

## **BAB II**

### **KAJIAN KASUS DAN TEORI**

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

##### **1. Asuhan Kebidanan Kehamilan**

###### **a. Pengkajian di Puskesmas Ponjong II tanggal 24 Februari 2026**

Ny. N usia 28 tahun, pendidikan terakhir SMK, bekerja sebagai ibu rumah tangga. Suami Ny. N yaitu Tn. D berusia 28 tahun pendidikan terakhir SMK bekerja sebagai karyawan swasta. Ny.N dan suami tinggal di Kebowan Lor, Gombang, Ponjong, datang ke Puskesmas Ponjong II untuk pemeriksaan kehamilan trimester III serta pemeriksaan hemoglobin ulang dan protein urine. Ibu mengatakan sering buang air kecil terutama pada malam hari, tidak disertai nyeri saat berkemih dan aliran urine lancar. Riwayat menstruasi teratur dengan siklus 28 hari dan lama menstruasi 7 hari. Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) tanggal 2 Juni 2025 dan Hari Perkiraan Lahir (HPL) tanggal 9 Maret 2026. Ibu mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit kronis seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes melitus, asma, penyakit ginjal, tuberkulosis maupun HIV/AIDS. Kehamilan ini merupakan kehamilan pertama bagi ibu, ibu telah melakukan pemeriksaan kehamilan sesuai standar pelayanan antenatal minimal 6 kali kunjungan (K6), termasuk pemeriksaan oleh dokter disertai USG pada trimester I dan trimester III di Puskesmas.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu dalam kondisi baik dengan tingkat kesadaran compos mentis. Tanda-tanda vital ibu dalam batas normal, yaitu tekanan darah 121/76 mmHg, nadi 78 kali per menit, frekuensi pernapasan 20 kali per menit, dan suhu tubuh 36,4°C. Pemeriksaan status gizi menunjukkan BB 49kg, TB 148cm, Indeks Massa Tubuh (IMT) sebesar 21,4 yang termasuk dalam kategori normal. Namun berdasarkan pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) didapatkan hasil 21 cm yang menunjukkan bahwa ibu mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK). Pada pemeriksaan fisik tidak ditemukan tanda-tanda anemia pada

mata, serta pada ekstremitas tidak ditemukan adanya edema. Hasil pemeriksaan obstetri menunjukkan tinggi fundus uteri (TFU) 29 cm. Letak janin memanjang dengan presentasi kepala dan posisi punggung janin berada di sebelah kiri. Kepala janin sudah masuk pintu atas panggul (PAP). Denyut jantung janin (DJJ) terdengar jelas, teratur, dengan frekuensi 145 kali per menit. Berdasarkan riwayat pemeriksaan penunjang dari ANC terpadu pada tanggal 9 Agustus 2025 diperoleh hasil pemeriksaan hemoglobin (Hb) 12,5 g/dL, gula darah sewaktu (GDS) 72 mg/dL, serta hasil pemeriksaan PITC, sifilis, dan HBsAg menunjukkan hasil non reaktif. Pada pemeriksaan ulang yang dilakukan pada tanggal 24 Februari 2026 diperoleh hasil hemoglobin 12,4 g/dL dan pemeriksaan protein urine menunjukkan hasil negatif.

Analisis yang diperoleh dari data subjektif dan objektif adalah Ny N Umur 28 tahun G1P0A0 usia kehamilan 37 minggu 6 hari dengan kehamilan tunggal, hidup, intra uteri, letak memanjang, punggung kiri, presentasi kepala, kepala sudah masuk PAP, kondisi ibu dan janin baik dengan Kekurangan Energi Kronik (KEK) berdasarkan hasil pengukuran LILA 21 cm. Keluhan sering buang air kecil merupakan ketidaknyamanan fisiologis trimester III yang terjadi akibat penurunan kepala janin yang menekan kandung kemih.

Penatalaksanaan yang dilakukan antara lain memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik, denyut jantung janin normal, serta kepala janin sudah masuk panggul. Namun hasil pemeriksaan LILA diperoleh 21 cm yang menandakan ibu mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK). Ibu tampak memahami hasil pemeriksaan dan merasa lebih tenang. Memberikan konseling kepada ibu mengenai pentingnya pemenuhan nutrisi pada trimester III untuk meningkatkan status gizi ibu, mendukung pertumbuhan janin, serta mempersiapkan energi ibu dalam menghadapi persalinan, masa nifas, dan proses menyusui. Ibu mampu mengulangi kembali pentingnya konsumsi makanan bergizi selama kehamilan. Menganjurkan ibu untuk

mengonsumsi makanan dengan gizi seimbang yang mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral seperti nasi, lauk hewani (ikan, telur, ayam, daging), lauk nabati (tempe, tahu), sayur-sayuran, buah-buahan, serta susu. Ibu bersedia menerapkan pola makan gizi seimbang dalam menu sehari-hari. Menganjurkan ibu untuk menambah porsi makan atau makan dengan porsi kecil tetapi lebih sering (3 kali makan utama dan 2–3 kali makanan selingan) untuk membantu memenuhi kebutuhan energi selama kehamilan trimester III. Ibu mengatakan bersedia meningkatkan frekuensi makan sesuai anjuran. Menganjurkan ibu untuk memperbanyak konsumsi makanan tinggi protein dan zat besi untuk membantu meningkatkan status gizi ibu serta mencegah anemia menjelang persalinan. Ibu mampu menyebutkan contoh makanan tinggi protein dan zat besi. Menjelaskan kepada ibu bahwa keluhan sering buang air kecil pada trimester III merupakan hal yang wajar karena adanya tekanan kepala janin pada kandung kemih, serta menganjurkan ibu untuk tidak menahan buang air kecil dan tetap menjaga kebersihan area genital. Ibu tampak memahami penjelasan dan mengatakan merasa lebih tenang. Menganjurkan ibu untuk tetap memenuhi kebutuhan cairan tubuh yang cukup serta mengurangi minum berlebihan menjelang waktu tidur agar tidak terlalu sering terbangun pada malam hari. Ibu bersedia mengikuti anjuran yang diberikan. Memberikan edukasi kepada ibu mengenai tanda-tanda persalinan seperti perut mulas yang teratur dan semakin kuat, keluar lendir bercampur darah, serta keluarnya cairan ketuban dari jalan lahir. Ibu mampu mengulangi kembali tanda-tanda persalinan. Melibatkan suami/keluarga dalam memberikan dukungan kepada ibu, terutama dalam pemenuhan nutrisi, pemantauan kondisi ibu, serta persiapan persalinan dan kesiapsiagaan apabila terjadi tanda bahaya. Suami dan keluarga bersedia mendukung kebutuhan ibu selama kehamilan dan persalinan. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang satu minggu lagi atau apabila terasa ada tanda - tanda persalinan. Ibu bersedia melakukan kunjungan ulang sesuai anjuran.

b. Pengkajian melalui WhatsApp dan data di buku KIA pada tanggal 03 Maret 2026

Ibu mengatakan tidak ada keluhan. Gerakan janin dalam 12 jam terakhir lebih dari 10 kali. Hasil pemeriksaan di PMB S.M. tanggal 2 Maret 2026 menunjukkan keadaan umum ibu baik, tingkat kesadaran compos mentis. Tanda vital ibu dalam batas normal, yaitu tekanan darah 117/75 mmHg, nadi 78 kali per menit, frekuensi nafas 20 kali per menit, dan suhu 36,2°C. Berat badan ibu 49,3 kg dan Lila 21 cm.

Pada pemeriksaan fisik, konjungtiva tidak pucat. Pemeriksaan abdomen menunjukkan perut membesar memanjang, Tinggi fundus uteri (TFU) adalah 30 cm. Palpasi menunjukkan letak janin memanjang dengan punggung kiri dan presentasi kepala. Kepala janin sudah masuk panggul. Denyut jantung janin terdengar jelas dan teratur dengan frekuensi 145 kali per menit. Pada pemeriksaan ekstremitas tidak ditemukan adanya edema.

Analisa berdasarkan hasil pengkajian data subjektif dan objektif menunjukkan Ny. N usia 28 tahun G1P0A0 usia kehamilan 38 minggu 5 hari, janin tunggal hidup intrauterin, letak memanjang, punggung kiri, presentasi kepala, kepala sudah masuk panggul, dengan faktor risiko KEK, kondisi ibu dan janin baik. Meskipun demikian, ibu tetap memerlukan pemantauan dan asuhan pada kehamilan trimester III menjelang persalinan serta edukasi terkait pemenuhan nutrisi yang adekuat untuk mendukung kondisi ibu dalam menghadapi persalinan, masa nifas, dan proses menyusui.

Penatalaksanaan yang dilakukan memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik, denyut jantung janin normal, serta kepala janin sudah masuk panggul. Ibu tampak memahami hasil pemeriksaan dan merasa lebih tenang. Menganjurkan ibu untuk memantau gerakan janin secara mandiri di rumah, dengan memastikan gerakan janin minimal 10 kali dalam 12 jam sebagai indikator kesejahteraan janin. Mengulangi edukasi tanda-tanda persalinan, seperti kontraksi perut yang teratur dan semakin kuat, keluar

lendir bercampur darah dari jalan lahir, serta pecahnya air ketuban, dan menganjurkan ibu segera ke fasilitas kesehatan apabila tanda-tanda tersebut muncul. Mengulangi kembali KIE tanda bahaya kehamilan trimester III, seperti perdarahan pervaginam, nyeri kepala hebat, penglihatan kabur, bengkak pada wajah atau tangan, serta penurunan gerakan janin. Menganjurkan pada ibu untuk mempertahankan pola makan gizi seimbang untuk meningkatkan status gizi menjelang persalinan, masa nifas, dan menyusui. Mengingatkan kembali pada ibu tablet tambah darah (Fe) dan kalsium untuk dikonsumsi secara rutin sesuai anjuran guna memenuhi kebutuhan zat besi dan mineral selama kehamilan. Menganjurkan ibu melakukan kunjungan ulang satu minggu kemudian atau segera datang ke fasilitas kesehatan apabila terdapat keluhan atau muncul tanda-tanda persalinan.

c. Pengkajian di rumah Ny. N pada tanggal 05 Maret 2026

Ibu mengatakan kadang-kadang merasakan perut kencang, namun masih jarang dan belum teratur.

Hasil pemeriksaan menunjukkan keadaan umum ibu baik dengan tingkat kesadaran *compos mentis*. Tanda vital ibu berada dalam batas normal, yaitu tekanan darah 120/76 mmHg, nadi 78 kali per menit, frekuensi pernapasan 18 kali per menit, dan suhu tubuh 36,5°C. Berat badan ibu saat pemeriksaan adalah 49,3 kg. Pada pemeriksaan fisik, konjungtiva mata tidak tampak pucat sehingga tidak menunjukkan tanda anemia. Pemeriksaan abdomen menunjukkan pembesaran perut sesuai usia kehamilan, letak memanjang, Tinggi fundus uteri (TFU) 30 cm. Hasil palpasi menunjukkan letak janin memanjang dengan posisi punggung di sebelah kiri dan presentasi kepala. Kepala janin sudah masuk panggul. Denyut jantung janin terdengar jelas dan teratur dengan frekuensi 148 kali per menit. Pada pemeriksaan ekstremitas tidak ditemukan adanya edema.

Berdasarkan pengkajian data subjektif dan objektif dapat ditegakkan diagnose kebidanan yaitu Ny. N usia 28 tahun G1P0A0 usia kehamilan 39 minggu 1 hari, janin tunggal hidup intrauterin, letak memanjang,

punggung kiri, presentasi kepala, kepala sudah masuk panggul, dengan faktor risiko KEK, kondisi ibu dan janin baik.

Keluhan perut terasa kencang yang dirasakan ibu masih jarang dan belum teratur sehingga merupakan kondisi fisiologis pada akhir kehamilan sebagai persiapan menuju proses persalinan.

Penatalaksanaan yang dilakukan antara lain memberitahukan hasil pemeriksaan kepada ibu bahwa kondisi ibu dan janin dalam keadaan baik serta tanda vital dalam batas normal. Menjelaskan kepada ibu bahwa keluhan perut terasa kencang yang masih jarang dan belum teratur merupakan hal yang wajar pada akhir kehamilan sebagai tanda persiapan menuju persalinan. Memberikan KIE mengenai tanda-tanda persalinan seperti kontraksi yang teratur dan semakin kuat, keluar lendir bercampur darah, serta pecahnya air ketuban. Mengulang KIE mengenai tanda bahaya kehamilan trimester III seperti perdarahan pervaginam, sakit kepala hebat, penglihatan kabur, dan penurunan gerakan janin. Menganjurkan ibu untuk memantau gerakan janin secara mandiri di rumah, dengan memastikan gerakan janin minimal 10 kali dalam 12 jam.

Menganjurkan ibu untuk tetap memenuhi kebutuhan nutrisi dengan mengonsumsi makanan bergizi seimbang, terutama makanan yang mengandung protein dan zat besi guna membantu meningkatkan status gizi ibu dengan KEK serta mempersiapkan energi menjelang persalinan, masa nifas, dan menyusui. Mengajarkan dan mendampingi ibu mempraktikkan penggunaan *gym ball* dengan gerakan *pelvic rocking* untuk membantu relaksasi otot panggul, meningkatkan kenyamanan pada akhir kehamilan, serta membantu proses penurunan kepala janin sebagai persiapan persalinan. Menganjurkan ibu melakukan aktivitas fisik ringan seperti berjalan santai di pagi hari untuk membantu kesiapan tubuh menghadapi persalinan. Menganjurkan ibu segera datang ke fasilitas kesehatan apabila merasakan tanda bahaya kehamilan atau tanda - tanda persalinan.

## 2. Asuhan Kebidanan Persalinan

Data persalinan diperoleh melalui pengkajian awal dengan ibu melalui komunikasi telepon pada tanggal 07 Maret 2026 pukul 06.00 WIB, kemudian dilakukan validasi data melalui peninjauan Buku KIA, catatan persalinan di PMB S.M, serta wawancara langsung dengan ibu pada hari yang sama pukul 07.30 WIB dengan izin bidan tanpa menyalin atau melampirkan dokumen.

Berdasarkan hasil pengkajian, pada tanggal 06 Maret 2026 pukul 14.00 WIB Ny. N mulai merasakan kontraksi yang datang dan hilang secara berkala disertai pengeluaran lendir bercampur darah dalam jumlah sedikit. Pada saat itu ibu belum memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan. Selanjutnya pada pukul 17.00 WIB ibu mengatakan air ketuban keluar secara spontan dari jalan lahir disertai kontraksi yang semakin sering serta lendir bercampur darah yang semakin banyak, sehingga ibu memutuskan untuk memeriksakan diri ke PMB S.M.

Berdasarkan hasil pemeriksaan di PMB S.M, didapatkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis, tanda vital dalam batas normal, serta denyut jantung janin dalam batas normal dan teratur. Pada pemeriksaan dalam didapatkan vulva dan vagina tenang, portio tipis dan lunak, pembukaan serviks 4 cm, selaput ketuban sudah pecah, serta kontraksi uterus sebanyak 3 kali dalam 10 menit dengan durasi  $\pm 40$  detik. Berdasarkan hasil tersebut, ibu dinyatakan telah memasuki persalinan kala I fase aktif dan dianjurkan untuk tetap berada di PMB guna pemantauan kemajuan persalinan.

Selama proses persalinan, bidan melakukan pemantauan kondisi ibu dan janin secara berkala. Selain itu, bidan juga mempersiapkan suami dan satu orang anggota keluarga untuk mendampingi ibu selama proses persalinan sebagai bentuk dukungan keluarga. Ibu didampingi oleh suami dan ibunya selama proses persalinan berlangsung. Kontraksi uterus semakin kuat dan teratur serta pembukaan serviks mengalami kemajuan hingga pembukaan lengkap.

Pada kala III dilakukan manajemen aktif berupa pemberian oksitosin 10 IU secara intramuskular untuk membantu pelepasan plasenta dan mencegah perdarahan. Plasenta lahir lengkap sekitar 5 menit setelah bayi lahir, yaitu pukul  $\pm 21.15$  WIB, kemudian dilakukan masase uterus dan didapatkan kontraksi uterus baik.

Pada kala IV dilakukan observasi selama dua jam postpartum. Berdasarkan hasil pengkajian, kondisi ibu dan bayi dalam keadaan baik, tidak ditemukan perdarahan berlebih, serta kontraksi uterus baik. Ibu mengalami ruptur perineum derajat II dan telah dilakukan penjahitan dengan anestesi lokal oleh bidan.

Lama persalinan kala I berlangsung sekitar 4 jam, kala II berlangsung sekitar 10 menit, dan kala III 5 menit. Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, dapat disimpulkan bahwa proses persalinan Ny. N berlangsung secara spontan dan fisiologis tanpa komplikasi maupun kegawatdaruratan, baik pada ibu maupun bayi.

### 3. Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir

Data bayi baru lahir diperoleh melalui pengkajian awal dengan ibu melalui komunikasi telepon pada tanggal 07 Maret 2026 pukul 06.00 WIB, kemudian dilakukan validasi melalui peninjauan Buku KIA, catatan persalinan di PMB S.M, serta wawancara langsung dengan ibu pada pukul 07.30 WIB dengan izin bidan tanpa menyalin atau melampirkan dokumen.

Bayi Ny. N lahir pada tanggal 06 Maret 2026 pukul 21.10 WIB secara spontan per vaginam di PMB S.M dengan jenis kelamin perempuan. Berdasarkan keterangan ibu dan hasil peninjauan data, bayi lahir dengan tangisan kuat dan kondisi umum baik.

Berdasarkan data pada Buku KIA dan catatan di PMB S.M, segera setelah lahir bayi telah mendapatkan asuhan segera bayi baru lahir oleh bidan di PMB berupa Inisiasi Menyusu Dini (IMD) karena kondisi ibu dan bayi stabil. Selain itu, bayi telah diberikan salep mata pada kedua mata, injeksi vitamin K1 dosis 1 mg secara intramuskular pada paha kiri, serta imunisasi Hepatitis B (HB-0) secara intramuskular pada paha kanan sebagai bagian dari pelayanan neonatal esensial.

Berdasarkan data pada Buku KIA, diperoleh berat badan lahir bayi 2900 gram dan panjang badan 48 cm. Hasil pemeriksaan menunjukkan kondisi umum bayi baik dengan tangisan kuat, warna kulit kemerahan, tonus otot baik, serta tidak ditemukan adanya kelainan kongenital maupun tanda kegawatdaruratan pada bayi baru lahir.

#### 4. Asuhan Kebidanan Masa Nifas

##### a. KF1

Data masa nifas diperoleh melalui pengkajian awal dengan ibu, kemudian dilakukan validasi melalui peninjauan Buku KIA, catatan nifas di PMB S.M, serta wawancara langsung dengan ibu pada tanggal 07 Maret 2026 pukul 07.30 WIB dengan izin bidan tanpa menyalin atau melampirkan dokumen.

Pada tanggal 07 Maret 2026 pukul 07.30 WIB, ibu masih berada di PMB S.M. Berdasarkan hasil pengkajian, kondisi ibu pada hari pertama masa nifas dalam keadaan baik. Ibu mengatakan masih merasakan nyeri pada luka jahitan perineum, namun masih dalam batas toleransi. Ibu menyampaikan dapat beristirahat cukup karena bayi tidak rewel. Ibu menyusui bayinya setiap  $\pm 2$  jam sekali.

Aktivitas ibu sudah baik, ibu mampu duduk, berjalan, BAK, serta mandi secara mandiri tanpa keluhan. Ibu mengganti pembalut  $\pm 4$  kali dalam  $\pm 10$  jam postpartum. Pola makan ibu cukup, ibu telah mulai makan 1 kali sejak persalinan, nafsu makan baik dan tidak ada keluhan. Ibu mengatakan ASI sudah mulai keluar meskipun masih sedikit, namun tetap memberikan ASI kepada bayi setiap  $\pm 2$  jam. Ibu dan keluarga menerima kelahiran bayi dengan baik.

Berdasarkan hasil pemeriksaan yang tercatat di PMB S.M, didapatkan keadaan umum ibu baik dengan tanda vital dalam batas normal. Kontraksi uterus teraba keras dengan tinggi fundus uteri (TFU) 2 jari di bawah pusat, serta pengeluaran lochea rubra dalam batas normal. Luka jahitan perineum masih dalam kondisi basah. Ibu mendapatkan terapi berupa amoksisilin 3 x 500 mg, asam mefenamat 3 x 500 mg, tablet Fe 1

x 1, vitamin C 1 x 1, dan vitamin A 1 x 1. Berdasarkan hasil pemeriksaan, kondisi ibu dinyatakan baik dan tidak terdapat komplikasi pada masa nifas.

Berdasarkan data subjektif dan objektif, kondisi ibu pada masa nifas hari pertama dalam batas normal dengan involusi uterus baik yang ditandai dengan kontraksi uterus keras dan TFU 2 jari di bawah pusat serta lochea rubra dalam batas normal. Ibu masih mengalami ketidaknyamanan berupa nyeri luka perineum dan produksi ASI yang belum optimal.

b. KF2 pada tanggal 09 Maret 2026 (Kunjungan Rumah)

Ibu mengatakan kondisi tubuhnya saat ini dalam keadaan baik. Ibu sudah tidak merasakan nyeri pada luka jahitan perineum. Ibu menyampaikan bahwa ASI sudah keluar meskipun belum lancar, namun bayi menyusu dengan baik dan tidak rewel. Ibu juga mengatakan sudah mampu beraktivitas seperti biasa, pola makan dan minum dalam batas normal, serta istirahat cukup. Ibu mengatakan belum mengikuti program KB pasca salin.

Berdasarkan hasil pemeriksaan didapatkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis. Tanda vital dalam batas normal yaitu tekanan darah 120/75 mmHg, nadi 80 kali per menit, respirasi 20 kali per menit, dan suhu 36,2°C. Pada pemeriksaan fisik, payudara tampak membesar, puting menonjol, dan tidak terdapat tanda bendungan ASI. Abdomen menunjukkan kontraksi uterus baik (keras) dengan tinggi fundus uteri berada di pertengahan pusat dan simpisis. Pengeluaran lochea berupa lochea sanguinolenta dalam batas normal. Luka jahitan perineum tampak sudah kering dan tidak terdapat tanda infeksi. Pada ekstremitas tidak ditemukan adanya edema.

Analisis berdasarkan data subjektif dan objektif menunjukkan bahwa kondisi ibu pada masa nifas hari ke-4 dalam batas normal dengan involusi uterus baik, lochea normal, dan luka perineum sudah kering tanpa tanda infeksi. Produksi ASI sudah meningkat namun belum optimal. Ibu belum menggunakan KB pasca salin sehingga memerlukan edukasi lebih lanjut.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menjelaskan kepada ibu bahwa kondisi masa nifas saat ini dalam batas normal. Ibu dianjurkan untuk menyusui bayinya sesering mungkin (on demand) guna merangsang produksi ASI. Bidan juga mengajarkan dan mempraktikkan pijat oksitosin kepada ibu untuk membantu memperlancar pengeluaran ASI. Selain itu, ibu dianjurkan untuk mengonsumsi makanan bergizi seimbang, tinggi protein, serta cukup cairan, menjaga kebersihan diri terutama area perineum, serta istirahat yang cukup. Ibu juga diingatkan untuk tetap mengonsumsi obat yang diberikan tenaga kesehatan. Edukasi mengenai tanda bahaya masa nifas seperti perdarahan banyak, demam, dan nyeri hebat juga diberikan. Memberikan edukasi awal mengenai keluarga berencana (KB) pasca salin, meliputi pentingnya penjarangan kehamilan serta pengenalan metode kontrasepsi yang aman bagi ibu menyusui seperti metode amenorea laktasi (MAL), pil dan suntik progestin, implan, dan IUD. Ibu dianjurkan untuk mendiskusikan rencana penggunaan kontrasepsi dengan suami sebagai persiapan pemilihan metode KB yang sesuai. Ibu dianjurkan melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal atau segera ke fasilitas kesehatan apabila terdapat keluhan.

c. KF3 pada tanggal 24 Maret 2026 hari ke-18 (Puskesmas Ponjong 2)

Pada tanggal 24 Maret 2026 pukul 10.00 WIB, ibu kontrol bersama bayinya ke Puskesmas Ponjong II. Ny. N P1A0AH1 nifas hari ke-18, ibu mengatakan kondisi tubuhnya saat ini dalam keadaan baik dan sudah dapat beraktivitas seperti biasa tanpa keluhan. Ibu tidak merasakan nyeri pada luka jahitan perineum. Ibu menyampaikan bahwa ASI sudah keluar dengan lancar dan bayi menyusu dengan baik serta tidak rewel. Pola makan ibu baik dengan frekuensi makan 3 kali sehari dan minum cukup. Ibu juga mengatakan istirahat cukup dan mendapatkan dukungan dari keluarga dalam merawat bayi. Ibu mengatakan telah berdiskusi dengan suami dan berencana menggunakan KB alami (MAL).

Berdasarkan hasil pemeriksaan didapatkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis. Tanda vital dalam batas normal yaitu

tekanan darah 117/72 mmHg, nadi 76 kali per menit, respirasi 18 kali per menit, dan suhu 36,4°C. Pada pemeriksaan fisik, payudara tampak bersih, putting baik, tidak terdapat bendungan ASI, dan produksi ASI lancar. Abdomen menunjukkan kontraksi uterus baik dan tinggi fundus uteri sudah tidak teraba. Pengeluaran lochea berupa lochea berwarna putih kekuningan dalam jumlah sedikit dan tidak berbau. Luka jahitan perineum tampak sudah sembuh, kering, dan tidak terdapat tanda infeksi. Pada ekstremitas tidak ditemukan adanya edema.

Analisis berdasarkan data subjektif dan objektif, menunjukkan bahwa kondisi ibu pada masa nifas hari ke-18 dalam batas normal dengan proses involusi uterus yang baik, ditandai dengan tidak terabanya fundus uteri serta pengeluaran lochea alba yang sesuai dengan fase nifas lanjut. Produksi ASI sudah lancar dan proses penyembuhan luka perineum telah berlangsung dengan baik tanpa tanda infeksi.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menjelaskan kepada ibu bahwa kondisi masa nifas saat ini dalam batas normal. Ibu dianjurkan untuk tetap memberikan ASI eksklusif kepada bayi hingga usia 6 bulan dan mempertahankan pola menyusui yang baik. Ibu juga dianjurkan untuk mengonsumsi makanan bergizi seimbang, tinggi protein, serta cukup cairan untuk mendukung produksi ASI. Melibatkan suami dan keluarga dalam memberikan dukungan kepada ibu, seperti membantu pekerjaan rumah tangga, mengingatkan ibu untuk makan dan istirahat cukup, serta mendukung ibu dalam pemberian ASI eksklusif. Keluarga juga dianjurkan untuk ikut memperhatikan kondisi ibu dan segera melaporkan apabila terdapat tanda bahaya masa nifas. Edukasi mengenai tanda bahaya masa nifas tetap diberikan kepada ibu dan keluarga. Menjelaskan kembali bahwa MAL efektif digunakan apabila ibu memberikan ASI eksklusif, bayi berusia kurang dari 6 bulan, dan ibu belum mengalami menstruasi. Ibu dianjurkan untuk tetap menyusui secara teratur (on demand) guna mempertahankan efektivitas metode tersebut. Menganjurkan ibu untuk merencanakan metode kontrasepsi lanjutan setelah masa penggunaan

MAL berakhir. Ibu juga disarankan untuk melakukan kontrol sesuai jadwal ke fasilitas kesehatan sebagai evaluasi atau segera apabila ada keluhan.

d. KF4 pada tanggal 2 April 2026 hari ke-28 (Puskesmas Ponjong II)

Pada tanggal 02 April 2026 pukul 09.30 WIB, ibu kontrol bersama bayinya ke Puskesmas Ponjong II untuk imunisasi BCG bayi sekaligus dilakukan kunjungan nifas (KF4). Ny. N P1A0AH1 nifas hari ke-28 ibu mengatakan kondisi tubuhnya saat ini dalam keadaan baik dan sudah dapat beraktivitas seperti biasa tanpa keluhan. Ibu tidak merasakan nyeri pada luka jahitan perineum. Ibu menyampaikan bahwa ASI sudah keluar dengan lancar dan bayi menyusu dengan baik serta tidak rewel. Pola makan ibu baik dengan frekuensi makan 3 kali sehari dan minum cukup. Ibu juga mengatakan istirahat cukup dan mendapatkan dukungan dari keluarga dalam merawat bayi. Ibu mengatakan masih menggunakan metode kontrasepsi alami yaitu Metode Amenorea Laktasi (MAL) dan belum mengalami menstruasi.

Berdasarkan hasil pemeriksaan didapatkan keadaan umum ibu baik dengan kesadaran compos mentis. Tanda vital dalam batas normal yaitu tekanan darah 118/80 mmHg, nadi 78 kali per menit, dan suhu 36,5°C. Pada pemeriksaan fisik, payudara tampak bersih, tidak terdapat bendungan ASI, dan produksi ASI lancar. Abdomen menunjukkan tinggi fundus uteri sudah tidak teraba yang menandakan involusi uterus telah berlangsung dengan baik. Pengeluaran lochea berwarna putih, jumlah sedikit dan tidak berbau. Luka jahitan perineum tampak sudah sembuh, kering, dan tidak terdapat tanda infeksi. Pada ekstremitas tidak ditemukan adanya edema.

Analisis berdasarkan data subjektif dan objektif, menunjukkan bahwa kondisi ibu pada masa nifas hari ke-28 dalam batas normal dengan proses involusi uterus yang baik, ditandai dengan tidak terabanya fundus uteri. Produksi ASI sudah lancar dan proses penyembuhan luka perineum telah berlangsung dengan baik tanpa tanda infeksi. Metode Amenorea Laktasi (MAL) masih berjalan efektif karena ibu memenuhi syarat, yaitu

memberikan ASI eksklusif, bayi berusia kurang dari 6 bulan, dan ibu belum mengalami menstruasi.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menjelaskan kepada ibu bahwa kondisi masa nifas saat ini dalam batas normal. Ibu dianjurkan untuk tetap memberikan ASI eksklusif kepada bayi hingga usia 6 bulan dan mempertahankan pola menyusui yang baik. Ibu juga dianjurkan untuk mengonsumsi makanan bergizi seimbang, tinggi protein, serta cukup cairan untuk mendukung produksi ASI. Melibatkan suami dan keluarga dalam memberikan dukungan kepada ibu, seperti membantu pekerjaan rumah tangga, mengingatkan ibu untuk makan dan istirahat cukup, serta mendukung ibu dalam pemberian ASI eksklusif. Keluarga juga dianjurkan untuk ikut memperhatikan kondisi ibu dan segera melaporkan apabila terdapat tanda bahaya masa nifas. Edukasi mengenai tanda bahaya masa nifas tetap diberikan kepada ibu dan keluarga. Menjelaskan kembali bahwa MAL efektif digunakan apabila ibu memberikan ASI eksklusif, bayi berusia kurang dari 6 bulan, dan ibu belum mengalami menstruasi. Ibu dianjurkan untuk tetap menyusui secara teratur (on demand) guna mempertahankan efektivitas metode tersebut. Ibu dan suami juga disarankan untuk merencanakan metode kontrasepsi lanjutan setelah masa penggunaan MAL berakhir. Menganjurkan ibu untuk tetap melakukan kontrol ke fasilitas kesehatan sesuai jadwal atau segera apabila ada keluhan.

#### 5. Asuhan Kebidanan Neonatus

##### a. KN1 pada tanggal 07 Maret 2026

Data neonatus diperoleh melalui pengkajian awal melalui komunikasi telepon dengan ibu pada tanggal 07 Maret 2026 pukul 06.00 WIB, kemudian dilakukan validasi melalui peninjauan Buku KIA, catatan di PMB S.M, serta wawancara langsung dengan ibu pada pukul 07.30 WIB dengan izin bidan tanpa menyalin maupun melampirkan dokumen.

Pada tanggal 07 Maret 2026, bayi masih berada di PMB S.M. Berdasarkan hasil pengkajian, ibu mengatakan bayi menyusu dengan baik

setiap  $\pm 2$  jam, tidak rewel, tampak aktif, dan menangis kuat. Bayi juga sudah BAK dan BAB, serta tidak terdapat keluhan pada bayi. Ibu menyampaikan bahwa bayi sudah diperbolehkan pulang pada hari ini.

Berdasarkan hasil validasi data melalui Buku KIA dan catatan di PMB S.M, didapatkan keadaan umum bayi baik dengan tangisan kuat, warna kulit kemerahan, dan tonus otot baik. Tanda vital dalam batas normal. Pemeriksaan fisik menunjukkan tidak terdapat kelainan kongenital. Refleks hisap baik. Tali pusat masih basah, terikat dengan baik, dan tidak terdapat tanda infeksi. Bayi telah mendapatkan asuhan segera bayi baru lahir berupa Inisiasi Menyusu Dini (IMD), pemberian salep mata, injeksi vitamin K1 dosis 1 mg secara intramuskular, imunisasi Hepatitis B (HB-0) dan skrining SHK, G6PD sebelum bayi pulang. Berat badan lahir bayi 2900 gram dan panjang badan 48 cm.

Berdasarkan data subjektif dan objektif, neonatus cukup bulan, sesuai masa kehamilan, usia 1 hari, dengan kondisi umum baik dan adaptasi neonatal baik tanpa tanda bahaya.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberikan edukasi pada ibu dan keluarga mengenai perawatan bayi di rumah, meliputi menjaga kehangatan bayi, pemberian ASI eksklusif secara *on demand*, serta perawatan tali pusat. Ibu juga dianjurkan untuk menjaga kebersihan lingkungan bayi dan mencuci tangan sebelum memegang bayi. Melibatkan keluarga dalam membantu merawat bayi, seperti membantu mengganti popok, menenangkan bayi saat menangis, dan mengingatkan jadwal menyusui. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal tanggal 8 Maret 2026 ke Puskesmas Ponjong II untuk pemeriksaan PJB serta segera membawa bayi ke fasilitas kesehatan apabila ditemukan tanda bahaya pada bayi baru lahir.

b. KN2 pada tanggal 09 Maret 2026 (Kunjungan Rumah)

Pada tanggal 09 Maret 2026 dilakukan kunjungan rumah. Ibu mengatakan bayi menyusui dengan baik setiap  $\pm 2-3$  jam, tidak rewel, dan

lebih sering tidur. Ibu menyampaikan bayi sudah BAK dan BAB dengan frekuensi normal serta tidak terdapat keluhan seperti demam atau kuning. Keluarga turut membantu dalam perawatan bayi di rumah.

Berdasarkan hasil pemeriksaan didapatkan keadaan umum bayi baik, tampak aktif, warna kulit kemerahan, dan menangis kuat. Tanda vital dalam batas normal dengan suhu tubuh 36,5°C dan frekuensi pernapasan 40 kali per menit. Hasil pemeriksaan BJP tanggal 8 Maret 2026 di Puskesmas Ponjong II hasil baik. Refleks hisap baik. Tidak ditemukan tanda ikterus maupun infeksi. Tali pusat tampak mulai mengering tanpa kemerahan, bengkak, atau pengeluaran cairan. Berat badan bayi 2900 gram masih dalam batas normal. Frekuensi BAK 3–4 kali sehari dan BAB 3–5 kali sehari. Bayi menyusu ASI saja dengan frekuensi  $\pm$ 2–3 jam sekali.

Analisis berdasarkan data subjektif dan objektif menunjukkan bahwa bayi Ny. N usia 3 hari dalam kondisi normal dengan adaptasi baik tanpa tanda bahaya, serta membutuhkan asuhan neonatus usia 3–7 hari.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu menjelaskan kepada ibu bahwa kondisi bayi dalam keadaan normal. Ibu dianjurkan untuk tetap memberikan ASI eksklusif secara on demand. Edukasi diberikan mengenai perawatan tali pusat dengan menjaga kebersihan dan tetap kering hingga lepas secara alami. Ibu juga dianjurkan untuk menjaga kehangatan bayi serta kebersihan diri dan lingkungan. Selain itu, diberikan edukasi kepada ibu dan keluarga mengenai tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti tidak mau menyusu, demam atau hipotermia, kuning yang meluas, sesak napas, dan kejang. Keluarga dilibatkan dalam membantu perawatan bayi sehari-hari seperti mengganti popok, menenangkan bayi, serta memantau pola menyusu dan kondisi bayi. Ibu dianjurkan untuk melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal atau segera ke fasilitas kesehatan apabila ditemukan tanda bahaya pada bayi.

c. KN3 pada tanggal 24 Maret 2026 (di Puskesmas Ponjong II)

Pada tanggal 24 Maret 2026, ibu datang ke Puskesmas Ponjong II bersama suami dan bayinya. Ibu mengatakan bayi dalam keadaan sehat,

menyusu dengan baik dan lebih kuat dibandingkan sebelumnya. Frekuensi menyusu sering (on demand), bayi tidak rewel, dan tidur cukup. Ibu menyampaikan bayi sudah BAK dan BAB dengan lancar serta tidak terdapat keluhan seperti demam atau kuning. Ibu juga mengatakan datang ke puskesmas untuk menindik telinga bayinya. Suami dan keluarga turut membantu dalam perawatan bayi di rumah.

Berdasarkan hasil pemeriksaan didapatkan keadaan umum bayi baik, tampak aktif, responsif, dan menangis kuat. Warna kulit normal, tidak terdapat tanda ikterus maupun infeksi. Tanda vital dalam batas normal dengan suhu 36,6°C dan frekuensi pernapasan 42 kali per menit. Refleks hisap baik. Tali pusat sudah lepas dan tidak terdapat tanda infeksi pada bekas tali pusat. Berat badan bayi sesuai usia yaitu 3250 gram. Eliminasi bayi (BAK dan BAB) dalam batas normal.

Analisis berdasarkan data subjektif dan objektif menunjukkan bahwa neonatus usia 18 hari dalam kondisi normal dengan pertumbuhan dan adaptasi yang baik tanpa tanda bahaya.

Penatalaksanaan yang diberikan yaitu memberikan edukasi kepada ibu bahwa tindakan tindik telinga pada bayi perlu memperhatikan kebersihan alat, menjaga area tindik tetap bersih dan kering, serta memantau tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, atau keluar cairan. Ibu dianjurkan untuk tetap memberikan ASI eksklusif secara on demand guna mendukung pertumbuhan dan perkembangan bayi. Ibu dan keluarga juga diingatkan kembali mengenai tanda bahaya pada bayi baru lahir seperti tidak mau menyusu, demam atau hipotermia, kuning yang meluas, sesak napas, dan kejang. Selain itu, diberikan edukasi mengenai imunisasi dasar, khususnya imunisasi BCG yang dapat diberikan pada usia 0–2 bulan untuk mencegah tuberkulosis. Ibu dianjurkan untuk membawa bayi ke puskesmas sesuai jadwal pelayanan imunisasi, yaitu hari Kamis minggu pertama pada tanggal 2 April 2026. Ibu juga dianjurkan untuk melakukan kunjungan ulang sesuai jadwal serta memantau pertumbuhan dan perkembangan bayi secara berkala di fasilitas kesehatan.

## 6. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana

Pada tanggal 09 Maret 2026 pada saat nifas hari ke-4 (KF2), ibu diberikan KIE tentang jenis kontrasepsi yang dapat digunakan pada ibu menyusui, di antaranya Metode Amenorea Laktasi (MAL), pil progestin, suntik progestin, implan, IUD/AKDR, dan kondom. Ibu dan suami diberikan konseling dengan menyampaikan cara kerja, keuntungan, keterbatasan, serta efektivitas masing-masing metode kontrasepsi. Ibu dianjurkan untuk mendiskusikan pemilihan metode kontrasepsi bersama suami serta merencanakan penggunaan KB yang sesuai setelah masa nifas.

Pada kunjungan nifas KF3 (24 Maret 2026), ibu mengatakan telah berdiskusi dengan suami dan memutuskan untuk menggunakan Metode Amenorea Laktasi (MAL) sebagai kontrasepsi pasca salin. Ibu diberikan konseling pemantapan mengenai syarat efektivitas MAL, yaitu pemberian ASI eksklusif, bayi berusia kurang dari 6 bulan, dan ibu belum mengalami menstruasi. Ibu berencana menggunakan MAL hingga bayi berusia 6 bulan, kemudian akan merencanakan metode kontrasepsi lanjutan bersama suami sesuai dengan kebutuhan dan kondisi ibu.

Pada kunjungan nifas KF4 (tanggal 02 April 2026) yang dilakukan bersamaan dengan kunjungan imunisasi bayi di fasilitas kesehatan, ibu menyampaikan masih menggunakan metode MAL dan belum mengalami menstruasi. Ibu juga menyatakan tetap memberikan ASI eksklusif dengan menyusui secara on demand, dan bayi menyusu dengan baik. Berdasarkan hasil pengkajian, metode MAL masih memenuhi syarat efektivitas sehingga dapat dilanjutkan sebagai kontrasepsi sementara. Pada kunjungan ini dilakukan penguatan konseling mengenai keberlanjutan penggunaan MAL serta pentingnya melakukan transisi ke metode kontrasepsi lain yang lebih efektif setelah salah satu syarat MAL tidak terpenuhi atau setelah bayi berusia lebih dari 6 bulan. Ibu dan suami dianjurkan untuk mulai merencanakan pilihan kontrasepsi lanjutan seperti implan, IUD/AKDR, atau metode hormonal progestin sesuai kondisi ibu.

## B. KAJIAN TEORI

## 1. Konsep Dasar Teori Kehamilan

### a. Konsep Dasar Teori *Antenatal Care* (ANC)

#### 1) Pengertian ANC

Antenatal Care adalah upaya preventif program pelayanan kesehatan obstetrik optimalisasi luaran maternal dan neonatal melalui serangkaian kegiatan pemantauan selama kehamilan.<sup>2</sup>

#### 2) Tujuan ANC

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

#### 3) Frekuensi kunjungan ANC

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

#### 4) Tempat pelayanan ANC

Ibu hamil dapat melaksanakan pemeriksaan kehamilan di sarana kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, posyandu, praktek mandiri bidan dan dokter praktik.<sup>3</sup>

#### 5) Standar ANC yang diprogramkan

Standar pelayanan ANC meliputi standar 10T, sehingga ibu hamil yang datang memperoleh pelayanan komprehensif dengan harapan antenatal care dengan standar 10T dapat sebagai daya ungkit pelayanan kehamilan dan diharapkan ikut andil dalam menurunkan angka kematian ibu.<sup>3</sup>

6) Pelayanan sesuai standart, yaitu 10 T

Sesuai dengan kebijakan Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (PPIBI), ada sepuluh standar pelayanan yang harus dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang dikenal dengan 10T. Pelayanan atau asuhan standar minimal 10T adalah sebagai berikut:<sup>3</sup>

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

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

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

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

c) Ukur tekanan darah (T3)

Tekanan darah yang normal 100/70 – 140/90 mmHg, pengukuran tekanan darah pada setiap kali kunjungan antenatal dilakukan untuk mendeteksi adanya hipertensi (tekanan darah melebihi 140/90 mmHg) perlu diwaspadai pada kehamilan dan terjadinya pre eklampsia

(hipertensi disertai odema wajah dan atau tungkai bawah; dan atau proteinuria.

d) Ukur tinggi fundus uteri (T4)

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

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

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

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

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

Tabel 1.Skrining imunisasi TT

| Riwayat Imunisasi Hamil | Ibu | Imunisasi Yang Didapat           | Status Yang Diberikan |
|-------------------------|-----|----------------------------------|-----------------------|
| Imunisasi Dasar Lengkap |     | DPT-Hb 1<br>DPT-Hb 2<br>DPT-Hb 3 | T1 dan T2             |
| Anak Sekolah Kelas 1 SD |     | DT                               | T3                    |
| Kelas 2 SD              |     | Td                               | T4                    |
| Kelas 3 SD              |     | Td                               | T5                    |

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

Sumber : *PPIBI*, 2016: 60.

Tabel 2.Interval dalam Perlindungan TT Imunisasi

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

Sumber : *PPIBI*, 2016: 60.

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

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

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

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

(1) Pemeriksaan rutin

(a) Pemeriksaan golongan darah

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

(b) Pemeriksaan kadar haemoglobin darah (Hb)

Pemeriksaan kadar haemoglobin darah ibu hamil dilakukan minimal sekali pada trimester pertama dan sekali pada trimester ketiga. Pemeriksaan ini ditujukan untuk mengetahui ibu hamil

tersebut menderita anemia atau tidak selama kehamilannya karena kondisi anemia dapat mempengaruhi proses tumbuh kembang janin dalam kandungan.

(c) Pemeriksaan Human Immunodeficiency Virus (HIV)

Pemeriksaan HIV terutama untuk daerah dengan risiko tinggi kasus HIV dan ibu hamil yang dicurigai menderita HIV. Ibu hamil setelah menjalani konseling kemudian diberi kesempatan untuk menetapkan sendiri keputusannya untuk menjalani tes HIV.

(d) Pemeriksaan protein dalam urine

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

(e) Pemeriksaan Hbsag

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

(f) Pemeriksaan dengan indikasi

- i. Pemeriksaan kadar gula darah (bila ada indikasi)
- ii. Pemeriksaan darah malaria (untuk daerah endemis malaria)
- iii. Pemeriksaan tes Sifilis (bila ada indikasi)
- iv. Pemeriksaan BTA

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

v. Pemeriksaan protein dalam urin (Bila ada indikasi)

Pemeriksaan protein dalam urine pada ibu hamil dilakukan pada trimester kedua dan ketiga atas indikasi. Pemeriksaan

ini ditujukan untuk mengetahui adanya proteinuria pada ibu hamil. Proteinuria merupakan salah satu indikator terjadinya pre-eklampsia pada ibu hamil.

g) Tatalaksana atau penanganan Kasus (T9)

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

h) Temu wicara (Konseling) (T10)

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

7) Pelayanan Antenatal Terintegrasi

Merupakan pelayanan kesehatan komprehensif dan berkualitas yang dilakukan melalui deteksi dini masalah, penyakit dan penyulit/komplikasi kehamilan menanyakan tanda-tanda penting yang terkait dengan kehamilan dan penyakit yang kemungkinan diderita ibu hamil :<sup>3</sup>

a) Muntah berlebihan

Rasa mual dan muntah bisa muncul pada kehamilan muda terutama padapagi hari namun kondisi ibu biasanya hilang setelah kehamilan berumur 3 bulan. Keadaan ini tidak perlu

dikhawatirkan, kecuali kalau memang cukup berat, hingga tidak dapat makan dan berat badan menurun terus.

b) Pusing

Pusing biasa muncul pada kehamilan muda. Apabila pusing sampai mengganggu aktifitas sehari-hari maka perlu diwaspadai.

c) Sakit Kepala

Sakit kepala yang hebat atau yang menetap timbul pada ibu hamil mungkin dapat membahayakan kesehatan ibu dan janin.

d) Perdarahan

Perdarahan waktu hamil, walaupun hanya sedikit sudah merupakan tanda bahaya sehingga ibu hamil harus waspada.

e) Sakit perut hebat

Nyeri perut yang hebat dapat membahayakan kesehatan ibu dan janin.

f) Demam

Demam tinggi lebih dari 2 hari atau keluarnya cairan berlebihan dari liangrahim dan kadang-kadang berbau merupakan salah satu tanda bahaya pada kehamilan.

g) Batuk lama

Batuk lama lebih dari 2 minggu, perlu ada pemeriksaan lanjut dan dapat dicurigai ibu hamil menderita TB

h) Berdebar-debar

Jantung berdebar-debar pada ibu hamil merupakan salah satu masalah pada kehamilan yang harus diwaspadai

i) Cepat lelah

Dalam dua atau tiga bulan pertama kehamilan, biasanya timbul rasa lelah, mengantuk yang berlebihan dan pusing, yang biasanya terjadi pada sore hari. Kemungkinan ibu menderita kurang darah

j) Sesak nafas atau sukar bernafas

Pada akhir bulan ke delapan ibu hamil sering merasa sedikit sesak bila bernafas karena bayi menekan paru-paru ibu. Namun apabila hal ini terjadi berlebihan maka perlu diwaspadai.

k) Keputihan yang berbau

Keputihan yang berbau merupakan salah satu tanda bahaya pada ibu hamil.

l) Gerakan janin

Gerakan bayi mulai dirasakan ibu pada kehamilan akhir bulan keempat. Apabila gerakan janin belum muncul pada usia kehamilan ini, gerakan yang semakin berkurang atau tidak ada gerakan janin maka ibu hamil harus waspada

m) Perilaku berubah selama hamil

Perilaku berubah selama hamil seperti gaduh gelisah, menarik diri, bicara sendiri, tidak mandi dan sebagainya. Selama kehamilan, ibu bisa mengalami perubahan perilaku. Hal ini disebabkan karena perubahan hormonal. Pada kondisi yang mengganggu kesehatan ibu dan janinnya maka akan dikonsulkan ke psikiater.

n) Riwayat Kekerasan terhadap Perempuan (KtP) selama kehamilan

Informasi mengenai kekerasan terhadap perempuan terutama ibu hamil seringkali sulit untuk digali. Korban kekerasan selalu mau berterus terang pada kunjungan pertama, yang mungkin disebabkan oleh rasa takut atau belum mampu mengemukakan masalahnya kepada orang lain, termasuk petugas kesehatan. Dalam keadaan ini, petugas kesehatan diharapkan dapat mengenali korban dan memberikan dukungan agar mau membuka diri.

8) Pedoman Program Perencanaan Pencegahan Komplikasi (P4K)

a) Pengertian

P4K dengan stiker adalah kepanjangan dari Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi, yang merupakan suatu kegiatan yang difasilitasi oleh bidan di desa dalam rangka peningkatan peran aktif suami, keluarga, dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi bagi ibu hamil, termasuk perencanaan penggunaan KB pasca persalinan dengan menggunakan stiker sebagai media notifikasi sasaran dalam rangka meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu dan bayi baru lahir.

b) Tujuan umum adanya program P4K

Meningkatnya cakupan dan mutu pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan bayi baru lahir melalui peningkatan peran aktif keluarga dan masyarakat dalam merencanakan persalinan yang aman dan persiapan menghadapi komplikasi dan tanda bahaya kebidanan bagi ibu sehingga melahirkan bayi yang sehat.

c) Tujuan khusus adanya program P4K antara lain

(2) Terdatanya status ibu hamil dan terpasangnya stiker P4K di setiap rumah ibu hamil yang memuat informasi tentang lokasi tempat tinggal ibu hamil, identitas ibu hamil, taksiran persalinan, penolong persalinan, pendamping persalinan, fasilitas tempat persalinan, calon pendonor darah, transportasi yang akan digunakan serta pembiayaan.

(3) Adanya perencanaan persalinan termasuk pemakaian metode KB pasca persalinan yang sesuai dan disepakati ibu hamil, suami, keluarga dan bidan.

- (4) Terlaksananya pengambilan keputusan yang cepat dan tepat bila terjadi komplikasi selama kehamilan, persalinan, dan nifas.
- (5) Meningkatkan keterlibatan tokoh masyarakat baik formal maupun non formal, dukun atau pendamping persalinan dan kelompok masyarakat dalam perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi dengan stiker, dan KB pasca salin sesuai dengan perannya masing-masing.

d) Manfaat P4K antara lain:

- (1) Mempercepat berfungsinya desa siaga.
- (2) Meningkatkan cakupan pelayanan Ante Natal Care (ANC) sesuai standart.
- (3) Meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terampil.
- (4) Meningkatkan kemitraan bidan dan dukun.
- (5) Tertanganinya kejadian komplikasi secara dini.
- (6) Meningkatnya peserta KB pasca salin.
- (7) Terpantaunya kesakitan dan kematian ibu dan bayi.
- (8) Menurunnya kejadian kesakitan dan kematian ibu serta bayi.

e) Terapi Yang Diberikan Pada Ibu Hamil Selama Masa Kehamilan

(1) Kalk (Calcium lactate)

Calcium lactate atau kalsium laktat adalah obat untuk mencegah atau mengobati rendahnya kadar kalsium dalam darah pada orang-orang yang tidak mendapatkan cukup kalsium dalam makanannya. Calcium lactate biasanya digunakan oleh ibu hamil dan menyusui, serta penderita penyakit yang diakibatkan tingkat kalsium rendah seperti osteoporosis, hipoparatiroidisme, dan

penyakit otot tertentu. Kalk ini diberikan untuk memenuhi kebutuhan kalsium terutama bagi ibu hamil. Kalk diberikan dengan dosis 1x1. Perlu diperhatikan bahwa penggunaan yang berlebihan akan mengganggu metabolisme.

#### (2) Tablet Besi ( Fe)

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

### 9). Kurang Energi Kronik (KEK)

#### a) Pengertian

Kurang Energi Kronik (KEK) pada ibu hamil merupakan kondisi kekurangan asupan energi dan protein dalam jangka waktu lama yang dapat diidentifikasi melalui pengukuran lingkar lengan atas (LILA)  $< 23,5$  cm. Kondisi ini mencerminkan status gizi ibu yang tidak adekuat dan berisiko memengaruhi kesehatan ibu maupun janin (Kementerian Kesehatan RI, Pedoman KEK).

#### b) Penyebab

KEK pada kehamilan dapat disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain asupan nutrisi yang tidak mencukupi, pola makan yang tidak seimbang, kondisi sosial ekonomi, serta kurangnya pengetahuan ibu mengenai gizi selama

kehamilan. Selain itu, faktor lain seperti jarak kehamilan yang terlalu dekat dan penyakit penyerta juga dapat memperberat kondisi KEK (Supariasa, 2016; Almatsier, 2010).

c) Dampak

Dampak KEK pada ibu hamil cukup signifikan, di antaranya meningkatkan risiko anemia, persalinan prematur, perdarahan, serta komplikasi selama persalinan. Pada janin, KEK berhubungan dengan kejadian bayi berat lahir rendah (BBLR), gangguan pertumbuhan intrauterin, serta meningkatnya risiko morbiditas dan mortalitas neonatal (WHO; Kemenkes RI).

d) Penatalaksanaan

Penatalaksanaan KEK pada ibu hamil dilakukan melalui perbaikan status gizi dengan meningkatkan asupan energi dan protein, pemberian makanan tambahan, serta suplementasi zat besi dan mikronutrien lainnya. Edukasi mengenai pola makan seimbang dan pemantauan kenaikan berat badan selama kehamilan juga menjadi bagian penting dalam intervensi (Kemenkes RI, 2020). Dalam asuhan kebidanan berkelanjutan (Continuity of Care), deteksi dini KEK sangat penting dilakukan pada pelayanan antenatal melalui pengukuran LILA dan pemantauan status gizi ibu secara berkala. Intervensi yang tepat dan berkesinambungan diharapkan dapat memperbaiki kondisi ibu sehingga kehamilan, persalinan, nifas, dan kondisi bayi dapat berlangsung dalam batas normal.

## 2) Konsep Dasar Teori Persalinan

i. Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi (janin dan plasenta) yang telah cukup bulan atau dapat hidup diluar kandungan melalui jalan lahir atau jalan lahir lain dengan atau tanpa bantuan (kekuatan sendiri).<sup>4</sup>

Persalinan dianggap normal jika terjadi pada kehamilan usia cukup bulan (>37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. Persalinan dimulai (inpartu) sejak uterus berkontraksi dan menyebabkan perubahan pada serviks (membuka dan menipis) dan berakhir dengan lahirnya plasenta secara lengkap. Ibu belum inpartu jika kontraksi uterus tidak mengakibatkan perubahan serviks. Persalinan dapat dibedakan menjadi tiga, yaitu:<sup>4</sup>

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, forseps, ataupun sectio caesarea.

3) Persalinan anjuran

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

ii. Teori Persalinan

Terdapat berbagai teori persalinan, di antaranya adalah :

3) Teori Penurunan Progesteron

Progesteron menimbulkan relaksasi otot-otot rahim, sebaliknya estrogen meninggikan kerentanan otot rahim. Selama kehamilan terdapat keseimbangan antara kadar progesteron dan estrogen dalam darah, tetapi pada akhir kehamilan kadar progesteron menurun sehingga timbul his. Proses penebaran plasenta terjadi mulai umur kehamilan 38 minggu, dimana terjadi penimbunan

jaringan ikat, dan pembuluh darah mengalami penyempitan dan buntu. Produksi progesteron mengalami penurunan, sehingga otot rahim lebih sensitif terhadap oksitosin. Akibatnya otot rahim mulai berkontraksi setelah tercapai tingkat penurunan progesteron tertentu.<sup>4</sup>

#### 4) Teori Oksitosin

Menjelang persalinan, terjadi peningkatan reseptor oksitosin dalam otot rahim, sehingga mudah terangsang saat disuntikkan oksitosin dan menimbulkan kontraksi. Diduga bahwa oksitosin dapat meningkatkan pembentukan prostaglandin dan persalinan berlangsung.<sup>4</sup>

#### 5) Teori Keregangan Otot Rahim

Keadaan uterus yang terus membesar dan menjadi tegang mengakibatkan iskemia otot-otot uterus. Hal ini merupakan faktor yang dapat mengganggu sirkulasi uteroplasenter sehingga plasenta mengalami degenerasi. Otot rahim mempunyai kemampuan meregang sampai batas tertentu. Apabila batas tersebut sudah terlewati, maka akan terjadi kontraksi sehingga persalinan dapat dimulai.<sup>4</sup>

#### 6) Teori Prostaglandin

Prostaglandin 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.<sup>5</sup>

7) 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.<sup>5</sup>

8) Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang semakin tua seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron sehingga timbul kontraksi rahim.<sup>5</sup>

i. Tanda dan Gejala Persalinan

1) Tanda-tanda Persalinan Sudah Dekat

a) Lightening

Pada minggu ke-36 pada primigravida terjadi penurunan fundus karena kepala bayi sudah masuk pintu atas panggul yang disebabkan oleh: <sup>6</sup>

- a. Kontraksi Braxton Hicks
- b. Ketegangan otot perut
- c. Ketegangan ligamentum rotundum
- d. Gaya berat janin kepala ke arah bawah

d. Terjadinya His Permulaan

Makin tua usia kehamilan, pengeluaran progesteron dan estrogen semakin berkurang sehingga oksitosin dapat menimbulkan kontraksi, yang lebih sering disebut his palsu. Sifat his palsu :<sup>6</sup>

- a. Rasa nyeri ringan dibagian bawah
- b. Datangnya tidak teratur
- c. Tidak ada perubahan serviks
- d. Durasinya pendek
- e. Tidak bertambah jika beraktivitas

(b) Tanda-tanda Persalinan

a) Terjadinya His Persalinan

His persalinan memiliki sifat, yaitu :

- a. Pinggang terasa sakit, yang menjalar ke depan
- b. Sifatnya teratur, intervalnya makin pendek dan kekuatannya makin besar
- c. Kontraksi uterus mengakibatkan pendataran/pembukaan servik

e. 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.

f. Pengeluaran Cairan

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

d. Perubahan Fisiologis Persalinan

(a) Perubahan-perubahan fisiologis Kala I adalah :<sup>4</sup>

a) Tekanan Darah

Tekanan darah meningkat selama kontraksi (sistolik rata-rata naik 10-20 mmHg. Distole 5-10 mmHg. Antara kontraksi, tekanan darah kembali normal pada level sebelum persalinan. Dengan rasa sakit, takut, dan cemas juga akan meningkatkan tekanan darah. Wanita yang memang memiliki resiko hipertensi kini resikonya meningkat untuk mengalami komplikasi, seperti perdarahan otak.

b) Metabolisme

Metabolisme karbohidrat aerob dan anaerob akan meningkat secara berangsur disebabkan karena kecemasan.

Peningkatan ini ditandai dengan adanya peningkatan suhu, denyut nadi, kardiak output, pernapasan dan cairan yang hilang.

c) Suhu Tubuh

Karena terjadi peningkatan metabolisme, maka suhu tubuh agak meningkat selama persalinan terutama selama dan segera setelah persalinan. Peningkatan ini jangan melebihi 0,50C-10C.

g. Detak Jantung

Detak jantung secara dramatis naik selama kontraksi. Pada setiap kontraksi, 400 ml darah dikeluarkan dari uterus dan masuk ke dalam sistem vaskuler ibu. Hal ini akan meningkatkan curah jantung.

h. Pernapasan

Terjadi sedikit peningkatan laju pernapasan dianggap normal. Hiperventilasi yang lama dianggap tidak normal dan bisa menyebabkan alkalosis.

i. Ginjal

Poliuria sering terjadi selama persalinan, mungkin disebabkan oleh peningkatan kardiak output, peningkatan filtrasi dan glomerulus, dan peningkatan aliran plasma ginjal. Proteinuria yang sedikit dianggap normal dalam persalinan.

j. Gastrointestinal

Mortilitas lambung dan absorpsi makanan padat secara substansial berkurang banyak selama persalinan. Selain itu, pengeluaran getah lambung berkurang menyebabkan aktivitas pencernaan hampir berhenti, dan pengosongan lambung menjadi sangat lambat. Mual atau muntah biasa terjadi sampai mencapai akhir kala I.

k. Hematologi

Hemoglobin meningkat sampai 1,2 gr/100 ml, selama persalinan dan akan kembali sebelum persalinan, sehari pasca persalinan kecuali perdarahan postpartum.

2) Perubahan-perubahan fisiologis Kala II adalah :<sup>5</sup>

a) Kontraksi Persalinan

Kelahiran bayi dimungkinkan oleh gabungan kekuatan antara uterus dan otot abdomen karena kekuatan tersebut membuka serviks dan mendorong janin melewati jalan lahir.

b) Kontraksi Uterus

Kontraksi uterus selama persalinan berirama, teratur, involunter, serta mengikuti pola yang berulang. Kontraksi tersebut bertambah lebih kuat, datang setiap 2-3 menit dan berlangsung antara 50-100 detik. Setiap kali otot berkontraksi, kantong amnion didorong ke bawah ke dalam serviks. Serviks pertama-tama menipis mendatar dan kemudian terbuka, dan otot pada fundus menjadi lebih tebal.

c) Vulva dan Anus

Saat kepala berada di dasar panggul, perineum menjadi menonjol dan lebar dan anus membuka. Labia mulai membuka dan kepala janin tampak di vulva pada waktu his.

d) Janin

Bagian janin akan turun lebih cepat pada kala II yaitu rata-rata 1,6 cm/jam untuk primipara dan 5,4 cm untuk multipara. Pada kala II sebagai tanda bahwa kepala sudah sampai di dasar panggul, perineum menonjol, vulva menganga dan rectum terbuka.

3) Perubahan-perubahan fisiologis Kala III

a) Mekanisme Pelepasan Plasenta

Setelah janin lahir, uterus mengadakan kontraksi otot uterus (miometrium) yang mengakibatkan penciutan permukaan kavum uteri, lepas dari tempat implantasinya.

b) Tanda-tanda Lepasnya Plasenta

a. Perubahan bentuk tinggi fundus

Setelah uterus berkontraksi dan plasenta terdorong ke bawah, uterus menjadi bulat, dan fundus berada diatas pusat (sering kali mengarah ke sisi kanan).

b. Tali pusat memanjang

Tali pusat terlihat keluar memanjang (terjulur melalui vulva dan vagina).

c. Semburan darah tiba-tiba

Semburan darah tiba-tiba menandakan bahwa darah yang terkumpul antara tempat melekatnya plasenta dan permukaan maternal plasenta, keluar melalui tepi plasenta yang terlepas.

a. Perubahan Psikologis Persalinan

1) Perubahan-perubahan psikologis Kala I

Pada persalinan Kala I selain pada saat kontraksi uterus, umumnya ibu dalam keadaan santai, tenang dan tidak terlalu pucat. Kondisi psikologis yang sering terjadi pada wanita dalam persalinan kala I adalah :<sup>7,8</sup>

- a) Kecemasan dan ketakutan pada dosa-dosa atau kesalahan-kesalahan sendiri. Ketakutan tersebut berupa rasa takut jika bayi yang akan dilahirkan dalam keadaan cacat, serta takhayul lain. Walaupun pada jaman ini kepercayaan pada ketakutan-ketakutan gaib selama proses reproduksi sudah sangat berkurang sebab secara biologis, anatomis, dan fisiologis kesulitan-kesulitan pada peristiwa partus bisa dijelaskan dengan alasan-alasan patologis atau sebab abnormalitas (keluarbiasaan). Tetapi masih ada perempuan yang diliputi rasa ketakutan akan takhayul.
- b) Timbulnya rasa tegang, takut, kesakitan, kecemasan dan konflik batin. Hal ini disebabkan oleh semakin membesarnya

janin dalam kandungan yang dapat mengakibatkan calon ibu mudah capek, tidak nyaman badan, dan tidak bisa tidur nyenyak, sering kesulitan bernafas dan macam-macam beban jasmaniah lainnya diwaktu kehamilannya.

c) Sering timbul rasa jengkel, tidak nyaman dan selalu kegerahan serta tidak sabaran sehingga harmoni antara ibu dan janin yang dikandungnya menjadi terganggu. Ini disebabkan karena kepala bayi sudah memasuki panggul dan timbulnya kontraksi-kontraksi pada rahim sehingga bayi yang semula diharapkan dan dicintai secara psikologis selama berbulan-bulan itu kini dirasakan sebagai beban yang amat berat.

d) Ketakutan menghadapi kesulitan dan resiko bahaya melahirkan bayi yang merupakan hambatan dalam proses persalinan :<sup>9</sup>

(1) Adanya rasa takut dan gelisah terjadi dalam waktu singkat dan tanpa sebab sebab yang jelas

(2) Ada keluhan sesak nafas atau rasa tercekik, jantung berdebar-debar

(3) Takut mati atau merasa tidak dapat tertolong saat persalinan

(4) Muka pucat, pandangan liar, pernafasan pendek, cepat dan takikardi

## 2) Perubahan-perubahan psikologis Kala II

Pada masa persalinan seorang wanita ada yang tenang dan bangga akan kelahiran bayinya, tapi ada juga yang merasa takut. Adapun perubahan psikologis yang terjadi adalah sebagai berikut :<sup>4</sup>

a) Perasaan ingin meneran dan ingin BAB

b) Panik dan terkejut dengan apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap.

- c) Bingung dengan adanya apa yang terjadi pada saat pembukaan lengkap.
- d) Frustasi dan marah
- e) Tidak memperdulikan apa saja dan siapa saja yang ada di kamar bersalin
- f) Rasa lelah dan sulit mengikuti perintah
- g) Fokus pada dirinya sendiri

3) Perubahan-perubahan psikologis Kala III :<sup>4</sup>

- a) Ibu ingin melihat, menyentuh dan memeluk bayinya
- b) Merasa gembira, lega dan bangga akan dirinya, juga merasa sangat lelah.
- c) Memusatkan diri dan kerap bertanya apakah vaginanya perlu dijahit.

4) Perubahan-perubahan psikologis Kala IV :<sup>4</sup>

- a) Perasaan lelah, karena segenap energi psikis dan kemampuan jasmaninya dikonsentrasikan pada aktivitas melahirkan.
- b) Dirasakan emosi-emosi kebahagiaan dan kenikmatan karena terlepas dari kekuatan, kecemasan dan kesakitan. Meskipun sebenarnya rasa sakit masih ada. Rasa ingin tau yang kuat akan bayinya.
- c) Timbul reaksi-reaksi terhadap bayinya: rasa bangga sebagai wanita, istri dan ibu. Terharu, bersyukur pada maha kuasa dan sebagainya.

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Persalinan

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi persalinan antara lain:

1) *Power* (Kekuatan)

*Power* adalah kekuatan atau tenaga yang mendorong janin keluar. Kekuatan tersebut meliputi :<sup>10</sup>

- a) His (Kontraksi Uterus)

Adalah kekuatan kontraksi uterus karena otot-otot polos rahim bekerja dengan baik dan sempurna. Sifat his yang baik adalah kontraksi simetris, fundus dominan, terkoordinasi dan relaksasi. Walaupun his itu kontraksi yang fisiologis akan tetapi bertentangan dengan kontraksi fisiologis lainnya, bersifat nyeri. Tiap his dimulai sebagai gelombang dari salah satu sudut di mana tuba masuk ke dalam dinding uterus.

b) Tenaga Mengedan

Setelah pembukaan lengkap dan setelah selaput ketuban pecah atau dipecahkan, serta sebagian presentasi sudah berada di dasar panggul, sifat kontraksi berubah, yakni bersifat mendorong keluar dibantu dengan keinginan ibu untuk mengedan atau usaha volunteer.

(b) *Passage* (Jalan Lahir)

*Passage* atau jalan lahir dibagi menjadi dua:

a) Bagian keras : meliputi tulang panggul, ruang panggul, bidang hodge dan ukuran-ukuran panggul. Bagian-bagian tulang panggul :

- (1) Os Ischium
- (2) Os Pubis
- (3) Os Sacrum
- (4) Os Illium
- (5) Os Coccygis

b) Bagian-bagian bidang Hodge

Bidang panggul adalah bidang datar imajiner yang melintang terhadap panggul pada tempat yang berbeda. Bidang ini digunakan untuk menjelaskan proses persalinan. Bidang Hodge :

- (1) Hodge I : Dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas simfisis dan promontorium

- (2) Hodge II : Sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah simfisis
  - (3) Hodge III : Sejajar dengan Hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri
  - (4) Hodge IV : Sejajar Hodge I, II, dan III setinggi os coccygis.
- c) Bagian lunak : meliputi diafragma pelvis dari dalam ke luar dan perineum.
- (c) *Passanger* (Janin dan Plasenta)
- a) Janin
 

Passanger atau janin bergerak sepanjang jalan lahir merupakan akibat interaksi beberapa faktor, yakni kepala janin, presentasi, letak, sikap, dan posisi janin. Karena plasenta juga harus melewati jalan lahir, maka dia dianggap sebagai bagian dari passanger yang menyertai janin. Namun plasenta jarang menghambat proses persalinan normal.
  - b) Plasenta
 

Plasenta merupakan organ yang luar biasa. Plasenta berasal dari lapisan trofoblas pada ovum yang dibuahi, lalu terhubung dengan sirkulasi ibu untuk melakukan fungsi-fungsi yang belum dapat dilakukan oleh janin itu sendiri selama kehidupan intrauterine. Keberhasilan janin untuk hidup tergantung atas keutuhan dan efisiensi plasenta.
- (d) Psikologis
- Kelahiran bayi merupakan peristiwa penting bagi kehidupan seorang ibu dan keluarganya. Banyak ibu mengalami psikis (kecemasan, keadaan emosional wanita) dalam menghadapi persalinan, hal ini perlu diperhatikan oleh seseorang yang akan menolong persalinan.
- Perasaan cemas, khawatir akan mempengaruhi hormone stress yang akan mengakibatkan komplikasi persalinan. Tetapi sampai

saat ini hampir tidak ada catatan yang menyebutkan mengenai hormone stress terhadap fungsi uteri, juga tidak ada catatan mengenai hubungan antara kecemasan ibu, pengaruh lingkungan, hormone stress dan komplikasi persalinan. Namun demikian seorang penolong persalinan harus memperhatikan keadaan psikologis ibu yang akan melahirkan karena keadaan psikologis mempunyai pengaruh terhadap persalinan dan kelahiran.

(e) Penolong

Penolong persalinan perlu kesiapan dan menerapkan asuhan sayang ibu. Asuhan sayang ibu adalah asuhan yang menghargai budaya, kepercayaan dan keinginan sang ibu. Beberapa prinsip dasar asuhan sayang ibu adalah dengan mengikut sertakan suami dan keluarga selama proses persalinan dan kelahiran bayi. Banyak penelitian menunjukkan bahwa jika para ibu diperhatikan dan diberi dukungan selama persalinan dan kelahiran bayi serta mengetahui dengan baik mengenai proses persalinan dan asuhan yang akan mereka terima, mereka akan mendapatkan rasa aman dan hasil yang lebih baik. Disebutkan pula bahwa hal tersebut diatas dapat mengurangi terjadinya persalinan dengan vakum, cunam, dan seksio sesar, dan persalinan berlangsung lebih cepat. Prinsip umum dari asuhan sayang ibu yang harus diikuti oleh bidan adalah :

- a) Rawat ibu dengan penuh hormat.
- b) Mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang dikatakan ibu. Hormati pengetahuan dan pemahaman mengenai tubuhnya.
- c) Menghargai hak-hak ibu dan memberikan asuhan yang bermutu serta sopan.
- d) Memberikan asuhan dengan memperhatikan privasi.

- e) Selalu menjelaskan apa yang akan dikerjakan sebelum anda melakukannya serta meminta izin dahulu.
- f) Selalu mendiskusikan temuan-temuan kepada ibu, serta kepada siapa saja yang ia inginkan untuk berbagi informasi ini.
- g) Selalu mendiskusikan rencana dan intervensi serta pilihan yang sesuai dan tersedia bersama ibu.
- h) Mengizinkan ibu untuk memilih siapa yang akan menemaninya selama persalinan, kelahiran dan pasca salin.
- i) Mengizinkan ibu menggunakan posisi apa saja yang diinginkan selama persalinan dan kelahiran.
- j) Menghindari penggunaan suatu tindakan medis yang tidak perlu (episiotomy, pencukuran dan enema).
- k) Memfasilitasi hubungan dini antara ibu dan bayi baru lahir (Bouding and attachment).

#### c. 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.<sup>10</sup>

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.<sup>10</sup>

- a) Fase Laten : dimana pembukaan serviks berlangsung lambat dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan secara bertahap sampai pembukaan 3 cm, berlangsung dalam 7-8 jam.

b) Fase Aktif : pembukaan 4-10 cm, berlangsung selama 6 jam dan dibagi dalam 3 subfase, yaitu :

- (1) Periode Akselerasi berlangsung selama 2 jam (pembukaan menjadi 4 cm)
- (2) Periode Dilatasi Maksimal berlangsung selama 2 jam (pembukaan berlangsung cepat menjadi 9 cm)
- (3) Periode Deselerasi berlangsung lambat, dalam 2 jam (pembukaan jadi 10 cm atau lengkap).

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.<sup>10</sup>

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 gejala kala II yaitu :

- a) Pembukaan Lengkap (10cm)
- b) Ibu ingin meneran
- c) Perineum menonjol
- d) Vulva vagina dan sphincter anus membuka

3) Kala III (Kala Uri)

Kala III (Kala Uri) 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.<sup>4</sup>

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. Tanda-tanda pelepasan plasenta :<sup>4</sup>

- 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

Langkah utama manajemen aktif kala III adalah :

- a) Pemberian suntikan oksitosin

Pemberian suntikan oksitosin dilakukan dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir. Namun perlu diperhatikan dalam pemberian suntikan oksitosin adalah memastikan tidak ada bayi lain (undiagnosed twin) di dalam uterus karena oksitosin dapat menyebabkan uterus berkontraksi yang dapat menurunkan pasokan oksigen pada bayi. Suntikan oksitosin

dengan dosis 10 unit diberikan secara intramuskuler (IM) pada sepertiga bagian atas paha bagian luar (aspektus lateralis). Tujuan pemberian suntikan oksitosin dapat menyebabkan uterus berkontraksi dengan kuat dan efektif sehingga dapat membantu pelepasan plasenta dan mengurangi kehilangan darah.<sup>11</sup>

b) Penegangan tali pusat terkendali

Klem pada tali pusat diletakkan sekitar 5-10 cm dari vulva dikarenakan dengan memegang tali pusat lebih dekat ke vulva akan mencegah evulsi tali pusat. Meletakkan satu tangan di atas simpisis pubis dan tangan yang satu memegang klem di dekat vulva. Tujuannya agar bisa merasakan uterus berkontraksi saat plasenta lepas. Segera setelah tanda-tanda pelepasan plasenta terlihat dan uterus mulai berkontraksi tegangkan tali pusat dengan satu tangan dan tangan yang lain (pada dinding abdomen) menekan uterus ke arah lumbal dan kepala ibu (dorso-kranial). Lakukan secara hati-hati untuk mencegah terjadinya inversio uteri. Lahirkan plasenta dengan peregangannya yang lembut mengikuti kurva alamiah panggul (posterior kemudian anterior). Ketika plasenta tampak di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan mengangkat pusat ke atas dan menopang plasenta dengan tangan lainnya. Putar plasenta secara lembut hingga selaput ketuban terpilin menjadi satu.<sup>11</sup>

c) Masase fundus uteri

Masase fundus uteri segera setelah plasenta lahir, lakukan masase fundus uteri dengan tangan kiri sedangkan tangan kanan memastikan bahwa kotiledon dan selaput plasenta dalam keadaan lengkap. Periksa sisi maternal dan fetal. Periksa kembali uterus setelah satu hingga dua menit untuk memastikan uterus berkontraksi. Evaluasi kontraksi uterus

setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama satu jam kedua pasca persalinan.<sup>11</sup>

#### 4) Kala IV (Kala Pengawasan)

Kala IV dimulai setelah lahirnya plasenta dan berakhir dua jam setelah proses tersebut. Setelah plasenta lahir tinggi fundus uteri kurang lebih 2 jari dibawah 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. Pemantauan atau observasi yang harus dilakukan pada kala IV yaitu: tingkat kesadaran, pemeriksaan tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi dan pernapasan), kontraksi uterus, tinggi fundus uterus, kandung kemih, terjadinya perdarahan (perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400-500 cc).<sup>4</sup>

#### d. Mekanisme Persalinan

##### 1) *Engagement*

*Engagement* pada primigravida terjadi pada bulan terakhir kehamilan sedangkan pada multigravida dapat terjadi pada awal persalinan. Engagement adalah peristiwa ketika diameter biparetal (jarak antara dua paretal) melewati pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang atau oblik di dalam jalan lahir dan sedikit fleksi. Masuknya kepala akan mengalami kesulitan bila saat masuk ke dalam panggul dengan sutura sagitalis dalam antero posterior. Jika kepala masuk kedalam pintu atas panggul dengan sutura sagitalis melintang di jalan lahir, tulang parietal kanan dan kiri sama tinggi, maka keadaan ini disebut

sinklitismus. Kepala pada saat melewati pintu atas panggul dapat juga dalam keadaan dimana sutura sagitalis lebih dekat ke promontorium atau ke simfisis maka hal ini disebut asinklitismus.<sup>12</sup>

## 2) Penurunan kepala

Dimulai sebelum persalinan/inpartu. Penurunan kepala terjadi bersamaan dengan mekanisme lainnya. Kekuatan yang mendukung yaitu tekanan cairan amnion, tekanan langsung fundus pada bokong, kontraksi otot-otot abdomen, dan ekstensi dan pelurusan badan janin atau tulang belakang janin.<sup>5</sup>

## 3) Fleksi

Fleksi kepala janin memasuki ruang panggul dengan ukuran yang paling kecil yaitu dengan diameter suboccipito bregmatikus (9,5 cm) menggantikan suboccipito frontalis (11 cm). Fleksi disebabkan karena janin didorong maju dan sebaliknya mendapat tahanan dari pinggir PAP, cervix, dinding panggul atau dasar panggul. Akibat adanya dorongan di atas kepala janin menjadi fleksi karena moment yang menimbulkan fleksi lebih besar dari pada moment yang menimbulkan defleksi. Sampai di dasar panggul kepala janin berada dalam posisi fleksi maksimal. Kepala turun menemui diafragma pelvis yang berjalan dari belakang atas ke bawah depan. Akibat kombinasi elastisitas diafragma pelvis dan tekanan intra uterin yang disebabkan oleh his yang berulang-ulang, kepala mengadakan rotasi yang disebut sebagai putaran paksi dalam.<sup>5</sup>

## 4) Rotasi dalam (Putaran Paksi Dalam)

Putaran paksi dalam adalah pemutaran dari bagian depan sedemikian rupa sehingga bagian terendah dari bagian depan memutar ke depan ke bawah symphysis. Pada presentasi belakang kepala bagian terendah adalah daerah ubun-ubun kecil dan bagian ini akan memutar ke depan ke bawah symphysis.

Putaran paksi dalam mutlak diperlukan untuk kelahiran kepala, karena putaran paksi merupakan suatu usaha untuk menyesuaikan posisi kepala dengan bentuk jalan lahir khususnya bentuk bidang tengah dan pintu bawah panggul. Putaran paksi dalam terjadi bersamaan dengan majunya kepala dan tidak terjadi sebelum kepala sampai di Hodge III, kadang-kadang baru terjadi setelah kepala sampai di dasar panggul. Sebab-sebab terjadinya putaran paksi dalam, yaitu : <sup>5</sup>

- a) Pada letak fleksi, bagian kepala merupakan bagian terendah dari kepala janin
- b) Bagian terendah dari kepala mencari tahanan yang paling sedikit terdapat sebelah depan atas dimana terdapat hiatus genitalis antara muskulus levator ani kiri dan kanan
- c) Ukuran terbesar dari bidang tengah panggul ialah diameter anteroposterior

#### 5) Ekstensi

Setelah putaran paksi dalam selesai dan kepala sampai di dasar panggul, terjadilah ekstensi atau defleksi dari kepala. Hal ini disebabkan karena sumbu jalan lahir pada pintu bawah panggul mengarah ke depan di atas, sehingga kepala harus mengadakan ekstensi untuk dapat melewati pintu bawah panggul. Dalam rotasi ubun-ubun kecil akan berputar ke arah depan, sehingga di dasar panggul ubun-ubun kecil berada di bawah simfisis, dengan suboksiput sebagai hipomoklion kepala mengadakan gerakan defleksi untuk dapat dilahirkan. Pada saat ada his vulva akan lebih membuka dan kepala janin makin tampak. Perineum menjadi makin lebar dan tipis, anus membuka dinding rektum. Dengan kekuatan his dan kekuatan mengejan, maka berturut-turut tampak bregmatikus, dahi, muka, dan akhirnya dagu dengan gerakan ekstensi. Sesudah kepala lahir, kepala segera mengadakan rotasi, yang disebut putaran paksi luar. <sup>5</sup>

#### 6) Rotasi Luar (Putaran Paksi Luar)

Putaran paksi luar merupakan gerakan memutar ubun-ubun kecil ke arah punggung janin, bagian belakang kepala berhadapan dengan tuber ischiadikum kanan atau kiri, sedangkan muka janin menghadap salah satu paha ibu. Bila ubun-ubun kecil pada mulanya disebelah kiri maka ubun-ubun kecil akan berputar kearah kiri, bila pada mulanya ubun-ubun kecil disebelah kanan maka ubun-ubun kecil berputar ke kanan. Gerakan rotasi luar atau putar paksi luar ini menjadikan diameter biakromial janin searah dengan diameter anteroposterior pintu bawah panggul, dimana satu bahu anterior di belakang simpisis dan bahu yang satunya di bagian posterior dibelakang perineum. Sutura sagitalis kembali melintang.<sup>5</sup>

#### 7) Ekspulsi

Setelah terjadinya rotasi luar, bahu depan berfungsi sebagai hypomochlion untuk kelahiran bahu belakang. Kemudian setelah kedua bahu lahir disusul lahirlah trochanter depan dan belakang sampai lahir janin seluruhnya. Gerakan kelahiran bahu depan, bahu belakang dan seluruhnya.<sup>5</sup>

#### 9) Konsep Dasar Teori Nifas

##### i. 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.<sup>12</sup>

Masa Nifas dimulai setelah 2 jam postpartum 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. Masa nifas dibagi dalam 4 tahap, yaitu :<sup>12</sup>

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 lochea, 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, lochea 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*

*Remote puerperium* adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi.

ii. Perubahan Fisiologis Masa Nifas

Perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi pada masa nifas meliputi hal-hal berikut ini :

1) Perubahan pada system reproduksi

a) Involusi

Involusi adalah kembalinya uterus pada ukuran, tonus dan posisi sebelum hamil. Mekanisme involusi uterus :<sup>17</sup>

(1) *Iskemia miometrium*, hal ini disebabkan oleh kontraksi dan *retraksi* yang terus menerus dari uterus setelah

pengeluaran plasenta sehingga membuat *uterus* menjadi relatif *anemi* dan menyebabkan serat otot *atrofi*.

- (2) *Atrofi* jaringan yang terjadi sebagai reaksi penghentian hormon *estrogen* saat pelepasan *plasenta*.
- (3) *Autolisis*, merupakan proses penghancuran diri sendiri yang terjadi di dalam otot *uterus*. Enzim *proteolitik* akan memendekkan jaringan otot yang telah mengendur hingga panjangnya 10 kali panjang sebelum hamil dan lebarnya 5 kali lebih lebar sebelum hamil yang terjadi selama kehamilan. Proses *autolisis* ini terjadi karena penurunan hormon *estrogen* dan *progesteron*.
- (4) Efek Oksitosin menyebabkan terjadinya kontraksi dan retraksi otot *uterus* sehingga akan menekan pembuluh darah yang mengakibatkan berkurangnya suplai darah ke *uterus*. Proses ini membantu untuk mengurangi suplai darah pada tempat *implantasi plasenta* serta mengurangi perdarahan.

Dalam keadaan normal berat *uterus* setelah kelahiran kurang lebih 1 kg sebagai akibat *involusi*. Satu minggu setelah melahirkan beratnya menjadi kurang lebih 500 gram, pada akhir minggu kedua setelah persalinan menjadi kurang lebih 300 gram, setelah itu menjadi 100 gram atau kurang.<sup>13</sup>

Tabel 3. Involusi Uteri

| <i>Involusi Uteri</i>                            | Tinggi <i>Fundus Uteri</i>     | Berat <i>Uterus</i> | Diameter <i>Uterus</i> |
|--------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|------------------------|
| Plasenta lahir                                   | Setinggi pusat                 | 1000 gram           | 12,5 cm                |
| 7 hari (minggu 1)                                | Pertengahan pusat dan simpisis | 500 gram            | 7,5 cm                 |
| 14 hari (minggu 2)                               | Tidak teraba                   | 350 gram            | 5 cm                   |
| 6 minggu                                         | Normal                         | 60 gram             | 2,5 cm                 |
| b) Pengeluaran lochea dan pengeluaran pervaginam |                                |                     |                        |

Lochea berasal dari bahasa latin, yang digunakan untuk menggambarkan perdarahan pervaginam setelah persalinan. Macam-macam lochea :<sup>13</sup>

(1) Lochea rubra (crueanta)

Berwanrna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks caseosa, lanugo, dan mekoneum selama 2 hari pasca persalinan.

(2) Lochea sanguilenta

Berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke-3 sampai ke-7 pasca persalinan.

(3) Lochea serosa

Lochea ini bentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berdarah lagi pada hari ke-7 sampai hari ke-14 pasca persalinan.

(4) Lochea alba

Dimulai dari hari ke-14, berbentuk seperti cairan putih serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua.

Selain lochea diatas, ada jenis lochea yang tidak normal, yaitu:<sup>13</sup>

- a. Lochea purulenta : ini terjadi karena infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk.
- b. Loche astasis : lochea tidak lancar keluarnya.

c) Serviks

Serviks mengalami involusi bersama-sama uterus. Setelah persalinan, ostium uteri eksterna dapat dimasuki oleh 2 hingga 3 jari tangan, setelah 6 minggu persalinan serviks akan menutup.<sup>13</sup>

d) Vulva, vagina dan perineum

Vulva dan vagina mengalami penekanan serta perenggangan yang sangat besar selama proses melahirkan bayi, dan dalam beberapa hari pertama sesudah proses

tersebut kedua organ ini tetap berada dalam keadaan kendur. Setelah 3 minggu postpartum, vulva dan vagina kembali kepada keadaan tidak hamil dan rugae pada vagina secara berangsur- angsur akan muncul kembali. Himen tampak sebagai carunculae mirtyformis, yang khas pada ibu multipara.<sup>13</sup>

Ukuran vagina agak sedikit lebih besar dari sebelum persalinan. Perubahan pada perineum postpartum terjadi pada saat perineum mengalami robekan. Robekan jalan lahir dapat terjadi secara spontan ataupun dilakukan episiotomi dengan indikasi tertentu. Meskipun demikian, latihan otot perineum dapat mengembalikan tonus tersebut dan dapat mengencangkan vagina hingga tingkat tertentu. Hal ini dapat dilakukan pada masa nifas dengan latihan atau senam nifas.<sup>13</sup>

(b) Perubahan pada tanda-tanda vital

Frekuensi nadi ibu secara fisiologis pada kisaran 60-80 kali permenit. Perubahan nadi yang menunjukkan frekuensi bradikardi (100 kali permenit) menunjukkan adanya tanda shock atau perdarahan. Frekuensi dan intensitas nadi merupakan tanda vital yang sensitif terhadap adanya perubahan keadaan umum ibu. Perubahan suhu secara fisiologis terjadi pada masa segera setelah persalinan, yaitu terdapat sedikit kenaikan suhu tubuh pada kisaran 0,2-0,5°C, dikarenakan aktivitas metabolisme yang meningkat saat persalinan, dan kebutuhan kalori yang meningkat saat persalinan. Perubahan suhu tubuh berada pada kisaran 36,5°C-37,5°C. Namun kenaikan suhu tubuh tidak mencapai 38°C, karena hal ini sudah menandakan adanya tanda infeksi. Perubahan suhu tubuh ini hanya terjadi beberapa jam setelah persalinan, setelah ibu istirahat dan mendapat asupan nutrisi serta minum yang cukup, maka suhu tubuh akan kembali normal.<sup>13</sup>

Setelah kelahiran bayi, harus dilakukan pengukuran tekanan darah. Jika ibu tidak memiliki riwayat morbiditas terkait hipertensi, superimposed hipertensi serta preeklampsia/eklampsia, maka biasanya tekanan darah akan kembali pada kisaran normal dalam waktu 24 jam setelah persalinan. Pada keadaan normal, frekuensi pernapasan relatif tidak mengalami perubahan pada masa postpartum, berkisar pada frekuensi pernapasan orang dewasa 12-16 kali permenit.<sup>13</sup>

(c) Perubahan pada sistem kardiovaskuler

Perubahan volume darah bergantung pada beberapa faktor, misalnya kehilangan darah selama melahirkan dan mobilisasi, serta pengeluaran cairan ekstrasvaskular (edema fisiologis). Kehilangan darah merupakan akibat penurunan volume darah total yang cepat, tetapi terbatas. Setelah itu terjadi perpindahan normal cairan tubuh yang menyebabkan volume darah menurun dengan lambat. Pada minggu ke-3 dan ke-4 setelah bayi lahir, volume darah biasanya menurun sampai mencapai volume darah sebelum hamil.<sup>13</sup>

Pada persalinan pervaginam, ibu kehilangan darah sekitar 300-400 cc. Pada persalinan dengan tindakan SC, maka kehilangan darah dapat dua kali lipat. Perubahan pada sistem kardiovaskuler terdiri atas volume darah (blood volume) dan hematokrit (haemoconcentration). Pada persalinan pervaginam, hematokrit akan naik sedangkan pada persalinan dengan SC, hematokrit cenderung stabil dan kembali normal setelah 4-6 minggu postpartum. Tiga perubahan fisiologi sistem kardiovaskuler pascapartum yang terjadi pada wanita antara lain sebagai berikut:<sup>13</sup>

- a) Hilangnya sirkulasi uteroplasenta yang mengurangi ukuran pembuluh darah maternal 10-15%.

- b) Hilangnya fungsi endokrin placenta yang menghilangkan stimulus vasodilatasi.
- c) Terjadinya mobilisasi air ekstrasvaskular yang disimpan selama wanita hamil.

Denyut jantung, volume dan curah jantung meningkat sepanjang masa hamil. Segera setelah wanita melahirkan, keadaan ini meningkat bahkan lebih tinggi selama 30-60 menit karena darah yang biasanya melintasi sirkulasi uteroplacenta tiba-tiba kembali ke sirkulasi umum. Nilai ini meningkat pada semua jenis kelahiran. Curah jantung biasanya tetap naik dalam 24-48 jam postpartum dan menurun ke nilai sebelum hamil dalam 10 hari. Frekuensi jantung berubah mengikuti pola ini. Resistensi vaskuler sistemik mengikuti secara berlawanan. Nilainya tetap di kisaran terendah nilai pada masa kehamilan selama 2 hari postpartum dan kemudian meningkat ke nilai normal sebelum hamil.<sup>13</sup>

Perubahan faktor pembekuan darah yang disebabkan kehamilan menetap dalam jangka waktu yang bervariasi selama nifas. Peningkatan fibrinogen plasma dipertahankan minimal melewati minggu pertama, demikian juga dengan laju endap darah. Kehamilan normal dihubungkan dengan peningkatan cairan ekstraseluler yang cukup besar, dan diuresis postpartum merupakan kompensasi yang fisiologis untuk keadaan ini. Ini terjadi teratur antara hari ke-2 dan ke-5 dan berkaitan dengan hilangnya hipervolemia kehamilan residual. Pada preeklampsia, baik retensi cairan antepartum maupun diuresis postpartum dapat sangat meningkat.<sup>13</sup>

(d) Perubahan pada sistem hematologi

Pada hari pertama postpartum, kadar fibrinogen dan plasma akan sedikit menurun tetapi darah lebih mengental dengan peningkatan viskositas, dan juga terjadi peningkatan faktor

pembekuan darah serta terjadi leukositosis dimana jumlah sel darah putih dapat mencapai 15.000 selama persalinan dan akan tetap tinggi dalam beberapa hari pertama dari masa postpartum. Jumlah sel darah putih tersebut masih bisa naik lagi hingga 25.000-30.000, terutama pada ibu dengan riwayat persalinan lama. Kadar hemoglobin, hematokrit, dan eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa postpartum sebagai akibat dari volume placenta dan tingkat volume darah yang berubah-ubah. Semua tingkatan ini akan dipengaruhi oleh status gizi dan hidrasi ibu. Kira-kira selama persalinan normal dan masa postpartum terjadi kehilangan darah sekitar 250-500 ml. Penurunan volume dan peningkatan sel darah merah pada kehamilan diasosiasikan dengan peningkatan hematokrit dan hemoglobin pada hari ke-3 sampai 7 postpartum dan akan kembali normal dalam 4 sampai 5 minggu postpartum.<sup>14</sup>

Selama kehamilan, secara fisiologi terjadi peningkatan kapasitas pembuluh darah digunakan untuk menampung aliran darah yang meningkat, yang diperlukan oleh placenta dan pembuluh darah uteri. Penarikan kembali estrogen menyebabkan diuresis yang terjadi secara cepat sehingga mengurangi volume plasma kembali pada proporsi normal. Aliran ini terjadi dalam 2-4 jam pertama setelah kelahiran bayi. Selama masa ini, ibu mengeluarkan banyak sekali jumlah urine. Menurunnya hingga menghilangnya hormon progesteron membantu mengurangi retensi cairan yang melekat dengan meningkatnya vaskuler pada jaringan tersebut selama kehamilan bersama-sama dengan trauma masa persalinan. Setelah persalinan, shunt akan hilang dengan tiba-tiba. Volume darah ibu relatif akan bertambah. Keadaan ini akan menyebabkan beban pada jantung meningkat. Keadaan ini dapat diatasi dengan mekanisme kompensasi dengan adanya haemokonsentrasi

sehingga volume darah kembali seperti sedia kala. Umumnya, ini akan terjadi pada 3-7 hari post partum. Pada sebagian besar ibu, volume darah hampir kembali pada keadaan semula sebelum 1 minggu postpartum.<sup>14</sup>

(e) Perubahan pada sistem pencernaan

Sistem pencernaan selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal. Beberapa hal yang berkaitan dengan perubahan pada sistem pencernaan, antara lain:<sup>14</sup>

a) Nafsu Makan

Pasca melahirkan biasanya ibu merasa lapar, karena metabolisme ibu meningkat saat proses persalinan, sehingga ibu dianjurkan untuk meningkatkan konsumsi makanan, termasuk mengganti kalori, energi, darah dan cairan yang telah dikeluarkan selama proses persalinan. Ibu dapat mengalami perubahan nafsu makan. Pemulihan nafsu makan diperlukan waktu 3–4 hari sebelum faal usus kembali normal. Meskipun kadar progesteron menurun setelah melahirkan, asupan makanan juga mengalami penurunan selama satu atau dua hari.

b) Motilitas

Secara fisiologi terjadi penurunan tonus dan motilitas otot traktus pencernaan menetap selama waktu yang singkat beberapa jam setelah bayi lahir, setelah itu akan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Pada postpartum SC dimungkinkan karena pengaruh analgesia dan anastesia bisa

memperlambat pengembalian tonus dan motilitas ke keadaan normal.

c) Pengosongan Usus

Pasca melahirkan, ibu sering mengalami konstipasi. Hal ini disebabkan tonus otot usus menurun selama proses persalinan dan awal masa pascapartum. Pada keadaan terjadi diare sebelum persalinan, enema sebelum melahirkan, kurang asupan nutrisi, dehidrasi, hemoroid ataupun laserasi jalan lahir, meningkatkan terjadinya konstipasi postpartum. Sistem pencernaan pada masa nifas membutuhkan waktu beberapa hari untuk kembali normal. Beberapa cara agar ibu dapat buang air besar kembali teratur, antara lain pengaturan diet yang mengandung serat buah dan sayur, cairan yang cukup, serta pemberian informasi tentang perubahan eliminasi dan penatalaksanaanya pada ibu.

d) Perubahan pada sistem musculoskeletal

Otot-otot uterus berkontraksi segera setelah persalinan. Pembuluh-pembuluh darah yang berada di antara anyaman otot-otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan perdarahan setelah placenta dilahirkan. Ligamen-ligamen, diafragma pelvis, serta fascia yang meregang pada waktu persalinan, secara berangsur-angsur menjadi pulih kembali ke ukuran normal. Pada sebagian kecil kasus uterus menjadi retrofleksi karena ligamentum retundum menjadi kendur. Tidak jarang pula wanita mengeluh kandungannya turun. Setelah melahirkan karena ligamen, fascia, dan jaringan penunjang alat genitalia menjadi kendur. Stabilitas secara sempurna terjadi pada 6-8 minggu setelah persalinan. Sebagai akibat putusnya serat-serat kulit dan distensi yang berlangsung lama akibat besarnya uterus pada waktu hamil, dinding abdomen masih agak lunak dan kendur untuk

sementara waktu. Untuk memulihkan kembali jaringan-jaringan penunjang alat genitalia, serta otot-otot dinding perut dan dasar panggul, dianjurkan untuk melakukan latihan atau senam nifas, bisa dilakukan sejak 2 hari post partum.<sup>14</sup>

e) Perubahan pada sistem endokrin

Setelah melahirkan, sistem endokrin kembali kepada kondisi seperti sebelum hamil. Hormon kehamilan mulai menurun segera setelah plasenta lahir. Penurunan hormon estrogen dan progesteron menyebabkan peningkatan prolaktin dan menstimulasi air susu. Perubahan fisiologis yang terjadi pada ibu setelah melahirkan melibatkan perubahan yang progresif atau pembentukan jaringan-jaringan baru. Selama proses kehamilan dan persalinan terdapat perubahan pada sistem endokrin, terutama pada hormon-hormon yang berperan dalam proses tersebut. Berikut ini perubahan hormon dalam sistem endokrin pada masa postpartum :<sup>14</sup>

a) Oksitosin

Oksitosin disekresikan dari kelenjar hipofisis posterior. Pada tahap kala III persalinan, hormon oksitosin berperan dalam pelepasan plasenta dan mempertahankan kontraksi, sehingga mencegah perdarahan. Hisapan bayi dapat merangsang produksi ASI dan meningkatkan sekresi oksitosin, sehingga dapat membantu uterus kembali ke bentuk normal.

b) Prolaktin

Menurunnya kadar estrogen menimbulkan terangsangnya kelenjar hipofisis posterior untuk mengeluarkan prolaktin. Hormon ini berperan dalam pembesaran payudara untuk merangsang produksi ASI. Pada ibu yang menyusui bayinya, kadar prolaktin tetap

tinggi sehingga memberikan umpan balik negatif, yaitu pematangan folikel dalam ovarium yang ditekan. Pada wanita yang tidak menyusui tingkat sirkulasi prolaktin menurun dalam 14 sampai 21 hari setelah persalinan, sehingga merangsang kelenjar gonad pada otak yang mengontrol ovarium untuk memproduksi estrogen dan progesteron yang normal, pertumbuhan folikel, maka terjadilah ovulasi dan menstruasi.

f) Estrogen dan progesterone

Selama hamil volume darah normal meningkat, diperkirakan bahwa tingkat kenaikan hormon estrogen yang tinggi memperbesar hormon antidiuretik yang meningkatkan volume darah. Disamping itu, progesteron mempengaruhi otot halus yang mengurangi perangsangan dan peningkatan pembuluh darah yang sangat mempengaruhi saluran kemih, ginjal, usus, dinding vena, dasar panggul, perineum, vulva serta vagina.

g) Hormon plasenta

Human chorionic gonadotropin (HCG) menurun dengan cepat setelah persalinan dan menetap sampai 10% dalam 3 jam hingga hari ke 7 postpartum. Enzyme insulinasi berlawanan efek diabetogenik pada saat penurunan hormon human placenta lactogen (HPL), estrogen dan kortisol, serta placenta kehamilan, sehingga pada masa postpartum kadar gula darah menurun secara bermakna. Kadar estrogen dan progesteron juga menurun secara bermakna setelah plasenta lahir, kadar terendahnya dicapai kira-kira satu minggu postpartum. Penurunan kadar estrogen berkaitan dengan dieresis ekstraseluler berlebih yang terakumulasi selama masa hamil. Pada

wanita yang tidak menyusui, kadar estrogen mulai meningkat pada minggu ke 2 setelah melahirkan dan lebih tinggi dari ibu yang menyusui pada postpartum hari ke 17.

h) Hormon hipofisis dan fungsi ovarium

Waktu mulainya ovulasi dan menstruasi pada ibu menyusui dan tidak menyusui berbeda. Kadar prolaktin serum yang tinggi pada wanita menyusui berperan dalam menekan ovulasi karena kadar hormon FSH terbukti sama pada ibu menyusui dan tidak menyusui, di simpulkan bahwa ovarium tidak merespon terhadap stimulasi FSH ketika kadar prolaktin meningkat. Kadar prolaktin meningkat secara progresif sepanjang masa hamil. Pada ibu menyusui kadar prolaktin tetap meningkat sampai minggu ke 6 setelah melahirkan. Kadar prolaktin serum dipengaruhi oleh intensitas menyusui, durasi menyusui dan seberapa banyak makanan tambahan yang diberikan pada bayi, karena menunjukkan efektifitas menyusui. Untuk ibu yang menyusui dan tidak menyusui akan mempengaruhi lamanya ia mendapatkan menstruasi. Sering kali menstruasi pertama itu bersifat anovulasi yang dikarenakan rendahnya kadar estrogen dan progesteron. Di antara wanita laktasi sekitar 15% memperoleh menstruasi selama 6 minggu dan 45% setelah 12 minggu dan 90% setelah 24 minggu. Untuk wanita laktasi, 80% menstruasi pertama anovulasi dan untuk wanita yang tidak laktasi, 50% siklus pertama anovulasi.

(f) Perubahan pada payudara

Pada saat kehamilan sudah terjadi pembesaran payudara karena pengaruh peningkatan hormon estrogen, untuk

mempersiapkan produksi ASI dan laktasi. Payudara menjadi besar ukurannya bisa mencapai 800 gr, keras dan menghitam pada areola mammae di sekitar puting susu, ini menandakan dimulainya proses menyusui. Segera menyusui bayi setelah melahirkan melalui proses inisiasi menyusui dini (IMD), walaupun ASI belum keluar lancar, namun sudah ada pengeluaran kolostrum.<sup>12</sup>

Proses IMD ini dapat mencegah perdarahan dan merangsang produksi ASI. Pada hari ke 2 hingga ke 3 postpartum sudah mulai diproduksi ASI matur yaitu ASI berwarna. Pada semua ibu yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Fisiologi menyusui mempunyai dua mekanisme fisiologis yaitu produksi ASI dan sekresi ASI atau let down reflex.

Selama kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi, maka terjadi positive feed back hormone (umpan balik positif), yaitu kelenjar pituitary akan mengeluarkan hormon prolaktin (hormon laktogenik). Sampai hari ketiga setelah melahirkan, efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan. Pembuluh darah payudara menjadi membesar terisi darah, sehingga timbul rasa hangat. Sel-sel acini yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi. Ketika bayi menghisap puting, reflek saraf merangsang kelenjar posterior hipofisis untuk mensekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang reflek let down sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui sinus laktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting.<sup>14</sup>

#### 7) Perubahan pada sistem eliminasi

Pasca persalinan terdapat peningkatan kapasitas kandung kemih, pembengkakan dan trauma jaringan sekitar uretra yang terjadi selama proses melahirkan. Untuk postpartum dengan

tindakan SC, efek konduksi anestesi yang menghambat fungsi neural pada kandung kemih. Distensi yang berlebihan pada kandung kemih dapat mengakibatkan perdarahan dan kerusakan lebih lanjut. Pengosongan kandung kemih harus diperhatikan. Kandung kemih biasanya akan pulih dalam waktu 5-7 hari pasca melahirkan, sedangkan saluran kemih secara keseluruhan akan pulih dalam waktu 2-8 minggu tergantung pada keadaan umum ibu atau status ibu sebelum persalinan, lamanya kala II yang dilalui, besarnya tekanan kepala janin saat intrapartum. Dinding kandung kencing pada ibu postpartum memperlihatkan adanya oedem dan hyperemia. Kadang-kadang oedema trigonum, menimbulkan abstraksi dari uretra sehingga terjadi retensio urine.

Kandung kencing dalam masa nifas kurang sensitif dan kapasitasnya bertambah, sehingga kandung kencing penuh atau sesudah kencing masih tertinggal urine residual (normal + 15 cc). Sisa urine dan trauma pada kandung kencing waktu persalinan memudahkan terjadinya infeksi. Dilatasi ureter dan pyelum normal dalam waktu 2 minggu. Urine biasanya berlebihan (poliuri) antara hari kedua dan kelima, hal ini disebabkan karena kelebihan cairan sebagai akibat retensi air dalam kehamilan dan sekarang dikeluarkan.

Kadang-kadang hematuri akibat proses katalitik involusi. Acetonuri terutama setelah partus yang sulit dan lama yang disebabkan pemecahan karbohidrat dan lemak untuk menghasilkan energi, karena kegiatan otot-otot rahim meningkat. Terjadi proteinuri akibat dari autolisis sel-sel otot. Pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal.<sup>13</sup>

Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12 – 36 jam sesudah melahirkan. Buang air kecil sering sulit selama 24 jam pertama. Kemungkinan terdapat spasme sfingter dan edema leher buli-buli ureter, karena bagian ini mengalami kompresi antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12 – 36 jam sesudah melahirkan. Setelah plasenta dilahirkan, kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok. Keadaan ini menyebabkan diuresis. Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam tempo 6 minggu.

d. Perubahan Psikologis Masa Nifas

Periode kehamilan, persalinan, dan pascanatal merupakan masa terjadinya stress yang hebat, kecemasan, gangguan emosi, dan penyesuaian diri. Periode postpartum menyebabkan stress emosional terhadap ibu baru, bahkan lebih menyulitkan bila terjadi perubahan fisik yang hebat. Menurut Reva Rubin, terdapat tiga fase dalam masa adaptasi peran pada masa nifas, yaitu:

1) Masa *Taking In*

Terjadi pada hari pertama dan kedua setelah melahirkan. Ibu baru pada umumnya pasif dan tergantung, perhatiannya tertuju pada kekhawatiran akan tubuhnya. Ibu akan mengulang-ulang menceritakan pengalamannya waktu melahirkan. Pada saat ini, ibu memerlukan istirahat yang cukup agar ibu dapat menjalani masa nifas selanjutnya dengan baik. Ibu juga memerlukan nutrisi yang lebih untuk mempercepat pemulihan dan penyembuhan luka, serta persiapan proses laktasi aktif..

2) Masa *Taking Hold*

Berlangsung pada 3-10 hari postpartum. ibu lebih berkonsentrasi pada kemampuannya dalam menerima tanggung

jawab sepenuhnya terhadap perawatan bayi. Ibu berusaha keras untuk menguasai keterampilan perawatan bayi, misalnya menggendong, memandikan, memasang popok, dan sebagainya. Pada masa ini ibu agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam melakukan hal-hal tersebut, cenderung menerima nasihat bidan, karena ia terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi. Pada tahap ini bidan penting memperhatikan perubahan yang mungkin terjadi dengan memperhatikan komunikasi yang tidak menyinggung perasaan ibu yang membuat tidak nyaman.

### 3) 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 sosial. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya meningkat pada fase ini.

Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan adaptasi pada masa transisi menuju masa menjadi orang tua pada saat post partum, antara lain:

#### a) Respon dan dukungan keluarga dan teman

Bagi ibu post partum, apalagi pada ibu yang baru pertama kali melahirkan akan sangat membutuhkan dukungan orang-orang terdekatnya, karena ibu belum sepenuhnya berada pada kondisi stabil, baik fisik maupun psikologisnya. Ibu masih sangat asing dengan perubahan peran barunya yang begitu dramatis terjadi dalam waktu yang begitu cepat, yaitu peran sebagai seorang “ibu”. Dengan respon positif dari lingkungan terdekatnya, akan mempercepat proses adaptasi peran ini sehingga akan

memudahkan bagi bidan untuk memberikan asuhan pada ibu postpartum dengan optimal.

b) Hubungan dari pengalaman melahirkan terhadap harapan dan aspirasi

Hal yang dialami oleh ibu ketika melahirkan akan sangat mewarnai alam perasaannya terhadap perannya sebagai ibu. Ibu akhirnya menjadi tahu bahwa masa transisi terkadang begitu berat untuk dilalui dan hal tersebut akan memperkaya pengalaman hidupnya untuk lebih dewasa. Banyak kasus terjadi, setelah seorang ibu melahirkan anaknya yang pertama, ibu akan bertekad untuk lebih meningkatkan kualitas hubungannya dengan ibunya, karena baru menyadari dengan nyata ternyata pengalaman menjadi ibu adalah tugas yang luar biasa dan mempunyai tanggung jawab yang berat. Ibu mulai merefleksikan pada dirinya bahwa apa yang dialami orang tuanya terdahulu, terutama ibunya adalah sama dengan yang dialaminya sekarang.

c) Pengalaman melahirkan dan membesarkan anak yang lalu atau terdahulu

Walaupun kali ini adalah bukan lagi pengalamannya yang pertama melahirkan bayinya, namun kebutuhan untuk mendapatkan dukungan positif dari lingkungannya tidak berbeda dengan ibu yang baru melahirkan anak pertama. Hanya perbedaannya adalah teknik penyampaian dukungan yang diberikan lebih kepada support dan apresiasi dari keberhasilannya dalam melewati saat-saat sulit pada persalinannya yang lalu.

d) Pengaruh budaya

Adanya adat istiadat yang dianut oleh lingkungan dan keluarga sedikit banyak akan mempengaruhi keberhasilan

ibu dalam melewati saat transisi ini. Apalagi jika hal yang tidak sinkron atau berbeda antara arahan dari tenaga kesehatan dengan budaya yang dianut. Dalam hal ini, bidan harus bijaksana dalam menyikapi, namun tidak mengurangi kualitas asuhan kebidanan yang harus diberikan. Keterlibatan keluarga dari awal dalam menentukan bentuk asuhan dan perawatan yang harus diberikan pada ibu dan bayi akan memudahkan bidan dalam pemberian asuhan.

e. Ketidaknyamanan dan Cara Pemulihan dalam Masa Nifas

Ketidaknyamanan pada ibu nifas dapat menyebabkan distress fisik yang bermakna. Terdapat beberapa ketidaknyamanan, hal itu bisa dianggap normal. Ketidaknyamanan itu berupa:

a) Nyeri setelah melahirkan

Nyeri setelah melahirkan disebabkan oleh kontraksi dan relaksasi uterus yang berurutan yang terjadi secara terus menerus. Nyeri ini lebih umum terjadi pada paritas tinggi dan pada wanita menyusui. Alasan nyeri yang lebih berat pada wanita dengan paritas tinggi adalah penurunan tonus otot uterus secara bersamaan, menyebabkan relaksasi intermiten. Berbeda pada wanita primipara yang tonus ototnya masih kuat dan uterus tetap berkontraksi tanpa relaksasi intermiten. Pada wanita menyusui, isapan bayi menstimulasi produksi oksitosin oleh hipofise posterior. Pelepasan oksitosin tidak hanya memicu refleks let down (pengeluaran ASI) pada payudara, tetapi juga menyebabkan kontraksi uterus. Nyeri setelah melahirkan akan hilang jika uterus tetap berkontraksi dengan baik saat kandung kemih kosong. Kandung kemih yang penuh mengubah posisi uterus ke atas, menyebabkan relaksasi dan kontraksi uterus lebih nyeri.<sup>15</sup>

Nyeri setelah melahirkan Beberapa wanita merasa nyerinya cukup berkurang dengan mengubah posisi tubuhnya menjadi

telungkup dengan meletakkan bantal atau gulungan selimut di bawah abdomen. Kompresi uterus yang konstan pada posisi ini dapat mengurangi kram secara signifikan. Analgesia efektif bagi sebagian besar wanita yang kontraksinya sangat nyeri, seperti tylenol, ibuprofen.<sup>15</sup>

b) Keringat berlebih

Wanita postpartum mengeluarkan keringat berlebihan karena tubuh menggunakan rute ini dan diuresis untuk mengeluarkan kelebihan cairan interstisial yang disebabkan oleh peningkatan normal cairan intraselular selama kehamilan. Cara menguranginya sangat sederhana yaitu dengan membuat kulit tetap bersih dan kering. Keringat berlebih Keringat berlebihan selama masa nifas dapat dikurangi dengan cara menjaga kulit tetap bersih, kering dan menjaga hidrasi yaitu minum segelas air setiap satu jam pada kondisi tidak tidur.

c) Masalah Payudara

ASI memiliki kandungan gizi beragam dan lengkap. Kandungan utama ASI sebanyak 88% adalah air. Jumlah ini cukup untuk memenuhi kebutuhan cairan pada bayi. Secara anatomis, setiap kelenjar mammae yang matang atau payudara terdiri dari 15 sampai 25 lobus. Payudara (mammae) adalah kelenjar yang terletak dibawah kulit, diatas otot dada dan fungsinya memproduksi susu untuk nutrisi bayi. Ada tiga bagian utama payudara, yaitu : Korpus (badan), yaitu bagian yang membesar, kedua adalah areola, yaitu bagian yang kehitaman di tengah dan yang ketiga adalah papill (putting) yaitu bagian yang menonjol di puncak payudara.<sup>16</sup>

Laktasi atau menyusui mempunyai dua pengertian, yaitu produksi dan pengeluaran ASI. Dengan terbentuknya hormone estrogen dan progesterone yang berfungsi untuk maturasi alveoli. Sedangkan hormone prolactin adalah hormone yang

berfungsi untuk produksi ASI. Dua refleks pada ibu yang sangat penting dalam proses laktasi, refleks prolactin dan refleks aliran timbul akibat perangsangan puting susu oleh hisapan bayi.

a) Refleks Prolaktin

Dalam puting susu terdapat banyak ujung saraf sensorik. Bila dirangsang, timbul impuls yang menuju hipotalamus selanjutnya ke kelenjar hipofisis bagian depan sehingga kelenjar ini mengeluarkan hormone prolactin. Hormone inilah yang berperan dalam produksi ASI di tingkat alveoli.

b) Refleks aliran (*Let Down Reflex*)

Rangsang puting susu tidak hanya diteruskan sampai ke kelenjar hipofisis depan, tetapi juga ke kelenjar hipofisis bagian belakang, yang mengeluarkan hormone oksitosin. Hormone ini berfungsi memacu kontraksi otot polos yang ada di dinding alveolus dan dinding saluran, sehingga ASI di pompa keluar.

Sebaiknya menyusui bayi tanpa dijadwal (*on demand*), karena bayi akan menentukan sendiri kebutuhannya. Ibu harus menyusui bayinya jika bayi menangis tanpa sebab lain. Payudara dapat dikosongkan bayi yang sehat dalam waktu sekitar 5-7 menit, sedangkan dalam 2 jam ASI dilambung akan kosong. Proses menyusui kadang mengalami kegagalan yang sering disebabkan karena timbulnya berbagai masalah, baik masalah dari ibu maupun bayi. Salah satu faktor dari ibu yaitu cara menyusui yang kurang benar. Cara menyusui yang kurang benar dapat menyebabkan puting susu lecet dan ASI tidak keluar optimal. Hal ini dapat menimbulkan gangguan dalam proses laktasi sehingga pemberian ASI tidak adekuat, pemberian ASI yang tidak adekuat dapat mengakibatkan payudara bengkak (*breast engorgement*) karena sisa ASI pada duktus. Statis pada pembuluh darah akan mengakibatkan meningkatnya tekanan

intraduktal yang akan mempengaruhi segmen pada payudara sehingga tekanan seluruh payudara meningkat akibatnya payudara sering terasa penuh, tegang serta terasa nyeri <sup>17</sup>

Teknik menyusui yang benar ialah bayi menghisap secara naluriah akan tetapi pada awalnya mungkin dia mengalami kesulitan menemukan puting ibunya. Cara menolong yang paling mudah adalah dengan menempelkan pipinya ke payudara. Kemudian masukkan puting ke mulut bayi. Pastikan bayi menghisap seluruh area gelap dari payudara (areola) dan bukan hanya putingnya saja. Ibu dapat aliran air susu dengan cara menekan-nekan areola. Menghentikan hisapan, masukkan sebuah jari disudut mulutnya atau dorong dagunya ke bawah perlahan-lahan dengan ibu jari dan jari telunjuk. Biasanya bayi berhenti menghisap lalu melepaskan puting setelah merasa kenyang <sup>17</sup>

Puting susu lecet disarankan kepada ibu untuk tetap menyusui pada puting susu yang normal/ yang lecetnya lebih sedikit. Untuk menghindari tekanan luka pada puting, maka posisi menyusui harus sering diubah. Untuk puting susu yang sakit dianjurkan mengurangi frekuensi dan lamanya menyusui. Mengolesi puting susu yang lecet setiap habis menyusui memakai ASI, kemudian diangin-anginkan sebentar agar kering dengan sendirinya, karena ASI berfungsi sebagai pelembut puting sekaligus sebagai anti infeksi. Membersihkan puting susu tidak menggunakan sabun/ alkohol atau zat iritan lainnya. Ibu juga dapat mengoleskan minyak kelapa yang sudah dimasak terlebih dahulu pada puting yang lecet. Menyarankan ibu untuk menyusui lebih sering (8-12 kali dalam sehari), sehingga payudara tidak sampai terlalu penuh dan bayi tidak terlalu lapar akan menyusui tidak terlalu rakus.

d) Nyeri perineum

Beberapa tindakan dapat mengurangi ketidaknyamanan atau nyeri akibat laserasi atau luka episiotomi dan jahitan laserasi atau episiotomi tersebut. Sebelum tindakan dilakukan, penting untuk memeriksa perineum untuk menyingkirkan komplikasi seperti hematoma. Pemeriksaan ini juga mengindikasikan tindakan lanjutan apa yang mungkin paling efektif.

Terdapat beberapa cara untuk mengatasi nyeri perineum, kompres kantong es bermanfaat untuk mengurangi pembengkakan dan membuat perineum nyaman pada periode segera setelah melahirkan. Manfaat optimal dicapai dengan kompres dingin selama 30 menit. Anestesi topikal sesuai kebutuhan, contoh dari anestesi ini adalah sprai Darmoplast, salep Nupercaine, salep nulpacaine. Salep dioleskan selama beberapa hari postpartum selama periode penyembuhan akut baik karena jahitan atau jika ada hemoroid. Rendam duduk dua sampai tiga kali sehari dengan menggunakan air dingin. Nyeri postpartum hilang dengan penggunaan rendam duduk dingin termasuk penurunan respon pada ujung saraf dan juga fase konstiksi lokal, yang mengurangi pembengkakan dan spasme otot. Kompres witch hazel dapat mengurangi edema dan merupakan analgesik. Latihan Kegel bertujuan menghilangkan ketidaknyamanan dan nyeri yang dialami wanita ketika duduk atau hendak berbaring dan bangun dari tempat tidur. Latihan Kegel akan meningkatkan sirkulasi ke area perineum sehingga meningkatkan penyembuhan. Latihan ini juga dapat mengembalikan tonus otot panggul. Tindakan ini merupakan salah satu tindakan yang paling bermanfaat dan seringkali menghasilkan akibat yang dramatis dalam memfasilitasi kemudahan pergerakan dan membuat wanita lebih nyaman. Pada wanita yang mendapat episiotomi, latihan Kegel ini dapat

memberi efek berlawanan sehingga dapat mengakibatkan nyeri.<sup>15</sup>

e) Konstipasi

Konstipasi adalah pergerakan feses yang lambat melewati usus besar dihubungkan dengan banyaknya jumlah feses yang kering dan keras yang terkumpul pada colon descenden yang disebabkan oleh absorpsi cairan yang berlebihan. Konstipasi post partum dengan gejala seperti rasa sakit atau rasa ketidaknyamanan, tegang, dan feses keras adalah kondisi umum yang mempengaruhi kejadian hemoroid dan nyeri di daerah episiotomi. Hal ini akibat pengaruh hormon kehamilan dan penggunaan zat besi sebagai suplemen sehingga dapat meningkatkan resiko konstipasi pada ibu post partum.<sup>18</sup>

Rasa takut dapat menghambat fungsi bowel jika wanita takut bahwa hal tersebut dapat merobek jahitan atau akibat nyeri yang disebabkan oleh ingatannya tentang tekanan bowel pada saat persalinan. Konstipasi lebih lanjut mungkin diperberat dengan longgarnya abdomen dan oleh ketidaknyamanan jahitan robekan perineum derajat tiga atau empat.<sup>15</sup>

Masalah konstipasi dapat dikurangi dengan mengkonsumsi makanan tinggi serat dan tambahan asupan cairan. Penggunaan laksatif pada wanita yang mengalami laserasi derajat tiga atau empat dapat membantu mencegah wanita mengejan. Namun asuhan sebelum pemberian laksatif, ambulasi dini dapat dilakukan sebelum intervensi tersebut antara lain pelvic floor muscle training (PFMT).<sup>19</sup>

Pelvic Floor Muscle Training (PFMT) merupakan latihan otot dasar panggul yang dianggap mampu menstimulus pemulihan organ urogenitalia kepada fungsi fisiologisnya pada ibu post partum. PFMT ini merupakan latihan yang ringan Pelvic Floor Muscle Training dapat dilakukan ditempat tidur, sambil

berdiri, duduk maupun berbaring, dengan posisi yang nyaman dan rileks. Latihan ini seperti; Ibu seolah-olah menghentikan aliran buang air kecil selama 5 detik, kemudian rileks, dengan merelaksasikan otot sfingter, kemudian seolah-olah mengeluarkan urine kembali selama 10 detik, latihan ini ulangi sekali lagi untuk 1 (satu) sesi latihan. Latihan dilakukan sebanyak 15 sesi dan 3 (tiga) kali sehari, selama 10-15 menit<sup>19</sup>

Pelvic floor muscle training merupakan gerakan yang memberikan rangsangan pada serat saraf otot polos, sehingga terjadi metabolisme pada mitokondria, yang menghasilkan adeno tripospat (ATP). Energi yang dihasilkan, meningkatkan kontraksi otot dasar panggul dan rektum, sehingga dapat mengatasi gangguan defekasi pada ibu postpartum. PFMT dapat dilakukan untuk mencegah dan mengobati gangguan pada defekasi pada persalinan spontan. Secara fisiologis rektum yang mengalami penekanan selama akhir kehamilan dan persalinan akan membuat kontraksi peristaltik, refleks defekasi terganggu, dengan latihan ini dapat menstimulus rangsangan untuk defekasi secara cepat.

Makanan yang memiliki kandungan serat tinggi dapat membantu proses percepatan defekasi namun jumlah serat dan jenis serat juga sangat berperan. Serat dapat mencegah dan mengurangi konstipasi karena dapat menyerap air ketika melewati saluran pencernaan sehingga meningkatkan ukuran feses, namun jika asupan air kurang, serat akan menyebabkan konstipasi dan menyebabkan gangguan pada usus besar. Ibu nifas memerlukan asupan cairan >2 liter perhari. Air merupakan komponen utama dalam tubuh manusia. Sekitar 80% dari kebutuhan individu merupakan kontribusi cairan termasuk air, dan sisanya diperoleh dari makanan. Kebutuhan cairan setiap individu dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti usia, jenis

kelamin, tingkat aktivitas, faktor lingkungan, dan status gizi. Salah satu fungsi air sebagai penghancur makanan menunjukkan konstipasi terjadi pada ibu pasca melahirkan sebanyak 54,5%.<sup>20</sup>

Penelitian Muawanah tahun 2016, tidak ada hubungan asupan serat, cairan dengan kejadian konstipasi pada ibu pasca melahirkan. Asupan serat bagi ibu pasca melahirkan masih jauh dari angka kecukupan yang dianjurkan. Selain asupan serat dan asupan cairan masih banyak faktor yang berpengaruh terhadap kejadian konstipasi seperti hormon, perubahan anatomi dan asupan zat gizi. Hal ini bisa disebabkan karena pada wanita 3 bulan pasca melahirkan masih terjadi peningkatan kadar hormon progesteron yang dapat menyebabkan sistem pencernaan melambat sehingga dapat menimbulkan konstipasi. Dengan mengonsumsi makanan berserat dan minum yang cukup serta aktifitas secara teratur akan membantu mencegah konstipasi.<sup>20</sup>

f) Hemoroid

Jika wanita mengalami hemoroid, mungkin mereka sangat merasakan nyeri selama beberapa hari. Hemoroid yang terjadi selama masa kehamilan dapat menimbulkan traumatis dan menjadi lebih edema selama kala dua persalinan. Untuk mengurangi masalah ini dapat dilakukan dengan cara kantong es dan rendam duduk es.<sup>15</sup>

f. Tanda Bahaya pada Masa Nifas

Tanda bahaya masa nifas adalah suatu tanda abnormal yang mengindikasikan adanya bahaya atau komplikasi yang dapat terjadi selama masa nifas, apabila tidak dilaporkan atau tidak terdeteksi bisa menyebabkan kematian ibu. Konseling mengenai tanda-tanda bahaya masa nifas sangat penting dan perlu, karena masih banyak ibu atau wanita yang sedang hamil atau pada masa nifas belum mengetahui tentang tanda-tanda bahaya masa nifas, baik yang

diakibatkan masuknya kuman ke dalam alat kandungan seperti eksogen (kuman datang dari luar), autogen (kuman masuk dari tempat lain dalam tubuh) dan endogen (dari jalan lahir sendiri) <sup>16</sup>

Asuhan pada masa nifas sangat diperlukan dalam periode ini karena masa nifas merupakan masa kritis untuk ibu dan bayinya. Tenaga kesehatan paling sedikit melaksanakan 4 kali kunjungan pada masa nifas. Tujuan kunjungan ini diantaranya yaitu untuk menilai status ibu dan bayinya, melaksanakan screening yang komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu dan bayi. Sehingga diharapkan dengan adanya kunjungan pada ibu nifas, komplikasi yang terjadi pada masa nifas dapat dicegah. <sup>21</sup>

g. Kebutuhan Dasar Masa Nifas

1) Ambulasi Dini

Ambulasi dini adalah kebijaksanaan agar secepat mungkin bidan membimbing ibu post partum bangun dari tempat tidurnya dan membimbing ibu secepat mungkin untuk berjalan. Keuntungan early ambulation adalah :<sup>13</sup>

- a) Ibu merasa lebih sehat dan kuat dengan early ambulation.
- b) Faal dan kandung kemih lebih baik.
- c) Early ambulation memungkinkan kita mengajarkan ibu cara merawat anaknya selama ibu masih di rumah sakit. Misalnya memandikan, mengganti pakaian dan memberi makan.
- d) Lebih sesuai dengan keadaan Indonesia (sosial early ambulation ekonomis), menurut penelitian-penelitian yang seksama, tidak mempunyai pengaruh yang buruk, tidak menyebabkan pendarahan yang abnormal, tidak mempengaruhi penyembuhan luka episotomy atau luka di perut, serta tidak memperbesar kemungkinan prolapsus. Early ambulation tentunya tidak dibenarkan pada ibu post

partum dengan penyulit, misalnya anemia, penyakit jantung, penyakit paru-paru, demam, dan sebagainya.

## 2) Nutrisi

Pada masa nifas masalah nutrisi perlu mendapat perhatian yang serius, karena dengan nutrisi yang baik dapat mempercepat penyembuhan ibu dan sangat mempengaruhi pada proses menyusuaian. Nutrisi yang diberikan harus begizi seimbang, cukup kalori, tinggi protein dan banyak mengandung cairan. Ibu yang menyusui harus memenuhi kebutuhan gizi sebagai berikut:<sup>13,22,23</sup>

- a) Mengkomsumsi tambahan 500 kalori tiap hari menjadi  $\pm$  2700 – 3000 kalori.
- b) Makan dengan diet berimbang untuk mendapatkan protein, mineral, dan vitamin yang cukup.
- c) Minum sedikitnya 3 liter air tiap hari.
- d) Pil zat besi harus diminum untuk menambah zat gizi, setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.
- e) Minum kapsul vitamin A 200.000 unit agar dapat memberikan vitamin A kepada bayi melalui ASI.

## 3) Personal Hygiene

Pada masa nifas, seorang ibu sangat rentan terhadap penyakit infeksi. Oleh karena itu kebersihan diri sangat penting untuk mencegah terjadinya infeksi. Kebersihan tubuh, pakaian, tempat tidur dan lingkungan sangat penting untuk menjaga kebersihan dari ibu nifas adalah :<sup>13</sup>

- a) Anjurkan kebersihan seluruh tubuh, terutama Perineum.
- b) Mengajarkan ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air. Pastikan bahwa ibu mengerti untuk membersihkan daerah disekitar vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang, kemudian membersihkan daerah sekitar

anus. Anjurkan ibu untuk membersihkan vulva setiap kali setelah BAB atau BAK.

- c) Sarankan ibu untuk mengganti pembalut atau kain pembalut setidaknya 2 kali sehari. Kain dapat digunakan ulang jika telah dicuci dengan baik dan dikeringkan di bawah matahari dan disetrika.
- d) Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya.
- e) Jika ibu mempunyai luka episiotomy atau laserasi, sarankan kepada ibu untuk menghindari menyentuh daerah tersebut.
- e) Istirahat dan tidur

Hal yang bisa dilakukan pada ibu untuk memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur adalah :<sup>13</sup>

- a) Anjurkan ibu agar istirahat cukup untuk mencegah kelelahan yang berlebihan.
- b) Sarankan ibu untuk kembali pada kegiatan-kegiatan rumah tangga secara perlahan-lahan, serta untuk tidur siang atau beristirahat selagi bayi tidur.

Kurang istirahat akan mempengaruhi ibu dalam beberapa hal, yaitu : mengurangi jumlah ASI yang diproduksi, memperlambat proses involusi uterus dan memperbanyak pendarahan, dan menyebabkan depresi serta ketidakmampuan untuk merawat bayi dan dirinya sendiri.

f) Eliminasi

Ibu diminta untuk buang air kecil (BAK) 6 jam post partum, jika dalam 8 jam post partum belum dapat berkemih atau sekali berkemih belum melebihi 100 cc, maka dilakukan kateterasi. Akan tetapi, kalau ternyata kandung kemih penuh, tidak perlu 8 jam untuk kateterisasi.

Ibu post partum diharapkan dapat buang air besar (BAB) setelah hari kedua post partum. Jika hari ketiga belum juga BAB, maka

perlu diberi obat pencakar per oral atau per rectal. Jika setelah pemberian obat pencakar masih belum bisa BAB, maka dilakukan klisma (huknah).<sup>12,13</sup>

#### 10) Perawatan Payudara

Menjaga payudara tetap bersih dan kering serta menggunakan BH yang menyokong payudara, jika puting susu lecet oleskan colostrum atau ASI yang keluar pada sekitar puting susu setiap kali selesai menyusui dan tetap menyusukan pada puting susu yang lecet, apabila lecet sangat berat istirahatkan selama 24 jam dan untuk menghindari nyeri dapat minum paracetamol 1 kaplet setiap 4–6 jam.<sup>14</sup>

#### 11) Aktivitas Seksual

Aktivitas seksual yang dapat dilakukan oleh ibu masa nifas harus memenuhi syarat sebagai berikut :

- a) Secara fisik aman untuk memulai hubungan suami istri begitu darah merah berhenti dan ibu dapat memasukkan satu dua jari ke dalam vagina tanpa rasa nyeri, maka ibu aman untuk memulai melakukan hubungan suami istri kapanpun ibu siap.
- b) Banyak budaya yang mempunyai tradisi menunda hubungan suami istri sampai waktu tertentu, misalnya setelah 40 hari atau 6 minggu setelah persalinan. Keputusan ini bergantung pada pasangan yang bersangkutan.

#### g. Asuhan Kebidanan Masa Nifas

Asuhan ibu masa nifas adalah asuhan yang diberikan kepada ibu segera setelah kelahiran sampai 6 minggu setelah kelahiran. Tujuan dari asuhan masa nifas adalah untuk memberikan asuhan yang adekuat dan terstandar pada ibu segera setelah melahirkan dengan memperhatikan riwayat selama kehamilan, dalam persalinan dan keadaan segera setelah melahirkan. Adapun hasil yang diharapkan adalah terlaksananya asuhan segera atau rutin pada ibu post partum

termasuk melakukan pengkajian, membuat diagnosa, mengidentifikasi masalah dan kebutuhan ibu, mengidentifikasi diagnosa dan masalah potensial, tindakan segera serta merencanakan asuhan. Adapun jadwal kunjungan pada masa nifas adalah sebagai berikut :<sup>13</sup>

- 1) Kunjungan I (6-8 jam setelah persalinan)
  - a) Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri
  - b) Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut.
  - c) Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga bagaimana mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri.
  - d) Pemberian ASI awal.
  - e) Melakukan hubungan antara ibu dan bayi baru lahir
  - f) Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hipotermi
- 2) Kunjungan II (6 hari setelah persalinan)
  - a) Memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau
  - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal
  - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan dan istirahat
  - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
  - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari
- 3) Kunjungan III (2 minggu setelah persalinan)

- a) Memastikan involusi uterus berjalan normal : uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, dan tidak ada bau
  - b) Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, atau perdarahan abnormal
  - c) Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat
  - d) Memastikan ibu menyusui dengan baik, dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit
  - e) Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan perawatan bayi sehari-hari
- 4) Kunjungan IV (6 minggu pasca postpartum)
- a) Menanyakan pada ibu tentang penyulit-penyulit yang ia alami atau bayinya
  - b) Memberikan konseling KB secara dini
  - c) Menganjurkan/mengajak ibu membawa bayinya ke posyandu atau puskesmas untuk penimbangan dan imunisasi

## 12) Konsep Dasar Bayi Baru Lahir (BBL)

### i. Pengertian

Bayi baru lahir disebut juga dengan neonatus yaitu bayi yang baru saja mengalami proses kelahiran, berusia 0 – 28 hari. BBL memerlukan penyesuaian fisiologis berupa maturasi, adaptasi (menyesuaikan diri dari kehidupan intrauterin ke kehidupan ekstrauterin) dan toleransi bagi BBL untuk dapat hidup dengan baik.<sup>24</sup>

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.<sup>4</sup>

### ii. Ciri-Ciri

Bayi baru lahir normal mempunyai ciri-ciri berat badan lahir 2500-4000 gram, umur kehamilan 37-40 minggu, bayi segera menangis, bergerak aktif, kulit kemerahan, menghisap ASI dengan baik, dan tidak ada cacat bawaan.<sup>25</sup>

Bayi baru lahir normal memiliki panjang badan 48-52 cm, lingkar dada 30-38 cm, lingkar lengan 11-12 cm, frekuensi denyut jantung 120-160 x/menit, pernapasan 40-60 x/menit, lanugo tidak terlihat dan rambut kepala tumbuh sempurna, kuku agak panjang dan lemas, nilai APGAR >7, refleks-refleks sudah terbentuk dengan baik (rooting, sucking, morro, grasping), organ genitalia pada bayi laki-laki testis sudah berada pada skrotum dan penis berlubang, pada bayi perempuan vagina dan uretra berlubang serta adanya labia minora dan mayora, mekonium sudah keluar dalam 24 jam pertama berwarna hitam kecoklatan.<sup>25</sup>

### iii. 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 (aterm infant) : 259-294 hari (37-42 minggu)
  - c) Lebih bulan (postterm infant) : >294 hari (42 minggu/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)

#### iv. Penatalaksanaan Bayi Baru Lahir Normal

Semua bayi diperiksa segera setelah lahir untuk mengetahui apakah transisi dari kehidupan intrauterine ke ekstrauterine berjalan dengan lancar dan tidak ada kelainan. Pemeriksaan medis komprehensif dilakukan dalam 24 jam pertama kehidupan. Pemeriksaan rutin pada bayi baru lahir harus dilakukan, tujuannya untuk mendeteksi kelainan atau anomali kongenital yang muncul pada setiap kelahiran dalam 10-20 per 1000 kelahiran, pengelolaan lebih lanjut dari setiap kelainan yang terdeteksi pada saat antenatal, mempertimbangkan masalah potensial terkait riwayat kehamilan ibu dan kelainan yang diturunkan, dan memberikan promosi kesehatan, terutama pencegahan terhadap sudden infant death syndrome (SIDS).

Tujuan utama perawatan bayi segera sesudah lahir adalah untuk membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi, identifikasi, dan pencegahan infeksi. Asuhan bayi baru lahir meliputi :

##### 1) Penilaian Awal untuk Memutuskan Resusitasi pada Bayi

Untuk menilai apakah bayi mengalami asfiksia atau tidak dilakukan penilaian sepiantas setelah seluruh tubuh bayi lahir dengan tiga pertanyaan :

- a) Apakah kehamilan cukup bulan?
- b) Apakah bayi menangis atau bernapas/tidak megap-megap?
- c) Apakah tonus otot bayi baik/bayi bergerak aktif?

Jika ada jawaban “tidak” kemungkinan bayi mengalami asfiksia sehingga harus segera dilakukan resusitasi. Penghisapan lendir pada jalan napas bayi tidak dilakukan secara rutin.

##### 2) Pemotongan dan Pengikatan Tali Pusat

Setelah penilaian sepiantas dan tidak ada tanda asfiksia pada bayi, dilakukan manajemen bayi baru lahir normal dengan mengeringkan bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh

lainnya kecuali bagian tangan tanpa membersihkan verniks, kemudian bayi diletakkan di atas dada atau perut ibu. Setelah pemberian oksitosin pada ibu, lakukan pemotongan tali pusat dengan satu tangan melindungi perut bayi.

Perawatan tali pusat adalah dengan tidak membungkus tali pusat atau mengoleskan cairan/bahan apa pun pada tali pusat. Perawatan rutin untuk tali pusat adalah selalu cuci tangan sebelum memegangnya, menjaga tali pusat tetap kering dan terpapar udara, membersihkan dengan air, menghindari dengan alkohol karena menghambat pelepasan tali pusat, dan melipat popok di bawah umbilicus.<sup>26</sup>

### 3) Inisiasi Menyusu Dini (IMD)

Setelah bayi lahir dan tali pusat dipotong, segera letakkan bayi tengkurap di dada ibu, kulit bayi kontak dengan kulit ibu untuk melaksanakan proses IMD selama 1 jam. Biarkan bayi mencari, menemukan puting, dan mulai menyusu. Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan IMD dalam waktu 60-90 menit, menyusu pertama biasanya berlangsung pada menit ke 45-60 dan berlangsung selama 10-20 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara.<sup>27</sup>

Jika bayi belum menemukan puting ibu dalam waktu 1 jam, posisikan bayi lebih dekat dengan puting ibu dan biarkan kontak kulit dengan kulit selama 30-60 menit berikutnya. Jika bayi masih belum melakukan IMD dalam waktu 2 jam, lanjutkan asuhan perawatan neonatal esensial lainnya (menimbang, mengukur lingkar kepala, lingkar dada, panjang badan, pemberian vitamin K, salep mata, serta pemberian gelang pengenalan) kemudian dikembalikan lagi kepada ibu untuk belajar menyusu.<sup>27</sup>

### 4) Mempertahankan Suhu Tubuh Bayi

Mekanisme pengaturan temperatur bayi belum berfungsi sempurna. Oleh karena itu, jika tidak dilakukan pencegahan kehilangan panas maka bayi akan mengalami hipotermia. Hipotermia dapat terjadi pada bayi yang tubuhnya dalam keadaan basah atau tidak segera dikeringkan dan diselimuti walaupun berada dalam ruangan yang hangat. Pencegahan kehilangan panas melalui tunda mandi selama 6 jam, kontak kulit bayi dan ibu serta menyelimuti kepala dan tubuh bayi.

5) Pemberian Salep Mata/Tetes Mata

Pemberian salep atau tetes mata diberikan untuk pencegahan infeksi mata. Beri bayi salep atau tetes mata antibiotika profilaksis (tetrasiklin 1%, oxytetrasiklin 1% atau antibiotika lain). Pemberian salep atau tetes mata harus tepat 1 jam setelah kelahiran. Upaya pencegahan infeksi mata tidak efektif jika diberikan lebih dari 1 jam setelah kelahiran.

6) Pencegahan Perdarahan Melalui Penyuntikan Vitamin K1 Dosis Tunggal di Paha Kiri

Semua bayi baru lahir harus diberi penyuntikan vitamin K1 (Phytomenadione) 1 mg intramuskuler di paha kiri, untuk mencegah perdarahan BBL akibat defisiensi vitamin yang dapat dialami oleh sebagian bayi baru lahir.

7) Pemberian Imunisasi Hepatitis B (HB 0) Dosis Tunggal di Paha Kanan

Imunisasi Hepatitis B diberikan 1-2 jam di paha kanan setelah penyuntikan vitamin K1 yang bertujuan untuk mencegah penularan Hepatitis B melalui jalur ibu ke bayi yang dapat menimbulkan kerusakan hati.

8) Pemeriksaan Bayi Baru Lahir (BBL)

Pemeriksaan BBL bertujuan untuk mengetahui sedini mungkin kelainan pada bayi. Bayi yang lahir di fasilitas kesehatan dianjurkan tetap berada di fasilitas tersebut selama 24 jam karena

risiko terbesar kematian BBL terjadi pada 24 jam pertama kehidupan. Saat kunjungan tindak lanjut (KN) yaitu 1 kali pada umur 1-3 hari, 1 kali pada umur 4-7 hari dan 1 kali pada umur 8-28 hari.

### 13) Konsep Dasar Keluarga Berencana (KB)

#### i. Pengertian Keluarga Berencana

Menurut Peraturan Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Nomor 24 Tahun 2017 Keluarga Berencana merupakan tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kehamilan dalam hubungan dengan suami istri dan menentukan jumlah anak dalam keluarga. KB merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapat kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran. Sedangkan menurut KBBI, Keluarga berencana adalah gerakan untuk membentuk keluarga yang sehat dan sejahtera dengan membatasi kelahiran. Keluarga berencana adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk mencegah kehamilan, penundaan usia kehamilan serta menjarangkan kehamilan. Menurut WHO Expert Commite keluarga berencana adalah tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk :<sup>28,29</sup>

- b) Mendapatkan objek-objek tertentu.
- c) Menghindari kelahiran yang tidak diinginkan.
- d) Mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan.
- e) Mengatur interval di antara kelahiran.
- f) Mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan dengan umur suami istri.
- g) Menentukan jumlah anak dalam keluarga

b. Tujuan

Tujuan dari keluarga berencana adalah untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia. KB juga diharapkan dapat menghasilkan penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga.<sup>28</sup>

c. Manfaat Keluarga Berencana (KB)

Manfaat Keluarga Berencana (KB) adalah :

- 1) Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu yang terlalu pendek.
- 2) Adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak-anak, untuk istirahat, dan menikmati waktu luang, serta melakukan kegiatan-kegiatan lain.

d. Kebutuhan Pada Calon Akseptor KB

1) Konseling

Konseling adalah suatu proses pemberian informasi objektif dan lengkap, dilakukan secara sistematis dengan panduan sistematis interpersonal, teknik bimbingan dan penguasaan pengetahuan klinik yang bertujuan untuk membantu seseorang mengenali kondisinya saat ini, masalah yang sedang dihadapinya dan menentukan jalan keluar atau upaya dalam mengatasi masalah tersebut. Proses konseling yang benar, objektif dan lengkap akan meningkatkan kepuasan, kelangsungan dan keberhasilan penggunaan berbagai metode kontrasepsi.<sup>30</sup>

Dalam memberikan konseling, khususnya bagi calon akseptor Keluarga Berencana (KB) yang baru, hendaknya dapat diterapkan enam langkah yang sudah dikenal dengan kata kunci SATU TUJU. Penerapan SATU TUJU tersebut tidak perlu dilakukan secara berurutan karena petugas harus menyesuaikan

diri dengan kebutuhan klien. Kata kunci SATU TUJU adalah sebagai berikut :

- a) SA : SApa dan Salam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara di tempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang perlu dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat dipeolehnya.
- b) T : Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya  
Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR), tujuan, kepentingan, harapan, serta keadaan kesehatan dan kehidupan keluarganya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien. Berikan perhatian kepada klien apa yang disampaikan klien sesuai dengan kata-kata, gerak isyarat dan caranya. Coba tempatkan diri kita di dalam hati klien. Perlihatkan bahwa kita memahami. Dengan memahami pengetahuan, kebutuhan dan keinginan klien, kita dapat membantunya.
- c) U : Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan beritahu apa pilihan reproduksi yang paling mungkin, termasuk pilihan beberapa kontrasepsi. Bantulah klien pada jenis kontrasepsi yang paling diinginkan, serta jelaskan pula jenis-jenis kontrasepsi lain yang ada. Uraikan juga mengenai risiko penularan Human ImmunodeficiencyVirus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome (HIV/AIDS) dan pilihan metode ganda.
- d) TU: Bantulah klien menentukan pilihannya.  
Bantulah klien berpikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya.

e) J:Jelaskan secara lengkap kepada klien bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsi, jika diperlukan perlihatkan alat kontrasepsinya.

f) U:Perlunya kunjungan Ulang.

Diskusikan dan buat kontrak dengan klien untuk melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi apabila dibutuhkan.

e. Penapisan Klien

Tujuan utama panapisan klien sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi, untuk menentukan apakah ada:

1) Kehamilan

a) Klien tidak hamil apabila :

- a. Tidak senggama sejak haid terakhir
- b. Sedang memakai metode efektif secara baik dan benar
- c. Sekarang didalam 7 hari pertama haid terakhir
- d. Di dalam 4 minggu pasca persalinan
- e. Dalam 7 hari pasca keguguran
- f. Menyusui dan tidak haid

d. Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus

e. Masalah (misalnya : diabetes, tekanan darah tinggi) yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut.

f. Apabila klien menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan maka pil kombinasi adalah metode pilihan terakhir.

g. Tidak cocok untuk pil progestin (minipil), suntikan Depo medroxy progesterone asetat (DMPA) atau Norethindrone enanthate (NET-EN) atau susuk

h. Tidak cocok untuk suntikan progestin (DMPA atau NET-EN).

b) Macam – macam alat kontrasepsi

### 1) Metode Amenorea Laktasi

Metode amenorea laktasi (MAL) adalah kontrasepsi yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan atau minuman apapun lainnya. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila menyusui secara penuh (*full breast feeding*); lebih efektif bila pemberian  $\geq 8$  x sehari, belum haid dan umur bayi kurang dari 6 bulan. Efektif sampai 6 bulan, dan harus dilanjutkan dengan pemakaian metode kontrasepsi lainnya. Cara kerjanya yaitu penundaan atau penekanan ovulasi.

### 2) Metode Keluarga Berencana Alamiah (KBA)

Metode kontrasepsi alamiah merupakan metode untuk mengatur kehamilan secara alamiah, tanpa menggunakan alat apapun. Metode ini dilakukan dengan menentukan periode/masa subur yang biasanya terjadi sekitar 14 hari sebelum menstruasi sebelumnya, memperhitungkan masa hidup sperma dalam vagina (48-72 jam), masa hidup ovum (12-24 jam), dan menghindari senggama selama kurang lebih 7-18 hari termasuk masa subur dari setiap siklus.

#### a) Metode Kalender (Ogino-Knaus)/ Pantang Berkala

Pantang berkala atau lebih dikenal dengan system kalender merupakan salah satu cara/metode kontrasepsi sederhana yang dapat dikerjakan sendiri oleh pasangan suami isteri dengan tidak melakukan senggama pada masa subur. Metode ini lebih efektif bila dilakukan secara baik dan benar. Dengan penggunaan system kalender setiap pasangan dimungkinkan dapat merencanakan setiap kehamilannya.

Metode kalender memerlukan ketekunan ibu untuk mencatat waktu menstruasinya selama 6-12 bulan agar waktu ovulasi dapat ditentukan. Perhitungan masa subur didasarkan pada ovulasi (umumnya terjadi pada hari ke 14+2 hari sebelum

menstruasi berikutnya), masa hidup ovum (24 jam), dan masa hidup spermatozoa (2-3 hari). Angka kegagalan metode ini sebesar 14,4-47 kehamilan pada setiap wanita 100 wanita per tahun.

b) Metode Suhu Badan Basal

Metode kontrasepsi ini dilakukan berdasarkan pada perubahan suhu tubuh. Pengukuran dilakukan dengan pengukuran suhu basal (pengukuran suhu yang dilakukan ketika bangun tidur sebelum beranjak dari tempat tidur). Tujuan pengukuran ini adalah mengetahui masa ovulasi. Waktu pengukuran harus dilakukan pada saat yang sama setiap pagi dan setelah tidur nyenyak  $\pm 3-5$  jam serta dalam keadaan istirahat. Pengukuran dapat dilakukan per oral (3 menit), per rectal (1 menit) dan per vagina. Suhu tubuh basal dapat meningkat sebesar  $0,2-0,50^{\circ}\text{C}$  ketika ovulasi. Peningkatan suhu basal dimulai 1-2 hari setelah ovulasi disebabkan peningkatan hormon progesteron. Metode ini memiliki angka kegagalan sebesar 0,3-6,6 per 100 wanita pertahun. Kerugian utama metode suhu basal ini adalah abstinensia (menahan diri tidak melakukan senggama) sudah harus dilakukan pada masa praovulasi.

c) Metode Lendir Serviks

Metode kontrasepsi ini dilakukan berdasarkan perubahan siklus lendir serviks yang terjadi karena perubahan kadar estrogen. Pada setiap siklus menstruasi, sel serviks memproduksi 2 macam lendir serviks, yaitu lendir estrogenik (tipe E) lendir jenis ini diproduksi pada fase akhir sebelum ovulasi dan fase ovulasi. Sifat lendir ini banyak, tipis, seperti air (jernih) dan viskositas rendah, elastisitas besar, bila dikeringkan akan membentuk gambaran seperti daun pakis (fernlike patterns, ferning, arborization)

sedangkan gestagenik (tipe G) lendir jenis ini diproduksi pada fase awal sebelum ovulasi dan setelah ovulasi. Sifat lendir ini kental, viskositas tinggi dan keruh. Angka kegagalan 0,4-39,7 kehamilan pada 100 wanita per tahun. Kegagalan ini disebabkan pengeluaran lendir yang mulainya terlambat, lendir tidak dirasakan oleh ibu dan kesalahan saat menilai lendir.

d) Senggama terputus

Senggama Terputus (*coitus interruptus*), ialah penarikan penis dari vagina sebelum terjadinya ejakulasi. Hal ini berdasarkan kenyataan, bahwa akan terjadinya ejakulasi disadari sebelumnya oleh sebagian besar laki-laki, dan setelah itu masih ada waktu kira-kira “detik” sebelum ejakulasi terjadi. Waktu yang singkat ini dapat digunakan untuk menarik penis keluar dari vagina. Keuntungan, carai ini tidak membutuhkan biaya, alat-alat ataupun persiapan, tetapi kekurangannya adalah untuk menyukkseskan cara ini dibutuhkan pengendalian diri yang besar dari pihak laki-laki.

3) Metode Kontrasepsi Sederhana

a) Kondom

Kondom terbuat dari karet sintetis yang tipis, berbentuk silinder, dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila di gulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu. Kondom ini tidak hanya mencegah kehamilan, tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV/AIDS. Pada umumnya standar ketebalan adalah 0,02 mm. Secara ilmiah didapatkan hanya sedikit angka kegagalan kondom yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan pertahun.

b) Kontrasepsi Barrier Intra Vagina

(1) Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk bulat cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutupi serviks. Cara kerja diafragma adalah menahan sperma agar tidak mendapat akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopii) dan sebagai alat tempat spermisida.

#### (2) Kondom Wanita

Kondom wanita sebenarnya merupakan kombinasi antara diafragma dan kondom. Alasan utama dibuatnya kondom wanita karena kondom pria dan diafragma biasa tidak dapat menutupi daerah perineum sehingga masih ada kemungkinan penyebaran mikroorganisme penyebab IMS.

#### (3) Spermisida

Spermisida adalah suatu zat atau bahan kimia yang dapat mematikan dan menghentikan gerak atau melumpuhkan spermatozoa di dalam vagina, sehingga tidak dapat membuahi sel telur. Spermisida dapat berbentuk tablet vagina, krim dan jelly, aerosol (busa/foam), atau tisu KB. Cukup efektif apabila dipakai dengan kontrasepsi lain seperti kondom dan diafragma. Angka kegagalan 11-31%.

#### 4) Kontrasepsi Hormonal

##### a) Pil KB

##### (1) Pil Kombinasi

Pil kombinasi ini dapat diminum setiap hari, efektif dan reversibel, pada bulan-bulan pertama efek samping berupa mual dan perdarahan bercak yang tidak berbahaya dan segera akan hilang, efek samping serius jarang terjadi, dapat dipakai semua ibu usia reproduksi,

baik yang sudah mempunyai anak maupun belum, dapat dimulai diminum setiap saat bila yakin sedang tidak hamil, tidak dianjurkan pada ibu yang menyusui dan dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat. Pil kombinasi dibagi menjadi 3 jenis, yaitu pil monofasik yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin (E/P) dalam dosisi yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, sedangkan pil bifasik yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron (E/P) dengan dua dosisi yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif, dan pil trifasik, yaitu pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron (E/P) dengan tiga dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

## (2) Pil Progestin (Mini Pil)

Kontrasepsi minipil ini cocok untuk perempuan menyusui yang ingin memakai pil KB, sangat efektif pada masa laktasi, dosis rendah, tidak menurunkan produksi ASI, tidak memberikan efek samping estrogen, efek samping utama adalah gangguan perdarahan; perdarahan bercak, atau perdarahan tidak teratur, dan dapat dipakai kontrasepsi darurat. Kontrasepsi mini pil dibagi menjadi 2 jenis, yaitu kemasan dengan isi 35 pil 300 µg levonorgestrel atau 350 µg noretindron, dan kemasan dengan isi 28 pil 75µg desogesterel. Kontrasepsi mini pil sangat efektif (98,5%), pada pengguna mini pil jangan sampai ada tablet yang terlupa, tablet digunakan pada jam yang sama (malam hari), dan senggama sebaiknya dilakukan 3-20 jam setelah penggunaan mini pil.

b) Suntik

Suntik KB ada dua jenis yaitu, suntik KB 1 bulan (*cyclofem*) dan suntik KB 3 bulan (DMPA) Efek sampingnya terjadi gangguan haid, depresi, keputihan, jerawat, perubahan berat badan, pemakaian jangka panjang bisa terjadi penurunan libido, dan densitas tulang.

Cara kerjanya mencegah ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma, menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi dan menghambat transportasi gamet oleh tuba. Kedua kontrasepsi suntik tersebut memiliki efektifitas yang tinggi, dengan 0,3 kehamilan per 100 perempuan per tahun, asal penyuntikannya dilakukan secara teratur sesuai jadwal yang telah ditentukan.

c) Implan

Implan adalah alat kontrasepsi yang disusupkan di bawah kulit, biasanya di lengan atas. Cara kerjanya sama dengan pil, implan mengandung levonogestrel. Keuntungan dari metode implan ini antara lain tahan sampai 5 tahun, kesuburan akan kembali segera setelah pengangkatan. Efektifitasnya sangat tinggi, angka kegagalannya 1-3%.

5) Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) adalah alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim yang bentuknya bermacam-macam, terdiri dari plastik (*polyethylene*). Ada yang dililit tembaga (Cu), ada pula yang tidak, ada pula yang dililit tembaga bercampur perak (Ag). Selain itu ada pula yang dibatangnya berisi hormon progesteron. Efektifitasnya tinggi, angka kegagalannya 1%.

6) Kontrasepsi Mantab

a) Tubektomi

Tubektomi adalah metode kontrasepsi untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini. Tubektomi termasuk metode efektif dan tidak menimbulkan efek samping jangka panjang. Jarang sekali tidak ditemukan efek samping, baik jangka pendek maupun jangka panjang.

b) Vasektomi

Vasektomi adalah metode kontrasepsi untuk lelaki yang tidak ingin anak lagi. Perlu prosedur bedah untuk melakukan vasektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini.

14) Konsep Teori Persalinan Kala I Memanjang

a. Definisi

Persalinan dengan kala I memanjang adalah persalinan yang fase latennya berlangsung lebih dari 8 jam dan pada fase aktif laju pembukaanya tidak adekuat atau bervariasi kurang dari 1 cm setiap jam selama sekurang-kurangnya 2 jam setelah kemajuan persalinan, kurang dari 1,2 cm per jam pada primigravida, lebih dari 12 jam sejak pembukaan 4 cm sampai pembukaan lengkap (rata-rata 0,5 cm per jam). Insiden ini terjadi pada 5 persen persalinan dan pada primigravida insidennya dua kali lebih besar dari pada multigravida.<sup>31</sup>

b. Etiologi

Pada dasarnya fase laten memanjang dapat disebabkan oleh:<sup>32</sup>

- 1) His tidak etiologi efisien (adekuat)
- 2) Tali pusat pendek
- 3) Faktor jalan lahir (panggul sempit, kelainan serviks, vagina, tumor)

- 4) Kesalahan petugas kesehatan memastikan bahwa pasien sudah masuk inpartu atau belum

c. Klasifikasi

Diklasifikasikan menjadi 2 yaitu:<sup>5</sup>

- 1) Fase laten memanjang (*prolonged latent phase*) adalah fase pembukaan serviks yang tidak melewati 3 cm setelah 8 jam inpartu.
- 2) Fase aktif memanjang (*prolonged active phase*) adalah fase yang lebih panjang dari 12 jam dengan pembukaan serviks kurang dari 1,2 cm per jam pada primigravida.

d. Patofisiologi

Faktor- faktor yang mempengaruhi terjadinya kala I lama meliputi kelainan letak janin seperti letak sungsang, letak lintang, presentasi muka, dahi dan puncak kepala, kelainan panggul seperti pelvis terlalu kecil dan CPD (cephalopelvic disproportion), kelainan his seperti inersia uteri, incoordinate uteri action. Kelainan- kelainan tersebut sangat lambat, akibatnya kala I menjadi lama.<sup>5</sup>

e. Tanda dan Gejala Klinik

- 1) Pada ibu gelisah, letih, suhu badan meningkat, berkeringat, nadi cepat, pernapasan cepat, dan meteorismus. Dididierah lokal sering di jumpai edema serviks, cairan ketuban berbau, terdapat mekonium.
- 2) Pada janin
  - a) Periksa denyut jantung janin selama atau segera sesudah his. Hitung frekuensinya sekurang-kurangnya sekali dalam 30 menit selama fase aktif dan tiap 5 menit selama kala dua. Jika terdapat gawat janin, lakukan seksio sesarea.
  - b) Jika ketuban sudah pecah, air ketuban kehijau-hijauan atau bercampur darah, pikirkan kemungkinan gawat janin.
  - c) Jika tidak ada ketuban yang mengalir setelah selaput ketuban pecah, pertimbangkan adanya indikasi penurunan jumlah air

ketuban yang mungkin menyebabkan gawat janin. Perbaiki keadaan umum dengan:

- (1) Memberikan dukungan emosi. Bila keadaan masih memungkinkan anjurkan bebas bergerak, duduk dengan posisi yang berubah (sesuaikan dengan penanganan persalinan normal).
- (2) Berikan cairan baik secara oral atau parenteral dan upayakan buang air kecil (hanya perlu katerisasi bila memang diperlukan).<sup>5</sup>

f. Penanganan

Bidan diharapkan dapat mengambil bagian terbesar pada pertolongan persalinan normal dengan menggunakan partograf *World Health Organisation* (WHO). Kewaspadaan dalam pertolongan persalinan sudah dilakukan sejak semula, dengan melakukan observasi (kontraksi, his, penurunan bagian terendah, pembukaan) sehingga setiap saat keadaan ibu dan janin dapat diketahui dengan pasti.<sup>5</sup>

1) Penanganan Umum

- a) Nilai cepat keadaan umum wanita hamil tersebut termasuk tanda-tanda vital tingkat hidrasinya.
- b) Periksa denyut jantung janin selama atau segera sesudah his. Hitung frekuensinya sekurang-kurangnya sekali dalam 30 menit selama fase aktif dan tiap 5 menit selama kala II.
- c) Memperbaiki keadaan umum
  - (1) Dengan memberikan dukungan emosional, bila keadaan masih memungkinkan anjurkan bebas bergerak duduk dengan posisi yang berubah.
  - (2) Berikan cairan searah oral atau parenteral dan upaya buang air kecil.

- (3) Berikan analgesia : tramadol atau petidin 25 mg IM (maksimum 1 mg/kg BB), jika pasien merasakan nyeri yang sangat.

2) Penanganan Khusus

a) Persalinan palsu / belum inpartu (*False labor*)

Bila his belum teratur dan porsio masih tertutup, pasien boleh pulang. Periksa adanya infeksi saluran kencing. Ketuban pecah dan bila didapatkan adanya infeksi obati secara adekuat. Bila tidak pasien boleh rawat jalan.

b) Fase laten yang memanjang (*Prolonged latent phase*)

Diagnosis fase laten yang memanjang dibuat secara retrospektif. Bila his terhenti disebut persalinan palsu atau belum inpartu. Bila mana kontraksi makin teratur dan pembukaan bertambah sampai 3 cm, pasien tersebut dikatakan masuk fase laten. Apabila ibu berada dalam fase laten lebih dari 8 jam dan tidak ada kemajuan, lakukan pemeriksaan dalam :

- (1) Bila tidak ada perubahan penipisan dan pembukaan serviks tidak didapatkan tanda gawat janin, kaji ulang diagnosis nya kemungkinan ibu belum dalam keadaan inpartu.
- (2) Bila didapatkan perubahan dalam penipisan dan pembukaan serviks, lakukan drips oksidasi dengan 5 unit dalam 500 cc dekstrose atau NaCl mulai dengan 8 tetes per menit, setiap 30 menit ditambah 4 tetes sampai his adekuat maksimum 40 tetes per menit atau berikan preparat prostaglandin lakukan penilaian 4 jam.
- (3) Bila didapatkan adanya tanda amnionitis, berikan induksi dengan oksitosin 5 unit dalam 500 cc dekstrose mulai dengan 8 tetes per menit, setiap 15 menit ditambah 4 tetes sampai his yang adekuat (maksimum 40

tetes per menit) atau di berikan preparat prostaglandin serta obati infeksi dengan ampicilin 2 gr Intra Vena (IV) sebagai dosis awal dan 1 gr Intra vena (IV) setiap 6 jam dan gentamisin 2 x 80 mg.

#### 15) Konsep Teori Ruptur Perineum

##### a. Definisi

Ruptur adalah luka pada perineum yang diakibatkan oleh rusaknya jaringan secara alamiah karena proses desakan kepala janin atau bahu pada saat persalinan. Bentuk rupture biasanya tidak teratur sehingga jaringan yang robek sulit dilakukan penjahitan. Perineum merupakan ruang bentuk jajaran genjang yang terletak dibawah dasar panggul. Perineum adalah jaringan antara vestibulum vulva dan anus dan panjang kira-kira 4 cm. Ruptur perineum terjadi hampir pada semua persalinan pertama dan tidak jarang pada persalinan berikutnya. Namun hal ini dapat dihindarkan atau dikurangi dengan menjaga sampai dasar panggul dilalui oleh kepala janin dengan cepat.<sup>33</sup>

##### b. Klasifikasi

###### 1) Ruptur perineum derajat I

Luasnya robekan hanya sampai mukosa vagina ,komisura posterior, tanpa mengenai kulit perineum. Ruptur derajat satu biasanya tidak memerlukan penjahitan.

###### 2) Ruptur perineum derajat II

Robeknya yang lebih dalam yaitu mukosa vagina,komisura posterior, kulit perineum dan otot perineum, yang memerlukan penjahitan dengan menggunakan teknik penjahitan perineum yaitu jahit dengan teknik jelujur.

###### 3) Ruptur perineum derajat III

Robekan yang terjadi mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot perineum hingga otot sfingter ani. Ruptur perineum derajat III memerlukan penjahitan khusus

yang dilakukan oleh dokter spesialis. Jika terjadi robekan perineum derajat III di Puskesmas, Polindes, atau BPM maka klien harus di rujuk ke rumah sakit dengan peralatan yang lebih lengkap.

4) Ruptur perineum derajat IV

Robekan yang terjadi lebih dalam yaitu mengenai mukosa vagina, komisura posterior, kulit perineum, otot sfingter ani sampai ke dinding depan rektum. Penjahitan rupture perineum derajat IV harus dilakukan oleh dokter spesialis, seperti halnya ruptur perineum derajat III.<sup>34</sup>

c. Tanda dan Gejala

Bila perdarahan masih berlangsung meski kontraksi uterus baik dan tidak didapatkan adanya retensio plasenta maupun adanya sisa plasenta, kemungkinan telah terjadi ratur perineum. Tanda dan gejala robekan jalan lahir diantaranya adalah perdarahan, darah segar yang mengalir setelah bayi lahir, uterus berkontraksi dengan baik, dan plasenta normal. Gejala yang sering terjadi antara lain pucat, lemah, pasien dalam keadaan menggigil.<sup>35</sup>

d. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Ruptur Perineum

Terjadinya rupture perineum disebabkan oleh umur, paritas, jarak kelahiran, riwayat persalinan yang mencaup ekstraksi cunam, ekstraksi vakum dan episiotomy dan berat badan bayi baru lahir.

1) Paritas

Paritas adalah banyaknya kelahiran hidup yang dimiliki oleh seorang wanita. Paritas merupakan peristiwa dimana seorang wanita pernah melahirkan bayi dengan lama masa kehamilan antara 38 hingga 42 minggu. Paritas menurut Prawihardjo dibedakan menjadi tiga, yaitu:<sup>36</sup>

- a) Primipara yaitu wanita yang telah melahirkan seorang bayi dengan cukup umur dan hidup sehat.

- b) Multipara/multigravida yaitu wanita yang telah melahirkan seorang bayi hidup lebih dari satu kali.
- c) Grandemultipara yaitu wanita yang pernah melahirkan sebanyak lima kali atau lebih dan biasanya mengalami kesulitan dalam kehamilan dan persalinannya.

Ruptur perineum terjadi hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya . Pada ibu dengan paritas satu atau ibu primipara memiliki resiko lebih besar untuk mengalamirobekan perineum daripada ibu dengan paritas lebih dari satu. Hal ini dikarenakan karena jalan lahir yang pernah dilalui oleh kepala bayi sehingga otot- otot perineum belum meregang.

## 2) Umur

Umur adalah usia individu yang terhitung mulai saat di lahirkan sampai saat beberapa tahun Umur yang terlalu tua > 35 tahun fungsi reproduksi seorang wanita sudah mengalami penurunan dibandingkan fungsi reproduksi normal sehingga kemungkinan terjadinya komplikasi pasca persalinan terutama perdarahan akan lebih besar. Meskipun umur ibu normal apabila tidak berolahraga dan tidak rajin bersenggama dapat mengalami laserasi perineum. Ibu yang terlalu muda atau tua dianggap penting karena ikut menentukan prognosa persalinan karena dapat membawa risiko. Ini berarti bahwa dengan umur 35 tahun memiliki resiko mengalami partus lama lebih besar dibandingkan dengan ibu dengan umur 20-35 tahun tapi tidak bermakna secara statistic.<sup>5</sup>

## 3) Jarak kelahiran

Jarak kelahiran adalah rentang waktu antara kelahiran anak sekarang dengan kelahiran anak sebelumnya. Jarak kelahiran kurang dari dua tahun tergolong resiko tinggi karena dapat menimbulkan komplikasi pada persalinan. Jarak kelahiran 2-3

tahun merupakan jarak kelahiran yang lebih aman bagi ibu dan janin. Begitu juga dengan keadaan jalan lahir yang mungkin pada persalinan terdahulu mengalami robekan perineum derajat tiga dan empat, sehingga proses pemulihan belum sempurna dan robekan perineum dapat terjadi.<sup>37</sup>

#### 4) Riwayat persalinan

Riwayat persalinan merupakan cara persalinan serta kondisi pada kehamilan sebelumnya yang tercantum dalam status ibu.

##### a) Normal

Persalinan normal biasa disebut persalinan spontan baik dengan kelahiran bayi < 2500 gram dan > 2500 gram. Kepala dan berat janin yang besar merupakan bagian terpenting dalam persalinan karena keduanya dapat menyebabkan terjadinya rupture perineum. Berdasarkan teori yang ada, robekan perineum terjadi pada kelahiran dengan BBL yang besar.

##### b) Episiotomi

Episiotomi adalah suatu tindakan insisi pada perineum yang menyebabkan terpotongnya selaput lendir vagina, cincin selaput dara, jaringan pada septum rektovaginal, otot-otot dan fascia perineum dan kulit sebelah depan perineum. Prinsip tindakan episiotomi adalah pencegahan kerusakan yang lebih hebat pada jaringan lunak akibat daya regang yang melebihi kapasitas adaptasi atau elastisitas jaringan tersebut. Pertimbangan untuk melakukan episiotomi harus mengacu kepada pertimbangan klinik yang tepat dan teknik yang paling sesuai dengan kondisi yang dihadapi<sup>5</sup>.

#### 5) Berat badan bayi

Teori yang dikemukakan oleh Wiknjosastro bahwa bayi dengan berat badan 2500-4000 gram memiliki resiko lebih besar

untuk mengalami robekan perineum dari pada bayi dengan berat badan 1 atau multipara, sehingga memiliki resiko lebih kecil dari pada bayi dengan berat badan 2500-4000 gram yang riwayat paritasnya 1 atau primipara. Sedangkan menurut Teori yang dikemukakan oleh Wiknjosastro, bahwa bayi dengan berat badan 2500-4000 gram memiliki resiko lebih besar untuk mengalami robekan perineum dari pada bayi dengan berat badan <2500 gram.<sup>5</sup> Berat badan lahir dapat diklasifikasikan menjadi:

- a) Bayi besar adalah bayi dengan berat lebih dari 4000 gram
- b) Bayi berat lahir cukup yaitu bayi dengan lahir lebih dari 2500 – 4000 gram.
- c) Bayi berat lahir dengan adalah bayi dengan berat lahir dibawah 2500 gram.

Berat badan janin dapat mengakibatkan terjadinya ruptur perineum yang pada berat badan janin diatas 3500 gram, karena resiko trauma partus melalui vagina seperti distosia bahu dan kerusakan jaringan lunak pada ibu. Perkiraan berat janin tergantung pada pemeriksaan klinik atau ultrasonografi dokter atau bidan. Pada masa kehamilan, hendaknya terlebih dahulu mengukur tafsiran berat badan janin

e. Risiko Ruptur Perineum

Risiko yang ditimbulkan karena robekan jalan lahir adalah perdarahan yang dapat menjalar ke segmen bawah uterus . Risiko lain yang dapat terjadi karena robekan jalan lahir dan perdarahan yang hebat adalah ibu tidak berdaya, lemah, tekanan darah turun, anemia dan berat badan turun. Keluarnya bayi melalui jalan lahir umumnya menyebabkan robekan pada vagina dan perineum. Meski tidak tertutup kemungkinan robekan itu memang sengaja dilakukan untuk memperlebar jalan lahir. Petugas kesehatan atau bidan akan segera menjahit robekan tersebut dengan tujuan untuk menghentikan

perdarahan sekaligus penyembuhan. Penjahitan juga bertujuan merapikan kembali vagina ibu menyerupai bentuk semula.<sup>5</sup>

f. Penanganan Ruptur Perineum

Penanganan robekan jalan lahir adalah sebagai berikut :

- 1) Untuk mencegah luka yang robek dan pinggir luka yang tidak rata dan kurang bersih pada beberapa keadaan dilakukan episotomi.
- 2) Bila dijumpai robekan perineum dilakukan penjahitan luka dengan baik lapis demi lapis, dengan memperhatikan jangan ada robekan yang terbuka ke arah vagina yang biasanya dapat dimasuki oleh bekuan darah yang akan menyebabkan luka lama sembuh.
- 3) Dengan memberikan antibiotik yang cukup.

Tujuan penjahitan robekan perineum adalah untuk menyatukan kembali jaringan tubuh dan mencegah kehilangan darah yang tidak perlu. Penjahitan dilakukan dengan cara jelujur menggunakan benang catgut kromik. Dengan memberikan anastesi lokal pada ibu saat penjahitan laserasi, dan mengulangi pemberian anastesi jika masih terasa sakit. Penjahitan dimulai satu cm dari puncak luka. Jahit sebelah dalam ke arah luar, dari atas hingga mencapai bawah laserasi. Pastikan jarak setiap jahitan sama dan otot yang terluka telah dijahit. Ikat benang dengan membuat simpul dalam vagina. Potong ujung benang dan sisakan 1,5 cm. Melakukan pemeriksaan ulang pada vagina dan jari paling kecil ke dalam anus untuk mengetahui terabanya jahitan pada rektum karena bisa menyebabkan fistula dan bahkan infeksi.<sup>38</sup>

Ruptur perineum derajat empat atau robekan yang lengkap memerlukan langkah-langkah yang teliti. Apeks robekan dalam mukosa, rectum harus diperhatikan dan tepi mukosa rectum dibalikkan ke dalam lumen usus dengan jahitan berulang. Jahitan ini diperkuat lagi dengan jahitan terputus sekeliling fasia endopelvis.

Ujung robekan sfingterani cenderung mengalami retraksi ke lateral dan posterior. Setelah diidentifikasi dan dijepit dengan forcep, ujung robekan didekatkan dengan dua atau tiga jahitan.<sup>38</sup>

g. Pengobatan Ruptur Perineum

Pengobatan yang dapat dilakukan untuk robekan jalan lahir adalah dengan memberikan uterotonika setelah lahirnya plasenta, obat ini tidak boleh diberikan sebelum bayi lahir. Manfaat dari pemberian obat ini adalah untuk mengurangi terjadinya perdarahan pada kala III dan mempercepat lahirnya plasenta. Perawatan luka perineum pada ibu setelah melahirkan berguna untuk mengurangi rasa ketidaknyamanan, menjaga kebersihan, mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan luka. Perawatan perineum umumnya bersamaan dengan perawatan vulva. Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah :

- 1) Mencegah kontaminasi dengan rektum
- 2) Menangani dengan lembut jaringan luka
- 3) Membersihkan darah yang menjadi sumber infeksi dan bau.

Ruptur perineum selalu menyebabkan perdarahan yang berasal dari perineum, vagina, serviks. Penanganan yang dapat dilakukan dalam hal ini adalah dengan melakukan evaluasi terhadap sumber dan jumlah perdarahan. Jenis robekan perineum adalah mulai dari tingkatan ringan sampai dengan robekan yang terjadi pada seluruh perineum yaitu mulai dari derajat satu sampai dengan derajat empat. Rupture perineum dapat diketahui dari tanda dan gejala yang muncul serta penyebab terjadinya. Dengan diketahuinya tanda dan gejala terjadinya rupture perineum, maka tindakan dan penanganan selanjutnya dapat dilakukan. Gentilis untuk mencari laserasi, robekan atau luka episiotomy.<sup>34</sup>

Robekan jalan lahir selalu menyebabkan perdarahan yang berasal dari perineum, vagina, serviks dan robekan uterus (rupture uteri). Penanganan yang dapat dilakukan dalam hal ini adalah dengan

melakukan evaluasi terhadap sumber dan jumlah perdarahan. Jenis robekan perineum adalah mulai dari tingkatan ringan sampai dengan robekan yang terjadi pada seluruh perineum yaitu mulai dari derajat satu sampai dengan derajat empat. Rupture perineum dapat diketahui dari tanda dan gejala yang muncul serta penyebab terjadinya. Dengan diketahuinya tanda dan gejala terjadinya ruptur perineum, maka tindakan dan penanganan selanjutnya dapat dilakukan. Keluarnya bayi melalui jalan lahir umumnya menyebabkan robekan pada vagina dan perineum. Meski tidak tertutup kemungkinan robekan itu memang sengaja dilakukan untuk memperlebar jalan lahir. Petugas kesehatan atau dokter akan segera menjahit robekan tersebut dengan tujuan untuk menghentikan perdarahan sekaligus penyembuhan. Penjahitan juga bertujuan merapikan kembali vagina ibu menyerupai bentuk semula.<sup>5</sup>

#### h. Komplikasi

Risiko komplikasi yang mungkin terjadi jika ruptur perineum tidak segera diatasi, yaitu:<sup>39</sup>

##### 1) Perdarahan

Seorang wanita dapat meninggal karena perdarahan pasca persalinan dalam waktu satu jam setelah melahirkan. Penilaian dan penatalaksanaan yang cermat selama kala satu dan kala empat persalinan sangat penting. Menilai kehilangan darah yaitu dengan cara memantau tanda vital, mengevaluasi asal perdarahan, serta memperkirakan jumlah perdarahan lanjutan dan menilai tonus otot.

##### 2) Fistula

Fistula dapat terjadi tanpa diketahui penyebabnya karena perlukaan pada vagina menembus kandung kencing atau rectum. Jika kandung kencing luka, maka air kencing akan segera keluar melalui vagina. Fistula dapat menekan kandung

kencing atau rectum yang lama antara kepala janin dan panggul, sehingga terjadi iskemia.

### 3) Hematoma

Hematoma dapat terjadi akibat trauma partus pada persalinan karena adanya penekanan kepala janin serta tindakan persalinan yang ditandai dengan rasa nyeri pada perineum dan vulva berwarna biru dan merah. Hematoma dibagian pelvis bisa terjadi dalam vulva perineum dan fosa iskiorektalis. Biasanya karena trauma perineum tetapi bisa juga dengan varikosis vulva yang timbul bersamaan dengan gejala peningkatan nyeri. Kesalahan yang menyebabkan diagnosis tidak diketahui dan memungkinkan banyak darah yang hilang. Dalam waktu yang singkat, adanya pembengkakan biru yang tegang pada salah satu sisi introitus di daerah ruptur perineum. Ruptur perineum selalu menyebabkan perdarahan yang berasal dari perineum, vagina, serviks dan robekan uterus (ruptur uteri). Penanganan yang dapat dilakukan dalam hal ini adalah dengan melakukan evaluasi terhadap sumber dan jumlah perdarahan. Jenis robekan perineum adalah mulai dari tingkatan ringan sampai dengan robekan yang terjadi pada seluruh perineum yaitu mulai dari derajat satu sampai dengan derajat empat. Ruptur perineum dapat diketahui dari tanda dan gejala yang muncul serta penyebab terjadinya. Dengan diketahuinya tanda dan gejala terjadinya ruptur perineum, maka tindakan dan penanganan selanjutnya dapat dilakukan. Gentilis untuk mencari laserasi, robekan atau luka episiotomi.<sup>5</sup>