

## **BAB II**

### **KAJIAN KASUS DAN TEORI**

#### **A. KAJIAN KASUS**

##### **1. Kehamilan**

###### **a. Pengkajian tanggal 25 Februari 2025**

Pada hari selasa, 25 Februari 2025 telah dilakukan pemeriksaan ANC di Puskesmas Sedayu I. Pemeriksaan yang dilakukan diantaranya anamnesa data subjektif maupun data objektif seperti mengukur berat badan, tanda-tanda vital, pemeriksaan fisik, pemeriksaan kehamilan dan pemeriksaan penunjang. Dari hasil anamnesa Ny.I mengatakan ini merupakan kehamilan pertamanya, ia tidak pernah mengalami keguguran. Ny.I mengeluhkan akhir-akhir ini mengalami nyeri bagian punggung. Hari Pertama Haid Terakhir di tanggal 25 Mei 2024, HPL : 02 Maret 2025. Riwayat menstruasi dalam batas normal, menarche umur 12 tahun, lamanya 6 hari, siklus teratur Ganti pembalut 3-4 kali sehari dan tidak ada keluhan. Ny.I mengatakan sering memeriksakan kehamilannya dan datang kepuskesmas Sedayu I untuk melakukan kontrol ulang, hal ini dibuktikan dengan catatan dalam buku KIA Ny.I.

Pola nutrisi sehari-hari 3-4x sehari dengan porsi sedang yang terdiri dari nasi beserta lauk dan sayuran. Pola aktivitas sehari-hari Ny.I yaitu mengurus rumah tangga. Ny.I mengatakan tidak memiliki Riwayat sakit baik dirinya maupun keluarga. Berdasarkan hasil pengkajian data objektif keadaan umum Ny.I baik, kesadaran kompos mentis, konjungtiva terlihat merah muda tidak pucat, tidak ada oedema pada wajah maupun ekstremitas. Tanda-tanda vital dalam Batasan normal dengan hasil TD : 103/63 mmHg, Nadi: 87 x/I, suhu : 36,5 °C, Pernapasan 20 x/I, berat badan: 63,7 Kg, Tinggi badan: 158 cm, LILA : 26 cm. Pada pemeriksaan palpasi TFU: 29 cm, Leopold I pada fundus teraba bulat, tidak melenting

agak lunak (bokong), Leopold II dibagian kiri teraba bagian keras seperti papan (PU-KI), sedangkan dibagian kanan teraba bagian kecil (Ekstremitas), Leopold III teraba bagian bundar, keras Ketika digoyangkan melenting (Presentasi Kepala) dan Leopold IV divergen (sudah masuk PAP. Pemeriksaan auskultasi Djj: 152 x/I, pada kunjungan sebelumnya ditanggal 21 januari telah dilakukan pemeriksaan laboratorium hasil pemeriksaan protein urine negative, hemoglobin 10,4 gr% sehingga perlu dilakukan pemeriksaan hemoglobin ulang pada Ny.I. Hasil pemeriksaan penunjang Hemoglobin 11,3 gr% masih dalam batasan normal. Dari hasil pemeriksaan USG yang di lakukan di Puskesmas Sedayu I didapatkan hasil bahwa janin Tunggal, intrauterine usia kehamilan berdasarkan pemeriksaan USG 38 minggu, TBJ 2.868 gram.

Berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif diperoleh diagnosa kebidanannya yaitu Ny.I usia 27 tahun G<sub>1</sub>P<sub>0</sub>A<sub>0</sub>H<sub>0</sub> Usia Kehamilan 39 Minggu, Janin hidup, Tunggal, Intrauterine, PU-Ki, Pres-Kep, keadaan umum ibu dan janin baik. Penatalaksanaan yang diberikan pada Ny.I adalah KIE tentang keluhan yang dirasakan ibu adalah hal yang normal terjadi, KIE personal hygiene, KIE tanda-tanda persalinan, KIE persiapan persalinan, support psikologis dan memberikan semangat kepada ibu, kunjungan ulang 1 minggu lagi bila belum ada tanda-tanda persalinan.

#### **b. Pengkajian tanggal 4 Maret 2025**

Pada tanggal 4 Maret 2025 Ny.I melakukan kunjungan ulang ke Puskesmas Sedayu I. Ny.I mengatakan belum ada keluar lendir bercampur darah dan belum ada tanda-tanda persalinan. Ny.I mengatakan ingin memeriksakan kehamilannya. Berdasarkan hasil pemeriksaan, Keadaan umum baik, kesadaran comfomentis, konjungtiva terlihat merah muda, tidak ada oedema baik diwajah maupun di ekstremitas. Tanda-tanda vital dalam batas normal dengan hasil TD : 107/63 mmHg, Nadi : 85 x/i, suhu : 36,5 °C usia kehamilan berdasarkan HPHT 40 minggu

usia kehamilan berdasarkan hasil usg terakhir 39 minggu. Pada pemeriksaan palpasi, Leopold I pada fundus teraba bulat, tidak melenting agak lunak (bokong), Leopold II dibagian kiri teraba bagian keras seperti papan (PU-KI), sedangkan dibagian kanan teraba bagian kecil (Ekstremitas), Leopold III teraba bagian bundar, keras Ketika digoyangkan melenting (Presentasi Kepala) dan Leopold IV kepala tidak dapat digoyangkan (sudah masuk PAP). Pemeriksaan auskultasi DJJ : 145 x/I.

Penatalaksanakannya yaitu memberitahu hasil pemeriksaan, KIE ketidaknyamanan pada Trimester III yang dialami Ny.I dan cara mengatasinya, menganjurkan ibu untuk mobilisasi gerak dan jalan-jalan ringan untuk mempercepat proses persalinan, KIE tanda-tanda persalinan dan perlengkapan untuk persiapan persalinan, memberikan ibu support dan semangat dalam menghadapi proses persalinan, memberikan KIE kepada ibu pentingnya penggunaan KB pasca melahirkan dan menganjurkan ibu untuk segera ke pelayanan kesehatan terdekat atau ke puskesmas sedayu I jika mengalami tanda-tanda persalinan seperti kenceng-kenceng yang semakin kuat, keluar lendir bercampur darah dan keluar air-air dari jalan lahir.

## **2. Persalinan**

Pada tanggal 5 Maret 2025 pukul 21:00 WIB Ny.I datang ke puskesmas Sedayu I bersama keluarganya. Ny.I mengatakan merasakan kenceng-kenceng sejak pukul 19:30 WIB dan sekarang makin sering serta keluar lendir bercampur darah. Ibu mengatakan BAK terakhir sebelum pergi ke PMB dan BAB terakhir di pagi hari. Saat ini usia kehamilan ibu yaitu 40 minggu. Berdasarkan hasil pengkajian data objektif hasil pemeriksaan fisik secara umum baik, Tekanan Darah 113/60 mmHg, Nadi 90 x/i, pernapasan 22 x/i, suhu 36,3 °C, pada fundus teraba bokong, PU-Ki, Preskep, kepala sudah masuk PAP, pemeriksaan auskultasi DJJ 146 x/I kontraksi 3 kali dalam 10 menit lamanya 28 detik. Hasil pemeriksaan dalam menunjukkan vagina licin,

portio teraba lunak, pembukaan 4 cm, selaput ketuban utuh, presentasi belakang kepala, penurunan di Hodge II lalu melakukan pemantauan persalinan di partogram djj dan kontraksi setiap 30 menit sekali.

Pada pukul 00.00 WIB ibu mengatakan keluar air-air dari jalan lahir dan mengatakan ingin BAB, perineum tampak menonjol, anus dan vulva tampak membuka, portio tidak teraba pembukaan 10 cm, selaput ketuban sudah pecah, tidak terdapat penyusupan kepala, penurunan di *hodge* IV. Memberitahu hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa saat ini ibu Sudah pembukaan lengkap. Bidan mempersiapkan alat dan bahan untuk persiapan APN (Asuhan Persalinan Normal) lalu bidan memimpin persalinan, mengajarkan ibu Teknik meneran, saat dipimpin persalinan Ny.I tampak cemas dan khawatir terhadap persalinannya dan dapat ditenangkan oleh bidan serta keluarganya.

Setelah dilakukan pimpinan meneran dan pertolongan persalinan sesuai dengan Langkah APN (Asuhan Persalinan Normal) Bayi Ny.I lahir spontan, langsung menangis kuat, tonus otot kuat, warna kulit kemerahan pada tanggal 6 Maret 2025 Pukul 00:45 WIB. Setelah bayi lahir, bidan memastikan tidak terdapat janin kedua, mengeringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya (Kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks, menggantik handuk basah dengan handuk kering dan menyuntikkan oksitosin 10 IU secara IM pada 1/3 atas paha bagian luar. Selanjutnya melakukan pejepitan tali pusat lalu memotong dan mengikat tali pusat. Melakukan IMD selama 30-60 menit. Ny.I terlihat senang dengan kelahiran bayinya lalu bidan melakukan manajemen aktif kala III pada Ny.I, adanya tanda-tanda pelepasan plasenta dan plasenta lahir pukul 00:55 WIB tidak terdapat sisa plasenta dan kotiledon lengkap. Setelah 10 menit plasenta lahir dilakukan pemasangan KB pasca salin yaitu IUD pada Ny.I. selanjutnya terdapat rupture perineum derajat 2 sehingga dilakukan penjahitan perineum. Hasil pemantauan kala IV dalam batas normal. Kontraksi uterus keras, TFU 2jari dibawah pusat dan perdarah dalam Batasan normal.

Bayi dilakukan IMD selama kurang lebih 1 jam. Setelah IMD, dilakukan pemeriksaan antropometri dan pemeriksaan fisik pada bayi. Hasil pemeriksaan menunjukkan berat badan lahir 2610 gram, Panjang badan 46 cm, LK 31cm, dan bayi berjenis kelamin perempuan. Pemeriksaan fisik bayi menunjukkan bayi dalam keadaan normal tidak ada kelainan maupun kecacatan kemudian diberikan injeksi vit.K dan salep mata.

### **3. Bayi Baru Lahir dan Neonatus**

#### **a. Pengkajian tanggal 7 Maret 2025 (KN 1)**

Bayi Ny.I lahir pada tanggal 6 Maret 2025 Pukul 00:45 WIB secara spontan pervaginam dan menangis kuat serta dilakukan IMD. Hasil pemeriksaan menunjukkan berat badan lahir 2610 gram, Panjang badan 46 cm, LK 31cm, dan bayi berjenis kelamin perempuan. Pemeriksaan fisik bayi menunjukkan bayi dalam keadaan normal tidak ada kelainan maupun kecacatan kemudian diberikan injeksi vit.K dan salep mata.

Ibu mengatakan bayinya sudah BAB dan BAK, bayi tidak rewel, bayi mau menyusu dengan kuat. Hasil pemeriksaan bayi dalam keadaan sehat, tali pusat dalam kondisi bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi. Tanda Vital bayi Nadi 121 x/i, Pernapasan 44 x/I, suhu 36,7 °C. Diperoleh diagnosa By. Ny. I usia 1 hari BBLC cukup bulan sesuai masa kehamilan normal. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah memberi konseling ibu untuk menjaga kehangatan bayinya yaitu tidak meletakkan bayi didekat jendela dan segera mengganti popok bayi jika BAK/BAB, memberikan konseling ibu tentang perawatan tali pusat yaitu mengeringkan tali pusat dengan kasa steril jika basah tanpa membubuhi dan mengolesi apapun pada tali pusat, memberitahu ibu tanda bahaya bayi baru lahir yaitu bayi tampak kuning, malas menyusu, suhu badan terlalu dingin dan panas, tali pusat berbau dan kemerahan. Jika bayi mengalami salah satu tanda tersebut segera melaporkan ke petugas kesehatan, mengajarkan teknik menyusui dan perlekatan yang benar pada ibu dan menganjurkan untuk lebih sering menyusui anaknya minimal 2 jam sekali walaupun asi yang keluar masih

sedikit ibu tidak perlu khawatir karena dengan adanya hisapan bayi akan merangsang pengeluaran ASI.

**b. Pengkajian tanggal 10 Maret 2025 (KN II)**

Ibu mengatakan saat ini bayinya tidak ada keluhan. Ibu mengatakan bayi tidak rewel dan mau menyusui. BAK lebih dari 5 kali sehari, BAB lebih dari 3 kali sehari. Dilakukan pemeriksaan dengan hasil keadaan umum bayi baik, tidak letargi dengan reflek hisap baik dan tidak ikterik, tali pusat sudah puput, kering, tidak ada tanda-tanda infeksi. Tanda vital bayi nadi 122 x/menit, nafas 42 x/menit, suhu 36,7<sup>0</sup> C dengan berat badan terakhir 2750 gram. Penatalaksanaan yang dilakukan adalah memberikan KIE tanda bahaya bayi baru lahir seperti bayi kuning dan tidak mau menyusui serta demam tinggi menganjurkan ibu menyusui bayi secara *on demand* yaitu sesuai kebutuhan bayi, KIE tentang perawatan tali pusat dan kebersihan bayi, menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayi yaitu dengan tidak meletakkan bayi didekat jendela tidak membiarkan bayi bersentuhan langsung dengan benda dingin, menganjurkan kepada ibu untuk melakukan perawatan payudara dan mengajarkan perlekatan yang benar agar payudara tidak bengkak dan lecet menganjurkan ibu untuk memberikan ASI Eksklusif yaitu memberikan bayi asi saja selama 6 bulan, memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

**4. Nifas**

**a. Pengkajian tanggal 7 Maret 2025**

Ny.I mengatakan senang dengan kelahiran anak pertamanya, ibu melahirkan anak pertamanya di tanggal 6 Maret 2024 pukul 00:45 WIB jenis kelamin perempuan. Saat dilakukan pengkajian data subjektif, ibu mengatakan keadaannya saat ini baik, tidak lemas serta tidak pusing namun masih terasa sedikit nyeri di bagian luka jahitan. Untuk mobilisasi ibu mengatakan sudah berjalan ke toilet dan BAK. Hasil pemeriksaan dari data Objektif keadaan umum ibu baik, kesadaran *comfosmentis*, TD : 105/60 mmHg, Nadi : 82 x/i, Suhu 36 °C, kontraksi uterus baik

teraba keras, tinggi fundus uteri 2 jari dibawah pusat, kandung kemih teraba kosong, perdarahan dalam batasan normal dan lochea rubra. Penatalaksanaan yang dilakukan yaitu Memberitahu ibu untuk menjaga personal hygiene yaitu dengan mengganti pembalut setiap 4-6 jam atau bila penuh, menggunakan air bersih yang mengalir dan menjaga kelembapan luka jahitan, KIE pemenuhan nutrisi ibu seperti mengkonsumsi makanan yang tinggi protein seperti telur untuk proses penyembuhan luka, mengajarkan ibu teknik menyusui yang benar dan menyusui secara on demand yaitu sesuai kebutuhan bayi minimal 2 jam, memberitahu ibu tanda-tanda infeksi masa nifas seperti demam tinggi, pengeluaran perdarahan yang banyak atau berbau busuk, nyeri payudara disertai demam dan nyeri hebat pada luka bekas jahitan, selanjutnya memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan ulang pada tanggal 10 Maret 2025.

**b. Pengkajian tanggal 10 Maret 2025**

Pada tanggal 10 maret 2025 Ny.I datang ke puskesmas sedayu I untuk melakukan kunjungan ulang masa nifas. Ny.I mengatakan luka bekas jahitan kadang masih terasa sedikit nyeri ibu mengatakan sudah dapat melakukan aktivitas rumah dan dibantu oleh keluarganya. Pemenuhan nutrisi ibu makan 3-4 x/hari dengan nasi, sayur, lauk serta buah-buahan. Minum 2-3 ltr/hari, diselingi dengan minum air jeruk dan jus buah. BAB dan BAK lancar tidak ada keluhan. Berdasarkan pengkajian data objektif keadaan umum ibu baik, kesadaran comfomentis, TD : 110/70 mmHg, nadi 80 x/i, pernapasan 21 x/i TFU keras 4 jari dibawah pusat, pengeluaran perdarahan normal (lochea sanguinolenta), luka jahitan masih sedikit basah namun tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak dan tidak ada pengeluaran abnormal pada luka bekas jahitan. Pengeluaran ASI lancar dan ibu memberikan ASI setiap 2 jam sekali secara langsung.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberi KIE mengenai personal hygiene, pola nutrisi masa nifas, ASI on demand, istirahat yang cukup, menyarankan agar suami ikut bergantian membantu merawat bayi dan memotivasi ibu untuk tetap memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan pertama, serta tanda bahaya ibu nifas. Mengingatkan ibu untuk tetap konsumsi tablet tambah darah dan vitamin serta memberitahu ibu untuk melakukan kunjungan ulang.

#### **5. Keluarga Berencana (KB)**

Ny. I pada saat sebelum persalinan mengatakan akan menggunakan KB pascasalin yaitu IUD. Pada tanggal 6 Maret 2025 Ny.I telah melahirkan anak pertamanya, 10 menit setelah plasenta lahir bidan melakukan pemasangan KB pasca salin kepada Ny.I sesuai dengan permintaan Ny.I yaitu KB IUD. Ny.I mengatakan sudah mengetahui tentang KB IUD dan setelah berdiskusi dengan suami Ny.I mengatakan akan memakai KB IUD setelah melahirkan. Hasil pemeriksaan pada tanggal 10 maret 2025. Berdasarkan pengkajian data objektif keadaan umum ibu baik, kesadaran comfomentis, TD : 110/70 mmHg, nadi 80 x/i, IUD terpasang, tidak ada erosi dan tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, pembengkakan dan keputihan yg abnormal. Pada tanggal 29 maret 2025 Ny.I mengatakan ada sesuatu yang keluar dari kemaluannya. Ny.I datang ke puskesmas untuk memeriksakan kondisinya. Dari hasil pemeriksaan IUD terpasang namun terdapat benang IUD yang tampak keluar sehingga diperlukan untuk tindakan pemotongan benang IUD tersebut. Diagnosa kebidanannya yaitu Ny.I Usia 27 Tahun P1Ab0Ah1 dengan nifas hari ke 4 dengan KB IUD. Penatalaksanaannya yaitu memberikan KIE tentang efektivitas dan efek samping dari penggunaan KB IUD, KIE untuk melakukan kontrol ulang dan melakukan pendokumentasian tindakan.

## **B. KAJIAN TEORI**

### **1. Asuhan Berkelanjutan (*Continuity Of Care*)**

*Continuity Of Care (COC)* dalam kebidanan adalah pendekatan pelayanan kesehatan yang menekankan hubungan berkelanjutan antara bidan dan pasien sepanjang siklus reproduksi, mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, hingga perawatan bayi baru lahir dan keluarga berencana. Pendekatan ini bertujuan untuk memberikan asuhan yang holistik, terintegrasi, dan berbasis kebutuhan individu, sehingga meningkatkan kualitas pelayanan dan hasil kesehatan ibu serta bayi.<sup>7</sup>

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, 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.<sup>8</sup>

### **2. Kehamilan**

#### **a. Definisi Kehamilan**

Menurut Federasi Obstetri Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan 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).<sup>9</sup>

## **b. Asuhan Antenatal Care (ANC)**

### **1) Pengertian**

Pemeriksaan kehamilan (Antenatal Care) adalah suatu program yang terencana berupa observasi, edukasi dan penanganan medik pada ibu hamil, untuk memperoleh suatu proses kehamilan dan persalinan yang aman dan memuaskan. Tujuan antenatal yaitu untuk menjaga agar ibu sehat selama masa kehamilan, persalinan dan nifas serta mengusahakan bayi yang dilahirkan sehat, memantau kemungkinan adanya risiko- risiko kehamilan dan merencanakan penatalaksanaan yang optimal terhadap kehamilan risiko tinggi serta menurunkan morbiditas dan mortalitas ibu dan janin perinatal.<sup>10</sup>

### **2) Standar Asuhan Kebidanan**

Pemeriksaan ANC terbaru sesuai dengan standart pelayanan yaitu minimal 6 kali pemeriksaan selama kehamilan (Buku KIA Revisi tahun 2020)

- a) Trimester I : Dua kali kunjungan
- b) Trimester II : Satu kali kunjungan
- c) Trimester III : Tiga kali kunjungan

### **3) Kunjungan Antenatal yang Optimal Memenuhi Standar Pelayanan dengan Pelayanan 10T.**

Menurut Kemenkes tahun 2017, pelayanan yang diberikan sesuai satandar 10T tersebut yaitu sebagai berikut :

- a) Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan

Kenaikan normal berat badan ibu hamil pada trimester I adalah 1-2 kg sedangkan pada trimester lanjut berkisar 0,3-0,4 kg/minggu. Walaupun demikian, total kenaikan berat badan ibu

normal selama hamil ditentukan dari Indeks Masa Tubuh (IMT) atau Body Mass Index (BMI). Pengukuran tinggi badan berguna untuk mendeteksi factor risiko kehamilan yang sering berhubungan dengan keadaan kelainan rongga panggul pada ibudengan TB

Tabel 1. 1 Anjuran kenaikan BB Ibu Hamil Sesuai IMT

<b>IMT</b>	<b>Kategori</b>	<b>Rentang kenaikan BB yang dianjurkan</b>
<18,5	Rendah	12,5-18 Kg
18,5-27	Normal	11,5-16 Kg
>27-30	Tinggi	7-11,5 Kg
>30	Obesitas	<6 Kg

b) Pengukuran tekanan darah

Tekanan darah diukur pada setiap kali pemeriksaan. Tekanan darah normal tidak lebih dari 140/90 mmHg. Jika lebih besar atau sama dengan 140/90 maka ada faktor risiko hipertensi dalam kehamilan dan berisiko menyebabkan preeklamsia dan eklamsia.

c) Pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA)

Pengukuran LiLA hanya dilakukan pada kontak pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan. Pengukuran ini bertujuan untuk skrining status gizi ibu yang menunjukkan ibu hamil dengan kondisi Kurang Energi Kronik (KEK) jika LiLA ada pada nilai

d) Pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri)

Pengukuran ini juga dilakukan untuk menentukan kesesuaian TFU dengan Umur Kehamilan (UK). Standar pengukuran TFU menggunakan pita ukur yaitu pengukuran TFU dengan teknik McDonald dapat dilakukan sejak usia kehamilan 22-24 minggu. Ukuran TFU McDonald dapat digunakan untuk perhitungan

taksiran berat janin menggunakan rumus Johnson Toshack (Johnson Toshack Estimated Fetal Weight). Rumus perhitungannya adalah  $TBJ \text{ (gram)} = (TFU - n) \times 155$ . Angka 155 adalah konstanta. Nilai n 11 bila kepala di bawah spina ischiadica sudah masuk panggul. Nilai n 12 bila kepala di atas spina ischiadica belum masuk panggul.

Tabel 1. 2 Ukuran TFU sesuai Usia Kehamilan

Usia Kehamilan	TFU	TFU McDonald
0-12 minggu	Belum terasa	Tidak dikaji
12 minggu	3 jari di atas simphisis	
16 minggu	Pertengahan simphisis pusat	
20 minggu	3 jari di bawah pusat	24-25 cm
24 minggu	Setinggi pusat	
28 minggu	3 jari diatas pusat	26-30 cm
32 minggu	Pertengahan pusat px	
36-40 minggu	3-1 jari di bawah px	31-34 cm

- e) Penentuan status Imunisasi TT dan pemberian Imunisasi TT  
 Pemberian imunisasi Tetanus Toxoid (TT) pada ibu hamil untuk mencegah tetanus neonatorum. Pada awal kontak dengan tenaga kesehatan, ibu hamil dilakukan skrining status imunisasi TT nya. Bila status imunisasi TT belum mencapai TT5 maka dapat dilakukan pemberian imunisasi TT sesuai kondisi ibu dan janin saat pemeriksaan. Kemenkes RI tahun 2016 menyatakan bahwa pemberian TT5 dapat memberikan perlindungan seumur hidup
- f) Pemberian tablet tambah darah  
 Tablet tambah darah menurut PMK No.88 tahun 2014 diberikan pada wanita usia subur dan ibu hamil untuk mengurangi risiko

anemia terutama pada kehamilan. Ibu hamil diberi tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan berlangsung. Tablet ini diberikan segera mungkin setelah rasa mual hilang, setiap tablet Fe mengandung  $\text{FeSO}_4$  320 mg (zat besi 60 mg) dan asam folat 500  $\mu\text{g}$ . Tablet Fe diminum 1 x 1 tablet perhari, dan sebaiknya dalam meminum tablet Fe tidak bersamaan dengan teh atau kopi, karena akan mengganggu penyerapan.

g) Penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin (DJJ)

Presentasi janin dapat mulai diperiksa dan ditentukan pada akhir trimester II. Setelah dapat ditentukan, penentuan presentasi janin menjadi pemeriksaan yang rutin dilakukan pada setiap kunjungan antenatal. Pemeriksaan presentasi dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan letak janin pada ibu terutama pada kehamilan >36 minggu. Penilaian denyut jantung janin dilakukan dengan penggunaan dopler mulai umur kehamilan  $\pm 12$  minggu atau dengan leanec pada umur kehamilan  $\pm 20$  minggu. Denyut jantung janin normal adalah 120- 160 kali/menit untuk mengetahui apakah ada indikasi gawat janin pada pengukuran DJJ dengan hasil tidak pada nilai normal.<sup>3</sup>

h) Tes laboratorium

Tes laboratorium meliputi: tes kehamilan, kadar hemoglobin darah, Anemia dalam kehamilan apabila kondisi ibu dengan kadar Hb dibawah 11 gr%, pada trimester I dan III, dan dibawah 10,5 gr% pada trimester II. Hal ini diperlukan untuk memperkirakan kecukupan suplai darah ke janin dan risiko jika terjadi perdarahan saat persalinan. Sel darah putih menunjukkan apakah terjadi infeksi di tubuh ibu. Trombosit untuk melihat apakah ada kelainan factor pembekuan darah, ini berhubungan dengan resiko perdarahan. Pemeriksaan urin dimaksudkan untuk mengetahui adanya infeksi saluran kencing, adanya darah, protein, dan gula

pada urin yang menunjukkan adanya penyakit tertentu yang bisa mempengaruhi kehamilan. Pemeriksaan HbSAg untuk mengetahui adanya infeksi hepatitis B pada ibu. Infeksi hepatitis bisa ditularkan lewat darah dan hubungan seksual. Pemeriksaan tersebut dianjurkan sebagai skrining untuk mengetahui kondisi kehamilan dan risiko saat persalinan terhadap ibu dan janin. Jika dari hasil pemeriksaan diketahui ada hal-hal yang tidak normal maka diharapkan masih bisa diterapi sebelum persalinan sehingga ibu menjalani persalinan dalam kondisi yang benar-benar optimal, sehingga diharapkan ibu dan bayi selamat dan sehat. Kemudian menurut Permenkes nomor 97 tahun 2014, Pemeriksaan laboratorium pada saat antenatal meliputi pemeriksaan golongan darah, kadar Hemoglobin darah, protein dalam urine, kadar gula darah, darah Malaria (pada daerah endemik), tes sifilis, HIV, dan BTA (pada ibu yang dicurigai menderita tuberkulosis), kusta, malaria daerah non endemis, pemeriksaan feses untuk kecacingan, pemeriksaan darah lengkap untuk deteksi dini thalassemia dan pemeriksaan lainnya.<sup>11</sup>

i) Temu wicara (konseling)

Informasi yang disampaikan saat konseling minimal meliputi hasil pemeriksaan, perawatan sesuai usia kehamilan dan usia ibu, gizi ibu hamil, kesiapan mental, mengenali tanda bahaa kehamilan, persalinan, dan nifas, persiapan persalinan, kontrasepsi pascapersalinan, perawatan bayi baru lahir, inisiasi menyusu dini, ASI eksklusif.

j) Tatalaksana/ /penanganan kasus sesuai kewenangan.<sup>3</sup>

**4) Pemantauan Janin**

a) Taksiran Berat Badan Janin.

8 Rumus Johnson-Tausak: menentukan taksiran berat janin adalah:  $BB = (TFU(\text{cm}) - n) \times 155$  Bila kepala belum masuk PAP

maka  $n = 13$ , bila kepala masih di atas spina ischiadika  $n = 12$ , bila kepala sudah berada dibawah spina ischiadika,  $n = 11$ .

- b) Gerakan pertama fetus Gerakan janin dimulai pada usia kehamilan 20 – 24 minggu, dan sebagian ibu merasakan pergerakan lebih awal.
- c) Denyut Jantung Janin (DJJ) DJJ merupakan salah satu tanda pasti kehamilan dan kehidupan janin. Jantung janin mulai berdenyut sejak awal minggu keempat setelah fertilisasi, tetapi baru pada usia kehamilan 20 minggu bunyi jantung dapat di deteksi dengan fetoskop. Dan menggunakan alat ultrasound atau sistem Doppler, bunyi jantung janin dapat dikenali lebih awal (12-20 minggu usia kehamilan). Dalam keadaan normal frekuensi fase denyut jantung janin berkisar antara 120 – 160 dpm. Disebut takhikardi apabila frekuensi dasar  $> 160$  dpm selama 10 menit. Brakikardi bila frekuensi dasar  $< 120$  dpm. Selama 10 menit.

### 5) Perubahan Fisik di Trisemester III

Selama proses kehamilan itu berlangsung terjadi perubahan secara fisik yang dapat menimbulkan ketidaknyamanan terutama trimester III seperti sering buang air kecil, sesak nafas, nyeri punggung, nyeri ulu hati, konstipasi, insomnia, dispnea ketidaknyamanan pada perineum, kram otot betis, varises, edema pergelangan kaki, mudah lelah, kontraksi Braxton hicks, mood yang tidak menentu, dan peningkatan kecemasan. Peningkatan berat badan, peningkatan tinggi fundus uteri, dan pembesaran perut. (Sehubungan dengan perubahan perubahan yang terjadi diatas maka rasa stress juga sering dialami oleh ibu hamil. Maka dari itu gerakan senam yoga merupakan Latihan relaksasi pikiran. dan roh yang dapat menenangkan dan mengurangi tingkat stress sehingga ketidaknyamanan yang dirasakan ibu hamil dapat berkurang. Selama kehamilan wanita memerlukan waktu untuk beradaptasi dengan

berbagai perubahan yang terjadi dalam dirinya. Karena perubahan tersebut umumnya menimbulkan ketidaknyamanan dan kekhawatiran bagi sebagian besar ibu hamil.<sup>12</sup>

Tiga komponen inti dari senam hamil adalah latihan pernafasan, latihan penguatan dan peregangan otot, serta latihan relaksasi. Saat ibu hamil melakukan latihan pernafasan khususnya pernafasan dalam, mereka merasakan nafasnya menjadi lebih teratur, ringan, tidak tergesa-gesa dan panjang. Disamping itu, latihan penguatan dan peregangan otot juga berdampak pada berkurangnya ketegangan ibu hamil. Di akhir program senam hamil, terdapat latihan relaksasi yang menggabungkan antara relaksasi otot dan relaksasi pernafasan. Senam hamil dapat diambil manfaatnya untuk perawatan tubuh serta mengurangi timbulnya berbagai gangguan akibat perubahan postur tubuh. Latihan senam hamil tidak dapat dikatakan sempurna bila pelaksanaannya tidak disusun secara teratur dan intensif. Asuhan kehamilan yang dilakukan oleh bidan salah satunya adalah mengajarkan ibu untuk melakukan senam hamil, mengingat pentingnya manfaat senam hamil yaitu memperbaiki sirkulasi darah. Senam hamil yang dilakukan untuk membantu kesiapan kondisi fisik ibu dalam menghadapi persalinan dan membantu mengatasi ketidaknyamanan pada trimester ketiga.<sup>13</sup>

#### **6) Perubahan Psikologis di Trimester III**

Perubahan Psikologis Pada Trimester III (7-9 bulan) Trimester ketiga seringkali disebut periode menunggu dan waspada sebab pada saat itu ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya. Ibu sering merasa khawatir bila bayinya lahir sewaktu-waktu. Ibu sering, merasa khawatir kalau bayinya lahir tidak normal. Kebanyakan ibu juga akan bersikap melindungi bayinya dan cenderung menghindari orang atau benda apa saja yang dianggapnya membahayakan bayi.

Rasa tidak nyaman akibat kehamilan timbul kembali pada trimester ketiga dan banyak ibu merasa aneh atau jelek.

Disamping itu ibu mulai merasa sedih karena akan berpisah dari bayinya dan kehilangan perhatian khusus yang diterima selama hamil. Trimester ketiga adalah saat persiapan aktif untuk kelahiran bagi bayi dan kebahagiaan dalam menanti seperti apa rupa bayi nantinya.<sup>14</sup>

### **3. Persalinan**

#### **a. Definisi persalinan**

Persalinan normal adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan uri) yang telah cukup bulan dan dapat hidup di luar uterus melalui vagina secara spontan. Pada akhir kehamilan, uterus secara progresif lebih peka sampai akhirnya timbul kontraksi kuat secara ritmis sehingga bayi dilahirkan.<sup>15</sup>

#### **b. Factor-faktor persalinan**

- 1) Passenger adalah Malpresentasi atau malformasi janin dapat mempengaruhi persalinan normal. Pada faktor passenger, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi yakni ukuran kepala janin, presentasi, letak, sikap dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melalui jalan lahir, maka ia dianggap sebagai penumpang yang menyertai janin.
- 2) Passage away yaitu Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang yang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative.
- 3) Power merupakan His adalah salah satu kekuatan pada ibu yang menyebabkan serviks membuka dan mendorong janin kebawah.

Pada presentasi kepala, bila his sudah cukup kuat, kepala akan turun dan mulai masuk ke dalam rongga panggul. Ibu melakukan kontraksi involunter dan volunteer secara bersamaan.

- 4) Position adalah Posisi ibu mempengaruhi adaptasi anatomi dan fisiologi persalinan. Posisi tegak memberi sejumlah keuntungan. Mengubah posisi membuat rasa letih hilang, memberi rasa nyaman, dan memperbaiki sirkulasi. Posisi tegak meliputi posisi berdiri, berjalan, duduk dan jongkok
- 5) Psychologic Respons adalah Proses persalinan yang menegangkan dan mencemaskan bagi wanita dan keluarganya. Rasa takut, tegang dan cemas mungkin mengakibatkan proses kelahiran berlangsung lambat. Perawatan ditujukan untuk mendukung wanita dan keluarganya dalam melalui proses persalinan supaya dicapai hasil yang optimal bagi semua yang terlibat. Wanita yang bersalin biasanya akan mengutarakan berbagai kekhawatiran jika ditanya, tetapi mereka jarang dengan spontan menceritakannya.<sup>15</sup>

### **c. Factor Persalinan**

#### 1) Passage (Jalan lahir)

Merupakan jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina. Syarat agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.

#### 2) Power

Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu. Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim. Kekuatan yang mendorong janin keluar (power) terdiri dari:

- a) His (kontraksi otot uterus)

Adalah kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Pada waktu kontraksi otot-otot rahim menguncup sehingga menjadi tebal dan lebih pendek. Kavum uteri menjadi lebih kecil serta mendorong janin dan kantung amnion ke arah segmen bawah rahim dan serviks.

- b) Kontraksi otot-otot dinding perut.
- c) Kontraksi diafragma pelvis atau kekuatan mengejan
- d) Ketegangan dan ligamentous action terutama ligamentum rotundum.

### 3) Passenger

Passenger terdiri dari janin dan plasenta. Janin merupakan Passenger utama dan bagian janin yang paling penting adalah kepala karena bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala dapat mempengaruhi jalan persalinan. Kelainan-kelainan yang sering menghambat dari pihak passenger adalah kelainan ukuran dan bentuk kepala anak seperti hydrocephalus ataupun anencephalus kelainan letak seperti letak muka atau pun letak dahi, kelainan kedudukan anak seperti kedudukan lintang atau letak sungsang.

### 4) Psikis (Psikologis)

Perasaan positif berupa kelegaan hati, seolah-olah pada saat itulah benar-benar terjadi realitas “kewanitaan sejati” yaitu munculnya rasa bangga bisa melahirkan atau memproduksi anaknya. Mereka seolah-olah mendapatkan kepastian bahwa kehamilan yang semula 18 dianggap sebagai suatu “keadaan yang belum pasti” sekarang menjadi hal yang nyata.

#### d. Tahap Persalinan

##### 1) Kala I (Pembukaan Jalan Lahir)

Kala I persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus dan pembukaan servix hingga mencapai pembukaan lengkap (10 cm). Persalinan kala I berlangsung 18 – 24 jam dan terbagi menjadi dua fase yaitu fase laten dan fase aktif.

Tabel 1. 3 Fase Kala I Persalinan

Fase Latern	Fase Aktif
a) Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan servix secara bertahap b) Pembukaan servix kurang dari 4 cm c) Biasanya berlangsung dibawah hingga 8 jam. <sup>6</sup>	a) Frekuensi dan lama kontraksi uterus akan meningkat secara bertahap. Kontraksi dianggap adekuat jika terjadi $\geq 3x$ dalam waktu 10 menit dengan durasi $\geq 40$ detik. b) Dari pembukaan 3 cm hingga 10 cm (lengkap), akan terjadi dengan kecepatan rata-rata : c) Primigravida : 1 cm perjam d) Multigravida : $>1$ hingga 2 cm perjam e) Terjadi penurunan bagian bawah janin

Fase aktif persalinan terbagi menjadi 3 fase yaitu :

- a) Fase akselerasi lamanya 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm.
- b) Fase dilatasi maksimal, dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 menjadi 9 cm.

- c) Fase deselerasi, pembukaan menjadi lambat sekali. Dalam waktu 2jam pembukaan dari 9 cm menjadi 10 cm. his tiap 3-4 menit selama 45 detik. <sup>6</sup>

## 2) Kala II

Persalinan kala II dimulai dengan pembukaan lengkap dari serviks dan berakhir dengan lahirnya bayi. Proses ini berlangsung 2 jam pada primi dan 1 jam pada multi. Tanda-tanda bahwa kala II persalinan sudah dekat adalah:

- a) Ibu ingin meneran.
- b) Perineum menonjol.
- c) Vulva vagina dan sphincter anus membuka.
- d) Jumlah pengeluaran air ketuban meningkat.
- e) His lebih kuat dan lebih cepat 2-3 menit sekali.
- f) Pembukaan lengkap (10 cm ).
- g) Pada Primigravida berlangsung rata-rata 1.5 jam dan multipara rata-rata 0.5 jam.
- h) Pemantauan
  - (1) Tenaga atau usaha mengedan dan kontraksi uterus.
  - (2) Janin yaitu penurunan presentasi janin dan kembali normalnya. detak jantung bayi setelah kontraksi. <sup>6</sup>
  - (3) Kondisi sebagai berikut :

Tabel 1. 4 Kondisi Pada Kala II

<b>Kemajuan Persalinan TENAGA</b>	<b>Kondisi PASIEN</b>	<b>Kondisi Janin PENUMPANG</b>
Usaha mengedan Palpasi kontraksi uterus(kontrol tiap 10 menit ) 1) Frekuensi 2) Lamanya 3) kekuatan	Periksa nadi dan tekanan darah selama 30 menit. Respons keseluruhan pada kala II: 1) keadaan dehidrasi 2) perubahan sikap/perilaku 3) Tingkat tenaga (yang memiliki)	Periksa detak jantung janin setiap 15 menit atau lebih sering dilakukan dengan makin dekatnya kelahiran Penurunan presentasi dan perubahan posisi Warna cairan tertentu

### 3) Kala III

#### a) Definisi kala III

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban. Berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Melakukan Peregangan Tali pusat Terkendali (PTT) dilanjutkan pemberian oksitosin untuk kontraksi uterus dan mengurangi perdarahan.

Tanda-tanda pelepasan plasenta :

- (1) Perubahan ukuran dan bentuk uterus, uterus menjadi bundar dan uterus terdorong ke atas karena plasenta sudah terlepas dari Segmen Bawah Rahim
- (2) Tali pusat memanjang
- (3) Semburan darah tiba-tiba

#### b) Fisiologi kala III

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

c) Tanda-tanda dari Pelepasan Plasenta

- (1) Semburan darah
- (2) Pemanjatan tali pusat
- (3) Perubahan dalam posisi uterus naik di dalam abdomen. <sup>16</sup>

d) Kala III terdiri dari dua fase yaitu :

- (1) Fase pelepasan plasenta.

Beberapa cara pelepasan plasenta antara lain :

- I. Schultze adalah Proses lepasnya plasenta seperti menutup payung. Cara ini merupakan cara yang paling sering terjadi (80%). Bagian yang lepas terlebih dulu adalah bagian tengah, lalu terjadi retroplasental hematoma yang menolak plasenta mula-mula bagian tengah, kemudian seluruhnya. Menurut cara ini, perdarahan biasanya tidak ada sebelum plasenta lahir dan berjumlah banyak setelah plasenta lahir.

- II. Duncan adalah Berbeda dengan sebelumnya, pada cara ini lepasnya plasenta mulai dari pinggir 20%. Darah akan mengalir keluar antara selaput ketuban. Pengeluarannya juga serempak dari tengah dan pinggir plasenta.

(2) Fase Pengeluaran Plasenta

Perasat – perasat untuk mengetahui lepasnya plasenta adalah :Kustner. Dengan meletakkan tangan disertai tekanan di atas simfisis, tali pusat ditegangkan, maka bila tali pusat masuk berarti belum lepas. Jika diam atau maju berarti sudah lepas.

- I. Klein dilakukan sewaktu ada his, rahim didorong sedikit. Bila tali pusat kembali berarti belum lepas, diam atau turun berarti lepas. (Cara ini digunakan lagi).
- II. Strassman dilakukan dengan tegangkan tali pusat dan ketok pada fundus, bila tali pusat bergetar berarti plasenta belum lepas, tidak bergetar berarti sudah lepas. Tanda-tanda plasenta telah lepas adalah rahim menonjol di atas simfisis, tali pusat bertambah panjang, rahim bundar dan keras, serta keluar darah secara tiba-tiba. <sup>17</sup>

**4) Kala IV**

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah itu. Paling kritis karena proses perdarahan yang berlangsung. Masa 1 jam setelah plasenta lahir. 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. Observasi intensif karena perdarahan yang terjadi pada masa ini.

Observasi yang dilakukan :

- 1) Tingkat kesadaran penderita.
- 2) Pemeriksaan tanda vital.
- 3) Kontraksi uterus.

- 4) Perdarahan, dianggap masih normal bila jumlahnya tidak melebihi 400- 500cc.

Setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari dibawah pusat. Otot-otot uterus berkontraksi, pembuluh darah yang ada diantaraanyaman-anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah plasenta dilahirkan.

Tujuh Langkah pemantauan yang dilakukan kala IV :

- 1) Kontraksi rahim

Kontraksi dapat diketahui dengan palpasi. Setelah plasenta lahir dilakukan pemijatan uterus untuk merangsang uterus berkontraksi. Dalam evaluasi uterus yang perlu dilakukan adalah mengobservasi kontraksi dan konsistensi uterus. Kontraksi uterus yang normal adalah pada perabaanfundus uteri akan teraba keras. Jika tidak terjadi kontraksi dalam waktu 15 menit setelah dilakukan pemijatan uterus akan terjadi atonia uteri.

- 2) Pendarahan

Perdarahan: ada/tidak, banyak/biasa

- 3) Kandung kemih

Kandung kemih: harus kosong, kalau penuh ibu diminta untuk kencing dan kalau tidak bisa lakukan kateterisasi. Kandung kemih yang penuh mendorong uterus keatas dan menghalangi uterus berkontraksi sepenuhnya.

- 4) Luka-luka: jahitannya baik/tidak, ada perdarahan/tidak Evaluasi laserasi dan perdarahan aktif pada perineum dan vagina. Nilai perluasan laserasi perineum. Derajat laserasi perineum terbagi atas :

#### I. Derajat I

Meliputi mukosa vagina, fourchette posterior dan kulit perineum. Pada derajat I ini tidak perlu dilakukan penjahitan, kecuali jika terjadi perdarahan.

## II. Derajat II

Meliputi mukosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum dan otot perineum. Pada derajat II dilakukan penjahitan dengan teknik jelujur

## III. Derajat III

Meliputi mukosa vagina, fourchette posterior, kulit perineum, otot perineum dan otot spingter ani external

## IV. Derajat IV

Derajat III ditambah dinding rectum anterior Pada derajat III dan IV segera lakukan rujukan karena laserasi ini memerlukan teknik dan prosedur khusus

5) Uri dan selaput ketuban harus lengkap.

6) Keadaan umum ibu: tensi, nadi, pernapasan, dan rasa sakit

### a) Keadaan Umum Ibu

Periksa Setiap 15 menit pada jam pertama setelah persalinan dan setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan jika kondisi itu tidak stabil pantau lebih sering.

### b) Pemeriksaan tanda vital.

### c) Kontraksi uterus dan tinggi fundus uteri:

Rasakan apakah fundus uteri berkontraksi kuat dan berada dibawahumbilicus. Periksa fundus :

I. 2-3 kali dalam 10 menit pertama

II. Setiap 15 menit pada jam pertama setelah persalinan

III. Setiap 30 menit pada jam kedua setelah persalinan

IV. Masage fundus (jika perlu) untuk menimbulkan kontraksi

7) Bayi dalam keadaan baik. <sup>16</sup>

## 4. Bayi Baru Lahir

### a. Definisi Bayi Baru Lahir

Bayi yang baru lahir normal adalah pada usia kehamilan 37-42 minggu dan berat badan 2500-4000 gram. Menurut Tando (2016) bayi

baru lahir normal adalah bayi yang baru lahir pada usia kehamilan genap 37-41 minggu, dengan presentasi belakang kepala atau letak sungsang yang melewati vagina tanpa memakai alat.<sup>17</sup>

**b. Ciri-ciri Bayi Baru Lahir Normal**

Bayi baru lahir dikatakan normal jika usia kehamilan aterm antara 37- 42 minggu, BB 2500 gram – 4000 gram, panjang badan 48- 52 cm, lingkar dada 30- 38 cm, lingkar kepala 33- 35 cm, lingkar lengan 11- 12 cm, frekuensi DJ 120- 160 x permenit, pernafasan  $\pm$  40- 60 x permenit, kulit kemerahan dan licin karena jaringan subkutan yang cukup, rambut lanugo tidak terlihat dan rambut kepala biasanya telah sempurna, 9 kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR > 7, gerakan aktif, bayi langsung menangis kuat, refleks rooting (mencari puting susu dengan rangsangan taktil pada pipi dan daerah mulut) sudah terbentuk dengan baik, refleks sucking (isap dan menelan) sudah terbentuk dengan baik, refleks morro (gerakan memeluk bila dikagetkan) sudah terbentuk dengan baik, refleks grasping (menggenggam) sudah baik, genetalia sudah terbentuk sempurna , pada laki- laki testis sudah turun ke skrotum dan penis berlubang, pada perempuan: Vagina dan uretra yang berlubang, serta labia mayora sudah menutupi labia minora, eliminasi baik, mekonium dalam 24 jam pertama, berwarna hitam kecoklatan.<sup>18</sup>

Tabel 1. 5 APGAR SCORE

Score	0	1	2
Appereance (Warna Kulit)	Biru pucat	Tubuh Merah Ekstremitas Biru	Merah Tubuh Seluruh
Pulse (Denyut Jantung)	Tidak Ada	Kurang Dari 100x/Menit	Lebih Dari 100 X/Menit
Greemace (Reaksi Terhadap	Tidak Ada	Merintih	Batuk, Bersin

Rangsang)			
Activity (Tonus Otot)	Lungkai	Lemah (Fleksi Ekstremitas)	Gerak Aktif (Fleksi Kuat)
Respiration (Usaha Nafas)	Tidak Ada	Tidak Teratur	Tangis Kuat

Dengan menilai Apgar Score pada menit 1:

Hasil Apgar score: 0-3: Asfiksia berat

Hasil Apgar score: 4-6: Asfiksia sedang

Hasil Apgar score: 7-10: Normal.

**c. Penilaian Bayi Baru Lahir**

- 1) Kesadaran dan Reaksi terhadap sekeliling, perlu di kurangi rangsangan terhadap reaksi terhadap rayuan, rangsangan sakit, atau suara keras yang mengejutkan atau suara mainan.
- 2) Keaktifan, bayi normal melakukan gerakan-gerakan yang simetris pada waktu bangun. adanya temor pada bibir, kaki dan tangan pada waktu menangis adalah normal, tetapi bila hal ini terjadi pada waktu tidur, kemungkinan gejala suatu kelainan yang perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut.
- 3) Simetris, apakah secara keseluruhan badan seimbang; kepala: apakah terlihat simetris, benjolan seperti tumor yang lunak dibelakang atas yang menyebabkan kepala tampak lebih panjang ini disebabkan akibat proses kelahiran, benjolan pada kepala tersebut hanya terdapat dibelahan kiri atau kanan saja, atau di sisi kiri dan kanan tetapi tidak melampaui garis tengah bujur kepala, pengukuran lingkaran kepala dapat ditunda sampai kondisi benjol (Capput succedaneum) dikepala hilang dan jika terjadi moulase, tunggu hingga kepala bayi kembali pada bentuknya semula.

- 4) Muka wajah: bayi tampak ekspresi; mata: perhatikan antara kesimetrisan antara mata kanan dan mata kiri, perhatikan adanya tanda-tanda perdarahan berupa bercak merah yang akan menghilang dalam waktu 6 minggu
- 5) Mulut: penampilannya harus simetris, mulut tidak mencucu seperti mulut ikan, tidak ada tanda kebiruan pada mulut bayi, saliva tidak terdapat pada bayi normal, bila terdapat secret yang berlebihan, kemungkinan ada kelainan bawaan saluran cerna.
- 6) Leher, dada, abdomen: melihat adanya cedera akibat persalinan; perhatikan ada tidaknya kelainan pada pernapasan bayi, karena bayi biasanya bayi masih ada pernapasan perut.
- 7) Punggung: adanya benjolan atau tumor atau tulang punggung dengan lekukan yang kurang sempurna; Bahu, tangan, sendi tungkai: perlu diperhatikan bentuk, gerakannya, faktor (bila ekstremitas lunglai/kurang gerak), farices.
- 8) Kulit dan kuku: dalam keadaan normal kulit berwarna kemerahan, kadang-kadang didapatkan kulit yang mengelupas ringan, pengelupasan yang berlebihan harus dipikirkan kemungkinan adanya kelainan, waspada timbulnya kulit dengan warna yang tak rata (“cuti Marmorata”) ini dapat disebabkan karena temperature dingin, telapak tangan, telapak kaki atau kuku yang menjadi biru, kulit menjadi pucat dan kuning, bercakbercak besar biru yang sering terdapat disekitar bokong (Mongolian Spot) akan menghilang pada umur 1 (satu) sampai 5 (lima) tahun.
- 9) Kelancaran menhisap dan pencernaan: harus diperhatikan: tinja dan kemih: diharapkan keluar dalam 24 jam pertama. Waspada bila terjadi perut yang tiba-tiba membesar, tanpa keluarnya tinja, disertai muntah, dan mungkin dengan kulit kebiruan, harap segera konsultasi untuk pemeriksaan lebih lanjut, untuk kemungkinsn Hirschprung/Congenital Megacolon.

- 10) Refleksi yaitu suatu gerakan yang terjadi secara otomatis dan spontan tanpa disadari pada bayi normal, refleksi pada bayi antara lain :
- (a) Tonik neck refleksi , yaitu gerakan spontan otot kuduk pada bayi normal, bila ditengkurapkan akan secara spontan memiringkan kepalanya.
  - (b) Rooting refleksi yaitu bila jarinya menyentuh daerah sekitar mulut bayi maka ia akan membuka mulutnya dan memiringkan kepalanya ke arah datangnya jari.
  - (c) Grasping refleksi yaitu bila jari kita menyentuh telapak tangan bayi maka jari-jarinya akan langsung menggenggam sangat kuat.
  - (d) Moro refleksi yaitu reflek yang timbul diluar kesadaran bayi misalnya bila bayi diangkat/direnggut secara kasar dari gendongan kemudian seolah-olah bayi melakukan gerakan yang mengangkat tubuhnya pada orang yang mendekapnya.
  - (e) Stapping refleksi yaitu reflek kaki secara spontan apabila bayi diangkat tegak dan kakinya satu persatu disentuh pada satu dasar maka bayi seolaholah berjalan
  - (f) Suckling refleksi (menghisap) yaitu areola puting susu tertekan gusi bayi, lidah, dan langit-langit sehingga sinus laktiferus tertekan dan memancarkan ASI.
  - (g) Swallowing refleksi (menelan) dimana ASI dimulut bayi mendesak otot didaerah mulut dan faring sehingga mengaktifkan refleksi menelan dan mendorong ASI ke dalam lambung.
- 11) Berat badan: sebaiknya tiap hari dipantau penurunan berat badan lebih dari 5% berat badan waktu lahir, menunjukkan kekurangan cairan. <sup>18</sup>

#### **d. Penilaian Bayi Untuk Tanda-Tanda Kegawatan**

Semua bayi baru lahir harus dinilai adanya tanda-tanda kegawatan/kelainan yang menunjukan suatu penyakit. Bayi baru lahir dinyatakan sakit apabila mempunyai salah satu atau beberapa tanda antra lain: Sesak nafas, Frekuensi pernafasan 60 kali/menit, gerak retraksi

didada, malas minum, panas atau suhu badan bayi rendah, kurang aktif, berat lahir rendah (500- 2500gram) dengan kesulitan minum.

Tanda-tanda bayi sakit berat, apabila terdapat salah satu atau lebih tanda seperti: sulit minum, sianosis setral (lidah biru), perut kembung, priode apneu, kejang/priode kejang-kejang kecil, merintih, perdarahan, sangat kuning, berat badan lahir < 1500 gram. Sebelum menangani bayi baru lahir, pastikan penolong persalinan telah melakukan upaya pencegahan infeksi.<sup>18</sup>

**e. Penanganan Segera Bayi Baru Lahir**

1) Pencegahan Infeksi

- (a) Cuci tangan dengan seksama sebelum dan setelah bersentuhan dengan bayi.
- (b) Pakai sarung tangan bersih pada saat menangani bayi yang belum dimandikan.
- (c) Pastikan semua peralatan dan bahan yang digunakan, terutama klem, gunting, penghisap lendir DeLee dan benang tali pusat telah didesinfeksi tingkat tinggi atau steril.
- (d) Pastikan semua pakaian, handuk, selimut dan kain yang digunakan untuk bayi, sudah dalam keadaan bersih.

2) Melakukan penilaian

- (a) Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernafas tanpa kesulitan.
- (b) Apakah bayi bergerak dengan aktif atau lemas Jika bayi tidak bernapas atau bernapas megap – megap atau lemah maka segera lakukan tindakan resusitasi bayi baru lahir

3) Pencegahan Kehilangan Panas

Mekanisme Kehilangan Panas

- (a) Evaporasi adalah Penguapan cairan ketuban pada permukaan tubuh oleh panas tubuh bayi sendiri karena setelah lahir, tubuh bayi tidak segera dikeringkan.
- (b) Konduksi adalah Kehilangan panas tubuh melalui kontak langsung antara tubuh bayi dengan permukaan yang dingin, co/ meja, tempat tidur, timbangan yang temperaturnya lebih rendah dari tubuh bayi akan menyerap panas tubuh bayi bila bayi diletakkan di atas benda – benda tersebut.
- (c) Konveksi adalah Kehilangan panas tubuh terjadi saat bayi terpapar udara sekitar yang lebih dingin, ruangan yang dingin, adanya aliran udara dari kipas angin, hembusan udara
- (d) Radiasi adalah Kehilangan panas yang terjadi karena bayi ditempatkan di dekat benda – benda yang mempunyai suhu tubuh lebih rendah dari suhu tubuh bayi, karena benda – benda tersebut menyerap radiasi panas tubuh bayi (walaupun tidak bersentuhan secara langsung) melalui ventilasi, atau pendingin ruangan. <sup>19</sup>

#### **f. Perawatan Bayi Baru Lahir**

Perawatan bayi baru lahir dilakukan pada 0-28 hari. Walaupun demikian, fokus pelayanan bayi baru lahir segera dilaksanakan saat bayi usia 0-6 jam dengan pemberian perawatan neonatal esensial. Perawatan bayi baru lahir segera dibagi menjadi 3 tahapan:

##### 1) Perawatan bayi baru lahir 0-30 detik

Fokus perawatan bayi pada masa ini adalah evaluasi kebutuhan resusitasi :

- (a) Jaga kehangatan bayi dengan menerima bayi menggunakan kain kering.
- (b) Lakukan penilaian awal bayi baru lahir
- (c) Apakah kehamilan cukup bulan?
- (d) Apakah bayi menangis?
- (e) Apakah tonus otot/bayi bergerak aktif?

- (f) Apakah air ketuban jernih?
  - (g) Apabila ada jawaban “TIDAK”, segera lakukan resusitasi langkah awal dan lanjutkan manajemen bayi baru lahir dengan asfiksia, Jika jawaban seluruhnya “YA”, lanjutkan perawatan bayi 30 detik-90 menit.
- 2) Perawatan 30 detik-90 menit
    - (a) Menjaga bayi tetap hangat
    - (b) Klem dan potong tali pusat, lakukan perawatan tali pusat
    - (c) IMD
    - (d) Pemberian identitas
    - (e) Profilaksis sulf mata tetrasiklin 1%
    - (f) Injeksi vit K1 dosis 1 mg
  - 3) Perawatan 90 menit-6 jam
    - (a) Pemeriksaan fisik dan antropometri
    - (b) Pemberian HB-0
    - (c) Pemantauan tanda bahaya.

**g. Imunisasi Pada Bayi**

1) Vitamin K

1 jam setelah lahir dilakukan pemberian Vitamin K 1mg kandungannya Phytomenadion disuntikkan secara intramuscular di otot vastus lateralis bagian anterolateral paha kiri bayi. untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.

2) Hb 0 (Hepatitis B)

1-2 jam setelah pemberian Vitamin K dilakukan pemberian Hepatitis B secara intramuscular di paha kanan bawah lateral bayi untuk mencegah penyakit hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.

3) Vaksin polio

Vaksin polio oral (bOPV) diteteskan ke mulut bayi ketika akan pulang Jadwal pemberian vaksin polio lengkap terdiri dari bOPV saat lahir, 3x bOPV dan minimal 2x IPV, sesuai panduan Kemenkes pada usia 4 dan 9 bulan. Pemberian OPV pada bayi dari ibu HIV atau bayi HIV lihat Sari Pediatri.

4) Vaksin BCG (*Bacillus Calmette-Guéri*)

Vaksin BCG disuntikan intrakutan segera setelah lahir atau sebelum berusia 1 bulan. Vaksin BCG dibuat dari bakteri hidup yang dilemahkan dari strain *Mycobacterium bovis*, yang masih berkerabat dekat dengan *Mycobacterium tuberculosis* (penyebab TBC pada manusia). Kandungan vaksin BCG yaitu *Mycobacterium bovis* (strain BCG, hidup yang dilemahkan) dan Larutan pengencer merupakan larutan saline atau buffer). Vaksin BCG disuntikkan di Lengan atas kanan daerah deltoid 0,05 mL tepat di lapisan dermis kulit bagian atas dengan teknik intradermal yaitu disuntikkan tepat di bawah permukaan kulit, bukan ke otot atau jaringan bawah kulit. Efek samping nya yaitu akan muncul benjolan kecil dalam beberapa minggu, lalu menjadi luka kecil dan akhirnya meninggalkan bekas parut kecil, yang merupakan tanda bahwa vaksin BCG berhasil diberikan. Bayi dari Ibu TB aktif: BCG ditunda sampai terbukti bayi tidak terinfeksi TB, namun bayi diberikan terapi pencegahan TBC. Usia 3 bulan atau lebih BCG diberikan bila uji tuberkulin negatif. Bila uji tuberkulin tidak tersedia, BCG tetap diberikan namun bila timbul reaksi lokal cepat pada minggu pertama harus dilakukan pemeriksaan lanjutan untuk diagnosis TBC.

5) Vaksinasi DTP (Difteri, Tetanus, Pertusis)

Vaksin DTwP (Difteri, Tetanus, Pertusis dengan sel utuh) atau DTaP (Difteri, Tetanus, Pertusis dengan sel aselular) disuntikan intramuskular, dapat diberikan mulai usia 6 minggu. DTaP dapat diberikan pada usia 2, 3, 4 bulan atau 2, 4, 6 bulan. Pemacu pertama usia 18 bulan. Pemacu berikutnya usia 5-7 tahun dan 10-18 tahun atau

pada BIAS SD murid kelas 1 (DT/DTaP), kelas 2 (Td/Tdap), kelas 5 (Td/Tdap).

6) Vaksin Haemophilus influenzae B.

Vaksin Hib, merupakan vaksin inaktif, disuntikkan intramuskular dalam bentuk kombinasi sesuai jadwal vaksin pentavalen atau heksavalen DTwP atau DTaP diberikan pada usia 2,4,6 bulan atau 2,3,4 bulan, dan usia 18 bulan.

7) Vaksin pneumokokus (PCV)

Vaksin PCV disuntikkan secara intramuskular pada usia 2, 4 dan 6 bulan dengan pemacu pada usia 12-15 bulan. Jika belum diberikan pada usia 7-12 bulan, berikan PCV 2 kali dengan jarak minimal 1 bulan dan pemacu pada usia 12 -15 bulan dengan jarak 2 bulan dari dosis sebelumnya. Jika belum diberikan usia 1-2 tahun berikan PCV 2 kali dengan jarak minimal 2 bulan. Jika belum diberikan pada usia 2-5 tahun, PCV10 diberikan 2 kali dengan jarak 2 bulan, PCV13 diberikan 1 kali. Untuk anak >5 tahun yang berisiko tinggi terkena infeksi pneumokokus dan belum pernah mendapat vaksin PCV, sangat direkomendasikan mendapat 1 dosis PCV13. Program imunisasi PCV nasional dengan jadwal usia 2, 3 dan 12 bulan.

8) Vaksin rotavirus (RV)

Vaksin RV monovalen (RV1) diteteskan ke dalam mulut diberikan dalam 2 dosis, dosis pertama usia 6-12 minggu, dosis kedua dengan interval minimal 4 minggu, paling lambat usia 24 minggu. Vaksin RV pentavalen (RV5) diberikan dalam 3 dosis, dosis pertama pada usia 6-12 minggu, interval antar dosis 4-10 minggu, dosis ketiga paling lambat usia 32 minggu. Sejak tahun 2022, vaksin rotavirus monovalen (RV1) dimasukkan ke dalam program nasional secara bertahap.

9) Vaksin influenza

Vaksin influenza disuntikan secara intramuskular mulai usia 6 bulan. Untuk injeksi pertama pada usia 6 bulan – 8 tahun, berikan 2 dosis vaksin yang berisi antigen yang sama dengan interval 4 minggu, untuk usia 9 tahun ke atas cukup satu kali. Selanjutnya berulang setiap tahun satu kali pada bulan yang sama menggunakan vaksin yang tersedia, tanpa memerhatikan jenis vaksin Selatan (SH) atau Belahan bumi utara (NH).

#### 10) Vaksin MR & MMR.

Vaksin MR disuntikkan subkutan mulai umur 9 bulan, dosis kedua umur 15-18 bulan, dosis ketiga umur 5-7 tahun. Bila sampai usia 12 bulan belum mendapat MR dapat diberikan MMR mulai usia 12-15 bulan, dosis kedua 5-7 tahun. MMRV diberikan pada usia 2 tahun atau lebih untuk mengurangi risiko kejang demam.

#### 11) Vaksin Japanese Encephalitis (JE)

Vaksin JE disuntikkan secara subkutan. Untuk anak yang tinggal di daerah endemis atau yang akan bepergian ke daerah endemis selama 1 bulan atau lebih, dosis pertama mulai usia 9 bulan, dosis booster (untuk yang tinggal di daerah endemis) diberikan 1-2 tahun kemudian untuk perlindungan jangka panjang.<sup>20</sup>

## 5. Nifas

### a. Konsep Dasar Nifas

Masa nifas merupakan periode yang akan dilalui oleh ibu setelah masa persalinan, yang dimulai dari setelah kelahiran bayi dan plasenta, yakni setelah berakhirnya kala IV dalam persalinan dan berakhir sampai dengan 6 minggu (42 hari) yang ditandai dengan berhentinya perdarahan. Masa nifas berasal dari bahasa latin dari kata puer yang artinya bayi, dan paros artinya melahirkan yang berarti masa pulihnya kembali, mulai dari persalinan sampai organ-organ reproduksi kembali seperti sebelum kehamilan.<sup>21</sup>

### b. Tahapan Masa Nifas

1) Periode immediate postpartum

Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam. Pada masa ini merupakan fase kritis, sering terjadi insiden perdarahan postpartum karena atonia uteri. Oleh karena itu, bidan perlu melakukan pemantauan secara kontinu, yang meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lochia, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

2) Periode early postpartum (>24 jam-1 minggu)

Pada fase ini bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak berbau busuk, tidak demam, ibu cukup mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3) Periode late postpartum (>1 minggu-6 minggu)

Pada periode ini bidan tetap melakukan asuhan dan pemeriksaan sehari-hari serta konseling perencanaan KB.

4) Remote puerperium

Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi. <sup>22</sup>

**c. Kunjungan Masa Nifas**

Pelayanan nifas ialah pelayanan kesehatan terpadu serta menyeluruh yang ditawarkan bagi ibu serta bayi selama enam jam hingga 42 hari setelah kelahiran. Layanan komprehensif disediakan di sini, termasuk pengumpulan riwayat, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang (termasuk laboratorium), KB pascapersalinan, manajemen kasus, KIE, serta rujukan jika diperlukan. Kunjungan nifas atau biasa disebut dengan istilah KF dilakukan minimal empat kali. Kunjungan ibu dan bayi baru lahir dilakukan pada waktu yang bersamaan. <sup>23</sup>

**Tujuan dari setiap kunjungan pada asuhan nifas:**

- 1) Kunjungan kesatu (KF 1) 6-48 jam pasca melahirkan
  - (a) Menghindari perdarahan yang diakibatkan oleh atonia uteri
  - (b) Periksa serta perawatan penyebab lain terjadinya perdarahan, dan lakukan rujukan apabila terus berlangsung perdarahannya.
  - (c) Edukasi cara mengatasi perdarahan yang disebabkan oleh atonia.
  - (d) Menyusui dini.
  - (e) Ibu serta bayi dalam satu ruangan (rawat gabung).
  - (f) Mencegah hipotermia dan pertahankan bayi agar terus dalam kondisi hangat.
- 2) Kunjungan Ke-2 (KF 2) 3-7 hari pasca melahirkan
  - (a) Konfirmasi involusi uterus yang normal: kontraksi uterus keras, fundus di bawah pusar, perdarahan normal, serta tidak berbau.
  - (b) Periksa ciri-ciri perdarahan yang tidak normal, demam, atau infeksi.
  - (c) Pastikan ibu mempunyai makan, air serta istirahat cukup.
  - (d) Pastikan ibu dapat menyusui dengan baik dan tidak ada tanda komplikasi.
  - (e) Beri nasihat kepada ibu tentang perawatan bayi, tali pusar, dan cara mempertahankan kehangatan pada bayi serta cara perawatan sehari-hari.
- 3) Kunjungan Ke-3 (KF 3) 8-28 hari pasca melahirkan
  - (a) Konfirmasi involusi uterus yang normal: adanya kontraksi uterus yang keras, fundus di bawah pusar, perdarahan normal, serta tidak berbaunya lochia.
  - (b) Periksa berbagai tanda dari infeksi, perdarahan tidak normal atau demam.
  - (c) Pastikan bahwa ibu mendapatkan makanan yang baik dan istirahat yang cukup.
  - (d) Pastikan ibu dalam keadaan sehat dan tidak ada berbagai tanda komplikasi.

- (e) Beri Nasihat kepada ibu tentang perawatan bayi, tali pusar, dan cara mempertahankan kehangatan pada bayi serta cara perawatan sehari-hari.
- 4) Kunjungan Ke-4 (KF 4) 29-42 hari pasca melahirkan
  - (a) Menanyakan kepada ibu komplikasi yang dialami ibu dan anak.
  - (b) Memberikan penyuluhan KB sejak dini
  - (c) Konseling hubungan seksual
  - (d) Perubahan lochia.<sup>23</sup>

#### d. Perubahan Fisik Masa Nifas

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

##### 1) Perubahan Sistem Reproduksi

Proses involusi uterus adalah kembalinya uterus kedalam keadaan sebelum hamil setelah melahirkan. Proses ini di mulai segera setelah plasenta keluar akibat kontraksi otot-otot polos uterus. Salah satu komponen involusi adalah penurunan fundus uteri, proses kembalinya uterus pada kondisi sebelum hamil. Perubahan ini dapat diketahui dengan melakukan pemeriksaan palpasi untuk meraba dimana TFU-nya (Tinggi Fundus Uteri).<sup>24</sup>

Tabel 1. 6 Tinggi Fundus Uterus Dan Berat Uterus Nifas

	Tinggi Fundus uteri	Berat uterus
Bayi lahir	Setinggi pusat	1000 gr
Uri lahir	Dua jari dibawah pusat	750 gr
1 minggu	Pertengahan pusat symphysis	500 gr
2 minggu	Tak teraba di atas symphysis	350 g

6 minggu	Bertambah kecil	50 gr
8 minggu	Sebesar normal	

## 2) *Lochea*

*Lochea* adalah ekskresi cairan Rahim selama masa nifas dan mempunyai reaksi basa/alkalis yang dapat membuat organisme berkembang lebih cepat dari pada kondisi asam yang ada pada vagina normal. *Lochea* mengalami perubahan karena proses involusi. Pengeluaran *Lochea* dapat dibagi berdasarkan waktu dan warnanya.

Tabel 1. 7 Perubahan *Lochea* <sup>24</sup>

Lochea	Waktu	Warna	Ciri-ciri
Rubra	1-3 hari	Merah kehitaman	Terdiri dari sel desidua, verniks caseosa, rambut lanugo, sisa mekonium, dan sisa darah
Sanguinolenta	3-7 har	Merah Kekuningan kecoklatan	Sisa darah bercampur lendir
Serosa	7-14 hari	Kekuningan/ kecoklatan	Lebih sedikit darah dan lebih banyak serum, juga terdiri dari leukosit dan robekan laserasi plasenta
Alba	> 14 hari	Putih	Mengandung leukosit, selaput lendir serviks, dan serabut mati

*Lochea* yang menetap pada awal periode postpartum menunjukkan adanya tanda-tanda perdarahan sekunder yang mungkin disebabkan oleh tertinggalnya sisa atau selaput plasenta. *Lochea alba* atau serosa yang berlanjut dapat menandakan adanya 26 endometritis, terutama bila disertai dengan nyeri pada abdomen dan demam. Bila terjadi infeksi, akan keluar cairan nanah berbau busuk yang disebut dengan “*lochea purulenta*”. Pengeluaran *lochea* yang tidak lancar disebut “*lochea stasis*”.

### 3) Proses Laktasi

Sejak masa hamil payudara sudah memproduksi air susu di bawah kontrol beberapa hormon, tetapi volume yang diproduksi masih sangat sedikit. Selama masa nifas payudara bagian alveolus mulai optimal memproduksi air susu (ASI). Dari alveolus ini ASI disalurkan ke dalam saluran kecil (duktulus), di mana beberapa saluran kecil bergabung membentuk saluran yang lebih besar (duktus). Di bawah areola, saluran yang besar ini mengalami pelebaran yang disebut sinus. Akhirnya semua saluran yang besar ini memusat ke dalam puting dan bermuara ke luar. Di dalam dinding alveolus maupun saluran, terdapat otot yang apabila berkontraksi dapat memompa ASI keluar.

Jenis-jenis ASI :

- a) Kolostrum: cairan pertama yang dikeluarkan oleh kelenjar payudara pada hari pertama sampai dengan hari ke-3, berwarna kuning keemasan, mengandung protein tinggi rendah laktosa
- b) ASI Transisi: keluar pada hari ke 3–8; jumlah ASI meningkat tetapi protein rendah dan lemak, hidrat arang tinggi.
- c) ASI Mature: ASI yang keluar hari ke 8–11 dan seterusnya, nutrisi terus berubah sampai bayi 6 bulan. Beberapa Hormon yang Berperan dalam Proses Laktasi :

(1) Hormon Prolaktin Ketika bayi menyusu, payudara mengirimkan rangsangan ke otak. Otak kemudian bereaksi

mengeluarkan hormon prolaktin yang masuk ke dalam aliran darah menuju kembali ke payudara. Hormon prolaktin merangsang sel-sel pembuat susu untuk bekerja, memproduksi susu. Semakin sering dihisap bayi, semakin banyak ASI yang diproduksi. Semakin jarang bayi menyusu, semakin sedikit ASI yang diproduksi. Jika bayi berhenti menyusu, payudara juga akan berhenti memproduksi ASI.

- (2) Hormon Oksitosin Setelah menerima rangsangan dari payudara, otak juga mengeluarkan hormon oksitosin. Hormon oksitosin diproduksi lebih cepat daripada prolaktin. Hormon ini juga masuk ke dalam aliran darah menuju payudara. Di payudara, hormon oksitosin ini merangsang sel-sel otot untuk berkontraksi. Kontraksi ini menyebabkan ASI yang diproduksi sel-sel pembuat susu terdorong mengalir melalui pembuluh menuju muara saluran ASI. Kadang Kadang, bahkan ASI mengalir hingga keluar payudara ketika bayi sedang tidak menyusu. Mengalirnya ASI ini disebut refleksi pelepasan ASI.

24

#### **e. Perubahan Psikologis Masa Nifas**

Realisasi tanggung jawab sebagai seorang ibu merupakan faktor pemicu munculnya gangguan emosi, intelektual, dan tingkah laku pada seorang wanita. Sebagian wanita berhasil menyesuaikan diri dengan baik, tetapi sebagian lainnya tidak berhasil menyesuaikan diri dan mengalami gangguan-gangguan psikologis dengan berbagai gejala atau sindrom yang oleh para peneliti dan klinisi disebut post-partum blues.

Dalam menjalani adaptasi masa nifas, sebagian ibu dapat mengalami fase-fase sebagai berikut:

##### **(a) Fase *taking in***

Fase *taking in* yaitu periode ketergantungan berlangsung pada hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Ibu baru

umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Pengalaman selama proses persalinan berulang kali diceritakannya. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif terhadap lingkungannya. Kemampuan mendengarkan (*listening skills*) dan menyediakan waktu yang cukup merupakan dukungan yang tidak ternilai bagi ibu. Kehadiran suami dan keluarga sangat diperlukan pada fase ini.

(b) Fase *taking hold*

Fase *taking hold* adalah fase/periode yang berlangsung antara 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu merasa khawatir akan ketidakmampuannya dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu memiliki perasaan yang sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah sehingga kita perlu berhati-hati dalam berkomunikasi dengan ibu. Pada fase ini ibu memerlukan dukungan karena saat ini merupakan kesempatan yang baik untuk menerima berbagai masukan dalam merawat diri dan bayinya sehingga timbul percaya diri. Tugas sebagai tenaga kesehatan yakni mengajarkan cara merawat bayi, cara menyusui yang benar, cara merawat luka jahitan, mengajarkan senam nifas, memberikan pendidikan kesehatan yang diperlukan ibu seperti gizi, istirahat, kebersihan diri, dan lain-lain.

(c) Fase *letting go*

Fase *letting go* merupakan fase menerima tanggung jawab akan peran barunya yang berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah dapat menyesuaikan diri, merawat diri dan bayinya, serta kepercayaan dirinya sudah meningkat. Dukungan dari suami dan keluarga masih sangat diperlukan ibu. Pada periode ini ibu mengambil tanggung jawab terhadap perawatan bayi dan harus beradaptasi dengan segala kebutuhan bayi sangat bergantung pada ibu, hal ini menyebabkan berkurangnya hak ibu, kebebasan serta

hubungan sosial. Jika hal ini tidak dapat dilalui dengan baik maka dapat menyebabkan terjadinya post partum blues dan depresi post partum.<sup>21</sup>

**f. Kebutuhan Ibu dalam Masa Nifas**

1) Nutrisi dan cairan

(a) Energi

Penambahan kalori sepanjang 3 bulan pertama pasca partum mencapai 500 kkal. Rekomendasi ini berdasarkan pada asumsi bahwa tiap 100 cc. ASI berkemampuan memasok 67-77 kkal. Efisiensi konversi energy yang terkandung dalam makanan menjadi energi susu sebesar rata-rata 80 % dengan kisaran 76-94 % sehingga dapat diperkirakan besaran energy yang diperlukan untuk menghasilkan 100cc susu sekitar 85 kkal. Rata-rata produksi ASI sehari 800 CC yang berarti mengandung 600 kkal. Sementara itu, kalori yang dihabiskan untuk menghasilkan ASI sebanyak itu adalah 750 kkal. Jika laktasi berlangsung selama lebih dari 3 bulan, selama itu pula berat badan ibu akan menurun, yang berarti jumlah kalori tambahan harus ditingkatkan

(b) Protein

Selama menyusui, ibu membutuhkan tambahan protein diatas normal sebesar 20 gram/hari. Dasar ketentuan ini adalah tiap 100 cc ASI mengandung 1,2 gram protein. Dengan demikian 830 cc ASI mengandung 10 gram protein. Efisiensi konversi protein makanan menjadi protein susu hanya 70% (dengan variasi perorangan). Peningkatan kebutuhan ini ditunjukkan bukan hanya transformasi menjadi protein susu, tetapi juga sintasi hormone yang memproduksi (prolaktin) serta yang mengeluarkan ASI (Oksitosin).

(c) Lemak

Lemak berfungsi sebagai sumber tenaga dan berperan dalam produksi ASI serta pembawa vitamin larut lemak dalam ASI. Kebutuhan minyak dalam tumpeng gizi seimbang sebanyak 4 porsi atau setara dengan 4 sendok teh minyak (20 gr). Lemak yang dipelukan untuk ibu menyusui yaitu lemak tak jenuh ganda seperti omega-3 dan omega-6.

(d) Vitamin dan mineral

Kadar vitamin dalam ASI sangat dipengaruhi oleh vitamin yang dimakan ibu, jadi suplementasi vitamin pada 17 ibu akan menaikkan kadar vitamin ASI. Vitamin yang penting dalam masa menyusui adalah vitamin B1, B6, B2, B12, vitamin A, yodium & selenium. Jumlah kebutuhan vitamin & mineral adalah 3 porsi sehari dari sayuran dan buah-buahan. ibu menyusui rentan terhadap kekurangan gizi. Untuk mencegahnya, Anda memerlukan suplemen baik berupa makanan maupun vitamin dan mineral khususnya vitamin A dan zat besi.<sup>25</sup>

Kapsul vitamin A 200.000 IU pada masa nifas diberikan sebanyak dua kali, pertama segera setelah melahirkan, kedua diberikan setelah 24 jam pemberian kapsul vitamin A pertama.

Tabel 1. 8 Kebutuhan Vitamin Ibu Nifas

No	Nutrisi	Kebutuhan
1)	Kalsium	0,5-1 gram
2)	Zat Besi	20 mg
3)	Vitamin C	100 mg
4)	Vitamin B-1	1,3 mg
5)	Vitamin B-2	1,3 mg
6)	Vitamin B-12	2,6 mg
7)	Vitamin D	10 mg

(e) Memelihara Kebersihan Perseorangan (Personal Hygiene)

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

(f) Ambulasi

Ambulasi dini (*early ambulation*) ialah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu postpartum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Ibu postpartum sudah diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 23–38 jam postpartum. Early ambulation tidak diperbolehkan pada ibu postpartum dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, paru-paru, demam dan sebagainya.

(g) Perawatan Payudara

Perawatan payudara adalah suatu tindakan untuk merawat payudara terutama pada masa nifas (masa menyusui) untuk melancarkan pengeluaran ASI. Perawatan payudara pasca persalinan merupakan kelanjutan perawatan payudara semasa hamil. Bagi ibu yang menyusui bayinya, perawatan puting susu merupakan suatu hal amat penting. Payudara harus dibersihkan dengan teliti setiap hari selama mandi dan sekali lagi ketika hendak menyusui. Hal ini akan mengangkat kolostrum yang kering atau sisa susu dan membantu mencegah akumulasi dan masuknya bakteri baik ke puting maupun ke mulut bayi.

(h) Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini pada ibu postpartum disebut juga *early ambulation*, yaitu upaya sesegera mungkin membimbing klien keluar dari tempat tidurnya dan membimbing berjalan. Klien diperbolehkan bangun dari tempat tidur dalam 24-48 jam post partum. Keuntungan yang diperoleh dari *Early ambulation* adalah:

- I. Klien merasa lebih baik, lebih sehat, dan lebih kuat.
- II. Faal usus dan kandung kencing lebih baik.
- III. Sirkulasi dan peredaran darah menjadi lebih lancar.<sup>22</sup>

(i) Istirahat

Setelah persalinan, ibu mengalami kelelahan dan butuh istirahat/tidur telentang selama 8 jam kemudian miring kiri dan kanan. Ibu harus bisa mengatur istirahatnya

**g. Deteksi Dini Penyulit pada Masa Nifas dan Penanganannya**

Perdarahan paska persalinan dibagi menjadi perdarahan pasca persalinan primer dan sekunder.

1) Perdarahan Pasca Persalinan

a) Perdarahan pasca persalinan primer (early postpartum)

Haemorrhage, atau perdarahan pasca persalinan segera. Perdarahan kala IV atau primer adalah perdarahan sejak kelahiran sampai 24 jam pascapartum atau kehilangan darah secara abnormal, rata-rata kehilangan darah selama kelahiran pervaginam yang ditolong dokter obstetrik tanpa komplikasi lebih dari 500 ml. Penyebab perdarahan kala IV primer yaitu atonia uteri, retensio plasenta, dan lacerasi luas pada vagina dan perineum

b) Perdarahan pasca persalinan sekunder (late postpartum haemorrhage), atau perdarahan masa nifas, perdarahan pasca persalinan lambat. Terjadi antara 24 jam hingga 12 minggu setelah persalinan.

## 2) Infeksi Masa Nifas

Merupakan infeksi peradangan pada semua alat genitalia pada masa nifas oleh sebab apapun dengan ketentuan meningkatnya suhu badan melebihi 38oC. tanpa menghitung hari pertama dan berturut-turut selama 2 hari. Gejala infeksi masa nifas sebagai berikut:

- a) Tampak sakit dan lemah.
- b) Suhu meningkat > 38oC.
- c) TD meningkat/menurun.
- d) Pernapasan dapat meningkat/menurun.
- e) Kesadaran gelisah/koma.
- f) Terjadi gangguan involusi uterus
- g) Lochea bernanah berbau.

## **h. Langkah-Langkah Menyusui Yang Benar**

Berberapa langkah yang benar dalam menyusui bayi antara lain:

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

- 7) Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus.
- 8) Ibu menatap bayi dengan kasih sayang
- 9) Payudara dipegang dengan ibu jari di atas dan jari yang lain menopang di bawah. Jangan menekan puting susu atau areolanya saja.
- 10) Bayi diberi rangsangan untuk membuka mulut (rooting reflek) dengan cara:
  - a) Menyentuh pipi dengan puting susu, atau
  - b) Menyentuh sisi mulut bayi.
  - c) Setelah bayi membuka mulut, dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dengan puting serta areola dimasukkan ke mulut bayi.
  - d) Usahakan sebagian besar areola dimasukkan ke mulut bayi, susu berada dibawah langit-langit dan lidah bayi akan menekan ASI keluar dari tempat penampungan ASI yang terletak dibawah areola.
  - e) Setelah bayi mulai menghisap, payudara tak perlu dipegang atau disangga lagi.
- 11) Melepas isapan bayi

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

  - a) Jari kelingking ibu dimasukkan ke mulut bayi melalui sudut mulut atau
  - b) Daggu bayi ditekan kebawah.
- 12) Menyusui berikutnya mulai dari payudara yang belum terkosongkan (yang dihisap terakhir).
- 13) Setelah selesai menyusui, ASI dikeluarkan sedikit kemudian dioleskan pada puting susu dan areola sekitarnya. Biarkan kering dengan sendirinya.

14) Menyendawakan bayi

- a) Bayi digendong tegak dengan bersandar pada bahu ibu kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan atau,
- b) Bayi tidur tengkurap dipangkuan ibu, kemudian punggungnya ditepuk perlahan-lahan. <sup>24</sup>

**i. Lama dan frekuensi menyusui**

Sebaiknya bayi disusui secara on demand karena bayi akan menentukan sendiri kebutuhannya. Ibu harus menyusui bayinya bila bayi menangis bukan karena sebab lain (kencing, kepanasan/keedinginan, atau sekedar ingin didekap) atau ibu sudah merasa perlu menyusui bayinya. Bayi yang sehat dapat mengosongkan satu payudara sekitar 5-7 menit dan ASI dalam lambung bayi akan kosong dalam waktu 2 jam. Pada awalnya bayi akan menyusu dengan jadwal yang tak teratur, dan akan mempunyai pola tertentu setelah 1-2 minggu kemudian. <sup>26</sup>

**j. Masalah masalah dalam pemberian ASI**

Kegagalan dalam proses menyusui sering disebabkan karena timbulnya beberapa masalah, antara lain:<sup>26</sup>

1) Puting susu lecet

Penyebab: Kesalahan dalam teknik menyusui yang benar, Akibat dari pemakaian sabun, alkohol, krim, dll untuk mencuci puting susu, Mungkin saja terjadi pada bayi yang frenulum lingue (tali lidah yang pendek), sehingga menyebabkan bayi sulit menghisap sehingga hisapannya hanya pada puting susu. Rasa nyeri dapat timbul jika ibu menghentikan menyusui kurang hati-hati. Pencegahan puting susu lecet diantaranya :

- a) Ibu perlu mengetahui posisi menyusui yang benar.
- b) Ibu perlu tahu cara melepaskan bayi dari payudara.
- c) Jangan membersihkan puting dengan sabun atau alkohol

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk puting susu lecet yaitu:

- a) Perbaiki posisi menyusui.
- b) Mulai menyusui dari payudara yang tidak sakit.
- c) Tetap mengeluarkan ASI dari payudara yang putingnya lecet.
- d) Keluarkan sedikit ASI dan oleskan ke puting yang lecet dan biarkan kering
- e) Pergunakan BH yang menyangga
- f) Bila terasa sangat sakit boleh minum obat pengurang rasa sakit.

## 2) Payudara bengkak

- a) Penyebab: Pembengkakan ini terjadi karena ASI tidak disusui secara adekuat, sehingga sisa ASI terkumpul pada system duktus yang mengakibatkan terjadinya pembengkakan. Pembengkakan bisa terjadi pada hari ketiga dan keempat sesudah melahirkan.
- b) Pencegahan: Apabila memungkinkan, susukan bayi segera setelah lahir, Susukan bayi tanpa dijadwal, Keluarkan ASI dengan tangan atau pompa bila produksi ASI melebihi kebutuhan bayi, melakukan perawatan payudara.

## 3) Saluran susu tersumbat (*obstruvtive duct*)

Suatu keadaan dimana terdapat sumbatan pada duktus laktiferus. Penyebabnya adalah: Tekanan jari ibu pada waktu menyusui, Pemakaian BH yang terlalu ketat, Komplikasi payudara bengkak, yaitu susu yang terkumpul tidak segera dikeluarkan sehingga menimbulkan sumbatan.

## 4) Mastitis

Hal ini merupakan radang pada payudara, yang disebabkan :

- a) Payudara bengkak yang tidak disusui secara adekuat
- b) Puting lecet yang memudahkan masuknya kuman dan terjadi payudara bengkak

- c) BH yang terlalu ketat
  - d) Ibu yang diet jelek, kurang istirahat, anemi akan mudah terinfeksi
- 5) Abses payudara Abses payudara merupakan kelanjutan dari mastitis, hal ini dikarenakan meluasnya peradangan payudara. Payudara tampak merah mengkilap dan terdapat nanah sehingga perlu insisi untuk mengeluarkannya
  - 6) Kelainan anatomis pada puting susu (puting tenggelam/datar) Pada puting tenggelam kelainan dapat diatasi dengan perawatan payudara dan perasat Hoffman secara teratur. Jika puting masih tidak bisa diatasi maka untuk mengeluarkan ASI dapat dilakukan dengan tangan/pompa kemudian dapat diberikan dengan sendok/pipet.

## 6. Keluarga Berencana

### a. Definisi

Keluarga berencana merupakan usaha suami istri untuk mengukur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang.<sup>27</sup>

### b. Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan umum untuk lima tahun kedepan yaitu mewujudkan visi dan misi program KB yaitu membangun kembali dan melestarikan pondasi yang kokoh bagi pelaksana program KB di masa mendatang untuk mencapai keluarga berkualitas.<sup>28</sup>

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 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 sehingga memberi efek langsung penurunan fertilitas. Sasaran tidak langsung KB yaitu :

- 1) Kelompok remaja usia 15-29 Tahun karena remaja bukan target untuk menggunakan alat kontrasepsi secara langsung melainkan termasuk kelompok yang beresiko untuk melakukan hubungan seksual. Sehingga program KB pada sasaran remaja menjadi Upaya dan preventif untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan agar tidak berujung pada aborsi
- 2) Organisasi-organisasi, kemasyarakatan, instansi pemerintah maupun swasta serta tokoh dan pemuka agama yang diharapkan dapat memberikan dukungan kelembagaan dua anak cukup.

**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.<sup>29</sup>

**e. Prinsip Kerja Kontrasepsi**

Cara kerja kontrasepsi pada dasarnya adalah meniadakan pertemuan antara sel telur (ovum) dengan sel mani (sperma). Ada untuk mencapai tujuan tersebut diantaranya adalah menekan keluarnya sel telur (ovulasi), menahan masuknya sperma ke dalam saluran kelamin sampai mencapai ovum dan yang ketiga adalah menghalangi nidasi.<sup>30</sup>

**f. Macam-macam Metode Kontrasepsi**

Macam-macam metode kontrasepsi dibagi atas antara lain:

1) Metode Tradisional

Metode yang sudah lama digunakan akan tetapi memiliki keberhasilan yang rendah. Metode tradisional ini antara lain penggunaan semprot vagina, senggama terputus dan penggunaan agens pembersih vagina.

2) Metode Alamiah tanpa Alat

Metode alamiah yang tanpa alat antara lain metode kelender, metode suhu basal badan, metode servik, metode pantang berkala, metode amenorae laktasi, metode senggama terputus.

3) Metode Alamiah dengan Alat (Metode Barrier)

Metode merupakan metode alamiah yang menggunakan alat terdiri atas kondom, spermicide, diafragma, kap serviks.

4) Metode Modern

Metode modern terdiri dari metode kontrasepsi hormonal dan non hormonal. Metode hormonal terdiri dari pil KB, suntik dan metode non hormonal terdiri dari IUD.

5) Metode mantap

a) Kontrasepsi mantap

Penyinaran, Medis Operatif Wanita (MOW), penyumbatan tuba fallopii secara mekanis dan penyumbatan tuba fallopii secara kimiawi.

b) Kontrasepsi mantap pada pria

Medis Operatif Pria (MOP), penyumbatan vas deferens secara mekanis dan penyumbatan vas deferens secara kimiawi.<sup>29</sup>

**g. KB IUD**

IUD merupakan kontrasepsi sangat efektif dan berjangka. 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.<sup>31</sup>

IUD dapat dipasang dalam keadaan sewaktu haid sedang berlangsung, karena keuntungannya pemasangan lebih mudah oleh karena servik pada waktu agak terbuka dan lembek. Rasa nyeri tidak seberapa keras, perdarahan yang timbul sebagai akibat pemasangan tidak seberapa dirasakan, kemungkinan pemasangan IUD pada uterus yang sedang hamil tidak ada. Selain itu, pemasangan dapat dilakukan saat post partum. Pemeriksaan sesudah IUD dipasang dilakukan pada 1 minggu pasca pemasangan, 3 bulan berikutnya, berikutnya setiap 6 bulan sekali.<sup>32</sup>

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

a) Dipasang dengan tangan secara langsung

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

b) Dipasang dengan ring forceps

Prosedur pemasangan dengan AKDR menggunakan ring forceps sama dengan pemasangan dengan menggunakan tangan secara langsung akan tetapi AKDR diposisikan dengan menggunakan ring forceps, bukan dengan tangan.

IUD pasca plasenta aman dan efektif, tetapi ekspulsinya lebih tinggi dibandingkan ekspulsi  $\geq 4$  minggu pasca persalinan. Ekspulsi dapat diturunkan dengan cara melakukan insersi IUD dalam 10 menit setelah pengeluaran plasenta, memastikan insersi mencapai fundus uteri, dan dikerjakan oleh tenaga medis dan paramedis yang terlatih dan berpengalaman. Meskipun angka ekspulsi pada pemasangan AKDR segera pasca salin lebih tinggi dibandingkan teknik pemasangan masa interval (lebih dari 4 minggu setelah persalinan), angka ekspulsi dapat diminimalisasi bila:

- 1) Pemasangan dilakukan dalam waktu 10 menit setelah melahirkan plasenta
- 2) AKDR ditempatkan cukup tinggi pada fundus uteri
- 3) Pemasangan dilakukan oleh tenaga terlatih.<sup>31</sup>

## **7. Kewenangan Bidan terhadap Kasus**

Berdasarkan PMK No. 21 Tahun 2021 tentang Asuhan Kebidanan pada masa sebelum hamil, memberikan Asuhan Kebidanan pada masa kehamilan normal, memberikan Asuhan Kebidanan pada masa persalinan dan menolong persalinan normal, memberikan Asuhan Kebidanan pada masa nifas, melakukan pertolongan pertama kegawatdaruratan ibu hamil, bersalin, nifas, dan rujukan dan melakukan deteksi dini kasus risiko dan komplikasi pada masa kehamilan, masa persalinan, pascapersalinan, masa nifas, serta asuhan pascakeguguran dan dilanjutkan dengan rujukan.<sup>33</sup>

Pada PMK No 21 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan bidan berwenang memberikan layanan Kesehatan ibu berupa masa sebelum hamil, masa hamil, masa persalinan, masa nifas, masa menyusui, dan masa antara dua kehamilan.<sup>34</sup>

Kewenangan bidan juga diatur dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/320/2020 Tentang Standar Profesi Bidan Kompetensi Bidan adalah kemampuan yang dimiliki oleh lulusan profesi Bidan yang meliputi pengetahuan, keterampilan, dan sikap dalam memberikan pelayanan kebidanan pada bayi baru lahir, bayi, balita dan anak prasekolah, remaja, masa sebelum hamil, masa kehamilan, masa persalinan, masa pasca keguguran, masa nifas, masa antara, pelayanan keluarga berencana, masa klimakterium, reproduksi dan seksualitas, serta keterampilan dasar praktik klinis kebidanan.<sup>35</sup>