang simetris pada waktu bangun. Adanya tremor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.¹¹ Bayi dapat menangis setidaknya 5 menit per hari sampai sebanyak-banyaknya 2 jam per hari, bergantung pada temperamen individu. Alasan paling umum untuk menangis adalah lapar, ketidaknyamanan karena popok basah, suhu ekstrim, dan stimulasi berlebihan.

6. Psikososial

Kontak kulit dengan kulit juga membuat bayi lebih tenang sehingga didapat pola tidur yang lebih baik. Bayi baru lahir waspada dan sadar terhadap lingkungannya saat ia terbangun. Jauh dari pasif, bayi bereaksi terhadap rangsang dan mulai pada usia yang sangat dini untuk mengumpulkan informasi tentang lingkungannya.⁴³

7. Keluarga Berencana

a. Definisi

Keluarga berencana (KB) merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Maka dari itu, pemerintah mencanangkan program atau cara untuk mencegah dan menunda kehamilan. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang di dalam rahim.⁴⁴

b. Tujuan Program KB

Tujuan dilaksanakan program KB yaitu untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan kekuatan sosial ekonomi suatu keluarga dengan cara pengaturan kelahiran anak agar diperoleh suatu keluarga bahagia dan sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya.⁴⁵ Keluarga berencana memiliki beberapa tujuan yaitu:

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

c. Sasaran Keluarga Berencana

Sasaran langsung KB yaitu pasangan usia subur yang wanitanya berusia antara 15-49 tahun, karena pasangan usia subur ini adalah pasangan yang aktif melakukan hubungan seksual dan mudah terjadinya kehamilan. Pasangan Usia Subur (PUS) diharapkan secara bertahap menjadi peserta

KB yang aktif lestari sehingga memberi efek langsung penurunan fertilisasi.

d. Definisi kontrasepsi

Kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra yang berarti "melawan" atau "mencegah", sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Jadi kontrasepsi adalah menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan akibat adanya pertemuan antara sel telur.⁴⁶

e. Prinsip Kerja Kontrasepsi

Cara kerja kontrasepsi pada dasarnya adalah meniadakan pertemuan antara sel telur (ovum) dengan sel mani (sperma). Ada tiga cara untuk mencapai tujuan tersebut diantaranya adalah menekan keluarnya sel telur (ovulasi), menahan masuknya sperma ke dalam saluran kelamin wanita sampai mencapai ovum dan yang ketiga adalah menghalangi nidasi.⁴⁷

f. Macam-macam Metode Kontrasepsi

Macam-macam metode kontrasepsi dibagi menjadi:⁴⁷

1) Metode Kontrasepsi Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana terdiri dari 2, yaitu:

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

2) Metode Kontrasepsi Hormonal

Metode kontrasepsi hormonal pada dasarnya dibagi menjadi 2, yaitu:

- a) Kombinasi (mengandung hormon progesterone dan estrogen sintetik) dan yang hanya berisi progesterone saja. Kontrasepsi hormonal kombinasi terdapat pada pil dan suntikan/ injeksi.

- b) Progesterone, kontrasepsi hormone yang berisi progesteron terdapat pada pil, suntik dan implant.
- 3) Metode Kontrasepsi dengan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)
Metode kontrasepsi ini secara garis besar dibagi menjadi 2, yaitu:
 - a) AKDR yang mengandung hormon sintetis (sintetis progesteron) dan yang tidak mengandung hormon.
 - b) AKDR yang mengandung hormon Progesterone atau Levonorgestrel yaitu Progestasert (Alza-T dengan daya kerja 1 tahun, LNG-20 mengandung Levonorgestrel).
- 4) Metode Kontrasepsi Mantap
Metode kontrasepsi mantap terdiri dari 2 macam, yaitu:
 - a) Metode Operatif Wanita (MOW), sering dikenal dengan tubektomi karena prinsip metode ini adalah memotong atau mengikat saluran tuba/tuba falopii sehingga mencegah pertemuan antara ovum dan sperma
 - b) Metode Operatif Pria (MOP), sering dikenal dengan nama vasektomi, vasektomi yaitu memotong atau mengikat saluran vas deferens sehingga cairan sperma tidak dapat keluar atau ejakulasi.

g. Jenis Alat Kontrasepsi

Macam-macam alat kontrasepsi yang aman dan tidak mengganggu laktasi meliputi metode amenorea laktasi (MAL), pil progestin, suntik progestin, implan dengan progestin dan alat kontrasepsi dalam rahim. Semua metode baik hormonal maupun non hormonal dapat digunakan sebagai metode dalam pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan, akan tetapi pada masa menyusui bayi, ada beberapa yang disarankan agar tidak mengganggu produksi ASI yaitu di antaranya :

1) Metode Amenore Laktasi (MAL)

Metode Amenorea Laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, hanya

Air Susu Ibu saja tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya.

1. Keuntungan kontrasepsi

Segera efektif, tidak mengganggu senggama, tidak ada efek samping secara sistematis, tidak perlu pengawasan medis, tidak perlu obat atau alat dan tanpa mengeluarkan biaya.

2. Keuntungan Nonkontrasepsi

Keuntungan non kontrasepsi bagi bayi yaitu akan mendapat kekebalan pasif (mendapat antibodi perlindungan lewat air susu ibu), sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal dan terhindar dari keterpaparan terhadap kontaminasi dari air susu lain atau formula. Sedangkan bagi Ibu dapat mengurangi perdarahan pascapersalinan, mengurangi risiko anemia dan meningkatkan hubungan psikologis ibu dan bayi.

2) Pil Progestin

Pil progestin (minipil) adalah pil kontrasepsi yang hanya mengandung progestin saja tanpa estrogen dengan dosis progestin yang kecil (0,5 atau kurang). Pil progestin dapat mulai diberikan dalam 6 minggu pertama pasca persalinan.

- a) Keuntungan : cocok untuk perempuan yang menyusui, efektif pada masa laktasi, tidak menurunkan kadar ASI, tidak memberikan efek samping estrogen.
- b) Keterbatasan : mengalami gangguan haid, harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama, bila lupa satu pil saja kegagalan menjadi lebih besar, risiko kehamilan cukup tinggi, mahal.

3) Suntik Progestin

Suntik progestin merupakan suntik yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral, mempunyai efek progestagen yang kuat dan sangat efektif. Jenisnya yaitu *Depo Medroksi Progesteron Asetat* (Depo Provera) dan *Depo Noretisteron Enantat* (Depo Noristerat).

- a) Keuntungan dari suntik progestin : pencegahan kehamilan jangka panjang, tidak berpengaruh pada hubungan suami istri, tidak pengaruh pada ASI, sedikit efek samping, dapat digunakan pada perempuan usia >35 tahun.
- b) Keterbatasan suntik progesteron Sering ditemukan gangguan haid, klien tergantung pada pelayanan kesehatan, tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu, terlambatnya kembali kesuburan setelah berhenti penghentian pemakaian.

4) Implant

Implant adalah metode kontrasepsi hormonal yang efektif, tidak permanen dan dapat mencegah terjadinya kehamilan antara tiga hingga lima tahun. Metode ini sangat efektif (0,2-1 kehamilan per 100 perempuan).

a) Keuntungan Implant

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

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

5) IUD

IUD merupakan kontrasepsi sangat efektif dan berjangka panjang. Sebagai kontrasepsi, efektivitasnya tinggi. Sangat efektif yaitu 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan). Cara kerja IUD antara lain menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba fallopi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu.⁵⁰ Pemeriksaan sesudah IUD dipasang dilakukan pada 1 minggu pasca pemasangan, 3 bulan berikutnya, berikutnya setiap 6 bulan sekali.

B. Kajian Kasus

1. Asuhan Kehamilan

Pengkajian dilakukan di Puskesmas Umbulharjo I dimulai sejak pengambilan data awal pada tanggal 13 Januari 2022. Pengkajian tidak hanya dilakukan di Puskesmas Umbulharjo I tetapi juga dilakukan melalui kunjungan rumah dan juga secara *online* menggunakan *Whatsapp*. Jenis data yaitu data primer dari anamnesa dan pemeriksaan, serta data sekunder yang diperoleh melalui rekam medis dan buku KIA pasien.

a. Kunjungan ANC tanggal 13 Januari 2022 pukul 09.30 WIB

Asuhan kebidanan kehamilan pada Ny. Z pertama kali dilakukan pada tanggal 13 Januari 2022 di Puskesmas Umbulharjo I diperoleh Ny. Z berusia 26 tahun datang ke puskesmas ingin memeriksakan kehamilannya dan saat ini merasa sering BAK. Berdasarkan riwayat menstruasi, menarche 13 tahun, siklus 28 hari, lama menstruasi 5-6 hari, tidak mengalami dismenorea, ganti pembalut 3-4 kali/ hari serta tidak mengalami keputihan. Ny. Z menikah 1 kali dan lama pernikahan dengan suami sudah menikah selama 1 tahun. HPHT 01 Mei 2021, HPL 08 Februari 2022, saat ini umur kehamilan 36 minggu 5 hari. Kehamilan ini merupakan kehamilan pertama bagi Ny. Z dan tidak pernah mengalami keguguran.

Ny. Z mulai memeriksakan kehamilannya saat umur kehamilan 7 minggu 1 hari. Ny. Z mengatakan selama kehamilan teratur melakukan pemeriksaan *antenatal care* di puskesmas dan dokter spesialis obsgyn. Selama hamil Ny. Z pernah mengalami mual pada saat awal kehamilan dan keluhan mual sudah teratasi saat memasuki trimester ke-2. Pada trimester II, ibu mengeluh ketidaknyaman punggung pegal – pegal. Pada saat trimester III, ibu merasa sering buang air kecil. Ny. Z hanya mengonsumsi obat yang diberikan oleh bidan/ dokter yaitu asam folat, tablet tambah darah, dan kalsium

Ny. Z belum pernah menggunakan alat kontrasepsi jenis apapun. Berdasarkan riwayat kesehatan, Ny. Z tidak pernah dan tidak sedang menderita penyakit hipertensi, DM, asma, jantung, HIV dan Hepatitis B. Keluarga ibu Ny. Z tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, DM, asma, jantung, HIV dan Hepatitis B. Status imunisasi TT Ny. Z yaitu sudah TT5 saat caten (tahun 2021). Ny. Z juga sudah melakukan vaksinasi COVID - 19 dosis I menggunakan vaksin sinovac pada tanggal 12/08/2021 dan dosis II pada tanggal 02/09/2021. Ny. Z juga mengatakan dalam 14 hari tidak pergi keluar kota atau kontak erat dengan pasien positif Covid-19.

Ibu mengatakan tidak ada keluhan pada pola nutrisi. Pola nutrisi makan sehari 3x/hari dengan porsi sedang, terdiri dari nasi, sayur, lauk, buah kadang-kadang. Minum air putih sehari \pm 6 – 7 gelas per hari. Pola eliminasi: BAB 1x/hari, BAK \pm 6 – 8 x / hari. Ibu mengatakan pola istirahat, tidur siang kurang lebih 1 jam/hari, dan tidur malam kurang lebih 8 jam/hari. Pada pengkajian data personal hygiene : mandi 2x/hari, ganti celana 2x/hari, bahan katun, area kewanitaannya jarang dikeringkan setelah BAK/BAB.

Ny. Z tidak pernah mengonsumsi jamu selama kehamilan, tidak pernah melakukan hal – hal yang dapat membahayakan janin seperti merokok, minum – minum keras. Ibu mengatakan suami juga tidak merokok dan tidak pernah minum – minuman keras. Pola aktivitas sehari-hari Ny. Z yaitu sebagai IRT dan pekerjaan suami swasta. Suami dan

keluarga merasa senang dengan kehamilan ini karena sudah menanti kehadiran anak pertama. Ny. Z berencana untuk melahirkan di klinik bersalin ditolong oleh bidan dengan menggunakan jaminan kesehatan BPJS, alat transportasi menggunakan motor. Ibu mengatakan sudah menyiapkan kebutuhan untuk persiapan kelahiran anaknya.

Berdasarkan pengkajian data objektif, keadaan umum ibu baik, TD 123/79 mmHg, nadi 88 kali/menit, respirasi 20 kali/menit, suhu 36,6°C, BB sebelum hamil 53 kg, BB saat ini 69 kg, TB 163 cm, Lila 24,5 cm, IMT 19,94 kg/m². Hasil pemeriksaan fisik bagian kepala normal tidak ada kelainan, bentuk wajah simetris, sklera mata putih, konjungtiva merah muda, bagian leher tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, bagian ekstremitas tangan dan kaki bentuk simetris tidak oedema/bengkak, reflek patela kanan – kiri positif. Pemeriksaan payudara : simetris, puting menonjol, areola hiperpigmentasi, kolostrum belum keluar. Berdasarkan pemeriksaan abdomen didapatkan hasil perut membesar sesuai usia kehamilan, simetris, tidak terdapat bekas luka operasi. TFU Mc donald 30 cm, pada perut ibu bagian atas teraba bagian bulat lunak tidak melenting (bokong janin), pada pada perut ibu bagian kanan teraba bagian-bagian terkecil janin kesimpulan alat gerak janin, pada bagian perut bagian kiri teraba bagian yang keras seperti papan, (punggung janin), pada bagian perut bagian bawah teraba bagian bulat, teras dan sudah tidak bisa di goyangkan, kesimpulan bagian terendah janin adalah kepala. Tangan pemeriksa divergen (kepala janin sudah masuk pintu atas panggul). DJJ 140 kali/menit, irama teratur. TBJ 2945 gram, tidak ada oedem di ekstermitas.

Berdasarkan pemeriksaan laboratorium tanggal 13 Januari 2022 pukul 10.33 WIB didapatkan hasil kadar Hb : 11,4 gr/dl, urine rutin : warna kuning, kekeruhan : keruh, berat jenis 1020, pH : 6,5, reduksi negatif, glukosa negatif, leukosit +, protein urine positif 1, keton negatif, bilirubin negatif, urobilinogen negatif, nitrit negatif, epitel +, eritrosit +, leukosit +, eritrosit 0-1, kristal negatif, silinder negatif, bakteri negatif, jamur negatif.

Berdasarkan data subjektif dan objektif diperoleh diagnosa Ny. Z usia 26 tahun G1P0Ab0Ah0 umur Kehamilan 36 minggu 5 hari, janin hidup, tunggal, punggung kiri, memanjang, presentasi kepala dengan risiko infeksi saluran kemih. Penatalaksanaan yang diberikan adalah menjelaskan hasil pemeriksaan, menjelaskan ketidaknyamanan kehamilan trimester III, KIE keluhan sering buang air kecil, KIE *personal hygiene*, konseling untuk memperbanyak minum air putih dan tidak menahan BAK apabila terasa ingin berkemih, menjelaskan tanda-tanda persalinan, memberitahu ibu untuk memantau gerak janin, memberikan ibu terapi obat berupa tablet tambah darah sebanyak 30 tablet diminum 1x1 dan kalk sebanyak 30 tablet diminum 1 x 1 serta memberitahukan jadwal kunjungan ulang 1 minggu lagi.

b. Kunjungan ANC pada tanggal 20 Januari 2022 pukul 08.55 WIB

Ibu datang ke Puskesmas Umbulharjo I ingin melakukan pemeriksaan kehamilan dan saat ini masih mengeluh sering BAK serta terkadang terasa sedikit nyeri ketika BAK. Obat tablet tambah darah dan kalsium yang telah diberikan pada kunjungan hamil sebelumnya sudah teratur diminum dan belum habis. Ibu mengatakan gerakan janin aktif > 10 kali dalam 12 jam. Saat ini umur kehamilan 37 minggu 5 hari. Berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan umum baik, TD 107/71 mmHg dan BB 70 kg. Berdasarkan pemeriksaan abdomen didapatkan hasil TFU Mc donald 30 cm, punggung kanan, presentasi kepala, dan sudah masuk panggul. DJJ : 150 x/menit, irama teratur. Hasil pemeriksaan penunjang laboratorium pada tanggal 20 Januari 2022 pukul 09.43 WIB urine rutin: warna kuning, kekeruhan : keruh, berat jenis 1010, pH 6, reduksi negatif, glukosa negatif, leukosit ++, protein negatif, keton negatif, bilirubin negatif, urobilinogen negatif, nitrit negatif, epitel +, leukosit penuh, kristal negatif, silinder negatif, bakteri +.

Diagnosa pada kasus ini adalah Ny. Z umur 26 tahun G1P0Ab0Ah0 UK 37 minggu 5 hari dengan infeksi saluran kemih pada kehamilan. Penegakan diagnosa didasarkan hasil pengkajian subjektif berupa anamnesa pada Ny. Z yang mengeluh sering buang air kecil, terasa nyeri

ketika BAK, dan hasil pemeriksaan penunjang laboratorium yang menunjukkan urine berwarna kuning keruh, leukosit ++, epitel +, bakteri + yang menunjukkan bahwa Ny. Z mengalami infeksi saluran kemih.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu, memberikan konseling untuk tetap menjaga *personal hygiene* dengan membersihkan kemaluan dari arah depan ke belakang, mengeringkan alat genitalia setelah BAK/BAB menggunakan tisu atau handuk bersih, menggunakan celana yang berbahan katun dan menyerap keringat, apabila celana dalam sudah lembab segera ganti yang baru, tidak menahan BAK apabila sudah terasa ingin berkemih. Ny. Z juga dianjurkan untuk memenuhi asupan nutrisi dan cairan selama hamil, minum air putih minimal 2- 3 liter per hari, konseling untuk selalu memantau gerakan janin, kolaborasi kepada dokter (poli BPU) terkait hasil laboratorium dan terapi obat untuk mengatasi infeksi saluran kemih pada Ny. Z. Ny. Z mendapatkan terapi obat antibiotik sesuai *advice* dokter berupa antibiotik amoxycillin 3 x 500 mg/ 8 jam sebanyak 21 tablet untuk 1 minggu dan harus dihabiskan. Memberitahu Ny. Z untuk meneruskan secara teratur terapi obat berupa tablet tambah darah dan kalk yang telah diberikan dan memberitahukan jadwal kunjungan ulang.

c. Asuhan dan pengkajian melalui pesan *Whatsapp* pada tanggal 25 Januari 2022

Hasil anamnesa melalui WA, Ibu mengatakan sudah mengonsumsi rutin 3 kali per hari obat antibiotik amoxilin yang telah diberikan dan mengatakan sudah minum air putih banyak, tidak mengonsumsi teh dan kopi, tidak menahan BAK, ketika cebok, Ny. Z membersihkan kelamin dari arah depan ke belakang serta sudah mengeringkan alat kemaluan setelah BAK/BAB. Ny. Z mengatakan sudah melakukan pemeriksaan swab antigen menjelang persalinan di Puskesmas Umbulharjo I pada tanggal 24 Januari 2022 tetapi masih menunggu hasil pemeriksaan. Ny. Z sudah merasakan perut kenceng – kenceng tetapi masih jarang. Asuhan yang diberikan pada Ny. Z yaitu menganjurkan Ny. Z untuk tetap

mematuhi protokol kesehatan apabila hendak pergi keluar rumah, memberitahu Ny. Z untuk menghabiskan obat antibiotik agar tidak terjadi resistensi obat, menjelaskan tanda – tanda persalinan dan menganjurkan untuk rutin minum tablet Fe dan kalk.

d. Kunjungan ANC pada tanggal 02 Februari 2022 pukul 09.48 WIB

Ny. Z melakukan kunjungan ulang di Puskesmas Umbulharjo I pada usia kehamilan 39 minggu. Hasil anamnesa, Ny. Z mengatakan saat sudah tidak terasa nyeri ketika BAK. Ibu mengatakan gerakan janin aktif > 10 kali dalam 12 jam dan perut sudah terasa kencang – kencang tetapi masih jarang, belum mengeluarkan lendir darah dan air ketuban. Ny. Z sudah melakukan swab antigen menjelang persalinan pada tanggal 24 Januari 2022 dengan hasil negatif. Berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan umum baik, TD 120/77 mmHg dan BB 72 kg. Berdasarkan pemeriksaan abdomen didapatkan hasil TFU Mc donald 30 cm, punggung kiri, presentasi kepala, dan sudah masuk panggul. DJJ : 140 x/menit, irama teratur. Hasil pemeriksaan penunjang laboratorium urine rutin : warna kuning jernih, berat jenis 1015, pH 6, reduksi negatif, glukosa negatif, leukosit +, protein negatif, keton negatif, bilirubin negatif, urobilinogen negatif, nitrit negatif, kristal negatif, silinder negatif, bakteri negatif, jamur negatif.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menjelaskan hasil pemeriksaan kepada ibu, memberikan konseling untuk menjaga *personal hygiene* dan memenuhi asupan nutrisi dan cairan selama hamil, konseling untuk selalu memantau gerakan janin, kolaborasi kepada dokter terkait hasil laboratorium urine rutin. Hasil kolaborasi dengan dokter : infeksi saluran kemih Ny. Z sudah teratasi dan Ny. Z dianjurkan untuk tidak menahan BAK, memperbanyak minum dan menjaga *personal hygiene*. Mengingatkan ulang kepada Ny. Z mengenai tanda - tanda persalinan dan persiapan persalinan, memberitahu apabila Ny. Z sudah merasakan tanda – tanda persalinan segera ke fasilitas kesehatan atau klinik bersalin,

memberitahu ibu untuk meneruskan terapi obat tablet tambah darah dan kalk yang telah diberikan.

- e. Asuhan dan pengkajian melalui pesan *Whatsapp* pada tanggal 6 Februari 2022

Hasil anamnesa melalui WA, ibu mengatakan sudah merasakan perut kenceng – kenceng dibagian depan sampai kebelakang hingga panggul. Ny. Z belum mengeluarkan lendir darah dan air ketuban. Saat ini Ny. Z merasa cemas menghadapi persalinan yang semakin dekat dengan HPL karena ini merupakan kehamilan pertama sehingga belum pernah mengalami proses persalinan. Asuhan yang diberikan pada Ny. Z yaitu menganjurkan Ny. Z untuk tetap mematuhi protokol kesehatan apabila hendak pergi keluar rumah, memberikan konseling teknik relaksasi, memberikan dukungan mental dan support serta memberikan afirmasi positif kepada Ny. Z agar Ny. Z tidak terlalu cemas atau takut menghadapi persalinan yang semakin dekat.

2. Riwayat Persalinan

Pada tanggal 08 Februari 2022 pukul 03.00 WIB, ibu mengatakan datang ke IGD RSI Hidayatullah dengan keluhan perut terasa kenceng-kenceng semakin teratur sejak pukul 18.00 WIB dan sudah mengeluarkan lendir darah di rumah sejak pukul 22.30 WIB. Ibu mengatakan belum mengeluarkan air ketubannya dari jalan lahir. Saat ini memasuki umur kehamilan 40 minggu. Di RSI Hidayatullah, Ny. Z mengatakan dilakukan pemeriksaan dan diberitahu bahwa pembukaan sudah 4 cm. Karena sudah memasuki kala I fase aktif maka Ny. Z diminta untuk rawat inap di RSI Hidayatullah untuk dilakukan observasi vital sign, pembukaan, his dan DJJ. Pukul 08.50 WIB, Ny. Z mengatakan perut semakin kenceng-kenceng dan merasa ingin BAB, pecah ketuban secara spontan berwarna jernih dan dilakukan pemeriksaan dalam. Ny. Z dan suami diberitahu bahwa pembukaan sudah lengkap kemudian ibu dipimpin untuk meneran. Bayi lahir spontan dan menangis kuat pada tanggal 08 Februari 2022 pukul 09.15 WIB, berjenis kelamin perempuan. Berat lahir 3300 gram dan

panjang badan 49 cm. Ibu mengatakan setelah lahir, dilakukan IMD karena ibu dan bayi tidak ada masalah. Setelah bayi lahir, Ny. Z dilakukan penyuntikan oksitosin 10 UI pada paha kanan. Kemudian pada pukul 09.20 WIB, plasenta lahir secara lengkap, kemudian bidan melakukan massase. Kontraksi rahim Ny. Z keras (baik). Berdasarkan buku KIA, Ny. Z mengalami ruptur derajat II dan dilakukan penjahitan dengan anestesi pada perineum ibu. Ibu mengatakan selama 2 jam setelah melahirkan, ibu dan bayi dalam keadaan baik.

Dari hasil pengkajian proses persalinan Ny. Z menunjukkan persalinan berjalan dengan lancar, tidak ditemukan adanya masalah, komplikasi maupun kegawatdaruratan bagi ibu dan bayi.

3. Asuhan Kebidanan pada Bayi Baru Lahir dan Neonatus

a. Asuhan bayi baru lahir pada tanggal 08 Februari 2022 (KN I)

Bayi Ny. Z lahir tanggal 08 Februari 2022 pukul 09.15 WIB secara spontan pervaginam dan tidak ada kelainan. Ibu mengatakan setelah lahir, dilakukan IMD karena ibu dan bayi tidak ada masalah. Bayi Ny. Z sudah diberikan salep mata pada mata kanan dan mata kiri serta injeksi vitamin K 1 mg secara IM pada paha kiri serta imunisasi Hb 0 pada paha kanan bayi. Hasil pemeriksaan berdasarkan buku KIA diperoleh berat badan lahir 3300 gram, panjang badan 49 cm, dan lingkar kepala 34 cm, lingkar dada 34 cm dan lingkar lengan atas 11 cm. Suhu : 36,6 °C, SPO₂: 97 %, RR : 56 x/menit, HR : 138 x/menit. Pemeriksaan fisik bayi menunjukkan bayi dalam keadaan normal, tidak diare, tidak ikterus, tidak ada kelainan maupun kecacatan.

b. Asuhan neonatus pada tanggal 10 Februari 2022

Berdasarkan pengkajian melalui pesan *Whatsaapp*, Ibu mengatakan bayinya sudah BAB dan BAK, bayi tidak rewel, bayi mau menyusu. Hasil pemeriksaan bayi dalam keadaan sehat dan tidak ada keluhan, tali pusat dalam kondisi bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi. Diperoleh diagnosa By. Ny. Z usia 3 hari cukup bulan sesuai masa

kehamilan normal. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah memberi konseling ibu untuk menjaga kehangatan bayinya, menganjurkan ibu dianjurkan lebih sering menyusui anaknya, menyusui dengan ASI agar kekebalan bayi terus bertambah, memberikan konseling ibu tentang perawatan tali pusat, memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir.

c. Asuhan neonatus pada tanggal 12 Februari 2022 (kunjungan rumah)

Ibu mengatakan saat ini bayinya tidak ada keluhan, menyusui dengan kuat. Hasil pengkajian objektif didapatkan hasil keadaan umum baik, warna kulit kemerahan, suhu badan 36,8 ° C, HR: 124 x/menit, respirasi: 46 x/menit. Tali pusat bayi kering dan tidak ada tanda – tanda infeksi. Diagnosa yang diperoleh yaitu By. Ny. Z usia 5 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan normal. Penatalaksanaan yang dilakukan memberikan konseling mengenai teknik menyusui yang benar, memberikan KIE terkait ASI eksklusif, perawatan tali pusat, *personal hygiene* bayi.

d. Asuhan neonatus pada tanggal 13 Februari 2022 (KN II)

Ibu mengatakan bayi menyusu kuat, BAB dan BAK lancar. Hasil pemeriksaan di Pusekesmas Umbulharjo I, berat badan bayi Ny. Z : 3100 gr, PB : 49 cm, S: 36,5 ° C, SpO2 : 97 %,RR : 47 cm, HR : 144 x/menit. Keadaan umum baik, kulit tidak ikterik, tali pusat sudah puput. Analisa pada kasus ini adalah By Ny. Z umur 6 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan dalam keadaan normal.

e. Asuhan neonatus tanggal 23 Februari 2022

Pengkajian melalui *WhatsApp*, Ibu mengatakan saat ini bayinya dalam kondisi sehat dan tidak ada keluhan, menyusu kuat, BAB dan BAK lancar. Diperoleh diagnosa By. Ny. Z usia 15 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan dalam keadaan normal. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu mengingatkan ibu untuk tetap menjaga kehangatan bayi, ASI eksklusif.

f. Asuhan neonatus pada tanggal 05 Maret 2022 (kunjungan rumah)

Ibu mengatakan saat ini bayinya tidak ada keluhan, menyusu dengan kuat. Ibu mengatakan tali pusat bayi sudah puput pada hari ke - 6. Ibu mengatakan bayinya belum diimunisasi BCG, rencana imunisasi pada tanggal 09 Maret 2022 sesuai jadwal imunisasi di Puskesmas Umbulharjo I. Pemeriksaan vital sign bayi dalam batas normal, S: 36,5° C, RR : 44 x/menit, HR : 126 x/menit. Diagnosa yang diperoleh yaitu By. Ny. Z usia 27 hari cukup bulan sesuai masa kehamilan dalam keadaan normal. Penatalaksanaan yang dilakukan konseling terkait ASI eksklusif, *personal hygiene* bayi, dan melakukan kontrol ulang jika ada keluhan, mengingatkan ibu untuk melakukan imunisasi BCG pada bayinya.

4. Asuhan Kebidanan pada Nifas

a. Asuhan nifas pada tanggal 08 Februari 2022 (KF I)

Berdasarkan pengkajian pada anamesa dan buku KIA, hasil pemeriksaan yang dilakukan di RSI Hidayatullah pada tanggal 08 Februari 2022 menunjukkan bahwa Ny. Z dalam keadaan umum baik, TD: 104/57 mmHg, RR : 78 x/menit, S: 36,5° C, RR : 21 x/menit. Perdarahan dalam batas normal, kontraksi uterus keras, TFU 1 jari di bawah pusat, lochea rubra, pemeriksaan jalan lahir : terdapat luka jahitan ruptur grade II. Ibu mengatakan hari pertama setelah melahirkan ASI sudah keluar meskipun belum banyak dan perut terasa mules, nyeri luka jahitan, sudah BAK secara spontan dan belum BAB. Ibu mengatakan suami dan keluarga sangat senang dengan kelahiran anak pertamanya ditandai dengan selalu menemani dan membantu selama kehamilan hingga masa nifasnya. Di RSI Hidayatullah, Ibu mendapatkan terapi obat amoxilin 3 x 500 mg, vitamin A 1 x1 , vitamin C 1 x1, tablet tambah darah 1 x1 dan asam mefenamat 3 x 500 mg.

b. Asuhan nifas pada tanggal 9 Februari 2022.

Pengkajian dilakukan melalui pesan *Whatsapp*. Ibu mengatakan pada ASI sudah keluar, luka jahitan masih terasa nyeri. Ibu sudah BAK dan belum BAB. Ibu sudah makan dengan makanan yang telah

disediakan dan sudah meminum terapi obat yang telah diberikan. Hasil pemeriksaan yang dilakukan di RSI Hidayatullah menunjukkan bahwa ibu dalam keadaan baik, tidak ada masalah pada nifasnya, dan sudah diperbolehkan pulang hari ini. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan KIE nutrisi dalam nifas, menganjurkan untuk makan makanan yang berserat dan konsumsi buah dan sayur, mengingatkan untuk menjaga kebersihan diri dan daerah kewanitaan, perawatan luka jahitan, memberikan ASI eksklusif agar tercipta *bonding* yang baik antara ibu dan bayi, tanda-tanda bahaya nifas, serta pemenuhan nutrisi dan cairan untuk pemulihan kondisi ibu dan supaya luka jahitan cepat kering.

c. Asuhan nifas pada tanggal 12 Februari 2022 (kunjungan rumah)

Melakukan kunjungan rumah pada Ny. Z usia 26 tahun P1Ab0 postpartum hari ke-5. Ibu mengatakan produksi ASI keluar lancar, puting susu tidak lecet, masih terasa sedikit nyeri pada luka jahitan perineum, darah berwarna merah bercampur kekuningan (*lochea sanguinolenta*). Ny. Z memberikan ASI tiap 2 jam sekali atau on demand. Pemenuhan nutrisi ibu makan 3-4 kali/hari dengan nasi, sayur, lauk dan buah, cemilan. Minum 2-3 liter/hari dengan air putih, teh, jus buah. Ibu sudah melakukan aktivitas sehari-hari dan tidak ada keluhan. BAB 1x/hari dan BAK 5-7 x/hari serta tidak ada keluhan. Pada malam hari ibu tidur selama 5 - 6 jam dan siang hari jarang tidur.

Berdasarkan hasil pemeriksaan keadaan umum ibu baik, pemeriksaan tekanan darah : 123/77 mmHg, S : 36,8°C, RR : 20 x/menit, N : 78x/menit. Analisa berdasarkan hasil pemeriksaan yaitu Ny. Z umur 26 tahun P1Ab0Ah1 post partum hari ke - 5 normal. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menjelaskan hasil pemeriksaan, memastikan teknik menyusui ibu benar, menganjurkan ibu untuk menjaga personal hygiene, pola aktivitas, ASI on demand, istirahat yang cukup, menyarankan agar suami ikut bergantian membantu merawat bayi dan memotivasi ibu untuk tetap ASI eksklusif selama 6 bulan pertama.

d. Asuhan nifas pada tanggal 13 Februari 2022

Ny. Z datang ke Puskesmas Umbulharjo I untuk kontrol nifas dan tidak ada keluhan. Pola eliminasi, BAB 1 kali/hari, BAK 5-6 x/hari Keadaan ibu baik, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pada buku KIA menunjukkan tekanan darah 126/88 mmHg, pernafasan 19 kali per menit, suhu 36,3 °C, nadi 94 x/mnt. Kontraksi uterus baik, TFU pertengahan simfisis pusat dan pusat, lochea berwarna merah kecoklatan (*lochea sanguinolenta*), tidak berbau busuk, terdapat luka jahit di perineum, tidak ada tanda-tanda infeksi.

e. Asuhan nifas pada tanggal 28 Februari 2022

Pengkajian melalui pesan *Whatsapp* dan pengkajian data buku KIA. Ibu mengatakan tadi pagi kontrol di Puskesmas Umbulharjo I. Keadaan umum ibu baik, tekanan darah : 123/83, N : 88 x/menit, N : 97 x/menit, TFU tidak teraba, lochea alba, jahitan kering. Analisa data pada kasus ini yaitu Ny. Zusia 26 tahun P1Ab0 postpartum hari ke-20 normal. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberitahu ibu bahwa secara umum keadaan ibu baik. Menganjurkan ibu untuk tetap menjaga pola aktivitas dan istirahat yang cukup agar tidak mengganggu produksi ASI serta memberikan motivasi kepada ibu untuk memberikan ASI eksklusif pada bayinya

f. Asuhan nifas pada tanggal 04 Maret 2022 (Kunjungan Rumah)

Ibu mengatakan saat ini tidak ada keluhan, keadaannya baik dan sehat, ASI lancar dan memberikan ASI tiap 2 jam sekali atau *on demand*. Hasil pemeriksaan didapatkan bahwa kondisi umum baik, kesadaran compos mentis. Pemeriksaan tanda-tanda vital tekanan darah 120/80 mmHg, pernafasan 20 kali per menit, suhu 36,7°C, nadi 86 x/mnt. Pada pemeriksaan fisik mata konjungtiva merah muda, sclera putih, pemeriksaan dada simetris, mammae simetris, hiperpigmentasi areolla mammae, ASI keluar, tidak ada lecet pada puting susu, tidak ada pembengkakan, nyeri tekan dan tanda-tanda infeksi pada payudara kiri dan kanan. TFU sudah tidak teraba, tidak ada pengeluaran abnormal

pervaginam, lochea alba. Pemenuhan nutrisi ibu makan 3-4 kali/hari dengan nasi, sayur, lauk dan buah, cemilan. Minum 2 liter/hari dengan air putih, teh, jus buah. BAB dan BAK ibu tidak ada keluhan. Pada malam hari ibu tidur selama 6-7 jam. Ibu mengatakan belum menggunakan alat kontrasepsi. Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menjelaskan hasil pemeriksaan, mengingatkan ibu untuk tetap ASI eksklusif selama 6 bulan pertama, memberikan KIE tentang macam macam metode dan alat kontrasepsi pasca persalinan, keuntungan dan kerugiannya tiap alat kontrasepsi menggunakan media leaflet. Setelah diberikan konseling, ibu mengatakan belum menentukan pilihan, Ny. Z masih ingin berdiskusi terlebih dahulu dengan suaminya.

5. Asuhan Kebidanan pada Keluarga Berencana

Berdasarkan kunjungan rumah pada tanggal 04 Maret 2022, setelah diberikan konseling mengenai alat kontrasepsi, ibu mengatakan masih ingin berdiskusi dengan suami mengenai alat kontrasepsi yang akan digunakan. Pengkajian pada tanggal 12 Maret 2022, ibu mengatakan baru selesai masa nifasnya dan belum memastikan akan menggunakan alat kontrasepsi KB apa yang akan digunakan ibu karena suami belum memberikan persetujuan. Pada tanggal 19 Maret 2022, ibu mengatakan menggunakan metode kontrasepsi alami sementara yaitu metode amenorea laktasi dan kondom. Ibu mengatakan saat ini masih menyusui bayinya secara on demand dan akan memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. Ibu belum mendapatkan haid kembali sejak masa nifas selesai. Ibu tidak pernah menderita atau sedang menderita penyakit hipertensi, jantung, DM, kanker payudara, tumor payudara, mioma. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu memberikan konseling ulang mengenai keuntungan, kerugian, syarat yang harus dipenuhi pada KB dengan metode amenorea laktasi dan kondom. Pemakaian kondom akan efektif apabila dipakai secara benar dan konsisten saat berhubungan badan supaya memperkecil kemungkinan kegagalan kontrasepsi. Memberitahu ibu untuk segera ke puskesmas apabila sudah mantap menggunakan alat kontrasepsi KB pasca salin. Ibu bersedia untuk ke fasilitas kesehatan apabila sudah mendapatkan keputusan dengan suami untuk menggunakan alat kontrasepsi KB.

C. Kewenangan Bidan terhadap Kasus

1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 320 Tahun 2020 Tentang Standar Profesi Bidan
 - a. Bidan memiliki pengetahuan yang diperlukan untuk memberikan asuhan yang berkualitas dan tanggap budaya sesuai ruang lingkup asuhan masa kehamilan, masa persalinan, bayi baru lahir (neonatus), masa nifas, dan pelayanan keluarga berencana.
 - b. Kemampuan melaksanakan asuhan kebidanan komprehensif dan berkualitas pada ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir (neonatus), ibu nifas, dan pelayanan keluarga berencana.⁵¹

2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 938/Menkes/SK/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan
 - a. Standar I : pengkajian
 - b. Standar II : perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan
 - c. Standar III : perencanaan
 - d. Standar IV : implementasi
 - e. Standar V : evaluasi
 - f. Standar VI : pencatatan asuhan kebidanan.⁵²

3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan
 - a. Pasal 18, dalam penyelenggaraan praktik kebidanan bidan memiliki kewenangan untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, dan pelayanan keluarga berencana.
 - b. Pasal 19, pelayanan kesehatan ibu diberikan pada masa hamil, masa persalinan, masa nifas, dan masa menyusui. Pelayanan kesehatan ibu meliputi antenatal pada kehamilan normal, persalinan normal, ibu nifas normal, dan ibu menyusui. Dalam memberikan pelayanan bidan berwenang melakukan episiotomy, pertolongan persalinan normal, penjahitan luka jalan lahir tingkat I dan II, pemberian tablet tambah darah pada ibu hamil, pemberian vitamin A dosis tinggi pada ibu nifas, fasilitasi/bimbingan inisiasi menyusui dini dan promosi air susu ibu eksklusif, pemberian uterotonika pada manajemen aktif kala tiga dan postpartum, penyuluhan dan konseling.
 - c. Pasal 20, pelayanan kesehatan anak diberikan pada bayi baru lahir. Dalam memberikan pelayanan bidan berwenang melakukan pelayanan neonatal esensial, konseling dan penyuluhan. Pelayanan neonatal esensial meliputi IMD, pemotongan dan perawatan tali pusat, pemberian suntikan vitamin K1, pemberian imunisasi Hb0, pemeriksaan fisik bayi baru lahir, dan pemantauan tanda bahaya. Konseling dan penyuluhan meliputi pemberian KIE kepada ibu dan keluarga tentang perawatan bayi baru lahir, pelayanan kesehatan, imunisasi, gizi seimbang, dan tumbuh kembang.

- d. Pasal 21, dalam memberikan pelayanan keluarga berencana bidan berwenang memberikan penyuluhan dan konseling keluarga berencana dan pelayanan kontrasepsi oral, kondom, dan suntikan.⁵³
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual
 - a. Pasal 12, pelayanan kesehatan masa hamil bertujuan untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas. Pelayanan kesehatan masa hamil dilakukan sekurang-kurangnya empat kali selama masa kehamilan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan.⁵⁴
 - b. Pasal 14, persalinan harus dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Persalinan diberikan kepada ibu bersalin dalam bentuk 5 aspek dasar meliputi membuat keputusan klinik, asuhan sayang ibu dan sayang bayi, pencegahan infeksi, pencatatan asuhan persalinan, dan rujukan pada kasus komplikasi ibu dan bayi lahir. Persalinan dilakukan sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.
 - c. Pasal 15, pelayanan kesehatan masa sesudah melahirkan meliputi pelayanan kesehatan bagi ibu dan pelayanan kesehatan bayi baru lahir. Pelayanan kesehatan bagi ibu paling sedikit 3 kali selama masa nifas. Kegiatan pelayanan meliputi pemeriksaan tanda vital, TFU, lochea dan perdarahan, jalan lahir, payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif, pemberian kapsul vitamin A, dan konseling.⁵⁴
5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 tahun 2019 tentang Kebidanan
 - a. Pasal 46, dalam menyelenggarakan praktik kebidanan, bidan bertugas memberikan pelayanan yang meliputi pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, dan pelayanan keluarga berencana.

- b. Pasal 47, dalam menyanggarkan praktik kebidanan, bidan dapat berperan sebagai pemberi pelayanan kebidanan.
- c. Pasal 48, bidan dalam penyelenggaraan praktik kebidanan harus sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.
- d. Pasal 49, dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan kesehatan ibu, bidan berwenang memberikan asuhan kebidanan pada masa kehamilan normal, masa persalinan dan menolong persalinan normal, dan masa nifas.
- e. Pasal 50, dalam menjalankan tugasnya bidan berwenang memberikan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, memerikan imunisasi sesuai program pemerintah pusat, melakukan pemantauan tumbuh kembang pada bayi.
- f. Pasal 51, dalam menjalankan tugas memberikan pelayanan keluarga berencana, bidan berwenang melakukan komunikasi, informasi, edukasi, konseling, dan memberikan pelayanan kontrasepsi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.⁵⁵

D. Kajian Jurnal / Artikel Penelitian terkait Kasus

1. **Nama artikel** : *The Etiology and Prevalence of Urinary Tract Infection and Asymptomatic Bacteriuria in Pregnant women in Iran : A Systematic Review and Meta – Analysis.*⁵⁶

Penulis : Milad Azami, Zahra Jaafari, mansour Masoumi, Masoumeh Shohani et all

Tahun Publikasi : 2019 (<https://doi.org/10.1186/s12894-019-0454-8>)

Abstrak : Infeksi saluran kemih (ISK) merupakan masalah klinis yang sering terjadi pada ibu hamil. Bakteriuria pada kehamilan tanpa pengobatan antibiotik dapat menyebabkan komplikasi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui etiologi dan prevalensi ISK dan bakteriuria asimtomatik pada ibu hamil. Meta-analisis ini mengikuti pedoman *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA). Penelitian ini melakukan pencarian komprehensif pada semua literatur terkait di database nasional, termasuk IranDoc, SID, Sistem Jaringan Pengetahuan Barakat, RISST, Magiran, Perpustakaan Nasional Iran dan database internasional, termasuk

Scopus, Embase, Science Direct, PubMed/ Medline, Perpustakaan Cochrane, *Web of Sciences*, EBSCO, serta mesin pencari Google Scholar hingga Juni 2018. Setelah mempertimbangkan kriteria inklusi/eksklusi dan evaluasi kualitatif, penelitian dianalisis berdasarkan model efek acak menggunakan Comprehensive Meta-Analysis Software Version 2.

Hasil : Dalam 31 penelitian dengan ukuran sampel 20.309, prevalensi ASB pada wanita hamil Iran diperkirakan 8,7% (95% CI: 7,2-10,4). Prevalensi bakteriuria asimtomatik terendah dan tertinggi diamati pada trimester ketiga (6,1% [95% CI: 2,1-16,4]) dan trimester pertama (11,7% [95% CI: 7,9-16,9]). Analisis sub kelompok prevalensi bakteriuria asimtomatik berdasarkan wilayah geografis ($P = 0,002$) dan provinsi ($P < 0,001$ signifikan). Dalam 17 penelitian termasuk 48.731 wanita hamil, prevalensi ISK diperkirakan 9,8% (95% CI: 7,6-12,5). Uji perbedaan sub kelompok prevalensi ISK untuk provinsi ($P < 0,001$) signifikan. Model meta-regresi untuk prevalensi ISK dan bakteriuria asimtomatik pada wanita hamil di Iran berdasarkan tahun studi adalah signifikan ($P < 0,001$). Mikroorganisme yang paling umum terlibat dalam etiologi ISK (61,6% [95% CI: 51,6-70,7]) dan bakteriuria asimtomatik (63,22% [95% CI: 51,2-73,8]) adalah *E.coli*.⁵⁶

Kesimpulan : ISK dan bakteriuria asimtomatik mayoritas terjadi pada wanita hamil. Bakteriuria pada kehamilan tanpa pengobatan antibiotik dapat mengakibatkan komplikasi seperti persalinan prematur, preeklamsia, hipertensi, pielonefritis, anemia, amnionitis, berat badan lahir rendah, kematian neonatus (lahir mati), bakteremia, dan septikemia toksik. Pengobatan bakteriuria pada kehamilan mengurangi risiko komplikasi. Oleh karena itu, skrining untuk diagnosis dini dan pengobatan bakteriuria pada wanita selama kehamilan diperlukan untuk mencegah komplikasinya. Dianjurkan untuk dilakukan pemeriksaan urine atau kultur urin sebagai bagian dari pemeriksaan rutin pada ibu hamil. Mikroorganisme yang paling umum terlibat dalam etiologi ISK pada ibu hamil adalah *E.coli*.

2. **Nama artikel** : *Association Between Sexual and Genital Hygiene Habit with the Urinary Tract Infection during Pregnancy : A Case Control Study*.⁵⁸

Penulis : Simin Haghdoost, Farzane Pazandeh, Mehdi Khabazhoob, Tahereh Behrooz Lak

Sumber : *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences* Vol. 8, No. 2, April 2020, 158–164

Isi Jurnal : Penelitian ini bertujuan untuk menyelidiki hubungan antara kebiasaan hygiene seksual dan alat genitalia dengan infeksi saluran kemih pada ibu hamil. Penelitian ini menggunakan studi case control yang dilakukan pada 187 ibu hamil yang terdiri dari 97 ibu hamil dengan bakteriuria simtomatik (kelompok kasus) dan 90 ibu hamil sehat (kelompok kontrol). Hasil penelitian ini menunjukkan hubungan yang signifikan antara ISK pada kehamilan dan kebiasaan kebersihan / hygiene seksual (nilai p value : 0,013) dan alat genitalia dengan nilai p value = 0,014 (interval kepercayaan 95 % . Kebiasaan kebersihan seksual dan genital merupakan tindakan pencegahan yang vital untuk mengendalikan ISK pada ibu hamil. Tindakan ini dapat menyebabkan komplikasi ISK dan pengurangan kelahiran prematur.

3. **Nama artikel** : *Correlation Between the Exclusive Breastfeeding and the Duration of the Amenorea lactation at the Work Region of North Galesong Community Health Center.* ⁵⁹

Penulis : Anisa Fitrianti, Syahrir A.Pasinringi, Nurhaedar Jafar

Isi jurnal : Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan lama menyusui amenorhoe di wilayah kerja Puskesmas Galesong Utara. Kabupaten Takalar. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian Analytical-Observational dengan desain *cross sectional study*. Jumlah sampel adalah 100 responden: Data dianalisis dengan menggunakan Kaplan Meier adalah analisis bivariat dan multivariat dengan *Cox Proportional Hazard*. Hasil penelitian mengungkapkan bahwa ada hubungan antara pemberian ASI eksklusif dan durasi laktasi Amenorhoe (p =0,000}. Ibu yang memberikan ASI eksklusif akan memiliki median laktasi AMENORHOE selama 4 bulan',

sedangkan ibu yang tidak memberikan ASI eksklusif hanya akan memiliki median laktasi amenorhoe selama 2 bulan.⁵⁹